

วารสาร

สาธารณสุขมูลฐานภาคใต้



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> E-mail : southern.phc@gmail.com

ISSN 0857-7293 ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2565



ISSN 0857-7293 ปีที่ 37 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2565

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์
 ดร.นพ.กานววัฒน์ ปานเกตุ
 นพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ
 นพ.สามารถ ถิระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รศ.ดร.เพียงจันทร์ เสวตศรีสกุล
 รศ.ดร.สืบพงศ์ ธรรมชาติ
 รศ.ดร.อัญชลี ภูษณจินดา
 รศ.ดร.ปัญญา เลิศไกร
 รศ.ดร.นัยนา หนูนิล
 ผศ.ดร.ศุชนีย์ สุวรรณคง
 ผศ.ดร.กฤตพร แซ่แข็ง สายจันทร์
 ผศ.ดร.นิลรัตน์ นวกิจไพฑูรย์
 ผศ.ดร.เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์
 ดร.ภก.ศุภาพล นิเมเดช
 ดร.วิเชียร ไทยเจริญ
 ดร.ชัยณรงค์ แก้วจันทน์
 ดร.ไพสิฐ บุญยกะวิ
 ดร.สุรชาติ ไกยตุลย์
 ดร.จามจุรี แซ่หลู่
 ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช
 ดร.ภาวดี เหมทานนท์
 ดร.รักษานภิศ รัชตะวรรณ (พละศึก)
 ดร.บุญรวม จิตต์สามารถ
 ดร.มูทริกา จินากุล
 ดร.ภญ.ศรีสุดา ศิลลาโชติ
 ดร.ภญ.อารยา ศรีไพโรจน์
 ดร.มัลลิกา คงแก้ว
 ดร.มาศไมเพ็ จิตวิริยธรรม
 ดร.ร.อ.หญิง เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม
 ดร.ลัญจกร นิลกาญจน์
 ดร.สมภาพ อาจชนะศึก
 ดร.วรารัตน์ กิจพจน์
 ดร.วาสนี วงศ์อินทร์
 ดร.สมพร รัตนพันธ์
 ดร.อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ

นักวิชาการอิสระ
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย วิทยาเขตนครศรีธรรมราชสโใหญ่
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน นครศรีธรรมราช
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา
โรงพยาบาลปากพนัง
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลค่ายชะวาก นครศรีธรรมราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โรงพยาบาลท่าศาลา
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง

นายรุจ เรืองพุทธ

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายสุรเชษฐ์ เขตทอง

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

นางวิณาพร สำอางศรี

รองผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายสุพล ฤทธิ์แก้ว
นายสมชาย ลีสิน
นางรุจิรา เพชรสงค์
นายศุภกานต์ สุภาวิบูลาสน์
จ.อ.ศุภปรกรณ์ ขวัญใจ
นายธนา ศักดิ์สปรีชา

[illegible]

คำแนะนำการเตรียมและหลักเกณฑ์การจัดทำและส่งต้นฉบับ วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้

SOUTHERN REGIONAL PRIMARY HEALTH CARE JOURNAL

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ เป็นวารสารรองรับการเผยแพร่บทความวิจัย และบทความวิชาการด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข, หน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข, องค์กรเอกชน, ตลอดจนภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

การจัดทำต้นฉบับ

1. บทความวิจัย ความยาว 10-12 หน้ากระดาษขนาด A4 ใช้ตัวพิมพ์ TH SarabunPSK ขนาด 16 Point และต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือใดมาก่อน

- 1.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
- 1.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
- 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ตอบบทคัดย่อ
- 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- 1.5 การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
- 1.6 การใช้ตัวเลข คำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น

ให้เรียงลำดับสารดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/ บทนำ /วัตถุประสงค์วิจัย/สมมติฐาน (ถ้ามี)/กรอบแนวคิดการวิจัย/ระเบียบวิธีวิจัย (ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง/เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย/การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ/การเก็บรวบรวมข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล)/จริยธรรมวิจัย/ผลการวิจัย/อภิปรายผล/การนำผลการวิจัยไปใช้/ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป/เอกสารอ้างอิง

2. บทความวิชาการ

- 2.1 ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17
 - 2.2 ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์
 - 1.3 มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ตอบบทคัดย่อ
 - 1.4 กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
- ให้เรียงลำดับสารดังนี้

บทคัดย่อ (ภาษาไทย)/บทคัดย่อ (Abstract)/บทนำ/เนื้อเรื่อง/สรุป/ข้อเสนอแนะ/เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิงของบทความวิจัยและบทความทางวิชาการ ทั้งภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ให้จัดเรียงตามลำดับ อักษร ชื่อผู้แต่ง โดยใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ไม่เกิน 10-15 เรื่อง

3.1 กรณีอ้างอิงจากหนังสือให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่พิมพ์)//ชื่อหนังสือ// (ครั้งที่พิมพ์)//สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์.

ไพรัช รัชพงษ์ และกฤษณะ ช่างกล่อม. (2541). การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสารสนเทศแห่งชาติ เพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

3.2 กรณีอ้างอิงจากวารสารให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปี, เดือนที่วารสารออก).//ชื่อบทความ//ชื่อวารสาร/ปี// (ฉบับที่), /เลขหน้า ของบทความ

จุมพล พูลภัทรชีวิน และรัตนา ตุงคสวัสดิ์. (2542). วิวัฒนาการและทางเลือกของนโยบายการศึกษา ของรัฐบาลไทย. วารสารเศรษฐศาสตร์. 27 (2), 98-106.

3.3 กรณีพิมพ์อ้างอิงจากอินเทอร์เน็ต (Internet) ให้เขียนตามรูปแบบ

ชื่อ // นามสกุลผู้แต่ง// (ปีที่จัดทำ).//ชื่อเรื่องของเอกสาร.//ค้นเมื่อ/เดือน,/วัน,/ปี,/จาก/URL ของเว็บไซต์ที่เข้าถึง

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2545). จรรยาบรรณนักวิจัย. ค้นเมื่อ พฤษภาคม 3, 2556, จาก <http://www/nrct.go.th-research.ehties.html>

4. การส่งเรื่องต้นฉบับให้นำส่งไฟล์ Word ทาง Email : southern.phc@gmail.com ดังนี้

- สำหรับตีพิมพ์ผลงานไม่เกิน 12 หน้า (Summary Paper)
- ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Paper)

5. การทำหนังสือนำส่ง

5.1 หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลศูนย์ ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือเทียบเท่า
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลงนามโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดหรือเทียบเท่า

5.2 หน่วยงานการศึกษา ลงนามโดยคณบดีขึ้นไป

5.3 หน่วยงานภาคเอกชน/ภาคีเครือข่าย ลงนามโดยผู้บริหารองค์กรที่สังกัด

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช
13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291
Email : southern.phc@gmail.com โทรมือถือ 081-3705370

6. กำหนดเผยแพร่ (ปีละ 4 ครั้ง)

ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำเดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำเดือน กรกฎาคม – กันยายน

7. สิทธิของกองบรรณาธิการ

ในกรณีที่บรรณาธิการ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้รับเชิญให้เป็นผู้ตรวจบทความวิจัยหรือบทความทางวิชาการ มีความเห็นว่าควรแก้ไขต้นฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะส่งต้นฉบับให้ผู้เขียนพิจารณา จัดการแก้ไขให้ก่อนตีพิมพ์ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะยึดถือความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเกณฑ์

8. กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืนให้ ไม่ว่าบทความวิจัยหรือบทความวิชาการนั้นจะได้รับการลงพิมพ์หรือไม่

9. ต้นฉบับจะต้องมีชื่อผู้เขียน ผู้เรียบเรียงหรือผู้แปล โดยแจ้งชื่อ นามสกุลจริง ตำแหน่งผู้เขียนบทความ สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์หรืออีเมล ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

U N U R R N A R I K A R

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ฉบับนี้เป็นปีที่ 37 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2565 หากมองตามปฏิทินช่วงเวลานี้นับเป็นช่วงท้ายปี ที่หลายคนวางแผนพักผ่อนท่องเที่ยวในช่วงฤดูหนาวที่จะเข้ามาในช่วงนี้ต่อไปถึงช่วงส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ แต่สำหรับภาครัฐ ช่วงนี้เป็นช่วงของการเริ่มต้นปีงบประมาณใหม่ การเริ่มต้นการทำงานภายใต้นโยบายใหม่ของผู้บริหารท่านใหม่ของแต่ละหน่วยงาน เช่นเดียวกับกระทรวงสาธารณสุขยังคงมุ่งมั่นทำภารกิจในการดูแลสุขภาพของประชาชนของคนไทยอย่างไม่หยุดยั้ง โดยในปี 2566 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้เตรียมประกาศให้เป็น “ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย” โดยการจัดบริการดูแลสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เป็นของขวัญปีใหม่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง พร้อมมอบบริการและวัสดุอุปกรณ์ เพื่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เป็นของขวัญปีใหม่ตลอดปี 2566 ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ การมอบวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นแก่การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แว่นสายตาจำนวน 5 แสนชิ้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ จำนวน 5 ล้านชิ้น ฟันเทียมและรากฟันเทียม จำนวน 36,000 ราย โดยมีหน่วยบริการและเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการส่งมอบของขวัญดังกล่าวแก่ผู้สูงอายุ ทั่วประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของการเป็นสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพสูงและยังคงทำหน้าที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเพียรพยายามของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบคุณผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาอ่านบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นคุณูปการต่อการยกระดับมาตรฐานทางวิชาการให้กับงานวิจัย เจ้าของผลงานวิจัยที่ทุ่มเทความรู้ ความสามารถในการดำเนินการวิจัย เพื่อให้งานวิจัยมีมาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย และการเผยแพร่ผลงานสู่วงกว้างมากขึ้น และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาคุณภาพของวารสารต่อไปในอนาคต

สารบัญ

ทิศทาง/นโยบาย

- ความท้าทายในการปรับโครงสร้างและระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามวิสัยทัศน์สู่ศตวรรษที่ 21 ของ WHO และยุทธศาสตร์ชาติทางด้านสาธารณสุข 8

งานวิจัย - ผลงานวิชาการ - บทความวิชาการ

- พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ 12
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับชั่งจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชน อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 26
- การประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี 39
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา 53
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบเร่งด่วน : กรณีศึกษา 2 ราย 73
- การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัย แม่และเด็กในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง 90
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช 102
- ต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564 117
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 132
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกที่มีความเสี่ยงสูง : กรณีศึกษา 2 ราย 147
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (WMSDs) ของพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาล อ.เมือง จ.ระนอง 164
- ผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช 183

ความท้าทายในการปรับโครงสร้างและระบบงานสาธารณสุขมูลฐาน ตามวิสัยทัศน์สู่ศตวรรษที่ 21 ของ WHO และยุทธศาสตร์ชาติทางด้านสาธารณสุข

การกำหนดวิสัยทัศน์ใหม่ของงานสาธารณสุขมูลฐานสู่ศตวรรษที่ 21 เป็นผลมาจากการทบทวนข้อจำกัดของผลสำเร็จโดยประมวลและวิเคราะห์สถานการณ์ทางสุขภาพของคณะผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก เพื่อนำเสนอในวาระเฉลิมฉลอง 30 ปีของคำประกาศ “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543” และวาระครบรอบ 60 ปีการก่อตั้งองค์การอนามัยโลก ที่เมืองอมาตี คาซัคสถานใน พ.ศ. 2551 (สถานที่ที่ประชุมและนำเสนอคำประกาศการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อ พ.ศ. 2521 คือ เมืองอัลมาตาร์ ในขณะนั้นเป็นส่วนหนึ่งของประเทศ สหภาพโซเวียตรัสเซีย)

ประเด็นสำคัญที่สะท้อน จากการทบทวนภาพรวมการเคลื่อนไหวทางสุขภาพในโลกที่ผ่านมา แสดงให้เห็นความเกี่ยวพันระหว่างการให้คุณค่าของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ต้องตอบสนองต่อความคาดหวังของพลเมืองโลก อันถือว่าเป็นความท้าทายสำคัญ ทำให้ต้องมีการปฏิรูปสำคัญ 4 ด้าน ดังภาพที่ 1 ได้แก่

1. การปฏิรูป “สุขภาพดีถ้วนหน้า” (Universal Coverage Reforms) เพื่อให้มั่นใจได้ว่าระบบสุขภาพจะเอื้อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Health Equity) สังคมที่เที่ยงธรรม (Social Justice) และยุติความเหลื่อมล้ำ (End of Exclusion) ให้เข้าถึงสุขภาพถ้วนทั่ว และได้รับการปกป้องคุ้มครองสังคม (Social Health Protection) : เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพ

2. การปฏิรูปการให้บริการ (Service delivery reforms) เพื่อจัดองค์กรบริการสุขภาพใหม่ให้เป็นไปตามความจำเป็น และความคาดหวังของประชาชนตามสภาพสังคม ในขณะที่ต้องตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงของโลกพร้อมกันไป โดยที่ต้องให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น : เพื่อให้ระบบสุขภาพมุ่งประชาชนเป็นศูนย์กลาง

3. การปฏิรูปการจัดวางนโยบายสาธารณะ (Public Policy Reforms) เพื่อเสริมความมั่นคงแก่ชุมชนให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ด้วยการจัดบูรณาการงานสาธารณสุขมูลฐานเข้าสู่กิจกรรมทางสาธารณสุข ให้เกิดนโยบายสาธารณะของทุกภาคส่วนที่เอื้อต่อสุขภาพ และเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานทางสาธารณสุขในระดับชาติและข้ามชาติ : เพื่อส่งเสริมและปกป้องสภาวะสุขภาพของชุมชน



ภาพที่ 1 แสดงประเด็นการปฏิรูปการสาธารณสุขมูลฐานที่จำเป็น 4 ด้าน เพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพดีถ้วนหน้า

ร่วมสมัย : เพื่อสร้างบุคลากรสุขภาพที่สามารถพึ่งพาได้ยิ่งขึ้น

ดำเนินการโดยทุกภาคส่วน

ความท้าทายใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง ในศตวรรษที่ 21 นี้

มูลนิธิ

จากบทสรุปแนวโน้มของระบบบริการสุขภาพของโลกในปัจจุบันซึ่งเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายพื้นฐานของงานสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.) ที่วางไว้เมื่อ 40 ปีที่แล้ว ใน พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลกจึงจัดประชุมที่เมืองอมาตี ประเทศคอสตาริกาอีกครั้ง เพื่อปรับวิสัยทัศน์ใหม่ของการสาธารณสุขมูลฐานขึ้นรองรับสถานการณ์ในศตวรรษที่ 21 ให้ตอบสนองต่อการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals หรือ SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ทั้งนี้ให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นแกนพลังขับเคลื่อนที่สำคัญ

เหตุผลสำคัญในการปรับยุทธศาสตร์ใหม่ของงานสาธารณสุขมูลฐานให้รองรับบทบาทสำคัญดังกล่าว ก็คือ

1. งานสาธารณสุขมูลฐานมีลักษณะที่เชื่อได้ว่า น่าจะใช้ปรับระบบสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ให้ตอบสนองต่อความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกปัจจุบันได้
2. บทบาทหลักในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยมุ่งแก้ไขที่เหตุปัจจัยและเข้าใจถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นข้อบ่งชี้ว่า มีประสิทธิภาพสูงและเป็นหนทางที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้นำเสนอสาเหตุหลัก และปัจจัยเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ ช่วยรับมือกับความท้าทายอุบัติใหม่ที่คุกคามสุขภาพในอนาคตได้
3. บริการสุขภาพถ้วนหน้า และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนทางด้านสุขภาพ น่าจะบรรลุผลความยั่งยืนได้ หากมุ่งเน้นการสร้างระบบงานสาธารณสุขมูลฐานให้เข้มแข็งได้จริง

1. วิสัยทัศน์การสาธารณสุขมูลฐานในศตวรรษที่ 21 ขององค์การอนามัยโลก

การประมวลประสบการณ์ กว่า 40 ปีที่ผ่านมา จากนักการสาธารณสุขจากทั่วโลกที่เข้าร่วมประชุมได้กำหนดกรอบสำคัญของบทบาทหน้าที่ ที่ควรปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่แปรเปลี่ยนไป ทำให้ความต้องการของประชาชนปรับตัวไปเรื่อย โดยมีบทบาทหลัก 3 ด้านประกอบด้วย



ภาพที่ 3 บทบาทสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ในศตวรรษที่ 21

1. ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ ให้ได้รับบริการสุขภาพที่ผสมผสานครอบคลุม (Comprehensive) การสร้างเสริมสุขภาพ การปกป้องคุ้มครองสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การดูแลรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลบรรเทาอาการประคองชีวิต ได้อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต โดยมีการจัดกลุ่การทำงานให้บริการสุขภาพมุ่งให้แต่ละบุคคลและครอบครัวได้รับการดูแลโดยการบริการปฐมภูมิ และประชาชนได้รับการดูแลทางสาธารณสุขผ่านภารกิจทางสาธารณสุขในรูปบูรณาการของบริการทางสุขภาพ
2. จัดการกับเหตุปัจจัยทางสุขภาพ (ทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนลักษณะ และพฤติกรรมในระดับบุคคล) อย่างเป็นระบบ ผ่านการนำเสนอแนวนโยบายที่มีหลักฐานแสดงเหตุผล ให้เกิดกิจกรรมร่วมกันเพื่อแก้ไขเหตุปัจจัยร่วมกันในระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. เสริมสร้างศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถบรรลุสถานะทางสุขภาพ ให้เหมาะสม ด้วยการให้คำแนะนำแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ และวางนโยบายปกป้องคุ้มครองสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ในฐานะของผู้ร่วมพัฒนาบริการสุขภาพและสังคม และในฐานะผู้ให้บริการ และเสริมสร้าง การดูแลตนเอง (Self Care)

กรอบวิสัยทัศน์ใหม่ที่ท้องคการอนามัยโลกเสนอใน พ.ศ. 2561 คือ การปรับบทบาทใหม่ของ พันธกิจ สาธารณสุขมูลฐาน โดยมุ่งให้ใช้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพที่ถูก ทำลายในศตวรรษที่ 21 พร้อมไปกับการปรับบทบาทการทำงาน ทั้งในการเสริมสร้างศักยภาพ (Empowerment) ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้ปรับรับสังคมยุคข้อมูลข่าวสารด้วยกลยุทธ์เสริมความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ในขณะเดียวกัน ก็อาศัยข่าวสารวิเคราะห์เหตุปัจจัยทางสุขภาพ (Determinants of Health) จากทั้งสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เป็นเครื่องสื่อความเข้าใจและขับเคลื่อนความร่วมมือกับกระบวนการ นโยบายจากภาคส่วนต่าง ๆ ให้ปรับวิถีของระบบงาน และโครงสร้างการดำเนินงานที่คำนึงถึงผลลัพธ์เชิงสุขภาพ ของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ด้วย

...ฉบับหน้า พบกับ การสาธารณสุขมูลฐาน คือ ยุทธศาสตร์นำสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ที่มา : เอกสารประกอบการประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์งานสาธารณสุขมูลฐาน เขียนโดย นพ.วิพุธ พูลเจริญ มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวณ.) 25 มีนาคม 2562

พฤติกรรม การดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่

Self care behaviors and blood sugar control in diabetic patients,
Subdistrict Health Promoting Hospital, Krabi province

สมชาย เจริญสุข

Somchai Charoensuk

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

Krabi Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารักษาที่ รพ.สต. ในจังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาตรวจรักษา รพ.สต. ในจังหวัดกระบี่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงปัจจุบัน (ณ วันที่เก็บข้อมูล) อย่างน้อย 2 ครั้ง ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 392 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกการรักษาพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 70.9 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.5 และ 2.6 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และต่ำ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 44.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมารับการรักษาตามนัด ส่วนอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 55.1 ซึ่งพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไสมันในเลือดสูง ขาปลายมือปลายเท้า เบาหวานขึ้นตาหรือจอตาเสื่อม โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไตวาย และแผลเรื้อรัง ร้อยละ 40.8, 19.1, 16.6, 6.4, 5.6, 3.3 และ 0.8 ตามลำดับ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Abstract

This cross-sectional research was aimed to study the self – care behaviors, the controlling blood sugar levels, the factors related the controlling blood sugar levels and complications in diabetic patients, subdistrict health promoting hospital, Krabi province.. The sample group was 392 Thai people who had been diagnosed by a physician as type 2 diabetes mellitus, have been treated at least 2 times in subdistrict health promoting hospital, Krabi province, from January 1, 2022 to the present (as of the date of collection), which was selected by multistage sampling. Data was collected by questionnaires. and a medical record form, then analyzed by descriptive statistics and chi-square test.

The results of the study found that 70.9% of diabetic patients had moderate self-care behaviors level, followed by good and low level at 26.5 and 2.6%. They could control blood sugar at 44.9%. Duration of diabetes, self-care behaviors and receiving treatment by appointment were significantly associated with the controlling blood sugar levels (P-value < 0.05), but age, knowledge of diabetes, social support, and sick with coronavirus disease 2019 were not associated with controlling blood sugar levels. Diabetic patients had complications at 55.1%, which were hypertension, hyperlipidemia, diabetic retinopathy, cardiovascular disease, kidney failure and chronic wound at 40.8, 19.1, 16.6, 6.4, 5.6, 3.3 และ 0.8%, respectively. According to the results, should promote diabetes mellitus patients to get more appropriate self-care behaviors and control blood sugar levels even more.

Keywords : Diabetes, self – care behavior, Control blood sugar levels

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพของคนทั่วโลกและของคนไทย จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 9.5 หรือจำนวน 6.3 ล้านคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (อัมพาสุทธิจำรูญ, 2565) และมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จำนวนมาก นำไปสู่การเกิด

ภาวะแทรกซ้อน อันตราย และการสูญเสียชีวิต ทั้งนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรที่อายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความเสี่ยงของร่างกายตามวัย มีภูมิต้านทานและความสามารถในการรักษาสมดุลของร่างกายลดลง โรคเบาหวานก่อให้เกิดผลกระทบและความรุนแรง อาทิ ถูกตัดเท้า ตาบอด และเสียชีวิต ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานแย่ลง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) นอกจากนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยโรค

เบาหวานป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก็จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคร่วมถึงร้อยละ 41.0 (องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย, 2563) และมีโอกาสเกิดอาการแสดงที่รุนแรงมากกว่ามากกว่าคนปกติ (Parohan, et al., 2021) ปัญหาสำคัญที่เกิดจากโรคเบาหวาน คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต น้ำหนักตัว และการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย จะสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ (วิลรัตน์ จงเจริญ และคณะ, 2555) การดูแลและการตั้งเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวาน จะเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติโดยทั่วไป เป้าหมายการรักษาเบาหวานในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18-65 ปี กำหนดระดับน้ำตาลสะสมหรือค่าฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) น้อยกว่า 7% (ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์, 2563)

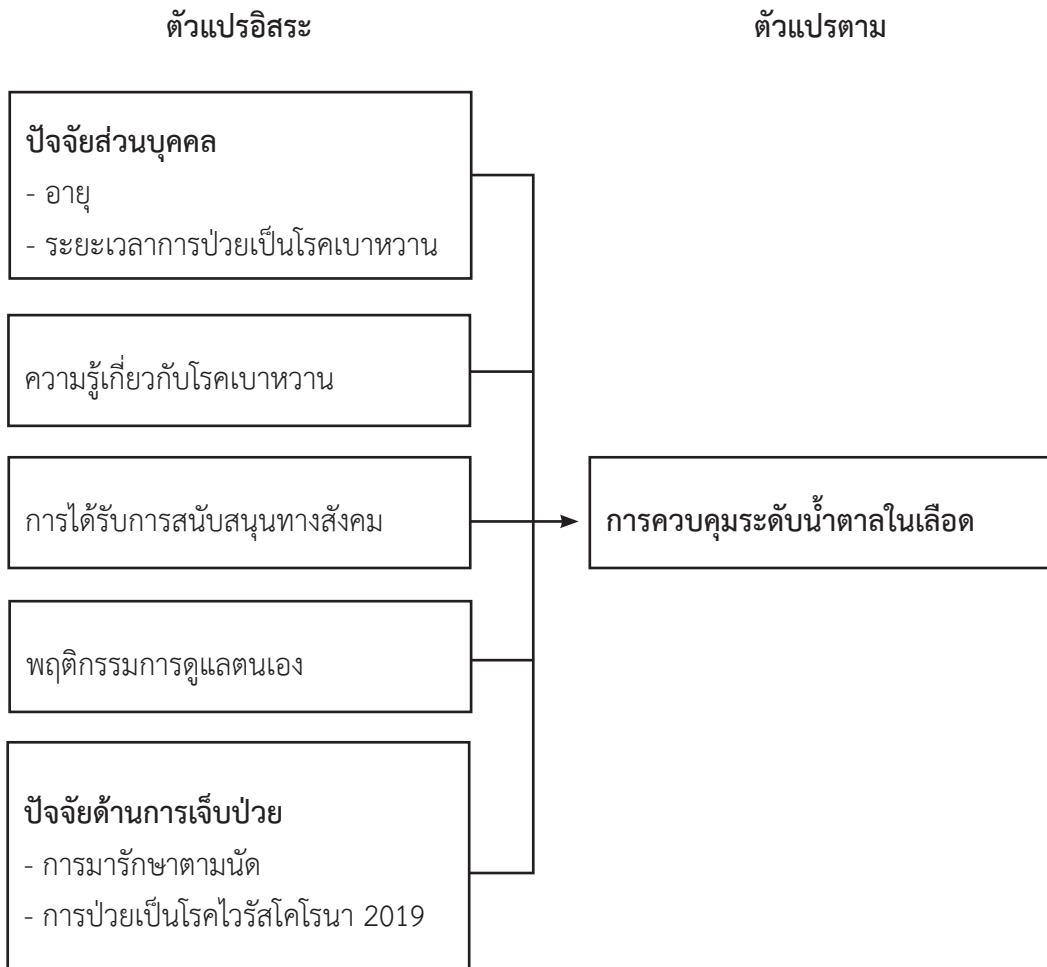
โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศที่ต้องเร่งแก้ไข จังหวัดกระบี่ มีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานในปี 2564 จำนวน 20,854 คน ของประชากรในจังหวัดกระบี่ ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวมารักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 16,045 คน (ร้อยละ 76.9) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ในจังหวัดกระบี่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่, 2565) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ไปรักษาที่ รพ.สต. ให้มีมาตรฐานเดียวกัน มีระบบการปรึกษาแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลใหญ่ ลดความแออัดของผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาล ลดภาระจากความเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (Gallagher, Donoghue, Chenoweth, & Stein-

Parbury, 2018) ในการดูแลรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น จำเป็นต้องรู้ถึงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหา เพื่อจะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานดังกล่าว สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นผู้วิจัย ในฐานะผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดกระบี่ จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่ เพื่อนำไปดำเนินการปรับปรุง แก้ไข และพัฒนาการบริการให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่ รพ.สต. ในจังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. เพื่อศึกษาการเกิดโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่ รพ.สต. ในจังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Research)

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารักษาที่ รพ.สต. ในจังหวัดกระบี่ ซึ่งมีจำนวน 16,045 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นคนไทยที่ได้รับการ

วินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาตรวจรักษาที่ รพ.สต. ในจังหวัดกระบี่ อย่างน้อย 2 ครั้ง (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565) และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane (1967) โดยต้องใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 391 คน เป็นอย่างน้อย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 392 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้คือ

1. เป็นผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 2. มารักษาพยาบาลโรคเบาหวานที่ รพ.สต.ในจังหวัดกระบี่ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2565
 3. เป็นผู้ที่ยินดีร่วมมือในการศึกษา
- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ
1. ไม่สามารถให้ข้อมูลในการศึกษาได้
 2. ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล หรือไม่อยู่ในช่วงเวลาที่ให้ข้อมูลได้ หรือไม่ยินดีร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (เพศ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการรับการรักษาที่ รพ.สต.แห่งนี้ และสิทธิในการรักษาพยาบาล) ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน) และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย (การมารักษาตามแพทย์นัด และการป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019) ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (จากบุคคลในครอบครัว และจากแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเฝ้าระวังโรค แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) รวมทั้งสิ้น 28 ข้อ

2. แบบบันทึกการรักษาพยาบาล

ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจุบัน (HbA1c) และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 2 ข้อ

คุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's alpha) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน = 0.72 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม = 0.85 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง = 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถาม เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย และคณะที่ผ่านการอบรม โดยชี้แจง ทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ในการวิจัย และขอความยินยอมโดยให้ผู้ตอบลงนามให้ความยินยอม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ รพ.สต.แต่ละแห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ณ วัน เวลาที่ผู้ป่วยมารับบริการที่ รพ.สต.เสร็จแล้ว

2. แบบบันทึกการรักษาพยาบาล เก็บข้อมูลโดยการบันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกทะเบียนผู้ป่วย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามประเด็นที่ศึกษา โดยผู้วิจัยและคณะ

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2565 ถึงกันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง การเกิดโรคแทรกซ้อน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วย Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดกระบี่ โดยมีหนังสือรับรอง เลขที่ KBO-IRB 2022/06.2107 วันที่รับรอง 21 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 51.7 รองลงมา มีอายุ 50 – 59 ปี 40 – 49 ปี และน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 32.7, 13.3 และ 2.3 ตามลำดับ มีอายุโดยเฉลี่ย 59.9 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.8 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ถึงร้อยละ 77.8 ในเรื่องอาชีพนั้น พบว่า มีอาชีพเกษตรกร ทำงานบ้าน/ไม่ได้ทำงาน รับจ้าง ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 53.3, 21.4, 13.0, 7.4, 4.6 และ 0.3 ตามลำดับ มีรายได้ 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 37.8 น้อยกว่า 5,000 บาท 10,000 – 19,999 บาท และ 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 20.9, 20.4

และ 14.5 ทั้งนี้ พบผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 6.4 มีรายได้เฉลี่ย 9,365.1 บาท ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.3 เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพในการรักษาพยาบาล สำหรับในเรื่องระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 50.3, 32.4 และ 17.3 ป่วยมานาน 5 – 10 ปี มากกว่า 10 ปี และน้อยกว่า 5 ปี ตามลำดับ โดยเฉลี่ยป่วยมานาน 9.4 ปี มาได้รับการรักษาที่ รพ.สต. 5 – 10 ปี น้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 50.0, 35.2 และ 14.8 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมาได้รับการรักษา 6.6 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มาได้รับการรักษาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 71.1 ผิดนัดบางครั้งเป็นบางครั้ง และผิมนัดบ่อยครั้ง ร้อยละ 28.1 และ 0.8 ตามลำดับ มีการป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 31.4

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 70.9 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง รองลงมา ร้อยละ 26.5 และ 2.6 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี และต่ำ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.9 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับพฤติกรรมด้านการรับประทานยา ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง และด้านการเฝ้าระวังโรค พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.4, 74.7 และ 66.3 ตามลำดับ ส่วนด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 56.4, 36.2 และ 7.4 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และดี ด้านการจัดการกับความเครียด ร้อยละ 50.3 อยู่ในระดับดี รองลงมา ร้อยละ 40.8 และ 8.9 อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n = 392)	ร้อยละ (100.0)
โดยรวม		
ระดับต่ำ (0 – 49 คะแนน)	10	2.6
ระดับปานกลาง (50 – 66 คะแนน)	278	70.9
ระดับดี (67 – 84 คะแนน)	104	26.5
$\bar{X} = 62.6$ SD = 6.6 Min = 37 Max = 81		
ด้านการรับประทานอาหาร		
ระดับต่ำ (0 - 13 คะแนน)	67	17.1
ระดับปานกลาง (14 – 18 คะแนน)	282	71.9
ระดับดี (19 – 24 คะแนน)	43	11.0
$\bar{X} = 15.7$ SD = 2.4 Min = 8 Max = 24		
ด้านการรับประทานยา		
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	23	5.9
ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	30	7.7
ระดับดี (12 – 15 คะแนน)	339	86.4
$\bar{X} = 13.1$ SD = 1.9 Min = 3 Max = 15		
ด้านการออกกำลังกาย		
ระดับต่ำ (0 - 2 คะแนน)	221	56.4
ระดับปานกลาง (3 - 4 คะแนน)	142	36.2
ระดับดี (5 - 6 คะแนน)	29	7.4
$\bar{X} = 2.7$ SD = 1.4 Min = 0 Max = 6		
ด้านการจัดการกับความเครียด		
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	35	8.9
ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	160	40.8
ระดับดี (12 – 15 คะแนน)	197	50.3

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	จำนวน (n = 392)	ร้อยละ (100.0)
$\bar{X} = 11.1$ SD = 1.7 Min = 6 Max = 15		
ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง		
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	7	1.8
ระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	92	23.5
ระดับดี (12 - 15 คะแนน)	293	74.7
$\bar{X} = 12.3$ SD = 1.6 Min = 6 Max = 15		
ด้านการเฝ้าระวังโรค		
ระดับต่ำ (0 - 4 คะแนน)	16	4.1
ระดับปานกลาง (5 - 6 คะแนน)	116	29.6
ระดับดี (7 - 9 คะแนน)	260	66.3
$\bar{X} = 7.4$ SD = 1.5 Min = 2 Max = 9		

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในแต่ละด้าน จำแนกรายประเด็น พบผลการศึกษาดังนี้ คือ

- ด้านการรับประทานอาหาร พบว่า มีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมที่พบมาก เรื่องรับประทานผลไม้รสหวาน รับประทานอาหารจำพวกทอดหรืออาหารที่มีไขมันมาก เป็นประจำถึงทุกวัน/ทุกครั้ง ร้อยละ 19.3 และ 19.4 ตามลำดับ จำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อเพื่อป้องกันมิให้ตนเองอ้วน และรับประทานผักในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องดังกล่าว นานๆ ครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 36.3 และ 23.4 ตามลำดับ
- ด้านการรับประทานยา พบว่า ส่วนใหญ่ มีการรับประทานยาที่เหมาะสม
- ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ส่วนใหญ่

ยังมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในเรื่องการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ และใช้เวลาในการออกกำลังกายนานครั้งละ 30 นาที นาน ๆ ครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 59.2 และ 63.0 ตามลำดับ

- ด้านการจัดการกับความเครียด พบว่า มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ จะปรึกษากับผู้ใกล้ชิด เมื่อเกิดความเครียดมีการผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ และเมื่อเกิดความโกรธ หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้ นาน ๆ ครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 20.7, 27.1 และ 28.8 ตามลำดับ
- ด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในเรื่องการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ทำให้เพิ่มขึ้น โดยมีพฤติกรรมดังกล่าว นาน ๆ ครั้ง ถึงไม่เคย ร้อยละ 27.6
- ด้านการเฝ้าระวังโรค พบว่า ส่วนใหญ่ มีการเฝ้าระวังโรคในทุกประเด็น

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่ รพ.สต.จังหวัด กระบี่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 44.9 ควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 55.1

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการมารับการรักษาตาม

นัด มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ส่วนอายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($P\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ตัวแปร	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					p-value*
	ควบคุมได้			ควบคุมไม่ได้		
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	
อายุ	176	100.0		216	100.0	0.469
น้อยกว่า 50 ปี	23	37.7		38	62.3	
50 – 59 ปี	59	46.1		89	53.9	
60 ปี ขึ้นไป	94	46.3		121	53.7	
ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน	176	100.0		216	100.0	0.032
น้อยกว่า 5 ปี	39	57.4		29	42.6	
5 – 10 ปี	89	45.2		108	54.8	
มากกว่า 10 ปี	48	37.8		79	62.2	
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	176	100.0		216	100.0	0.511
ระดับต่ำ	21	51.2		20	48.8	
ระดับปานกลาง	37	48.1		40	51.9	
ระดับดี	118	43.1		156	56.9	
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	176	100.0		216	100.0	0.265
ระดับต่ำ	19	51.4		18	48.6	
ระดับปานกลาง	49	39.2		76	60.8	
ระดับสูง	108	47.0		122	53.0	

ตัวแปร	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด					p-value*
	ควบคุมได้			ควบคุมไม่ได้		
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ	
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	176	100.0		216	100.0	0.046
ระดับต่ำ	3	30.0		7	70.0	
ระดับปานกลาง	116	41.7		162	58.3	
ระดับดี	57	54.8		47	45.2	
การมารับการรักษาตามนัด	176	100.0		216	100.0	0.022
มาตามนัดทุกครั้ง	136	48.7		143	51.3	
ผิดนัดบางครั้ง / บ่อยครั้ง	40	35.4		73	64.6	
การป่วยเป็นโรคไวรัสโคโรนา 2019	176	100.0		216	100.0	0.210
ไม่เคย	127	47.2		142	52.8	
เคย	49	39.8		74	60.2	

หมายเหตุ * หมายถึง p-value จาก Chi-square test

การเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 55.1 ซึ่งพบเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซาปลายมือปลายเท้า เบาหวานขึ้นตา/จอตาเสื่อม โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายและแผลเรื้อรัง ร้อยละ 40.8, 19.1, 16.6, 6.4, 5.6, 3.3 และ 0.8 ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่ รพ.สต. ในจังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมระดับปานกลาง ครึ่งหนึ่งยัง ควบคุมระดับน้ำตาลยังไม่ได้ เป็นเพราะว่าในการให้ บริการที่ผ่านมา ได้มุ่งเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาล มากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิด พฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม อีกทั้งมีการ ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้ป่วยหลายคน ก็ขาดการดูแลหรือติดตาม ทั้งนี้ จากการศึกษา ยัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดโรคแทรกซ้อน ร้อยละ

55.1 และผู้ป่วยครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการมีอายุมาก จะทำให้ร่างกายตอบสนองต่อความเข้มข้นของ อินซูลิน ต่ำกว่าปกติ (อรพิน สีขาว, 2558) จึงทำให้ มีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีโรค แทรกซ้อนจำนวนถึงครึ่งหนึ่ง

2. จากการศึกษา พบว่า ระยะเวลา การป่วยเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรม การดูแลตนเอง และการมารับการรักษาตามนัด มีความสัมพันธ์กับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา นาน จะทำให้ร่างกายตอบสนองต่อความเข้มข้นของ

อินสุลิน ต่ำกว่าปกติ (อรพิน สีขาว, 2558) การทำงานของตับอ่อนลดลง ส่งผลให้เบต้าเซลล์มีการทำงานลดลงตาม ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี (American Diabetes Association, 2014) ปริมาณมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก็จะลดลง ซึ่งโดยปกติกล้ามเนื้อเป็นอวัยวะที่มีการนำกลูโคสไปใช้ประมาณร้อยละ 80 ทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินสุลินและระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานจึงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีก็จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และตีมากกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การมาตรวจตามนัดและการเฝ้าระวังโรค ทั้งนี้ การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันไม่ให้อินสุลินในเลือดสูง และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ การรับประทานยาเป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมให้อินสุลินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ ส่วนการออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มสมรรถภาพในการใช้ไขมันเป็นแหล่งพลังงาน ลดโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ซึ่งการเพิ่มการใช้พลังงานด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เนื้อเยื่อมีความไวต่ออินสุลินมากขึ้นและการดื้อต่ออินสุลินลดลง อินสุลินสามารถออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น และการออกกำลังกายทำให้น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

แล้วยังทำให้ควบคุมเบาหวานได้ง่ายขึ้น จิตใจร่าเริงแจ่มใส สุขภาพจิตดีขึ้น (Hirunkhro, et al., 2021) สำหรับในเรื่องความเครียด พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดความวิตกกังวลและความเครียด มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เนื่องจากมีการหลั่งแคทีโคลามีนและคอร์ติซอลสูงขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การลดปัจจัยเสี่ยงก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรค การมาตรวจตามนัดและเฝ้าระวังโรค เป็นการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ดูแลควบคุมตัวเองไม่ให้โรคเกิดความรุนแรง โดยผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ทุกครั้งตามนัด หรือก่อนนัดเมื่อมีอาการผิดปกติ (พีระ บุรณะกิจเจริญ, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนชญ์ แสงไสยาศน์ (2565); พัทธี สุวรรณ (2564) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สมคิด ชงสุวรรณ์ (2558) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับน้ำตาลในเลือด

2.3 การมารับการรักษาตามนัดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะการมารับรักษาตามนัด ก็เพื่อประเมินผลการรักษา และรับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองด้วยการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานต้องมารับการตรวจน้ำตาลในเลือด ตรวจสุขภาพทั่วไป ได้รับความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม ตลอดจนได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้โดยผู้ป่วยไม่มีอาการ (อารยา ทองผิว, 2557) ดังนั้น การไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขตามนัดอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ ที่ทำให้การรักษาได้

ผลดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การที่ผู้ป่วยผิวดำ จะมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติได้ และยังพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ผิวดำในการรักษาบ่อย ๆ จะมีระดับน้ำตาลในเลือดกับการดูแลตนเองที่แย่กว่ากลุ่มที่มาพบแพทย์ตรงตามนัด (Karter, et al., 2014) ดังนั้น การมารับการรักษาตามนัด จึงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ คินิงนุซ แจ็งพรมมา, พัทธนันท์ คงทอง (2561) พบว่า ความสม่ำเสมอในการมารับยามีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มารับยาผิวดำ บางครั้ง/บ่อยครั้งมีโอกาสให้ระดับ HbA1c สูงเป็น 2.02 เท่า ของกลุ่มที่มารับยาสม่ำเสมอไม่เคยขาด

3. สำหรับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน เป็นผลกระทบที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานใน รพ.สต. 3 ใน 4 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง 2 ใน 4 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทั้งนี้ขึ้นกับระยะเวลาของการเจ็บป่วย หากเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นเวลานาน จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน รพ.สต. จังหวัดกระบี่ มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อย เป็นผู้ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน และครึ่งหนึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากและเร็วขึ้น โดยพบว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายใน 5 ปี (American Diabetes Association, 2014) ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของรีนจิต เพชรชิต (2558) ที่พบว่าเกิดโรคแทรกซ้อน ร้อยละ 62.3

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการให้บริการที่ รพ.สต. ควรจัดให้มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาล และมีการติดตาม/เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ในรายที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรปรับปรุงให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมให้เหมาะสม ถูกต้อง ที่พบมากกว่าควรต้องดำเนินการ คือ การรับประทานผลไม้รสหวาน อาหารจำพวกทอดหรือมีไขมันมาก การจำกัดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ รับประทานผักในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที การปรึกษากับผู้ใกล้ชิด การผ่อนคลายด้วยวิธีการต่างๆ และการควบคุมอารมณ์ และการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้เพิ่มขึ้น

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด หรือจัดให้มีระบบการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์/Line application

4. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมานาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควรจัดให้มีระบบติดตาม เยี่ยมบ้าน ค้นหาปัญหา และสนับสนุนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบ/ระบบ และประเมินผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของ รพ.สต.

2. ศึกษาหาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- คณินุช แจ้งพรมมา, พัทธนันท์ คงทอง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). 10(19): 1-13.
- พัชรี สุวรรณ. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมุทรสาคร. รายงานวิจัย.
- พีระ บุรณกิจเจริญ. (2559). ความดันโลหิตสูง. (ออนไลน์). แหล่งที่มา <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=47> (สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2565)
- มาโนชญ์ แสงไสยาศน์. (2565). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานวิจัย.
- ระวีวรรณ เลิศพัฒนารักษ์. (2563). โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <https://www.dailynews.co.th/article/663767> (สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2565)
- รินจิต เพชรชิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2(2): 15-28.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ, วันดี คหะวงศ์, อังคณา อภิชาติ, อรนิช แสงจันทร์, ประภาพร ชูกำเนิด, กัลยาณี บุญสิน และณอม ชูงาน. (2555). รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. สงขลานครินทร์เวชสาร. 6(1): 71-84.
- สมคิด ธงสุวรรณ. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานวิจัย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). รู้จักโรคเบาหวาน. (ออนไลน์). แหล่งที่มา http://www.dmtai.org/news_and_knowledge/88 (สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2565)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. (2565). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดกระบี่. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่.
- องค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายงานสถานการณ์ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย – 17 เมษายน 2563. (ออนไลน์). แหล่งที่มา https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-04-17-tha-sitrep-55-covid19-th-final.pdf?sfvrsn=f2598181_0 (สืบค้นเมื่อ 15 สิงหาคม 2565)

- อรพิน สีขาว. (2558). การจัดการโรคเบาหวาน: มิติของโรคและบทบาทพยาบาล. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อัมพา สุทธิจำรูญ. (2565). มาตรฐานคลินิกเบาหวานของประเทศไทย. วารสารเบาหวาน. 54(1): 19-22.
- อารยา ทองผิว. (2555). การดูแลสุขภาพทั่วไปและการดูแลตนเองในภาวะพิเศษ. กรุงเทพฯ: คัลเลอร์ฮาร์โมนี.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 37: S81-S90.
- Gallagher, R., Donoghue, J., Chenoweth, L., & Stein-Parbury, J. 2018. Self-management in older patients with chronic illness. International Journal of Nursing Practice. 14(5): 373-382.
- Hirunkhro, B., Dussaruk, D., Poko, S., Siriniyomchai, C., & Kitiyanu, C. (2021). Foot Care: The Problems That Should Not Be Overlooked among Diabetic Elders in Community, EAU Heritage Journal Science and Technology. 15(1): 46-61.
- Karter AJ, Parker MN, Moffet HH, Ahmed AT, Ferrara A, Liu JY, et al. (2014). Missed appointment and poor glycemic control : an opportunity to identified high-risk diabetes patients. Med Care. 42: 110-15.
- Komin, S. (2013). Nutrition therapy for diabetic patients. In Wichayanarat, A (editor) diabetes textbook. Bangkok : Ruean Kaew Printing. (in Thai)
- Parohan M, Yaghoubi S, Seraji A, Javanbakht MH, Sarraf P, Djalali M. (2021). Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Aging Male. 23(5): 1416-24.
- Yamane, T. (1967). Statistics : An Introductory Analysis. London : John Weather Hill, Inc.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชน อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Factors related to safe motorcycle driving behavior of people in Koh Samui District Surat Thani Province.

สุวรักษ์ บุญพา, น้ำเพชร อเนกคณา

Suwarak Boonpa, Numphet Anekkana

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย

Koh Samui District Public Health Office

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ(Survey research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน ซึ่งเป็นตัวแทนประชากรที่อาศัยอยู่ใน 7 ตำบลของอำเภอเกาะสมุย ได้ตอบแบบสอบถาม 4 ส่วนด้วยกัน คือ 1. ข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ 2. ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร 3. ทักษะเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ 4. พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมานหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(Pearson Correlation)

ผลการศึกษา พบว่า

1. พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 69.5 ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.7 ทักษะเกี่ยวกับการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80.5

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพสมรส การมีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ การปรับแต่งเครื่องยนต์และอุปกรณ์ของรถ ระยะเวลาเฉลี่ยในการขับขี่ต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ทักษะเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) ส่วนประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยแต่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุให้เกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$)

ข้อเสนอแนะการวิจัย การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนา ปรับปรุง เพื่อระงับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

Abstract

Factors related to safety motorcycle driving behavior of people in Koh Samui District Surat Thani Province. Had purposes for study of safety motorcycling behavior and to study the factors related to safety motorcycle driving behavior. The samples size 420 people who lived in 7 sub-districts Koh Samui District. The sample size to answered the questionnaire consisted of 4 parts. 1.) General information and accidental experienced. 2.) Knowledge of traffic rules. 3.) safety attitude in driving motorcycles. 4.) safety motorcycle driving behavior. Use descriptive statistics to analyzed the data; mean, percentage, standard deviation and the inferential statistics to find the association was Pearson Correlation Coefficient.

The results.

1. The safety driving behavior of motorcycles was moderate (69.5%). Knowledge of traffic rules was moderate (65.7%). Attitude about safe driving of motorcycles was 80.5%.

2. The relationship between personal factors, Age, marital status, motorcycle driving license, Motorcycle engine and equipment tuning, Average duration of driving a motorcycle per day were significantly positively correlated with safe motorcycling driving behavior. ($P \leq 0.05$). knowledge of traffic rules and attitude about safety driving were significantly positively correlated with safety motorcycle driving behaviors. ($P \leq 0.05$). The accident experienced was no relation ship with safety motorcycling behavior but the accident experience had a statistically significant relationship with the cause of the accident ($P \leq 0.05$)

Research recommendations. This study can be developed and renovated be careful accident injury for the quality of life the people

Keywords : Factors related, Safety motorcycle driving behavior

บทนำ

อุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) ให้ความสำคัญ ซึ่งพบว่า มีผู้เสียชีวิตบนท้องถนนทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2559 พบมีผู้เสียชีวิตสูงถึง 1.35 ล้านคนต่อปี หรือทุกหนึ่งชั่วโมง จะมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน 155 คน

ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 8 ของคนทุกกลุ่มอายุทั่วโลก มากกว่าการสูญเสียชีวิตจาก HIV/เอดส์ วัณโรค และโรคอุจจาระร่วง ทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของเด็กและเยาวชนอายุ 5–29 ปี อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงที่สุดอยู่ในทวีปแอฟริกา คือ 26.60 คนต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในอัตรา 20.70 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561

พบว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คือ 32.70 คนต่อประชากรแสน แต่ประเทศไทยมีการบังคับใช้กฎหมายจราจร อยู่ในระดับดี ตามเกณฑ์ของ WHO กล่าวคือกฎหมายมาแล้วขับ กฎหมายการบังคับสวมหมวกกันน็อกในผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ และกฎหมายบังคับคาดเข็มขัดนิรภัย แต่ที่ยังไม่ถึงระดับดี คือ กฎหมายกำหนดความเร็ว และกฎหมายระบบสายรัดหรือที่นั่งสำหรับเด็ก (Nantetida Bunnug, 2021) ในปี พ.ศ.2558 ได้มีการประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้วางเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี 2573 คือ ลดอัตราการเสียชีวิต และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งภายใน ปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้พบเกือบครึ่งหนึ่งของการเสียชีวิตทั้งหมดจากการจราจรทางถนนในโลกเกิดกับคนที่ป้องกันตัวได้น้อยมาก เช่น คนขับขีรถจักรยานยนต์ร้อยละ 23.0 คนเดินเท้าร้อยละ 22.0 และคนปั่นจักรยานร้อยละ 4.0 จึงได้ร่วมกันกำหนดมาตรการด้านต่างๆ เพื่อลดอัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (Nantetida Bunnug, 2021)

สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2553 คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาเห็นชอบให้ ปี 2554-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) โดยมอบให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน จัดทำแผนแม่บทปฏิบัติการแบบบูรณาการดำเนินงานจากทุกภาคส่วน โดยกำหนดเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ต่ำกว่า 10 คนต่อประชากรแสนคน และลดอัตราการเสียชีวิตให้เหลือ 18 คนต่อประชากรแสนคน โดยให้กระทรวงสาธารณสุข

เป็นแกนในการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุงระบบการดำเนินการต่างๆ ซึ่งพบว่าในช่วงหลังจำนวนของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. 2562). กล่าวคือ ปี 2554 – 2559 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ย 21,200 คน/ปี คิดเป็น 32.6 ต่อประชากรแสนคนหรือวันละ 60 คน/วัน มีผู้บาดเจ็บนอนรักษาโรงพยาบาล ประมาณ 200,000 คน/ปี และผู้พิการอีกปีละ 9,000 คน ซึ่งแนวโน้มของปัญหายังอยู่ในอัตราที่สูงมาก ทั้งที่มีการบังคับใช้กฎหมาย การมีคณะกรรมการระดับอำเภอ ชุมชนมีส่วนร่วมแต่การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพพอ (กรมควบคุมโรค, 2564)

จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาการเกิดอุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนนเช่นเดียวกับจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย การเกิดอุบัติเหตุอยู่ใน 10 อันดับแรกของประเทศไทย (พ.ศ. 2560-2562) กล่าวคือ ในปี 2560 อยู่ในอันดับที่ 6 ปี 2561 อยู่ในอันดับที่ 4 และปี 2562 อยู่ในอันดับที่ 9 (กลุ่มสถิติการขนส่ง กองแผนงาน กรมการขนส่งทางบก. 2561) เกาะสมุย เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีเนื้อที่ 227 ตารางกิโลเมตร (142,231 ไร่) ส่วนที่เหลือเป็นพื้นที่ของเกาะต่างๆ รวมอยู่ด้วยกันกว่า 50 เกาะ และมีประชากรในพื้นที่จำนวน 70,069 คน (ณ กรกฎาคม 2563) มีแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 13,964 คน (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2564) มีนักท่องเที่ยวเข้าพื้นที่ประมาณ 3,000 คนต่อวัน แต่ลดลงเนื่องจากการระบาดของโควิด 19 ในช่วงปี พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน พื้นที่ 1 ใน 3 เป็นที่ราบล้อมรอบ

ด้วยภูเขา ถนนหนทางจึงมีระดับสูงๆ ต่ำๆ ลาดไปตามภูเขาและริมทะเล เส้นทางเดินรถเป็นแบบเส้นทางเดียว ทั้งนี้อำเภอเกาะสมุยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พขอ.) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 มีการสนับสนุนงบประมาณและสนับสนุนคณะกรรมการชุดทำงานที่มาจากหลายภาคส่วน มีการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน(RTI) มีการตั้งเป้าหมายลดการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุให้เหลือร้อยละ 20 โดยกำหนดให้มีกิจกรรมรณรงค์การขับขี่ปลอดภัยทุกช่วงเทศกาล ด้านความรู้คู่จราจร หน่วยงานรัฐและเอกชนสวมหมวกนิรภัย 100% ครูอาสาจราจรหน้าเสาธง ถนนปลอดภัย (จุดเสี่ยงได้รับการแก้ไข) ชมรม 2 ล้อสีขาว ขับขี่ปลอดภัยในส่วนท้องถิ่น เทศบาลนครเกาะสมุย ได้มีแผนและมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เส้นทางจราจรเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น(พ.ศ. 2562-2564) คือ 12.60, 12.60 และ 12.80 ต่อประชากรแสนคน การบาดเจ็บที่ศีรษะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ใน 10 อันดับโรค สาเหตุจากอุบัติเหตุจากการขนส่งเป็นอันดับ 10 อัตรา 5,338.36 4,034.59 และ 4,352.45 ต่อประชากรแสนคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้รับบาดเจ็บอุบัติเหตุ การขนส่งอัตรา 1,035.24, 903.39 และ 1,016.63 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมการขนส่งทางบก, 2557) ที่ผ่านมายังไม่เคยมีผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนในอำเภอเกาะสมุยมาก่อน ผู้วิจัยต้องการศึกษาเรื่องนี้

เพื่อจะนำผลการศึกษาดังกล่าวเป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา เฝ้าระวังและแก้ปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อไป

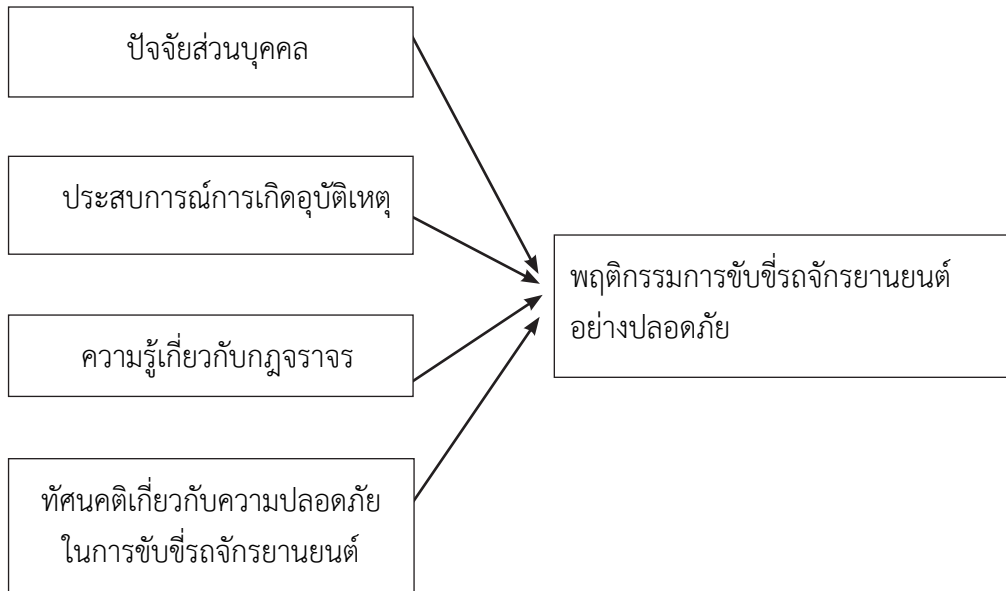
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของประชาชนในอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนในอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในอำเภอเกาะสมุยมีพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ทักษะดี เกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการขับถ่ายอย่างปลอดภัยของประชาชนในอำเภอเกาะสมุย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับถ่ายอย่างปลอดภัย ประชากรเป็นประชาชนที่มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ใน 7 ตำบลของอำเภอเกาะสมุย จำนวน 70,069 คน (ยกเว้นตำบลที่อยู่บนเกาะเล็ก ๆ) มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 51,707 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ อายุ 15 ปีขึ้นไปเนื่องจากประชากรกลุ่มดังกล่าวสามารถขอใบอนุญาตขับถ่ายอย่างปลอดภัยได้ เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะในการเดินทางสมัครใจเข้าร่วมโครงการการวิจัย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามานะ (Taro Yamane ,1973)

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 399.99 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจึงขอกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 420 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนใน 7 ตำบลๆ ละ 60 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยทีมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 10 คน ซึ่งคัดเลือกมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 แห่งๆ ละ 1 คนและจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะสมุย จำนวน 3 คน เพื่อรับทราบความเป็นมาของโครงการวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินการ และวิธีการเก็บข้อมูลเพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจากการทบทวนงานวิจัย (ไสรดา เจริญศักดิ์, 2559 กาญจน์กรอง สุอังคะ, 2559 และบัณฑิต ตั้งกมลศรี, 2559)

และการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี Precedes Proceeds Model นำมาออกแบบในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วนด้วยกัน คือ ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ และประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบบังคับตอบ ถูก ผิด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 อยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 60-80 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 อยู่ในระดับดี ส่วนที่ 3 ทักษะการขับขี่ความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จัดระดับคะแนนเป็น 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00 ระดับต่ำมาก 1.01-2.00 ระดับต่ำ 2.01-3.00 ระดับปานกลาง 3.01-4.00 ระดับสูง 4.01-5.00 ระดับสูงมาก ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จัดระดับคะแนนเป็น 3 ช่วงคะแนนเฉลี่ย คือ ระดับไม่ดี ช่วงค่าเฉลี่ย 0.00-1.49 การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับไม่ดี 1.50-2.49 การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง 2.50-3.00 การปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ความถูกต้อง ความครอบคลุมวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุง

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจริง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่จะไปเก็บข้อมูล แล้วนำมาหา

ค่าความเชื่อมั่นในข้อมูลชุดความรู้ใช้สูตร KR-20 ตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) เพื่อหาความยากง่าย (P) เครื่องมือฉบับนี้ได้ค่าความยาก 0.58 ได้ค่าอำนาจจำแนก (r) 0.77 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.88 อยู่ในระดับดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแปลผลโดยอธิบายด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หมายเลขรับรอง 047/65 ลงวันที่ 5 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 42.08 ปี ช่วงอายุ 45-59 ปี มากสุด การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. สถานภาพสมรสแล้ว อาชีพรับจ้าง เกือบครึ่งหนึ่งไม่มีใบอนุญาตขับขี่ มีส่วนน้อยที่มีการปรับแต่งเครื่องยนต์ และอุปกรณ์ต่างๆ ของรถ อายุการใช้งานของรถต่ำกว่า 5 ปี ขับขี่รถจักรยานยนต์เกือบทุกวัน ระยะเวลาในการขับขี่ยานยนต์น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ต่อวัน ประสบการณ์

การเกิดอุบัติเหตุ เกือบครึ่งหนึ่งเคยประสบอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์มากที่สุดคือ 1 ครั้ง ส่วนมากเกิดในช่วงเทศกาล (ปีใหม่, สงกรานต์) จากการขับรถเสียหลักล้มเอง รถอื่นขับมาชน และชนกับวัตถุ/สิ่งกีดขวาง/สัตว์ อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดบนถนนปกติคอนกรีตลาดยาง เปียกชื้น เป็นโคลน ขรุขระ มีหลุม บ่อ มีกรวดทรายบนถนน เกิดทั้งทางตรงทางโค้ง ทางแยก ทางเบี่ยง มีลูกระนาด มีบางช่วงถนนชำรุด และซ่อมถนน เกิดในช่วงทัศนวิสัยดี บางครั้ง

ฝนตกถนนลื่น ซึ่งเคยใช้เส้นทางนี้เป็นประจำ การจราจรคับคั่ง ส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มสุราก่อนขับรถ มีการบาดเจ็บเล็กน้อย มีเพียงส่วนน้อยที่กระดูกหัก ศีรษะแตก กระแทก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุในครั้งนี้เกิดจากความประมาทของบุคคลอื่น สภาพถนน สิ่งแวดล้อม (มีน้ำ ขยะ สัตว์เลี้ยง ต้นไม้ กิ่งไม้ ทราย ทางลาดชัน ตรอกถนนบนถนน) ฝนตกถนนลื่น ถนนชำรุด การจราจรคับคั่ง และบางส่วนคิดว่าเกิดจากความประมาทของตัวเอง

2. ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับของความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ต่ำต้องปรับปรุง ช่วงคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	94	22.4
ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนร้อยละ 60-80	276	65.7
ระดับดี ช่วงคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป	50	11.9

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.7 มีความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 22.4 อยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 11.9 อยู่ในระดับดี

3. ทักษะเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับของทัศนคติด้านความปลอดภัยในการขับขี่

ประเด็นทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00	0	0.0
ระดับต่ำ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00	0	0.0
ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	26	6.2
ระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00	338	80.5
ระดับสูงมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.01-5.00	56	13.3

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.5 มีทัศนคติด้านความปลอดภัยในการขับชื้ออยู่ในระดับสูง รองลงมาร้อยละ 13.3 อยู่ในระดับที่สูงมาก และร้อยละ 6.2 อยู่ในระดับปานกลาง

4. พฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับของพฤติกรรมเกี่ยวกับการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดีต้องปรับปรุง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.49	8	1.9
ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	292	69.5
ระดับดี ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.00	120	28.6

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 69.5 มีพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 28.6 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 1.9 อยู่ในระดับที่ไม่ดีต้องปรับปรุง

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ประสพการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ความรู้เกี่ยวกับการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ทัศนคติเกี่ยวกับการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย กับพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสพการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ความรู้เกี่ยวกับการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับชื้อกับพฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

ตัวแปร	พฤติกรรมการขับชื้อรถจักรยานยนต์	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
เพศ	0.038	0.437
อายุ	0.175	0.001**
การศึกษา	-0.071	0.145
สถานภาพสมรส	0.109	0.026**
อาชีพ	0.055	0.065
ใบอนุญาตขับชื้อรถจักรยานยนต์	0.206	0.001**

ตัวแปร	พฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ประเภทของรถจักรยานยนต์	-0.040	0.415
ความจุของเครื่องยนต์(ซีซี)	0.013	0.788
การปรับแต่งเครื่องยนต์และอุปกรณ์ ของรถจักรยานยนต์	0.107	0.029**
อายุการใช้งานของรถจักรยานยนต์	0.073	0.135
ความถี่ในการขับช้รถจักรยานยนต์ต่อสัปดาห์	-0.074	0.130
ระยะเวลาเฉลี่ยในการขับช้รถจักรยานยนต์ต่อวัน	0.111	0.023**
ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ	-0.055	0.062
ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร	0.133	0.006**
ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับช้	0.238	0.001**

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ สถานภาพสมรส ใบอนุญาตขับช้รถจักรยานยนต์ การปรับแต่งเครื่องยนต์และอุปกรณ์ของรถจักรยานยนต์ ระยะเวลาเฉลี่ยในการขับช้รถจักรยานยนต์ต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) และ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับช้รถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P \leq 0.05$) ส่วนประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

สรุปและวิจารณ์

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชน อำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีวัตถุประสงค์ 1). เพื่อศึกษาพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ของประชาชนในอำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 2). เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของประชาชนในอำเภอกะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยตั้งสมมติฐาน ข้อที่ 1 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในอำเภอกะสมุยมีพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และสมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ทัศนคติเกี่ยวกับการขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรขับช้รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า “ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในอำเภอเกาะสมุยมีพฤติกรรมการขับชี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย” ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการขับชี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.3) ไม่มีใบอนุญาตขับชี่รถจักรยานยนต์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย จากกรมการขนส่งทางบก กระทรวงคมนาคม ซึ่งใบอนุญาตขับชี่ ผู้ขอใบอนุญาตจะต้องผ่านการอบรมด้านความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรเป็นเวลา 5 ชั่วโมง มีการทดสอบสมรรถภาพร่างกาย สอบภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ หากผ่านก็จะได้ใบอนุญาตขับชี่จากกรมการขนส่งทางบก (กรมการขนส่งทางบก, 2557) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรอยู่ในระดับปานกลาง ถึงต่ำ มีเพียงส่วนน้อยที่มีความรู้ดี และจากงานวิจัยนี้พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับชี่ที่ปลอดภัย เนื่องจากผู้ที่เคยอบรมกฎการขับชี่อย่างปลอดภัย จะมีการปฏิบัติตามกฎจราจรในทุกด้านดีกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม (นัชรศม์ ชูหิรัญญ์วัฒน์, 2555) นอกจากนี้ ปัจจัยแวดล้อมจะมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุด้วย เช่น สภาพถนนที่คับแคบ ขยะ ทราฟ กรวด น้ำขัง (กุลธิดา ท่าทราย และคณะ, 2564) ความชันของไหล่ทาง สัตว์เลี้ยงบนถนน และเศษวัสดุที่ตกหล่นบนถนน และหล่นใส่ผู้ขับชี่ (ทางมะพร้าว กิ่งไม้) และการปรับปรุงถนน อาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ (นิวัชสร้อยมาล, 2556) โดยสรุปผลการวิจัยเพื่อตอบสมมติฐานข้อที่ 1 พฤติกรรมการขับชี่รถจักรยานยนต์ของประชาชนในอำเภอเกาะสมุย มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีใบอนุญาตขับชี่

และปัจจัยแวดล้อมด้านสภาพถนน ขยะ น้ำขัง การก่อสร้างปรับปรุงถนน ความชันของถนนและมีเศษวัสดุต่างๆ ที่ตกหล่นบนถนน มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทั้งสิ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ทักษะเกี่ยวกับการขับชี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับชี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ 3 ข้อ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร และทักษะเกี่ยวกับการขับชี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการขับชี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย แต่ประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับชี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ในด้านที่สัมพันธ์กันนั้น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ สถานภาพสมรส ใบอนุญาตขับชี่รถ การปรับแต่งเครื่องยนต์และอุปกรณ์รถ ระยะเวลาในการขับชี่รถ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการขับชี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r=0.175$, $r=0.109$, $r=0.206$, $r=0.107$, $r=0.111$) ทั้งนี้อาจเป็นผลจากวุฒิภาวะการตัดสินใจ ในภาวะวิกฤติของการขับชี่ระหว่างหญิงกับชายอาจต่างกันเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง สมรสแล้ว อายุเฉลี่ยประมาณ 42.08 ปี ช่วงอายุ 45-59 ปี สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา (นัชรศม์ ชูหิรัญญ์วัฒน์, 2555) ที่พบว่า กลุ่มอายุระหว่าง 26 – 40 ปี มีการปฏิบัติตามกฎหมายจราจรดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งยังไม่มีใบอนุญาตการขับชี่รถ อาจมีผลต่อความเข้าใจเครื่องหมายจราจร และการปฏิบัติตามกฎจราจรที่

ต่างกับกับผู้ที่มีใบอนุญาตขับขี่รถ ตลอดจนการปรับแต่งเครื่องยนต์หรืออุปกรณ์รถ อาจมีผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ (มนัสชนก แก้วโทและคณะ, 2561) นอกจากนั้นการขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นระยะเวลานาน อาจมีผลต่อพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มขึ้นด้วย (นงคราญ ตาดีคำ, 2558) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมอาจมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุ (นิวัช สร้อยมาลา, 2556) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร และทัศนคติเกี่ยวกับการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยในระดับต่ำ ($r=0.133$, $r=0.238$) อาจเป็นผลมาจากความเชื่อมโยงของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ การไม่มีใบอนุญาตขับขี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีเกือบครึ่งหนึ่ง ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจรอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำอาจมีผลต่อพฤติกรรมการขับขี่รถได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (นัชรศม ชูทริญญวัฒน์, 2555) ที่พบว่า ผู้ที่เคยอบรมกฎการขับขี่อย่างปลอดภัยจะมีการปฏิบัติตามกฎจราจรในทุกด้านดีกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการอบรม และความรู้ ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัย (กุลธิดา ท่าทรายและคณะ, 2564) ทัศนคติในการไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ (กาญจกรองสุอังคะ, 2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในด้านการปฏิบัติตามกฎจราจรในระดับค่อนข้างสูง จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กันในระดับที่ค่อนข้างต่ำ อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับ

การขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย สรุปผลการศึกษาเพื่อตอบสนองมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับกฎจราจร ทัศนคติเกี่ยวกับความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย ส่วนประสมการเกิดอุบัติเหตุไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อนี้สามารถตอบสนองมติฐานได้เพียง 3 ข้อเท่านั้น ซึ่งความสัมพันธ์ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการขับขี่ค่อนข้างต่ำด้วย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ที่พบเพิ่มเติมคือ ประสมการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุด้วย กล่าวคือ ผู้ที่เคยประสบอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกค่อนข้างสูงกับสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ($r=0.837$) ช่วงเทศกาล (ปีใหม่, สงกรานต์) ($r=0.778$) ลักษณะถนนที่เกิดอุบัติเหตุ($r=0.718$) ประเภทของผิวถนน($r=0.760$) ความเคยชินในการใช้เส้นทาง ($r=0.728$) สภาพการจราจร ($r=0.822$) การดื่มสุราก่อนการขับขี่($r=0.822$) และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับกลาง คือ แบบของอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น ($r=0.560$) ประเภทของทาง/ถนน($r=0.587$) ทัศนวิสัย ($r=0.632$) และลักษณะการบาดเจ็บ ($r=0.654$) ทั้งนี้ ปัจจัยแวดล้อมดังกล่าวที่เกี่ยวกับประสมการเกิดอุบัติเหตุ เป็นส่วนเสริมให้เกิดอุบัติเหตุทั้งสิ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้สามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผน พัฒนาปรับปรุง ฝึกระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรได้ เช่น การมีใบอนุญาตขับขี่รถสำหรับผู้ขับขี่รถทุกประเภทที่ต้องมี ซึ่งต้องมีการบังคับใช้กฎหมาย

อย่างเคร่งครัด ปัจจัยแวดล้อมที่อาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น สภาพถนน สิ่งกีดขวางบนถนน สภาพการจราจร ความลาดชันของถนน การปรับปรุงผิวการจราจร ป้ายจราจร ซึ่งหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องอาจนำข้อมูลจากผลงานวิจัยนี้ไปใช้ในการพัฒนาปรับปรุงได้

เอกสารอ้างอิง

- กาญจกร สุธังคะ. (2559). การศึกษาพฤติกรรมการขับขี่ของวัยรุ่นที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถจักรยานยนต์.(รายงานผลงานวิจัย). นครราชสีมา:มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- กุลธิดา ท่าทราย และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 14(1). 50-67.
- กรมการขนส่งทางบก. (2557) โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบใบอนุญาตขับรถ ให้เหมาะสมกับประเทศไทย คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- กรมควบคุมโรค. (2564). การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน(RTI). สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2565. จาก https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=73.
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (กรกฎาคม 2564). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน. แผนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปีงบประมาณ 2564 รอบที่ 2.
- กลุ่มสถิติการขนส่ง กองแผนงาน กรมการขนส่งทางบก. สรุปรายงานการวิเคราะห์สถิติการเกิดอุบัติเหตุจราจรทางบกปีงบประมาณ 2561. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565 จาก <https://web.dlt.go.th>.
- นัชรศม ชูหิรัญญ์วัฒน์ (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามกฎหมายจราจรของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ภายในเขตเทศบาลนครนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครราชสีมา:มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- นิวัช สร้อยมาลา. (2556). การศึกษาจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุภายในพื้นที่ตำบลโบล อำเภอยะผา จังหวัดนครราชสีมา. (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครราชสีมา:มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป มีจุดที่น่าสนใจและน่าจะศึกษา คือ จุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย น่าจะมีการศึกษาหรือเฝ้าระวังจุดเสี่ยงการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรในอำเภอเกาะสมุย

- นงคราญ ตาดีคำ. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้รถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอกู่เพียง จังหวัดน่าน. (ปริญญานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนัสชนก แก้วโท และคณะ. (2561). พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยราชธานี. วารสารราชธานีนวัตกรรมวิทยาศาสตร์ทางสุขภาพ. 13(1). 38-50
- ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน. (2562). รายงานประชาชน ปี 2562. สืบค้นเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2565. จาก <https://roadsafety.disaster.go.th>.
- โศรดา เจริญศักดิ์. (2559). พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัยของกลุ่ม CBR Club Chanthaburi. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรีพันธุ์ วรพงษ์. (พฤษภาคม 2558). Precede-Proceed Model. เอกสารประกอบการอภิปรายหัวข้อทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์กับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ:เวทีประชุมวิชาการสู่ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17.
- Nantetida Bunnug. (2021). ไทยเสียชีวิตบนท้องถนนสูงสุดในเอเชียตะวันออก. สืบค้นเมื่อ 13 ก.พ. 2565. จาก <https://www.sdgmove.com> 2021/02/10 > who-global-).

การประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

Evaluation School-age Children's Oral Health Promotion Project, under Chonburi Provincial Health Office

อังคณา มากมาย

Angkana Makmai

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

Chonburi Provincial Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานจำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นบุคลากรผู้ให้ข้อมูลหลัก แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกัน ผลการประเมินโดยรวมมีความเหมาะสมในระดับสูง โดยพบว่า ด้านบริบท นโยบาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด มีความชัดเจน สอดคล้องกับแผนฯ มีความเข้มแข็งการขับเคลื่อนเชื่อมโยงนโยบายภายในจังหวัด ตัวชี้วัดคุณภาพควรสะท้อนการส่งเสริมทันตสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกระบวนการ ให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายได้ทันเวลา ด้านปัจจัยนำเข้า มีกระบวนการวัดและประเมินผลเชิงคุณภาพ กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดท้าทาย พัฒนาการกำกับ ติดตาม มีคณะกรรมการฯ ชัดเจนแต่ยังขาดประสิทธิภาพการนำข้อมูลสารสนเทศมาเชื่อมโยงสู่กลยุทธ์จัดการกลุ่มเสี่ยง มีการคืนข้อมูลให้พื้นที่และผลักดันการดำเนินงานเชิงป้องกันเชื่อมโยงกับการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม พบข้อจำกัดด้านงบประมาณและอัตรากำลัง ด้านกระบวนการ มีการจัดระบบบริการครบวงจร ระบบสร้างความรอบรู้ การพัฒนาเครือข่ายบริการทั้งระบบและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับดี แต่ควรพัฒนาเพิ่มความครอบคลุม การเข้าถึงการจัดบริการส่งเสริมป้องกันและรักษาแบบผสมผสาน พัฒนาความเชื่อมโยงระบบส่งต่อการรักษา และข้อมูลทันตสุขภาพ ด้านผลผลิต ภาพรวมมีการยกระดับการจัดบริการ ในส่วนงานส่งเสริมป้องกันและรักษาทางทันตกรรม ส่งผลให้อัตราโรคฟันผุของเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย พฤติกรรมและประสิทธิภาพการแปรงฟันมีแนวโน้มดีขึ้น ดังนั้นเชิงนโยบายควรเน้นการส่งเสริมป้องกันและรักษาแบบผสมผสาน สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาระบบส่งต่อการรักษาและข้อมูล พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ประเมินผล, การส่งเสริมทันตสุขภาพ, เด็กวัยเรียน, ชลบุรี

Abstract

This quantitative and qualitative research aimed to evaluate the oral health promotion project in school age children of office under Chonburi Provincial Health Office according to the CIPP model, in aspect of context, input, process, and product by studying in a specifically selected sample with a purposive sampling method with a total of 140 persons. The data were collected by using the personnel questionnaire, in-depth interviews. Analyzing quantitative data was done by statistics, frequency, percentage, average, and standard deviation. Qualitative data was analyzed by using content analysis.

Findings found that quantitative and qualitative data were consistent. The results as a whole, had a high degree of suitability. The Contextual aspect, it showed policies, objectives, targets, indicators are consistent with the plan, had a strong driving force linking policies within the province but quality indicators of oral health promotion project should reflect to cover all processes to achieve the goal in time. The Input aspect, had a qualitative measurement and evaluation process, set challenge KPI goals and develop supervision and follow-up but lacks the effectiveness of linking information to the oral health risk management strategy. The information has been returned to the area and can be pushed forward to develop preventive operations linked to oral diseases in a concrete way and found a limitation of budget and manpower. The Process aspect, had a comprehensive service system, health literature system and showed the development of a whole network of services and the participation of all levels of health service networks is good, but should improve access to oral health promotion and comprehensive dental services. Develop a linkage to the treatment referral system and dental health information. The Product aspect, the overall found that, service arrangements have been upgraded in both the oral health promotion and the comprehensive dental treatment. As a result, caries among children tends to decrease, but has not yet achieved its target. Dental health behavior, brushing behavior and efficiency tend to improve. Therefore, the policy should focus on promotion, prevention and integrated treatment. Create a network to exchange knowledge. Develop a system for referring treatment and information. Continuously develop personnel potential.

Keywords : Evaluation, oral health promotion, school age children, Chonburi

บทนำ

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี ระดับประเทศครั้งที่ 8 พบว่ามีอัตราโรคฟันผุร้อยละ 52.0 ค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร อุด เท่ากับ 1.4 ซี่/คน เหงือกอักเสบร้อยละ 66.3 แปรงฟันหลังอาหารกลางวันร้อยละ 44.7 ดื่มน้ำอัดลมทุกวันร้อยละ 13.4 กินขนมกรุบกรอบทุกวันร้อยละ 32.6 การรับรู้และการรับบริการด้านสุขภาพ เคยได้รับการตรวจฟันร้อยละ 84.7 เคยได้รับการรักษาฟันและเหงือกร้อยละ 50.8 (สำนักทันตสาธารณสุข, 2561) จากรายงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงกลุ่มเด็กวัยเรียน พบว่าเด็กวัยเรียนอายุ 12 ปี มีอัตราโรคฟันผุร้อยละ 36.2 เด็กฟันดีไม่มีฟันผุ (Cavity free) ร้อยละ 73.1 เหงือกอักเสบร้อยละ 13.4 เด็กแปรงฟันคุณภาพ (แปรงฟัน 222) ร้อยละ 34.3 กินขนม เครื่องดื่ม ลูกอมระหว่างมื้อมากกว่า 2 ครั้งต่อวันร้อยละ 48.7 ดื่มน้ำหวานและน้ำอัดลม 4-7 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 32.6 และร้อยละ 33.0 ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2564)

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 12 ปีในจังหวัดชลบุรี พบว่าเด็กอายุ 12 ปีมีแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุคงที่โดยปี พ.ศ.2563 พ.ศ.2564 และ พ.ศ.2565 มีฟันผุร้อยละ 46.44, 46.78 และ 45.97 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร อุด เท่ากับ 1.18, 1.19 และ 1.15 ตามลำดับ มีเหงือกอักเสบร้อยละ 17.10, 20.66, และ 15.18 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากจากที่กล่าวมา กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีร่วมกับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีได้ดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนมาตั้งแต่ปีการศึกษา

2559 โดยมีกลุ่มเป้าหมายเริ่มต้น คือนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1, 3, 4 และ 6 ในโรงเรียนประถมศึกษาภาครัฐ ต่อมาได้พัฒนากิจกรรมจนครอบคลุมทุกชั้นเรียนทุกโรงเรียนในสังกัดทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และส่วนท้องถิ่น โดยให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก บริการทันตกรรมที่โรงเรียนได้แก่ การเคลือบ ทาฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และนัดหมายให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลในกรณีการรักษามีความซับซ้อนจำเป็นต้องส่งต่อ จัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในโรงเรียนได้แก่ การให้ทันตสุขศึกษาในเรื่องการตรวจฟันด้วยตนเอง อาหารที่เป็นประโยชน์และโทษกับสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันแบบ 222 การตรวจความสะอาดของฟันหลังแปรงฟัน การฝึกทักษะการแปรงฟันโดยใช้สีย้อมฟัน การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่ได้ปรับเป็นวิธีการแปรงแห้ง (สุดาตวง กฤษฎาพงษ์, 2560) ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID 19 โดยมีการเก็บข้อมูลสภาวะทันตสุขภาพในกลุ่มนักเรียน 12 ปีอย่างต่อเนื่องทุกปี เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีฟันแท้ขึ้นในช่องปากแล้ว ขณะที่อัตราโรคฟันผุเพิ่มขึ้นด้วย จึงมีความจำเป็นและควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มความตระหนักในการดูแลทันตสุขภาพ และส่งเสริมป้องกัน รักษาสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนให้มีอัตราการเกิดโรคฟันผุน้อยที่สุด (Ahmed et al, 2007) ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรียังไม่เคยได้มีการประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยแนวคิด CIPP Model ของ Stufflebeam

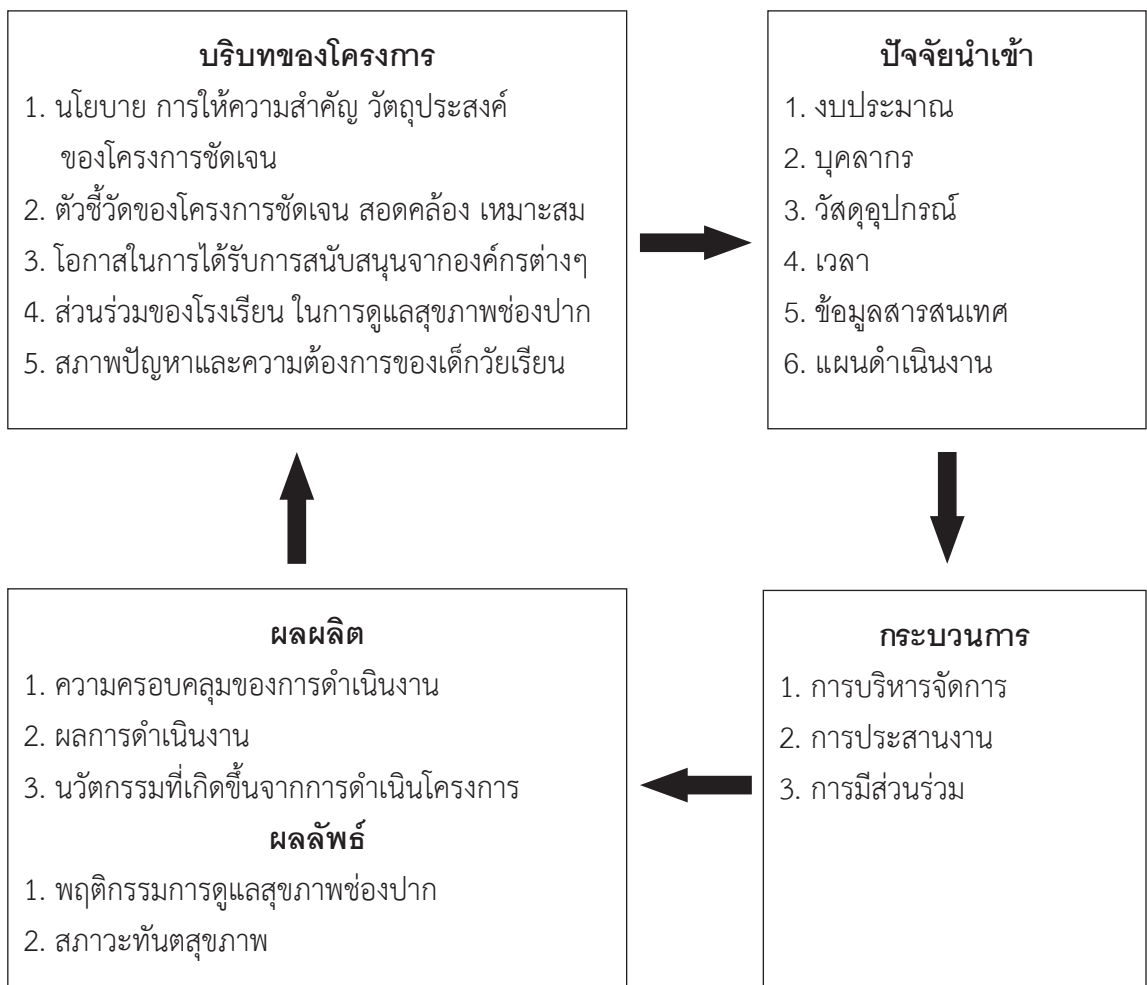
(กาญจนา วัฒนสุนทร. (2551; Stufflebeam, 2003) ภายใต้กรอบคำถามว่า บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ที่สอดคล้องกับข้อมูล ผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากจังหวัดชลบุรีที่เกิดขึ้นจะสามารถพัฒนาไปสู่เป้าหมายเด็กอายุ 12 ปี มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นได้อย่างไร แนวทางในการปรับปรุงพัฒนาควรดำเนินการอย่างไร เพื่อหาสาเหตุของ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลิตผล ผลลัพธ์



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพโดยใช้ CIPP Model ประเมินผลในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และวิเคราะห์ความสอดคล้องกับข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากจังหวัดชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) ผู้บริหารที่เป็นทันตแพทย์จำนวน 5 คน 2) หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลจำนวน 12 คน 3) ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจำนวน 52 คน 4) ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 4 คน 5) ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 11 คน 6) ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 56 คน รวมผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 140 คน การวิจัยครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากทุกหน่วยประชากรด้วยเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดและยังปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารได้ดี 3) สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการ

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ในการทำงาน

ประสบการณ์การทำโครงการในเด็กวัยเรียน ตำแหน่งงาน และวุฒิการศึกษา

2) ความคิดเห็นของบุคลากรต่อโครงการฯ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตผลลัพธ์ ทุกข้อมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scales) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับคือเหมาะสมที่สุด เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย เหมาะสมน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 5 ,4 ,3 ,2 และ1 หากค่าเฉลี่ยและแปลความหมายที่แบ่งตามอันตรภาคชั้น 4.21-5.00 (เหมาะสมมากที่สุด) 3.41-4.20 (เหมาะสมมาก) 2.61-3.40 (เหมาะสมปานกลาง) 1.81-2.60 (เหมาะสมน้อย) 1.00-1.80 (เหมาะสมน้อยที่สุด)

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยแนวทางสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตผลลัพธ์ และปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ทุกข้อมีลักษณะคำถามแบบปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยนี้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุขที่เป็นทันตแพทย์ 2 คนและด้านสาธารณสุขที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พร้อมปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับและวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยมีเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในแต่ละข้อตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากทันตแพทย์และผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะเดียวกับตัวอย่างจำนวน 20 คน นำมาคำนวณความเที่ยง

ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าการตรวจสอบดังนี้ แบบสอบถามชุดที่ 1 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.87 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามชุดที่ 2 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง กรกฎาคม 2565-กันยายน 2565 ขั้นตอนการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมการ ผู้วิจัยเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรีเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีก่อนการเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการ ได้แก่ 1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอเพื่อขอเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง 2) ประสานงานผู้รับผิดชอบงานในแต่ละพื้นที่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด 3) ผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดตามหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบผ่านการประชุมออนไลน์ 4) ผู้วิจัยประสานงานผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลแต่ละอำเภอให้ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามทางระบบออนไลน์ ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ

สอบความครบถ้วน ถูกต้อง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป 5) ผู้วิจัยประสานงานกลุ่มตัวอย่างขออนัดหมายวัน เวลาและสถานที่สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกทางระบบออนไลน์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละอำเภอ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาประเด็นคำถาม ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ วิธีการการบันทึกเสียง เตรียมสมุดจดบันทึก และอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ 6) ดำเนินการการสัมภาษณ์ตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนด โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สนทนาสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้สัมภาษณ์ พร้อมแจ้งวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ เหตุผลประเด็นที่ต้องการพูดคุย ตามกรอบของ ซิปป์โมเดล และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ทางระบบออนไลน์ โดยใช้เวลาการสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมงต่ออำเภอ

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการฯ ใช้ข้อมูลเชิงสถิติประมวลผลและวิเคราะห์หาความสอดคล้องร่วมกับข้อมูลเชิงลึกและข้อมูลผลผลิต ผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ.2560-2565 เพื่อเป็นข้อมูลเชื่อมโยงเข้าสู่แผนพัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่หนังสือรับรอง 026 - 2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

การประเมินผลโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลประเมินผลโครงการด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ผลลัพธ์ ดังรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยพบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ จำนวน 140 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.05 มีอายุระหว่าง 22-30 ปี ร้อยละ 39.57 อายุเฉลี่ย 36.46 ปี (SD =10.45) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.42 เป็นทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และ นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านทันตสาธารณสุข) คิดเป็นร้อยละ 8.63, 51.80 และ 39.57 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยเรียนน้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 49.64 ประสบการณ์เฉลี่ย 12.32 ปี (SD =10.61) เป็นบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 2.88, 7.91, 37.41 และ 51.80 ตามลำดับ

2. ข้อมูลประเมินผลโครงการ ประเมินผลตามรูปแบบ CIPP ประกอบด้วยผลแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต ผลลัพธ์ ผลการวิจัยพบว่า

2.1 ด้านบริบทผลการวิจัยพบว่าภาพรวมบริบทในการดำเนินงานมีความเหมาะสมในระดับสูง โดยเฉพาะนโยบายของจังหวัดที่เอื้อต่อการดำเนินงานโครงการฯ และความชัดเจนของนโยบายต่อโครงการฯ ในระดับผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่า

ความสอดคล้อง เหมาะสมของโครงการกับงบประมาณของหน่วยงานตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติ และการชี้แจงนโยบายการดำเนินงานโครงการฯ มีความเหมาะสมในระดับที่น้อยกว่าระดับผู้บริหาร จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่านโยบายของจังหวัดชลบุรีมุ่งเน้นการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์จังหวัดในงานทันตสาธารณสุขและการพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพช่องปากทั้งในงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพและงานรักษา ทำให้ทุกอำเภอได้ร่วมกันกำหนดทิศทาง เป้าหมายหลักในการยกระดับการจัดบริการงานส่งเสริมป้องกันและรักษาทางทันตกรรมตามมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมให้เพิ่มความครอบคลุมและสอดคล้องนโยบายส่วนกลาง สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและเชื่อมโยงแผนการดำเนินงาน และพบว่าทุกอำเภอมีแผนงานโครงการ และแผนงานสนับสนุนในเชิงส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพในเด็กวัยเรียนอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ด้านปัจจัยนำเข้า ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมปัจจัยนำเข้าในการดำเนินงานมีความเหมาะสมในระดับสูง โดยเฉพาะแผนดำเนินงานโครงการฯ ของหน่วยงานมีความชัดเจน และความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลโครงการฯระดับจังหวัดในระดับผู้ปฏิบัติงานพบว่าการให้คำแนะนำ ตรวจเยี่ยม ประเมินผลหน้างานของผู้ดูแลระดับจังหวัด การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ/พัฒนาศักยภาพของจังหวัดช่วยในการดำเนินงานโครงการฯ และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบข้อมูลมาตรฐานของจังหวัดช่วยในด้านความครอบคลุมของข้อมูลมีความเหมาะสมในระดับสูง แต่พบว่า ความเพียงพองบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินโครงการบุคลากรและระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลโครงการ

มีความเหมาะสมน้อยกว่าระดับผู้บริหาร ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการขับเคลื่อนเป้าหมายท้าทายในปี 2566 การแปร่งฟันสะอาดเพิ่มเป็นร้อยละ 50 อัตราโรคฟันผุเด็ก 12 ปีลดลงเป็นร้อยละ 28 ค่าดัชนีฟันผุ ถอนอุด (DMFT) ลดลงเป็น 1.0 ซี/คน กำหนดการประเมินผลด้วยคณะกรรมการประเมินการแปร่งฟันสะอาดและการแปร่งฟันหลังอาหารกลางวันระดับจังหวัดและอำเภอซึ่งช่วยผลักดันการบริหารจัดการงานส่งเสริมป้องกันในโรงเรียน การมีส่วนร่วมในโรงเรียนที่ดีขึ้นชัดเจน และมีการดำเนินงานด้วยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับจังหวัด ซึ่งมีส่วนสำคัญในการผลักดันและยกระดับการพัฒนางาน มีการกำกับติดตามทุก 3 เดือนทำให้ความครอบคลุมผลการดำเนินงานการจัดบริการทันตกรรมได้ผลดีขึ้นชัดเจน แต่พบว่า ตัวชี้วัดที่กำหนดยังไม่สามารถสะท้อนบางกระบวนการที่ต้องการพัฒนาปรับปรุงเพื่อให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายได้

2.3 ด้านกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมด้านกระบวนการในการดำเนินงานมีความเหมาะสมในระดับสูง โดยเฉพาะการกำหนดแนวทางกระบวนการดำเนินงานโครงการฯของหน่วยงานที่ชัดเจน การประสานงานกับผู้ดูแลโครงการฯระดับจังหวัด แนวทาง/วิธีปฏิบัติ การดำเนินงานของหน่วยงานมีความชัดเจน การมอบหมายหน้าที่กำหนดผู้รับผิดชอบโครงการฯของหน่วยงานในระดับผู้ปฏิบัติงาน ประเด็นที่พบว่ามีเหมาะสมน้อยอยู่ในอันดับท้ายได้แก่ 1) ความสม่ำเสมอของการรายงานผลการดำเนินงานโครงการฯ งบประมาณของโครงการฯให้กับผู้บริหาร 2) การนำข้อมูลในโครงการฯไปใช้ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งอื่น และขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3) การเข้าถึงข้อมูลใน

โครงการเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนางาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ทุกอำเภอมีการจัดระบบบริการส่งเสริมป้องกันเชิงรุกและรักษาทางทันตกรรมทั้งในโรงเรียนและหน่วยบริการครอบคลุมนักเรียนในโรงเรียนทุกสังกัด พบข้อจำกัดเรื่องความครอบคลุมการจัดบริการทันตกรรมแบบผสมผสาน ระบบส่งต่อคุณภาพในการรักษาทางทันตกรรมที่ซับซ้อนที่ต่อเนื่อง การพัฒนามาตรฐานการจัดบริการ การเข้าถึงบริการทันตกรรมในอำเภอขนาดใหญ่ที่ดำเนินงานไม่ทันในปีการศึกษา การบริหารจัดการเวลาปฏิบัติงานและทรัพยากรยังไม่ดีพอและไม่สัมพันธ์กับจำนวนเป้าหมาย พบปัญหาอุปสรรคเรื่องการประชาสัมพันธ์สร้างความรอบรู้ที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่และไม่ต่อเนื่องยังพบเด็กวัยเรียนที่สัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่รู้วิธีจัดการความเสี่ยงจำนวนมาก การเฝ้าระวัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ครอบคลุม ขาดการเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลสำคัญด้านทันตสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ โรงเรียน และครอบครัว ขาดการบูรณาการจัดบริการแบบสหวิชาชีพ การบริหารจัดการภายในองค์กรของ คปสอ.ในระดับผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีการมอบหมายงานงานอื่นเพิ่มในภาระงานของทันตบุคลากร ทำให้เกิดข้อจำกัดด้านเวลาในการดำเนินการ การแก้ไขปัญหากรณีโรงเรียนห่างไกล มีการจัดระบบบริการแบบเบ็ดเสร็จในงานส่งเสริมป้องกันและรักษากรณีโรงเรียนมีนักเรียนในความรับผิดชอบจำนวนมาก มีการกำหนดโซนพื้นที่ในการจัดบริการ ปัจจัยความสำเร็จ มีการสร้างความรอบรู้และการรับรู้ของครูและนักเรียนและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับอย่างเป็นระบบ มีการประสานเชื่อมต่อกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนความร่วมมือด้านงบประมาณและทรัพยากร มีการพัฒนาศักยภาพเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ บุคลากรด้านทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องให้มีความพร้อมด้านวิชาการ ทักษะการปฏิบัติงานและการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ บางอำเภอมีการพัฒนารูปแบบ สร้างและขยายนวัตกรรม มีการพัฒนาศักยภาพทีมจัดบริการ ทีมส่งเสริมผลการจัดบริการอย่างต่อเนื่อง จุดเด่นการดำเนินงาน มีการใช้ระบบประเมินผลเชิงคุณภาพ กระตุ้นความพร้อมของการจัดบริการที่มีการตอบสนองการดำเนินงานของเครือข่ายและพื้นที่มากขึ้น บางอำเภอพัฒนารูปแบบการติดตามกำกับเป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วในการช่วยสนับสนุน แก้ไขปัญหาจากการดำเนินงานด้านการจัดบริการและการจัดการข้อมูลของพื้นที่

2.4 ด้านผลผลิต ผลการวิจัยพบว่า ภาพรวมด้านผลผลิตการดำเนินงานมีความเหมาะสมในระดับสูง โดยเฉพาะผลการดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ ความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานและการทำให้สภาวะทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนดีขึ้น ในระดับผู้ปฏิบัติงานพบว่าข้อมูลผลการดำเนินการในระบบฐานข้อมูลมาตรฐานงานทันตกรรมมีความทันเวลามีความเหมาะสมระดับปานกลาง เด็กวัยเรียนในพื้นที่

ได้รับบริการและได้ประโยชน์จากข้อมูลผลดำเนินงานโครงการฯ ในการบริหารจัดการแผนปฏิบัติงานหรือแผนยุทธศาสตร์เช่น การควบคุม กำกับ ติดตาม แผนงานโครงการ กิจกรรมมีความเหมาะสมระดับสูงน้อยกว่าระดับผู้บริหาร ประเด็นที่มีความเหมาะสมระดับปานกลางสอดคล้องในทุกระดับ ได้แก่ 1) การมีนวัตกรรมเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯ 2) การใช้นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการฯในการขยายผล 3) การเข้าถึงข้อมูลในโครงการเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนางาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าอัตราโรคฟันผุเด็กอายุ 12 ปี ความรุนแรงโรคฟันผุมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย โดยมีค่าดัชนีฟันผุ ถอนอุด (DMFT) ที่ลดลง อัตราเด็ก 6-12 ปีได้รับบริการทันตกรรม, อัตราฟันดีไม่มีผุในเด็ก 12 ปี และอัตราฟันผุเพิ่ม (DT) ค่อนข้างคงที่ เด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน, การกินขนมกรุบกรอบและการกินน้ำหวาน น้ำอัดลมมีอัตราค่อนข้างคงที่ ความร่วมมือของเครือข่ายดำเนินงานมากขึ้น (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 ผลผลิต ผลลัพธ์ การดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนปี 2560-2565

ผลผลิต/ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
เด็ก 6-12 ปีได้รับบริการทันตกรรม(ร้อยละ)	60	50.14	51.85	52.14	67.18	52.14	57.09
อัตราโรคฟันผุเด็ก 12 ปี (caries) (ร้อยละ)	45	54.32	48.00	48.49	46.44	46.78	45.97
ค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ซี/คน	1.5	1.57	1.29	1.29	1.18	1.19	1.15
อัตราฟันดีไม่มีผุเด็ก 12ปี (cavity free) (ร้อยละ)	88	58.52	79.51	87.93	89.46	86.27	94.49
อัตราฟันผุเพิ่มเด็ก 12 ปี (DT) (ร้อยละ)	ลดลง	38.98	34.18	35.00	31.62	32.13	31.86
เด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาด (ร้อยละ)	40	24.79	35.84	46.69	-	-	-
การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน (ร้อยละ)	70	41.13	59.03	75.12	78.52	73.54	75.88
การกินขนมกรุบกรอบ (ร้อยละ)	ลดลง	36.17	43.54	55.12	44.80	45.77	47.35
การกินน้ำหวาน น้ำอัดลม (ร้อยละ)	ลดลง	29.64	37.65	45.8	36.02	34.55	33.56

กระบวนการแก้ปัญหาทางส่งเสริมป้องกัน
ทันตสุขภาพ เน้นกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้าน
ทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน การใช้กลุ่มเพื่อนแกนนำ
นักเรียนกระตุ้นความกระตือรือร้นในการดูแลช่องปาก
ด้านการรักษาทันตกรรมเน้นกระบวนการการจัด
บริการแบบผสมผสาน การบริหารจัดการเน้นการมี
แนวทางการขับเคลื่อนชัดเจนต่อเนื่อง ส่งผลแนวโน้ม
อัตราโรคฟันผุลดลง จุดเด่นมีการเชื่อมโยงเครือข่าย
ทั้งจังหวัด รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบ
ข้อมูลสารสนเทศ และการกำกับ ติดตาม เชื่อมโยง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล เน้นเชิงส่งเสริม ป้องกันเชื่อมโยงกับการจัด
บริการ คณะกรรมการ Service plan ระดับจังหวัดกำกับ
ติดตาม สรุปวิเคราะห์ คืบข้อมูล ติดตามใกล้ชิดด้วย

ความถี่ที่สม่ำเสมอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้ม
แข็ง เชื่อมโยงระบบงานทั้งจังหวัด เตรียมความพร้อม
ของทีมในการจัดบริการในสถานการณ์และบริบท
ที่เปลี่ยนแปลง

ในภาพรวม ผลการประเมินโครงการเชิงปริมาณ
โดยรวมมีความเหมาะสมในระดับสูง (ตารางที่ 2)
ภาพรวมในเชิงคุณภาพ ด้านบริบทมีความเข้มแข็งใน
การขับเคลื่อน และเชื่อมโยงนโยบายภายในจังหวัด
ด้านปัจจัยนำเข้ามีกระบวนการวัดและประเมินผล
เชิงคุณภาพ และพัฒนาการกำกับ ติดตาม
ด้านกระบวนการ มีการจัดระบบบริการครบวงจร
ระบบสร้างความรอบรู้ทุกระดับ และด้านผลผลิต
อัตราและความรุนแรงโรคฟันผุมีแนวโน้มลดลง
พฤติกรรมทันตสุขภาพดีขึ้น ความร่วมมือเครือข่าย
มากขึ้น

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านจำแนกตามระดับหน่วยงาน (n=140)

ด้าน	ผู้บริหาร		ผู้ปฏิบัติงาน		รวม	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
บริบท	4.15	0.18	4.03	0.26	4.04	0.25
ปัจจัยนำเข้า	4.02	0.14	3.84	0.15	3.86	0.16
กระบวนการ	3.98	0.98	4.00	0.25	4.00	0.24
ผลผลิต	3.82	0.16	3.86	0.15	3.86	0.16
รวม	3.99	0.68	3.85	0.98	3.86	0.11

อภิปรายผล

บริบท การส่งเสริมทันตสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปากเด็กวัยเรียนที่ดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าจังหวัดจะกำหนดนโยบายและกระจายสู่การปฏิบัติแต่ละระดับร่วมกัน ทั้งการวางแผน กำหนดตัวชี้วัดและระยะเวลา ดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน แต่ยังคงผลักดันการเพิ่มการเข้าถึงการจัดบริการทันตกรรม ส่งเสริมป้องกันให้ครอบคลุม, พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทีมงานระดับพื้นที่ครอบคลุมหน่วยงานทุกสังกัดเพื่อยกระดับการจัดบริการที่มีมาตรฐาน การจัดการข้อมูล การเข้าถึง ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา และสร้างทีมประสานงาน ติดตาม กำกับ ระดับอำเภอที่มีการตอบสนองเร็วเชื่อมประสานทีมระดับจังหวัด แต่พบว่าตัวชี้วัดที่กำหนดที่ไม่สามารถสะท้อนบางกระบวนการที่เป็นจุดอ่อนของการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียน ที่ต้องพัฒนาปรับปรุง ยังต้องมีการเพิ่มรายละเอียดกิจกรรม กระบวนการประเมินผลตัวชี้วัดเพิ่มเพื่อให้ครอบคลุมทุกกระบวนการ ให้เกิดความสำเร็จตามเป้าหมายได้ทันเวลา และยังมีจุดอ่อนเรื่องการให้ความสำคัญและการเห็นประโยชน์ของทิศทาง นโยบายของการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนของจังหวัดในระดับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่ามีเชื่อมโยงกับ ปัจจัยนำเข้าในด้านข้อจำกัดของงบประมาณและอัตราค่าลงบุคลากรที่เพียงพอต่อการสนับสนุนให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานได้ ทั้งนี้การกำหนดเป้าหมายสำคัญร่วมกัน ภายใต้ความไม่เพียงพอทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ ต้องมีการหากลยุทธ์เพื่อไปถึงเป้าหมาย (ชนิภาภรณ์ สอนสังข์และคณะ, 2558) การสร้างความร่วมมือเพื่อบูรณาการงานร่วมกับเครือข่าย

ดำเนินงาน ครอบครัว ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (วันเพ็ญ สมหอม, 2559) ในการส่งเสริมป้องกันและสร้างความตระหนักรู้ด้านทันตสุขภาพ และให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการให้มากขึ้น นับเป็นจุดสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไข คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขาสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด มีบทบาทสำคัญในการผลักดันและยกระดับการพัฒนา ซึ่งในภาพของจังหวัดมุกดาหารให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน โดยใช้ข้อมูลสารสนเทศมาวิเคราะห์สังเคราะห์ให้ได้กระบวนการสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการปรับปรุงได้ตรงจุดอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากข้อมูลจังหวัดชลบุรี อัตราโรคฟันผุในเด็กนักเรียนจะเพิ่มอย่างรวดเร็วในช่วงประถมศึกษาตอนปลายร่วมกับเด็กมีความใส่ใจและมีพฤติกรรมในการทำอาหารสะอาดลดลง การบริโภคอาหารที่เป็นอันตรายต่อฟันทำให้เกิดและลุกลามโรคฟันผุเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นกระบวนการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก การสร้างความรอบรู้ทางทันตสุขภาพให้มีทักษะการจัดการสุขภาพช่องปากตนเองในเด็กวัยเรียน มีทัศนคติ ความตระหนักที่ดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก สามารถประเมิน คัดกรองความผิดปกติ การวินิจฉัยขั้นต้นให้ได้รวดเร็วเมื่อมีภาวะฟันผุ เพื่อวางแผนกำจัดสาเหตุของโรคโดยเร็วที่สุดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทันตสุขภาพให้ต่อเนื่องเป็นสุขนิสัย ส่งผลให้เด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี มีฟันใช้งานตลอดอายุขัย (รอซิกีน สาเร๊ะและคณะ, 2564; ภัทราภรณ์ หัสดีเสวี, 2565) กระบวนการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันขับเคลื่อนในรูปแบบ

เครือข่าย โดยรวบรวมปัญหาอุปสรรค กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา ทบทวนแนวทางส่งเสริมป้องกันและรักษา ปรับระบบบริการและการส่งต่อตามข้อตกลงในเครือข่ายบริการตามบริบทของพื้นที่ การพัฒนาดังกล่าวทำให้เกิดรูปแบบการทำงานความร่วมมืออย่างจริงจังของทีม โดยความเข้มแข็งการขับเคลื่อน จะขึ้นกับทีมทันตสาธารณสุขของ คป.สอ. ที่ประสานงานร่วมกับทีมระดับจังหวัด ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ทันตบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการที่ไม่มีทันตบุคลากรประจำ จุดเด่นของความเข้มแข็งระดับจังหวัด อยู่กับการประสานเครือข่ายในทุกระดับทั้งหน่วยบริหารได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มีการสร้างทีมประสานงาน ติดตามกำกับระดับจังหวัด ระดับอำเภอที่มีการตอบสนองเร็ว และจัดตั้งทีมประสาน สนับสนุน แก้ไขปัญหาการจัดบริการและการจัดการข้อมูลระดับจังหวัดโดยมุ่งเป้าหมายเดียวกัน ผลผลิต พบว่าเด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรมมีอัตราค่อนข้างคงที่และต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 60 อัตราโรคฟันผุเด็กอายุ 12 ปี มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและยังเกินเป้าหมายร้อยละ 45 ความรุนแรงมีแนวโน้มลดลงโดยค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ลดลงและต่ำกว่าเป้าหมาย 1.5 ซี่/คน อัตราฟันดีไม่มีผุเด็ก 12 ปี และอัตราฟันผุเพิ่ม(DT) ค่อนข้างคงที่ เด็กวัยเรียนแปรงฟันสะอาด

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเกินเป้าหมายระดับจังหวัดร้อยละ 40 และสามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่มีการปรับเปลี่ยนทุกปีได้อย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันมีอัตราค่อนข้างคงที่ซึ่งเกินเป้าหมายระดับจังหวัดร้อยละ 70 พฤติกรรมการกินขนมกรุบกรอบ พฤติกรรมการกินน้ำหวาน น้ำอัดลม มีอัตราค่อนข้างคงที่ ความร่วมมือของเครือข่ายการดำเนินงาน โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารองค์กร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบและที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือมากขึ้น โดยภาพรวมผลผลิตด้านทันตสุขภาพยังต้องพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (วิลาวรรณ จันจร, 2560)

การสร้าง กระตุ้น ผลักดันให้เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ในการจัดการตนเอง เร่งรัดการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพิ่มช่องทางการสื่อสารสร้างความรอบรู้แก่ครู นักเรียน ครอบครัวในการดูแลทันตสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหาร (ศูนย์อนามัยที่ 8, 2561) เพิ่มความครอบคลุมการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบปฏิบัติจริงและการดูแลสุขภาพช่องปาก การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคฟันผุ รวมถึงพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรม ส่งเสริมป้องกันระบบส่งต่อเร่งด่วน เพื่อป้องกันความเสี่ยงฟันผุรายใหม่ เพิ่มความครอบคลุมการจัดบริการด้านส่งเสริมป้องกันและรักษา ดังนั้นในเชิงนโยบายควรเน้นการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากโดยเฉพาะการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบปฏิบัติจริง ร่วมกับการจัดบริการทันตกรรมแบบผสมผสาน อีกทั้งการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาระบบส่งต่อการรักษาและการส่งต่อข้อมูลทุกระดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และรวดเร็ว การพัฒนาศักยภาพ

บุคลากรที่เริ่มจากเครือข่ายปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง การวินิจฉัย การจัดบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ส่งต่อและติดตามที่ครบวงจรภายใต้ กระบวนการพัฒนารูปแบบคุณภาพอย่างต่อเนื่องมุ่งสู่การพัฒนาที่ดีขึ้นกว่าเดิม ส่งผลให้เด็กวัยเรียนได้รับการรักษาที่ทันเวลา มีมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ การจัดการตนเองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคฟันผุ
2. สังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยเรียนเพื่อสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สร้างความเชื่อมโยง

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา วัฒนสุนทร. (2551). การประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP ของสติฟเฟิลบีมในการประเมินโครงการทางการศึกษา. วารสารเทคโนโลยีสุรนารี. 2(1), 67-83.
- ชนิภาภรณ์ สอนสังข์และคณะ. (2558). ความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 20(1), 20-31.
- ภัทราภรณ์ หัสดีเสวี. (2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพช่องปาก/ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและความรู้/แผนการขับเคลื่อนและการนิเทศติดตามรอบ5เดือนหลัง(มีนาคม-กรกฎาคม 2565). เข้าถึงได้จาก. https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/5x9c01a3d6e5539cf478715290ac946bee/tinymce/04/%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%99/1.1%E0%20_Assessment%E0%20CF%E0%2012%E0%2065_2.pdf.
- รอชีกิน สาเร๊ะและคณะ. (2564). ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพกับการดูแลสุขภาพช่องปากของวัยรุ่นตอนต้นในจังหวัดยะลา. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 3(3), 27-39.
- วันเพ็ญ สมหอม. (2559). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในโครงการ

ความรอบรู้ ข้อมูลทันตสุขภาพระหว่างหน่วยบริการ โรงเรียนและครอบครัวและถอดบทเรียนความสำเร็จ การจัดระบบบริการส่งเสริมป้องกันฟันที่ต้นแบบ

3. พัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อเพิ่มการรับรู้และความรอบรู้ในการผลักดันให้เกิดนโยบาย สาธารณะการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียน อย่างเป็นรูปธรรม

4. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมให้ ผู้เกี่ยวข้องอื่น เช่นผู้บริหารโรงเรียน ผู้ปกครอง ผู้นำนักเรียน และแกนนำในชุมชนเพื่อส่งเสริมความยั่งยืน และพัฒนาคุณภาพของกิจกรรมให้ดียิ่งขึ้น

5. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การแปรงฟันและการเลือกบริโภคอาหารที่ดีให้เป็นสุขนิสัยในเด็กวัยเรียน

ส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

วิลาวรรณ จันจร. (2560). การส่งเสริม ป้องกันและรักษาทันตสุขภาพนักเรียน ชั้นประถมศึกษา อำเภอสองจังหวัดแพร่. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า. 34 (3), 237-246.

ศูนย์อนามัยที่ 8. (2561). คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก. <https://anyflip.com/cqbuu/rtfy/basic>.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์จำกัด.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2565. เข้าถึงได้จาก<https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/down>.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก. <https://dental.anamai.moph.go.th/th/handbook/down>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2565). การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดชลบุรี.ไม่ได้ตีพิมพ์.

สุดาดวง กฤษภาพงษ์. (2560). แปร่งเหง้า.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 26(ฉบับเพิ่มเติม), 349-359.

Ahmed N.AM., Astrom A.N. & Bergen N.S. (2007). Dental caries prevalence and risk factors among 12-year old schoolchildren from Baghdad, Iraq: A post-war survey. International Dental Journal. 57, 36-44.

Stufflebeam, D. L. (2003). The CIPP Model for Evaluation. In T. Kellaghan & D. L. Stufflebeam (Eds.), International Handbook of Educational Evaluation. 31-62.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา

Factors Influencing the Deaths of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients, Phang-nga Province

วิเศษ กำลัง¹, สุรชาติ โกยกุล²

Visate Kamlang¹, Surachart Koyadun²

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา, ²สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

¹Phang-Nga Provincial Public Health Office, ²Office of Disease Prevention and Control, Region 11 Nakhon Si Thammarat

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และ 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด จำนวน 369 คน คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจงจากผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดพังงา ในการระบาดช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - 30 พฤษภาคม 2565 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 72.9) สัญชาติไทย (ร้อยละ 98.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 79.9) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 77.8) อาชีพว่างงาน/แม่บ้าน (ร้อยละ 51.2) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.3) เป็นผู้ป่วยประเภทผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (ร้อยละ 68.3) แหล่งที่ติดเชื้อคือที่บ้าน (ร้อยละ 44.7) ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดเป็นปกติ (ร้อยละ 78.0) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 - 100 % (ร้อยละ 79.7) และได้รับยาต้านเชื้อไวรัส (ร้อยละ 73.7) ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก ได้แก่ โรคประจำตัว (aOR 11.49, 95% CI 1.34 - 98.60, $P\text{-value} = 0.02$) ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอด (aOR 66.06, 95% CI 16.15 - 270.14, $P\text{-value} < 0.01$) โรคความดันโลหิตสูง (aOR 4.89, 95% CI 1.11 - 21.42, $P\text{-value} = 0.03$) หายใจเหนื่อย (aOR 8.56, 95% CI 2.59 - 28.33, $P\text{-value} < 0.01$) มีเสมหะ (aOR 29.44, 95% CI 4.48 - 193.46, $P\text{-value} < 0.01$) Neutrophil $< 70\%$ (aOR 16.43, 95% CI 4.45 - 60.59, $P\text{-value} < 0.01$) และ NGene (Cycle Threshold) (aOR 5.33, 95% CI 1.58 - 17.98, $P\text{-value} < 0.01$) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ อาการหายใจเหนื่อย การมีเสมหะ นิวโทรฟิล < 70 และ NGene (Cycle Threshold) < 20 เป็นปัจจัยทำนายสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและให้การรักษาทั้ง COVID-19 และโรคร่วมอย่างเหมาะสม ปริมาณนิวโทรฟิลและจำนวนรอบของการเพิ่มสารพันธุกรรม N Gene ของไวรัส SARS-CoV-2: 2019-nCoV สามารถใช้พยากรณ์การเกิดความรุนแรงและเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยโรคโควิด-19 หรือโดยการสัมผัสพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัสแล้วสัมผัสตา จมูก หรือปากของตนเอง ไวรัส SARS-CoV-2 แพร่กระจายได้ง่ายขึ้นในพื้นที่ปิด และสถานที่แออัด ซึ่งส่งผลเกิดระบาดเป็นวงกว้าง และยากต่อการควบคุม (สุรียา หมานมานะ และคณะ, 2563; Contini et al, 2020; Dhama et al., 2020; Sun et al., 2020)

องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศเป็นการระบาดใหญ่ (Pandemic) ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 โดยแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการระบาด ให้เตรียมความพร้อมในการรับมือผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (WHO, 2021) สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2563 – 30 พฤษภาคม 2565 มีผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,442,648 ราย เสียชีวิตสะสม 29,972 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.67 สำหรับจังหวัดพังงา พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 17,859 ราย เสียชีวิตสะสม 61 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.34 (กรมควบคุมโรค, 2565)

ผู้ติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 มีอาการได้หลายแบบ ตั้งแต่ไม่มีอาการ (Asymptomatic) มีอาการเล็กน้อย (Mild symptom) มีอาการรุนแรง เป็นปอดอักเสบ จนกระทั่งถึงเสียชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ของแต่ละบุคคล ผลการศึกษาอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจาก 2019 nCoV จำนวน 99 ราย ที่เมืองอูฮั่น ประเทศจีน พบว่า มีไข้ร้อยละ 83 ไอร้อยละ 82 หายใจเหนื่อยร้อยละ 31 ปวดเมื่อยตามตัวร้อยละ 11 เจ็บคอร้อยละ 5 มีน้ำมูก

ร้อยละ 4 และถ่ายเหลวร้อยละ 2 ตามลำดับ (Chen, 2020) ในขณะที่ผลการศึกษาอาการทางคลินิกของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 393 รายแรก ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 2 โรงพยาบาล ในมหานครนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอาการและอาการแสดง ได้แก่ ไอร้อยละ 79 ไข้ร้อยละ 77.1 หายใจเหนื่อยร้อยละ 56.5 ปวดเมื่อยตามตัวร้อยละ 23.8 ถ่ายเหลวร้อยละ 23.7 และคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 19.1 ตามลำดับ (Goyal, 2020) ส่วนผลการศึกษาอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อ COVID-19 จำนวน 78 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค ประเทศไทย พบดังนี้ ไอร้อยละ 83.3 ไข้ร้อยละ 75.6 ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร้อยละ 47.4 มีเสมหะร้อยละ 32.0 ปวดศีรษะร้อยละ 28.2 เจ็บคอร้อยละ 25.6 มีน้ำมูกร้อยละ 20.5 หอบเหนื่อยร้อยละ 15.4 อ่อนเพลียร้อยละ 11.5 ท้องเสียร้อยละ 6.4 จมูกไม่ได้กลิ่นร้อยละ 5.1 และคลื่นไส้อาเจียนร้อยละ 3.8 ตามลำดับ (อนุตรา รัตนนราทร, 2563)

การรู้และเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินของโรคโควิด 19 (COVID-19 progression) และการเกิดความรุนแรงของโรค มีความสำคัญอย่างยิ่งยวดในการพัฒนาการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค รวมถึงการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคและการบำบัดรักษาด้วยกระบวนการทางภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพ (Ghaebi et al., 2021; Hoteit & Yassine, 2022) ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ทั้งโดยวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา ทางคลินิก ทางห้องปฏิบัติการชีววิทยา และวิธีการทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และการวิเคราะห์ห่อภิณ (meta-analysis) (PRISMA) ของนักวิจัยหลายคน สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย กลุ่มผู้สูงอายุ โรคประจำตัวต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคตับ โรคไต เนื้องอก โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และหญิงมีครรภ์ (Covino et al., 2021; Figliozzi et al., 2020; Lieberman-Cribbin et al., 2021) ผลการวิจัยล่าสุดในประเทศไทย ยืนยันว่า ผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัว โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง อีกทั้งการได้รับวัคซีนไม่ครบโดส เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 (ศิริลักษณ์ ไทยเจริญ และคณะ, 2565) ในขณะเดียวกัน มีผลการศึกษาด้านโลหิตวิทยาชี้ให้เห็นว่า การขาดแคลน lymphocyte ในโลหิต (lymphopenia หรือ lymphocytopenia) ค่า Absolute Lymphocyte Count (ALC) ที่ต่ำ ค่าการเพิ่มของสารพันธุกรรมไวรัสโควิด 19 Cycle Threshold Value (Ct. value) ที่ต่ำ จากการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีปฏิกิริยาลูกโซ่โดยใช้เอนไซม์โพลีเมอเรส (Polymerase chain reaction; PCR) รวมถึงปริมาณผิดปกติของเม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) นิวโทรฟิล (Neutrophil) และเกล็ดเลือด (Platelet) เป็นสิ่งบ่งชี้กลไกการดำเนินของโรค และ/หรือการเกิดอาการรุนแรง และ/หรือการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 (Huang et al., 2020; Lee et al., 2021; Liu et al., 2020; Wagner et al., 2020)

ด้วยที่มาและความสำคัญมาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดพังงา โดยตั้งคำถามวิจัย

(Research question) ว่า ปัจจัยทำนายด้านต่างๆ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด การวินิจฉัย COVID-19 ด้วยวิธี RT-PCR การได้รับวัคซีน COVID-19 ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย ประวัติการป่วยด้วย 8 โรคสำคัญ มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่?

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคโควิด-19
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรอิสระ (ตัวแปรต้น) และตัวแปรตาม (dependent variable) หรือ ตัวแปรเกณฑ์ (Criterion variable) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิกและ/หรือ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และ/หรือ ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจโดยวิธี Real-time polymerase chain reaction; PCR พบสารพันธุกรรม ORF1-ab Gene และ N Gene ของไวรัส Severe acute respiratory syndrome: coronavirus 2 (SARS-CoV-2): 2019 novel coronavirus; 2019-nCoV

ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)

หมายถึง การวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแต่ละชนิด พิจารณาจากค่าโลหิตวิทยาในคนไทยปกติ (พรวิทย์ ลำเจียกเทศ และคณะ, 2539) หรือ พิจารณา

จากค่าเฉลี่ย (Mean)

Cycle Threshold Value หมายถึง จำนวนรอบของการเพิ่มสารพันธุกรรม ORF1-ab Gene และ N Gene ของไวรัส severe acute respiratory syndrome: coronavirus 2 (SARS-CoV-2): 2019 novel coronavirus; 2019-nCoV โดยวิธีการเพิ่มสารพันธุกรรมแบบปฏิกิริยาลูกโซ่โดยใช้เอนไซม์โพลีเมอเรส (Polymerase chain reaction; PCR)

Absolute Lymphocyte Count หมายถึง จำนวนนับสมบูรณ์ของเม็ดเลือดลิมโฟไซต์ที่ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตร คือ

จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว x ร้อยละของเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์

โดยจำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell) และจำนวนเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) ได้จากการตรวจความสมบูรณ์ของ

เม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิจารณาค่า Absolute Lymphocyte Count (ALC) ที่น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ไมโครลิตร นิยามว่าเป็น จำนวนที่ต่ำกว่าปกติ

การได้รับวัคซีน หมายถึง การได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 เข็มล่าสุด เกินกว่า 14 วันก่อนเริ่มป่วย

การได้รับวัคซีนครบโดส หมายถึง ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ตั้งแต่ 2 เข็มขึ้นไป โดยเข็มที่ 2 ต้องได้รับวัคซีนเกินกว่า 14 วันก่อนเริ่มป่วย

การได้รับวัคซีนไม่ครบโดส หมายถึง ไม่ได้รับหรือได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ตั้งแต่ 1 เข็ม หรือได้รับเข็มที่ 2 น้อยกว่า 14 วันก่อนเริ่มป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ขอบเขตการศึกษา ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในจังหวัดพังงา ในมาระบาดช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - 30 พฤษภาคม 2565

กลุ่มประชากรที่จะศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคโควิด 19 รับบริการที่โรงพยาบาลในจังหวัดพังงา ในมาระบาดช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2564 - 30 พฤษภาคม 2565 โดยไม่จำเป็นต้องมีภูมิลำเนาในจังหวัดพังงา จำนวนทั้งหมด 17,859 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ใช้ศึกษา จำนวน 369 คน ได้มาจากกลุ่มป่วยเสียชีวิต เลือกแบบเฉพาะ

เจาะจง (Purposive Sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคโควิด-19 เสียชีวิตทุกราย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 69 คน และกลุ่มป่วยไม่เสียชีวิต สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ซึ่งแยกกลุ่มป่วยเสียชีวิตออกได้จำนวนทั้ง 17,790 คน โดยผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างประมาณห้าเท่าของกลุ่มป่วยเสียชีวิต ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน ทำการสุ่มลำดับเริ่มต้น ได้ลำดับที่ 1 แล้วนับไปตามช่วงของกลุ่มทุก ๆ 59 คน เลือกลำดับ 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพังงา พร้อมประสานขอความร่วมมือกลุ่มงาน/งานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ด้านต่างๆ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่นักวิจัยได้ออกแบบขึ้นเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป SPSS statistical program, version 16.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) ทั้งหมดโดยใช้ทั้งสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ลักษณะทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคโควิด-19 และสถิติเชิงวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบโลจิสติก (Multivariate logistic regression) (Odds Ratio และ 95% confidence interval) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

ผลการศึกษา

ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวนทั้งหมด 369 คน จำแนกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.5 เพศชาย ร้อยละ 48.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 72.9 สัญชาติไทยร้อยละ 98.4 สถานภาพสมรสร้อยละ 79.9 ศาสนาพุทธร้อยละ 77.8 อาชีพว่างงาน/แม่บ้าน

ร้อยละ 51.2 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.3 เป็นผู้ป่วยประเภทผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร้อยละ 68.3 แหล่งที่ติดเชื้อมือที่บ้านร้อยละ 44.7 ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอดเป็นปกติร้อยละ 78.0 ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 96 - 100 % ร้อยละ 79.7 และได้รับยาต้านเชื้อไวรัสร้อยละ 73.7 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (N = 369)		เสียชีวิต (n = 69)		ไม่เสียชีวิต (n = 300)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	190	51.5	30	43.5	160	53.3
ชาย	179	48.5	39	56.5	140	46.7
อายุ (ปี)						
30-39	27	7.3	1	1.5	26	8.7
40-49	33	9.0	4	5.8	29	9.7
50-59	40	10.8	4	5.8	36	12.0
60-69	65	17.6	8	11.6	57	19.0
70-79	115	31.2	21	30.4	94	31.3
≥ 80	89	24.1	31	44.9	58	19.3
Mean ± SD. (Min-Max) (ปี)	67.59 ± 1.60 (30 - 98)					
สัญชาติ						
เมียนมาร์	6	1.6	2	2.9	4	1.3
ไทย	363	98.4	67	97.1	296	98.7
สถานภาพสมรส						
โสด	52	14.1	4	5.8	48	16.0
สมรส (คู่)	295	79.9	56	81.2	239	79.7
หม้าย/แยก	22	6.0	9	13.0	13	4.3

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มตัวอย่าง (N = 369)		เสียชีวิต (n = 69)		ไม่เสียชีวิต (n = 300)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา						
พุทธ	287	77.8	57	82.6	230	76.7
มุสลิม	82	22.2	12	17.4	70	23.3
อาชีพ						
ว่างงาน/ แม่บ้าน	189	51.2	47	68.1	142	47.3
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ/ รับจ้าง	180	48.8	22	31.9	158	52.7
โรคประจำตัว						
มี	154	41.7	67	97.1	87	29.0
ไม่มี	215	58.3	2	2.9	213	71.0
ประเภทผู้ป่วย						
PUI*	94	25.5	12	17.4	82	27.3
HRC**	252	68.3	57	82.6	195	65.0
Pre-Operation	23	6.2	0	0	23	7.7
แหล่งที่ติดเชื้อ						
HRC ที่ทำงาน	144	39.0	3	4.3	141	17.0
HRC ที่บ้าน	165	44.7	55	79.7	110	36.7
เดินทางไปพื้นที่เสี่ยง	60	16.3	11	16.0	49	16.3
ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอด						
ผิดปกติ Infiltration	81	22.0	57	82.6	24	8.0
ปกติ	288	78.0	12	17.4	276	92.0
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation)						
≤ 95 %	75	20.3	30	43.5	45	15.0
96 - 100 %	294	79.7	39	56.5	255	85.0
การได้รับยาต้านเชื้อไวรัส						
ไม่ได้รับ	97	26.3	13	18.8	84	28.0
ได้รับ	272	73.7	56	81.2	216	72.0
*Patient under investigated **High risk contact						

ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปและการได้รับวัคซีน COVID-19 ที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป (OR 2.90, 95% CI 1.38 - 6.10, P-value < 0.01) สถานภาพสมรส/หม้าย/แยก (OR 3.10, 95% CI 1.08 - 8.90, P-value = 0.04) อาชีพข้าราชการ/รับจ้าง (OR 2.38, 95% CI

1.37 - 4.10, P-value < 0.01) มีโรคประจำตัว (OR 82.02, 95% CI 19.66 - 342.17, P-value < 0.01) ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) $\leq$ 95 % (OR 4.36, 95% CI 2.46 - 7.72, P-value < 0.01) ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอด ผิดปกติ Infiltration (OR 54.63, 95% CI 25.82 - 115.56, P-value < 0.01) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทั่วไปและการได้รับวัคซีน COVID-19 ที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยวิธี Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
เพศ					
หญิง	30	160	1		
ชาย	39	140	1.49	0.87 - 2.52	0.18
อายุ					
$\leq$ 59 ปี	9	91	1		
$\geq$ 60 ปี	60	209	2.90	1.38 - 6.10	< 0.01
สัญชาติ					
ไทย	67	296	1		
เมียนมาร์	2	4	2.21	0.40 - 12.31	0.69
สถานภาพสมรส					
โสด	4	48	1		
สมรส/หม้าย/แยก	65	252	3.10	1.08 - 8.90	0.04
ศาสนา					
มุสลิม	12	70	1		

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
พุทธ	57	230	1.45	0.73 - 2.85	0.36
อาชีพ					
ว่างงาน/แม่บ้าน	22	158	1		
ข้าราชการ/รับจ้าง	47	142	2.38	1.37 - 4.10	< 0.01
โรคประจำตัว					
ไม่มี	2	213	1		
มี	67	87	82.02	19.66 - 342.17	< 0.01
ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation)					
96 – 100 %	39	255	1		
≤ 95 %	30	45	4.36	2.46 - 7.72	< 0.01
ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอด					
ปกติ	12	276	1		
ผิดปกติ Infiltration	57	24	54.63	25.82 - 115.56	< 0.01
การได้รับยาต้านเชื้อไวรัส					
ได้รับ	56	216	1		
ไม่ได้รับ	13	84	0.60	0.31 – 1.15	0.16
การได้รับวัคซีน COVID-19					
ได้รับวัคซีนครบโดส	8	23	1		
ได้รับวัคซีนไม่ครบโดส	61	277	1.58	0.67 – 3.70	0.41

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคประจำตัวต่างๆ ที่มีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (OR 31.15, 95% CI 14.14 - 68.63, P-value < 0.01), โรคเบาหวาน (OR 5.78, 95% CI 3.30 - 10.14,

P-value < 0.01), โรคไตวายเรื้อรัง (OR 15.20, 95% CI 5.20 - 43.39, P-value < 0.01), โรคหลอดเลือดสมอง (OR 12.98, 95% CI 3.35 - 50.35, P-value < 0.01) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคประจำตัวต่างๆ ที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยวิธี

Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง					
ไม่มี	64	300			
มี	5	0	N/A	N/A	< 0.01*
โรคหัวใจและหลอดเลือด					
ไม่มี	63	300			
มี	6	0	N/A	N/A	< 0.01*
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	8	241	1		
มี	61	59	31.15	14.14 - 68.63	< 0.01
โรคเบาหวาน					
ไม่มี	32	250	1		
มี	37	50	5.78	3.30 - 10.14	< 0.01
โรคไตวายเรื้อรัง					
ไม่มี	55	295	1		
มี	14	5	15.02	5.20 - 43.39	< 0.01
โรคหลอดเลือดสมอง					
ไม่มี	61	297	1		
มี	8	3	12.98	3.35 - 50.35	< 0.01
โรคอ้วน					
ไม่มี	69	298			
มี	0	2	N/A	N/A	1.00*
โรคมะเร็ง					
ไม่มี	64	300			
มี	5	0	N/A	N/A	< 0.01*

* คำนวณโดยสถิติ Fisher's Exact test, N/A = Not Applicable

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทางคลินิก ที่มีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ ไข้ (OR 2.46, 95% CI 1.43 - 4.22, P-value < 0.01), หายใจเหนื่อย (OR 4.68, 95% CI 2.67 - 8.21, P-value < 0.01),

มีเสมหะ 2.25, (OR 5.78, 95% CI 1.14 - 4.42, P-value = 0.02), ปอดบวม (OR 69.41, 95% CI 8.90 - 541.27, P-value < 0.01) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงด้านลักษณะทางคลินิกที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยวิธี Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
ไข้					
ไม่มี	37	222	1		
มี	32	78	2.46	1.43 - 4.22	< 0.01
หายใจเหนื่อย					
ไม่มี	22	206	1		
มี	47	94	4.68	2.67 - 8.21	< 0.01
ไอ					
ไม่มี	27	145	1		
มี	42	155	1.46	0.85 - 2.48	0.21
เจ็บคอ					
ไม่มี	40	175	1		
มี	29	125	1.02	0.59 - 1.73	1.00
มีน้ำมูก					
ไม่มี	56	261	1		
มี	13	39	1.55	0.78 - 3.10	0.29
มีเสมหะ					
ไม่มี	54	267	1		
มี	15	33	2.25	1.14 - 4.42	0.02
ปอดกล้ำเนื้อ					
ไม่มี	57	246	1		
มี	12	54	0.96	0.48 - 1.91	1.00
ปวดศีรษะ					
ไม่มี	59	262	1		
มี	10	38	1.17	0.55 - 2.48	0.84

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
ถ่ายเหลว					
ไม่มี	62	273	1		
มี	7	27	1.14	0.47 - 2.74	0.95
จุกไม่ไ้ดก					
ไม่มี	69	263			
มี	0	37	N/A	N/A	< 0.01
ลิ้นไม่รับรส					
ไม่มี	69	266			
มี	0	34	N/A	N/A	< 0.01
ผื่นขึ้น					
ไม่มี	69	298			
มี	0	2	N/A	N/A	1.00
ปอดบวม					
ไม่มี	56	299			
มี	13	1	69.41	8.90 – 541.27	< 0.01

* คำนวณโดยสถิติ Fisher's Exact test, N/A = Not Applicable

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR ที่มีผลต่อการเสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ได้แก่ Neutrophil < ร้อยละ 70 (OR 10.25, 95% CI 5.70 - 18.42, P-value < 0.01), ALC < 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (OR 7.75, 95% CI 4.32 - 13.91, P-value < 0.01), N Gene (Cycle Threshold) (OR 2.58, 95% 1.42 - 4.65, P-value < 0.01) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดและการวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR ที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยวิธี Binary logistic regression

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
ด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด					
White Blood Cell (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)					
≥ 5,000	59	250	1		
< 5,000	10	50	0.85	0.41 - 1.77	0.79
Neutrophil (ร้อยละ)					
≥ 70	23	251	1		

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
< 70	46	49	10.25	5.70 - 18.42	< 0.01
Lymphocyte (ร้อยละ)					
≥ 50	68	281	1		
< 50	1	19	4.59	0.61 - 34.95	0.14*
Absolute Lymphocyte Count [ALC] (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)					
≥ 1,000	33	263	1		
< 1,000	36	37	7.75	4.32 - 13.91	< 0.01
Platelet (ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)					
≥ 140,000	55	205	1		
< 140,000	14	95	0.55	0.29 - 1.04	0.08
Hemoglobin (กรัมต่อเดซิลิตร) [Mean = 13.4]					
< 13.4	31	145	1		
≥ 13.4	38	155	1.15	0.68 - 1.94	0.71
Hemoglobin (ร้อยละ) [Mean = 13.4]					
< 37.7	31	165	1		
≥ 37.7	38	135	1.49	0.88 - 2.53	0.17
การวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR					
ORF1ab Gene (Cycle Threshold) [Mean = 17]					
≥ 17	23	152	1		
< 17	46	148	2.05	1.19 - 3.56	0.14
N Gene (Cycle Threshold) [Mean = 20]					
≥ 20	17	137	1		
< 20	52	163	2.58	1.42 - 4.65	< 0.01

* คำนวณโดยสถิติ Fisher's Exact test

เมื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) จากวิธี Binary logistic regression analysis ได้แก่ อายุ อาชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจน

ในเลือด ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ใช้หายใจเหนื่อย มีเสมหะ ปอดบวม Neutrophil, ALC, และ N Gene (Cycle Threas-

hold) มาวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลซึ่งมีการควบคุมตัวแปรกวน (Confounding Factor) โดยวิธี Multivariate logistic regression analysis พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ โรคประจำตัว (aOR 11.49, 95% CI 1.34 - 98.60, P-value = 0.02) ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอด (aOR 66.06 95% CI 16.15 - 270.14, P-value < 0.01) โรคความดัน

โลหิตสูง (aOR 4.89, 95% CI 1.11 - 21.42, P-value = 0.03) หายใจเหนื่อย (aOR 8.56, 95% CI 2.59 - 28.33, P-value < 0.01) มีเสมหะ (aOR 29.44, 95% CI 4.48 - 193.46, P-value < 0.01) Neutrophil (aOR 16.43, 95% CI 4.45 - 60.59, P-value < 0.01) และ N Gene (Cycle Threshold) (aOR 5.33, 95% CI 1.58 - 17.98, P-value < 0.01) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยวิธี Multivariate logistic regression analysis

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	aOR	95% CI	P-value
โรคประจำตัว					
ไม่มี	2	213	1		
มี	67	87	11.49	1.34 - 98.60	0.02
ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอด					
ปกติ	12	276	1		
ผิดปกติ Infiltration	57	24	66.06	16.15 - 270.14	< 0.01
โรคความดันโลหิตสูง					
ไม่มี	8	241	1		
มี	61	59	4.89	1.11 - 21.42	0.03
หายใจเหนื่อย					
ไม่มี	22	206	1		
มี	47	94	8.56	2.59 - 28.33	< 0.01
มีเสมหะ					
ไม่มี	54	267	1		

ปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors)	เสียชีวิต (N = 69)	ไม่เสียชีวิต (N = 300)	aOR	95% CI	P-value
มี	15	33	29.44	4.48 - 193.46	< 0.01
Neutrophil (ร้อยละ)					
≥ 70	23	251	1		
< 70	46	49	16.43	4.45 - 60.59	< 0.01
N Gene (Cycle Threshold) [Mean = 20]					
≥ 20	17	137	1		
< 20	52	163	5.33	1.58 - 17.98	< 0.01

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ใช้ในการศึกษานี้ จำนวนทั้งหมด 369 คน มีลักษณะทางระบาดวิทยา สรุปได้ดังนี้ เพศชายกับเพศหญิงมีอัตราส่วนใกล้เคียงกัน คือ 1 : 1.06 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย สถานภาพสมรส ศาสนาพุทธ อาชีพว่างงาน/แม่บ้าน ไม่มีโรคประจำตัว เป็นผู้ป่วยประเภทผู้สัมผัสเสี่ยงสูง แหล่งที่ติดเชื้อคือที่บ้าน ผลการถ่ายภาพรังสี (X-Ray) รอยโรคของเนื้อปอดเป็นปกติ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมีค่า 96 - 100 % และได้รับยาต้านเชื้อไวรัส

ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) จากวิธี Binary logistic regression analysis ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส/หม้าย/แยก อาชีพข้าราชการ/รับจ้าง การมีโรคประจำตัว ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) ≤ 95 % ผลการถ่ายภาพรังสี รอยโรคของเนื้อปอดพบ

ผิดปกติ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ไข้ อาการหายใจเหนื่อย การมีเสมหะ ปอดบวม นิวโทรฟิล < ร้อยละ 70 Absolute Lymphocyte Count (ALC) < 1,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และ N Gene (Cycle Threshold) < 20

ผลการนำปัจจัยเสี่ยงมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) จากวิธี Binary logistic regression analysis ดังกล่าวข้างต้น มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรหลายตัว โดยมีการควบคุมตัวแปรกวน (Confounding factor) โดยวิธี Multivariate logistic regression analysis สรุปได้ว่า ว่า การมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ อาการหายใจเหนื่อย การมีเสมหะ นิวโทรฟิล < ร้อยละ 70 และ N Gene (Cycle Threshold) < 20 เป็นปัจจัยทำนายสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านลักษณะทั่วไป และการได้รับวัคซีน COVID-19 ของการวิจัยครั้งนี้

ยืนยันว่า การมีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (ศิริลักษณ์ ไทยเจริญ และคณะ, 2565; Berenguer et al., 2020; Sharma et al., 2021) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลการถ่ายภาพรังสีรอยโรคของเนื้อปอดผิดปกติ และอาการหายใจเหนื่อย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเสียชีวิต

ปัจจัยเสี่ยงด้านความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด และการวินิจฉัย ด้วยวิธี RT-PCR ที่มีผลต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ได้แก่ ค่านิวโทรฟิล < ร้อยละ 70 และ จำนวนรอบของการเพิ่มสารพันธุกรรม N Gene (Cycle Threshold) < 20 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวินิจฉัยของคณะนักวิจัยในต่างประเทศ (Kilercik et al., 2021; Sanchez-Pina et al., 2020; Setiati et al., 2020)

ข้อเสนอแนะ

1. การมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว ให้การรักษาทั้งโรคโควิด-19 และโรคร่วมอย่างเหมาะสม
2. ปริมาณนิวโทรฟิลและจำนวนรอบของการเพิ่มสารพันธุกรรม N Gene ของไวรัส SARS-CoV-2: 2019-nCoV สามารถใช้พยากรณ์การเกิด ความรุนแรงและเสียชีวิตของผู้ป่วยได้
3. ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงพยาธิสภาพ และกลไกที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีโรคเรื้อรังมีอาการรุนแรง และเสียชีวิต

ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. เป็นฐานข้อมูลในด้านต่างๆ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 จังหวัดพังงา ได้แก่ ระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการป่วยด้วย 8 โรคสำคัญ เพื่อนำไปสู่การวางแผน ติดตาม และออกแบบแนวทางในการเฝ้าระวัง การตรวจ วินิจฉัย การรักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ

2. ทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ซึ่งสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้การเสียชีวิตของผู้ป่วย

3. องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถใช้ในการพัฒนาแนวทาง คู่มือการเฝ้าระวัง ตรวจวินิจฉัย และรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 สำหรับแพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านความเห็นชอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เลขที่โครงการวิจัย 23/2565 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของนายแพทย์วิทยา วัฒนเรืองโกวิท นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา คุณณนุช จตุราบัณฑิต รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา ที่ให้โอกาสและให้ การสนับสนุนในการศึกษาวินิจฉัยจนเสร็จสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ที่ร่วมเก็บข้อมูล วิจัยที่เกี่ยวข้อง และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่งาน

ระบาดวิทยา และงานห้องปฏิบัติการ ทุกโรงพยาบาล ในจังหวัดพังงา ที่ให้สนับสนุนฐานข้อมูลผู้ป่วย โรคโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ค้นเมื่อ สิงหาคม 8, 2565. จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.
- พรวิชัย ลำเจียกเทศ, โกวิท พัฒนาปัญญาสัตย์. (2539). ค่าโลหิตวิทยาในคนไทยปกติ. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต. 6: 303-10.
- ศิริลักษณ์ ไทยเจริญ, สุภาญดา หมื่นราษฎร์, สุรชาติ โกยกุลย์, ละมุน แสงสุวรรณ. (2565). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 53 (7): 93-101.
- สุรียา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สุนนมาลย์ อุทัยมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 14: 124-33.
- อนุตรา รัตน์นราทร. (2563). ลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่สถาบันบำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค. 46: 540-50.
- Berenguer J., Ryan P., Rodríguez-Bano J., Jarrín I., Carratala J., Pachon J., et al. (2020). Characteristics and predictors of death among 4035 consecutively hospitalized patients with COVID-19 in Spain. Clinical Microbiology and Infection. 26: 1525-36.
- Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y., et al. (2020). Epidemiology and Clinical Characteristics of 99 Cases of 2019 Novel Coronavirus Pneumonia in Wuhan, China: a Descriptive Study. Lancet. 39: 507-13.
- Contini C., Nuzzo M. D., Barp N., Bonazza A., Giorgio R. D., Tognon M., et al. (2020). The novel zoonotic COVID-19 pandemic: An expected global health concern. The Journal of Infection in Developing Countries. 14: 254-64.
- Covino M., Matteis G. D., Polla D. A. D., Santoro M., Burzo M. L., Torelli E. et al. (2021). Predictors of in-hospital mortality AND death risk stratification among COVID-19 patients aged ≥ 80 years old. Archives of Gerontology and Geriatrics. 95,104383: 1-7.
- Dhama K., Khan S., Tiwari R., Sircar S., Bhat S., Malik Y. S., et al. (2020). Coronavirus Disease 2019 – COVID-19. J Clinical Microbiology Reviews. 33: 1-48.

- Figliozi S., Masci P. G., Ahmadi N., Tondi L., Koutli E., Aimo A. et al. (2020). Predictors of adverse prognosis in COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Clin Inves.* 50, e13362: 1-15.
- Ghaebi M., Tahmasebi S., Jozghorbani M., Sadeghi A., Thangavelu L., Zekiy A. O., et al. (2021). Risk factors for adverse outcomes of COVID-19 patients: Possible basis for diverse responses to the novel coronavirus SARS-CoV-2. *Life Sciences.* 277, 119503: 1-11.
- Goyal P., Choi J. J., Pinheiro L. C., Schenck E. J., Chen R., Jabri A. (2020). Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *The New England Journal of Medicine.* NEJM.org. doi; 10.1056/NEJMc2010419: 1-3.
- Hoteit R. & Yassine H. M. (2022). Biological Properties of SARS-CoV-2 Variants: Epidemiological Impact and Clinical Consequences. *Vaccines.* 10 (919): 2-62.
- Huang G., Kovalic A. J., & Graber C. J. (2020). Prognostic Value of Leukocytosis and Lymphopenia for Coronavirus Disease Severity. *Emerging Infectious Diseases.* 26: 1839-41.
- Kilercik M., Demirelce O., Serdar M. A., Mikailova P, & Serteser M. (2021). A new haematocytic metric index: Predicting severity and mortality risk value in COVID-19 patients. *PLOS ONE.* 16 (8), e0254073: 1-19.
- Lee J., Park S. S., Kim T. Y., Lee D. G., & Kim D.W. (2021). Lymphopenia as a Biological Predictor of Outcomes in COVID-19 Patients: A Nationwide Cohort Study. *Cancers.* 13, 471: 1-15.
- Lieberman-Cribbin W., Alpert N., Flores R., & Taioli E. (2021). A risk index for COVID-19 severity is associated with COVID-19 mortality in New York city. *BMC Public Health.* 21, 1452: 1-8.
- Liu J., Li H., Luo M., Liu J., Wu L., Lin X., et al. (2020). Lymphopenia predicted illness severity and recovery in patients with COVID-19: A single center, retrospective study. *PLoS ONE.* 15 (11), e0241659: 1-15.
- Sanchez-Pina J. M., Rodriguez M. R., Quismondo N. C., Manso R. G., Colmenares R., Alos D. G., et al. (2020). Clinical course and risk factors for mortality from COVID-19 in patients with haematological malignancies. *Eur J Haematol.* 105: 597-607.
- Setiati S., Harimurti K., Safitri E. D., Ranakusuma R. W., Saldi S. R. F., Azwar M. K., et al. (2020). Risk factors and laboratory test results associated with severe illness and mortality in COVID-19 patients: A systematic review. *Acta Med Indones- Indones J Intern Med.* 52, 3: 227-45.

- Sharma J., Rajput R., Bhatia M., Arora P., & Sood V. (2021). Clinical predictors of COVID-19 severity and mortality: A Perspective. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*. 11, 674277: 1-23.
- Sun J., He W. T., Wang L., Lai A., Ji X., Zhai X. (2020). COVID-19: Epidemiology, Evolution, and Cross-Disciplinary Perspectives. *Trends in Molecular Medicine*. 2: 1-13.
- Wagner J., DuPont A., Larson S., Cash B., & Farooq A. (2020). Absolute lymphocyte count is a prognostic marker in Covid-19: A retrospective cohort review. *Int J Lab Hematol*. 42, 761-5.
- World Health Organization. (2021). Critical Preparedness, Readiness, and Response Actions for COVID-19, Interim Guidance. ค้นเมื่อ กันยายน 9, 2565. จาก https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications?publication_types=01bc799c-b461-4a52-8c7d-294c84cd7b2d.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายระยะสุดท้าย ที่ต้องได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมแบบเร่งด่วน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care of patients with acute renal failure and end-stage renal failure who
need to undergo dialysis by machine Urgent hemodialysis: Case study 2 case

อรรวิภา กลิ่นกำจร
Onvipa Klinkamjorn
โรงพยาบาลระนอง
Ranong Hospital

บทคัดย่อ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาทดแทนไตวิธีหนึ่ง ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง จากสถิติบริการของหน่วยไตเทียม พบว่ามีการบริการผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ปี 2564 มีจำนวน 34 ราย 169 รอบ และในปี 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) มีจำนวน 59 ราย 190 รอบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันและไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 รายในช่วงเดือนพฤษภาคม 2565 - เดือนกรกฎาคม 2565 โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฟอกเลือดโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนฟอกเลือด ขณะฟอกเลือด และหลังฟอกเลือด

ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษาที่ 1 เพศหญิงอายุ 62 ปี เป็นโรคไตเรื้อรังมา 5 ปี ปฏิเสธการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย 6 ชั่วโมง ก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบ ให้ประวัติเพิ่มเติม 4-5 วัน หายใจเหนื่อย ปัสสาวะออกดี รับประทานอาหารได้น้อย 2 วันก่อน รับประทานอาหารไม่ได้ เหนื่อยมากขึ้นนอนราบไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อย ทำการฟอกเลือด 3 ครั้ง ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ หลังจากนั้นได้รับการรักษาต่อด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 11 วัน

กรณีศึกษาที่ 2 เพศชาย อายุ 75 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย 3 วันก่อนถ่ายเหลว 3 ครั้ง/วัน คลื่นไส้อาเจียน 5 ครั้ง/วัน มีโรคประจำตัว คือ ความดัน ไขมัน และเบาหวาน ทำการฟอกเลือด 2 ครั้ง ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ การทำงานของไตกลับสู่สภาวะปกติ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเหมือนกันแต่มีความแตกต่างกันด้านพยาธิกำเนิด สาเหตุของการเกิดโรคและการดำเนินโรคคือโรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน ดังนั้นการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันระยะยาวซ้ำเร็วแตกต่างกัน

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง ไตวายเฉียบพลัน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

Hemodialysis is a needed treatment in patients with renal failure. Patients undergo hemodialysis may develop complications. In the fiscal year 2021, a hemodialysis unit of a general hospital treated 34 renal failure patients with a total of 169 dialysis sessions, and in the fiscal year 2022, from October 2021 to June 2022, 59 patients were treated with a total of 190 hemodialysis sessions. The number of patients increased. The purpose of this study was to determine the nursing process of caring for patients in the pre-dialysis, during, and post-dialysis phases for patient safety without complications and infections from hemodialysis. The data were collected by reviewing the medical chart of 1 patient with acute renal failure and 1 patient with end-stage renal failure who received urgent dialysis and from interviewing the patients and their relatives.

The study revealed that:

In case Study 1, a 62 years old female patient with chronic kidney disease for 5 years, refused hemodialysis and was referred from a community hospital. Six hours before being admitted to a General Hospital, the patient had shortness of breath, which lasts for 4-5 days, urination was normal, could not eat for 2 days, was tired, and could not lie down. Hemodialysis was administered three times, there were not any complications. After that, the treatment was continued with continuous peritoneal dialysis. The total duration of hospitalization was 11 days.

In case Study 2, a 75 years old male patient, 3 days before hospitalization had 3 diarrhea/day, nausea and vomiting 5 times/day, and suffered from hypertension, diabetes, and hyperlipidemia. He received 2 hemodialysis sessions. There were not any complications. Kidney function returned to normal. The total length of hospitalization was 8 days.

In both case studies, a patient with chronic kidney disease and a patient with acute renal failure who received hemodialysis had differences in pathology, causes of the disease, and disease progression. Their nursing care plan was different.

Keywords: Chronic kidney disease, Acute renal failure, Hemodialysis

บทนำ

โรคไตเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยจำนวนมากซึ่งมีผลต่อการดำรงชีวิต ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมต่างๆ ตลอดจนมีค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก (คณะอนุกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT), 2563) ซึ่งโรคไตแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน โรคไตเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่ของไตอย่างช้าๆ และดำเนินอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จนเกิดการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของไตทั้ง 2 ข้าง จากการตรวจการทำงานของไตคือ Glomerular filtration rate (GFR) < 15 มิลลิตร/นาที่/1.73 ตารางเมตร (ศิริธร, 2550) ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากความผิดปกติในภาวะสมดุลของสารเคมีอิเล็กโทรลิต์และสารน้ำ ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการเสื่อมหน้าที่ของไตมีความผิดปกติเกิดขึ้นที่เนื้อไตทำให้เนื้อไตถูกทำลายเกิดอาการผิดปกติเช่นบวม คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ชีต ปวดตามกระดูกและข้อ ผิวหนังแห้งคัน เป็นตะคริวที่ขาเวลากลางคืน ความคิดสับสน ซึมเศร้า นอนไม่หลับ บางครั้งอาจเหนื่อยหอบ ซึมลงหมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด ไตวายเฉียบพลันเกิดจากการสูญเสียความสามารถของไตอย่างเฉียบพลัน ผลเสียที่ตามมาจากระยะไตวายเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะ volume overload, metabolic acidosis, hyperkalemia, hypo-hypernatremia และการสะสม nitrogen waste products ต่างๆ ในเลือด และในบางรายถึงขั้นเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที (ณัฐชัย, 2560) การรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาเป็นวิธีการรักษาเพื่อการกำจัดสารเคมี

และโปรตีนในเลือดที่มีฤทธิ์เป็นพิษออกจากร่างกาย โดยการนำเลือดของผู้ป่วยไปผ่านตัวกรองที่มีคุณสมบัติจำเพาะและเหมาะสมในการกรองสารต่างๆ ออกจากเลือด มีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาโรคและ/หรือการป้องกันบรรเทาภาวะแทรกซ้อนจากการมีสารพิษ สารเคมีและสารน้ำส่วนเกิน ใช้สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไตวายทั้งชนิดเรื้อรังหรือเฉียบพลันรุนแรง รวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดพิษจากการคั่งของสารพิษบางชนิด หรือจากการสร้างโปรตีนหรือโซโตไคน์บางชนิดที่มีผลทำลายการทำงานของไต โดยมีความมุ่งหวังให้ได้ผลการแก้ไขภาวะไตวายในผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันจากสาเหตุต่างๆ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและไตวายเฉียบพลัน รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการเสียชีวิต (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561)

อุบัติการณ์การเกิดไตวายเฉียบพลันและผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเกิดได้หลายปัจจัย ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านบุคลากรจากสถิติบริการของหน่วยไตเทียม พบว่ามีการบริการผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบเร่งด่วน ปี 2564 มีจำนวน 34 ราย 169 รอบ และในปี 2565 (ต.ค.64-มิ.ย.65) มีจำนวน 59 ราย 190 รอบ (ทะเบียนข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลระนอง, 2564) มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น อาการอาจรุนแรงถึงขั้นทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีการวางแผนและแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันเพื่อป้องกันการเสียชีวิต

และการดำเนินโรคไม่เป็นไตวายเรื้อรัง ส่วนผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันจนคุกคามชีวิตได้พ้นต่อภาวะวิกฤตและมีการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพโดยเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (case study) ในผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 2 ราย คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยไตวายแบบเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลระนอง และได้รับการฟอกเลือดที่หน่วยไตเทียม ช่วงเดือนพฤษภาคม 2565

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษา

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	เพศหญิงอายุ 62 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ สิทธิการรักษาใช้บัตรทอง	เพศชาย อายุ 75 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ สิทธิการรักษาใช้สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง
โรคประจำตัว	ความดัน เบาหวาน และ ESRD (End stage renal disease) มา 5 ปี	ความดัน ไชมัน และเบาหวาน
การวินิจฉัยโรค	ESRD with volume overload	AGE with AKI
ระยะเวลาเข้ารับการรักษา	11 วัน (16 ก.ค.65- 27 ก.ค. 65)	8 วัน (4 พ.ค.65- 12 พ.ค. 65)
อาการสำคัญ	ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลกะเปอร์ด้วย 6 ชั่วโมง ก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบ	3 วันก่อนถ่ายเหลว 3 ครั้ง/วัน คลื่นไส้ อาเจียน 5 ครั้ง/วัน

ถึงกรกฎาคม 2565 โดยศึกษาประวัติผู้ป่วย การรักษาพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติและเวชระเบียนของผู้ป่วย มีการประเมินสภาพ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้นำวางแผนเพื่อให้การพยาบาล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดยแบ่งการพยาบาลที่เป็น 3 ระยะคือ ก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ต่อไป โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ตามรหัสเลขที่ PHRN 031/2565

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
CXR	Crepitation both lung	Normal
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ก่อนฟอก BUN = 98 Cr.= 15.09 GFR= 2.27 หลังฟอกรอบแรก BUN = 80 Cr.= 12.70 GFR= 2.80 หลังฟอกรอบที่ 2 BUN = 46 Cr.= 8.43 GFR= 4.60 หลังฟอกรอบที่ 3 BUN = 33 Cr.= 7.91 GFR= 4.97	ก่อนฟอก BUN = 106 Cr.= 11.36 GFR= 3.88 หลังฟอกรอบแรก BUN = 44 Cr.= 1.73 GFR= 37.75 หลังฟอกรอบที่ 2 BUN = 25 Cr.= 1.22 GFR= 57.59
แผนการรักษา	16/07/65 On HD วันจันทร์, On HFNC 40 LPM Fi_{O2} 0.4, nicardipine (1:5) V 12 ml/hr 17-18 /07/65 On HFNC 60 LPM FiO₂ 0.4 , nicardipine (1:5) V 5 ml/hr, G/M PRC 1 unit , Lasix 80 mg v หลังให้เลือด Set DLC at Rt IJ No 13 19/07/65 On HFNC 40 LPM FiO₂ 0.4, nicardipine (1:5) V 40 ml/hr, Set OR For TK implant วันที่ 25/07/65 Set OR For TK implant (25/07/65) Cefazoline 1 gm v to OR 20/07/65 On _{O2} cannula 3 LPM 21/07/65 try off _{O2} cannula keep _{O2} keep Sp_{O2} > 90% 22/07/65 try off O₂ cannula keep O₂ keep Sp_{O2} > 95% UAC No 3.5 deep 25/07/65 12 Set OR For TK implant ATB ที่ Tazocin 4.5 gm v q 8 hr X 24 hr then 2.25 gm v q 8 hr	4/05/65 On NSS 1000 cc v 20 cc/hr , RI 10 unit sc 10% calcium gluconate 10 ml v stat , 50% Glucose (ก่อนให้ RI) , Kalimate 30 mg น้ำตาม 50 cc x 3 dose, Lactulose 50 cc oral , electrolyte at 20.00 น. , EKG 12 lead , CXR, H/C x 2 , ATB Ceftriaxone 2 gm v OD, Metronidazole 500 mg v q 8 hr , Omeprazole 40 mg v OD ,Retained Foley cath 5/05/65 On _{O2} cannula 3 LPM , On NSS 1000 cc v 100 cc/hr 6/05/65 On NSS 1000 cc v 100 cc/hr , 7.5% NaHCO₃ 100 cc v in 3 min ,Set HD On DLC Rt IJ No 13 7-9/05/65 On 0.45 % NaCl v 40 cc / hr , Set HD 10-11/05/65 On 0.45 % NaCl v 40 cc/hr 12/05/65 off DLC จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัด OPD DM เดิม

ข้อมูล	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
	26/07/65 try off O2 cannula keep O2 keep Sp _{O2} > 95% 27/07/65 จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต นัด HD ต่อ นัดเรียน CAPD ต่อ ATB Levofloxacin 1x1 oral OD/10 tab , Clindamycin 1X3 oral pc/ 30 tab	
บทสรุปที่ได้รับจากกรณีศึกษา	ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย หลังได้รับการฟอกเลือดจำนวน 3 รอบ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ GFR= 4.97 หลังจากนั้น ได้รับการผ่าตัดเพื่อทำการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย นัดมาตามนัดเพื่อเรียนการรู้วิธีการล้างไตทางช่องท้องเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 11 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 51,731 บาท	ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันหลังได้รับการฟอกเลือดจำนวน 2 รอบ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ GFR= 57.59 จำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 35,508.50 บาท

ตาราง 2 การเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
- สาเหตุหรือปัจจัยของภาวะไตวาย	- เพศหญิงอายุ 62 ปี โรคประจำตัวความดัน เบาหวาน และ ESRD รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 11 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 51,731 บาท	- เพศชาย อายุ 75 ปี โรคประจำตัว ความดัน ไขมัน และเบาหวาน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 8 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 35,508.50 บาท	- ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะไตวาย กรณีศึกษารายที่ 1 มีภาวะไตวายเรื้อรังภาวะที่ไตเสื่อมหน้าที่ลงอย่างช้าๆ หรือมีสัญญาณของการทำลายเนื้อไตที่ค่อยเป็นค่อยไปในระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป (Brar J, 2013) แบ่งความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1. ระดับการทำงานของไตปกติหรือสูงกว่าปกติ อัตราการกรองของไต (มล./นาที/1.73 ตร.ม.) >90

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			2. มีการลดลงของ GFR เล็กน้อย อัตราการกรองของไต (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) 60-89 3. มี 2 ระดับ A มีการลดลงของ GFR น้อย ถึง ปานกลาง อัตราการกรองของไต (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) 45-59 B มีการลดลงของ GFR ปานกลาง ถึง มาก อัตราการกรองของไต (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) 30-44 4. มีการลดลงของ GFR มาก อัตราการกรองของไต (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) 15-29 5. ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย อัตราการกรองของไต (มล./นาที่/1.73 ตร.ม.) <15 ซึ่งกรณีศึกษาค่า GFR= 2.27 อยู่ในภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ปฏิเสธการฟอกเลือดมา 5 ปี ทำให้หลังการฟอกเลือด 3 รอบเพื่อภาวะวิกฤตของเสียคั่ง การทำงานของไตไม่สามารถกลับสู่สภาวะปกติ ต้องทำการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือการติดเชื้อของเยื่อช่องท้อง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนถ่ายน้ำยาจากเทคนิคที่ไม่ถูกต้อง หรืออุปกรณ์ในการเปลี่ยนถ่ายชำรุด การไม่รักษาความสะอาดในขณะปฏิบัติกิจกรรม รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย และเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 7-10 (ศิริรักษ์, 2549) นอกจากนี้ต้นทุน

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			ในการล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 32,000 บาท/คน/เดือน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะไตวายเฉียบพลันหมายถึงไตมีการเสื่อมหน้าที่ลงอย่างรวดเร็วใน ระยะเวลาเป็นวัน โดยมีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 1. มีการเพิ่มขึ้นของระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 0.3 มก./ดล. ภายใน 48 ชั่วโมง 2. มีการเพิ่มขึ้นของระดับครีเอตินินในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 1.5 เท่าของค่าครีเอตินินเดิมที่คาดว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงไม่เกิน 7 วันก่อนหน้านี้นี้ 3. มีปริมาณปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มล./น้ำหนักตัว 1 กก./ชม. เป็นเวลา 6 ชั่วโมง ความรุนแรงของภาวะไตวายเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Khwaja A, 2012). ดังนี้ 1. ระดับของครีเอตินินในเลือด 1.5-1.9 เท่าของค่าเดิมในเลือดหรือมีการเพิ่มขึ้น >0.3 มก./ดล. ปริมาณปัสสาวะ <0.5 มล./น้ำหนักตัว (กก.)/ชม. เป็นเวลา 6-12 ชม. 2. ระดับของครีเอตินินในเลือด 2.0-2.9 เท่าของค่าเดิมในเลือด ปริมาณปัสสาวะ <0.5 มล./น้ำหนักตัว (กก.)/ชม. มากกว่า หรือเท่ากับ 12 ชม.

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
			3. ระดับของครีเอตินีนในเลือด 3 เท่าของค่าเดิมในเลือดหรือมีการเพิ่มของระดับครีเอตินีนในเลือดจน >4.0 มก./ดล.หรือมีความจำเป็นต้องเริ่ม RRT ในผู้ป่วยอายุ <18 ปี, มีการลดลงของ GFR <35 มล./นาที/1.73 ตร.ม. ปริมาณปัสสาวะ <0.3 มล./น้ำหนักร่างกาย(กก.)/ชม. มากกว่า หรือเท่ากับ 24 ชม.หรือAnuria เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 ชม. ซึ่งกรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการชักประวัติ 3 วันก่อนมีถ่ายเหลวและอาเจียนส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำ ค่า Cr.= 11.36 GFR= 3.88 หลังได้รับการฟอกเลือด 2 รอบ เพื่อกู้สภาวะวิกฤตของเสียคั่งและไตวายเฉียบพลัน การทำงานของไตกลับมาสู่สภาวะปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล
โดยแบ่งการพยาบาลที่ให้เป็น 3 ระยะคือก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อ

ให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งมีการวางแผนการจำหน่ายเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติให้สามารถกลับไปดูแลตนเองได้ต่อไป

ตารางที่ 3 ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
ระยะก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	1. ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากมีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย	1. ระดับความรู้สึกตัวลดลงเนื่องจากมีภาวะของเสียคั่งในร่างกาย	1.1 ทักทายผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อและนามสกุลพร้อมทั้งสังเกตสีหน้าท่าทางและการเคลื่อนไหว

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			1.2 วัด vital signs และประเมิน Early warning sign score ลง บันทึกใน Hemodialysis flow chart 1.3 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย จัดวางแขนข้างที่จะแทงเข็มให้เหมาะสม จัดทำนอนศีรษะสูงและให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก 1.4 สังเกตสภาพร่างกายทั่วไป ลักษณะผิว การบวมของหน้าตา หน้าท้อง แขน และขา กรณียืนได้ให้ชั่งน้ำหนักตัวก่อนฟอกเลือด 1.5 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN Cr
	2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด	2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือด	2.1 ชักประวัติและสอบถามอาการอาการหลังการฟอกครั้งที่ผ่านมา เช่นอ่อนเพลีย เหนื่อย หายใจหอบ เจ็บหน้าอกหายใจลำบาก ยาที่รับประทานหรือดยาบางชนิดก่อนมาฟอก เช่น ยาลดความดันโลหิต ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ พฤติกรรม การแสดงออกเช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว แสดงอารมณ์ไม่สมเหตุสมผล 2.2 วัด vital signs และประเมิน Early warning sign score ลง บันทึกใน Hemodialysis flow chart 2.3 ประเมินหลอดเลือด (vascular access) ที่ใช้ในการฟอกเลือดชนิดถาวร (AVF) โดยการฟังเสียง Bruit และคลำ Thrill ตรวจการมีเลือด

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			ออกได้ผิวหนังจากการแทงเข็มครั้งที่แล้วรวมถึงการอักเสบของแขนด้านนั้น 2.4 ตรวจสอบข้อมูลได้แก่ แผนการรักษาของแพทย์ ข้อมูลการฟอกเลือดครั้งที่ผ่านมา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติการเจ็บป่วย และยาที่ผู้ป่วยรับประทาน 2.5 นำข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ และตรวจร่างกายรวมทั้งข้อมูลครั้งก่อนๆ มาวางแผนการฟอกเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์โดยคำนึงถึงความเพียงพอของการฟอกเลือด Ultrafiltration, BFR, anticoagulation ภาวะผิดปกติ เช่น cardiac arrhythmia, hypotension, bleeding กรณีพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ เพื่อแก้ไขและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม 2.6 บันทึกข้อมูลและแผนการฟอกเลือดลงใน Hemodialysis flow chart 2.7 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย จัดวางแขนข้างที่จะแทงเข็มให้เหมาะสม จัดท่านอนศีรษะสูงและให้ออกซิเจนในผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อยหายใจลำบาก

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			2.8 ตรวจสอบความพร้อมใช้ของระบบผลิตน้ำบริสุทธิ์เครื่องไตเทียมและวงจรไตเทียมโดยการตั้งค่าการใช้งานต่างๆ ตามแผนการรักษาที่ได้วางไว้ ตรวจสอบชื่อสกุลของผู้ป่วยที่ dialyzer ให้ตรงกับผู้ป่วยเตรียม dialyzer และ bloodline รวมทั้งตรวจสอบสายข้อต่อตามจุดต่างๆ ให้แน่นเพื่อป้องกันการหลุดหรือรั่วซึม 2.9 เตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์ในการใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราว (double lumen catheter) กรณีศึกษาทั้ง 2 รายใส่สายสวนหลอดเลือดชั่วคราว (double lumen catheter) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน No bleeding
	3. มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง	3. มีความกลัว/วิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยรุนแรง	3.1 ทักทายผู้ป่วยโดยการเรียกชื่อและนามสกุลพร้อมทั้งสังเกตสีหน้าท่าทางและการเคลื่อนไหว 3.2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ อธิบายแผนการรักษาในครั้งนี้ การดื่งปริมาณน้ำส่วนเกิน แนะนำอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้และแนะนำแจ้งพยาบาลให้ทราบทันทีที่มีอาการผิดปกติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจและคลายความวิตก

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			กังวล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมทำหัตถการการใส่สายหลอดเลือดชั่วคราวและการแทงเส้นเลือดถาวร 3.3 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ 3.4 ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจผู้ป่วย
ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	4. เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการลดลงของปริมาณสารน้ำในร่างกายเร็วกว่าการไหลกลับของน้ำภายนอกเข้ามาในหลอดเลือด	4. เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำเนื่องจากการลดลงของปริมาณสารน้ำในร่างกายเร็วกว่าการไหลกลับของน้ำภายนอกเข้ามาในหลอดเลือด	4.1 จัดทำให้ผู้ปวยนอนหงายราบ 4.2 ให้ออกซิเจนในกรณีที่เหนื่อยมาก 4.3 ลดอัตราการดื่มน้ำและอัตราการไหลของเลือด 4.4 ลดอุณหภูมิของน้ำยาฟอกเลือดลงเหลือ 36 องศาเซลเซียส 4.5 ให้ NSS 200 ml. และ 50% glucose 50 ml. (v) 4.6 กรณีศึกษารายที่ 2 ให้ยาเพิ่มความดันโลหิตคือ levophed 4:250 4.7 วัด vital signs ทุก 15-30 นาที และเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ 4.8 ตรวจสอบการทำงานของเครื่องไตเทียมให้ทำงานปกติตลอดเวลา ตรวจสอบตำแหน่งของเข็มและสาย double lumen catheter รวมถึงข้อต่อต่างๆ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดหรือหักพังอ

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	
			4.9 อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงอาการหรือปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหรือวิตกกังวล 4.10 กรณีที่รับประทานอาหารได้ แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักตัว ไม่รับประทานอาหารขณะฟอกเลือด ประเมินผลการพยาบาลขณะฟอกเลือด ประเมินผลการพยาบาลขณะฟอกเลือดไม่มีภาวะภาวะความดันโลหิตต่ำทั้ง 2 ราย
ระยะหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ vascular access	5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ vascular access	5.1 วัด vital signs โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย 5.2 แนะนำและฝึกการล้างมือและแขนข้างที่ใช้ในการฟอกเลือด 5.3 ใช้ 2% chlorhexidine in 70% alcohol ในการเตรียมผิวหนังสำหรับ double lumen catheter และการแทงเข็ม AVF 5.4. พยาบาลล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย 5.5 แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และการทำความสะอาดมือ การดูแลบริเวณที่ใส่ double lumen catheter ไม่แกะเกาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ สังเกตอาการผิดปกติ การประเมินผล ไม่พบการติดเชื้อบริเวณ vascular access ทั้ง 2 ราย

การวินิจฉัย	ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		การพยาบาล
	กรณีศึกษาตอนที่ 1	กรณีศึกษาตอนที่ 2	
	6.มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากในการฟอกเลือดแต่ละครั้งมีภาวะแทรกซ้อนและรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นเวลานาน	6.มีความกลัวและวิตกกังวลเนื่องจากในการฟอกเลือดแต่ละครั้งมีภาวะแทรกซ้อนและรักษาด้วยการฟอกเลือดเป็นเวลานาน	6.1 พุดคุยให้คำแนะนำถึงพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษา การปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือด หลังการฟอกเลือดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งการดูแล vascular access 6.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่ออธิบายในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ พร้อมทั้งประเมินความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจ ให้ความรู้ในการปรับตัว 6.3 อธิบายให้ญาติเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถช่วยเหลือให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้ 6.4 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถทำได้กรณีที่ไม่ต้องฟอกเลือดอีกจะช่วยลดความวิตกกังวล และลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดได้ การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ขอยุติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กรณีศึกษาตอนที่ 1 เลือกวิธีการล้างไตทางช่องท้องส่วน กรณีศึกษาตอนที่ 2 การทำงานของไตกลับสู่สภาวะปกติ

สรุปผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเหมือนกัน แต่มีความแตกต่างกันด้านพยาธิกำเนิด สาเหตุของการเกิดโรคและการดำเนินโรค คือ โรคไตเรื้อรังและไตวายเฉียบพลัน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันระยะยาวช้าเร็วแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะไตวายเรื้อรังมา 5 ปี ปฏิเสธการฟอกเลือดแต่มีภาวะวิกฤตของเสียคั่งและน้ำเกิน จนต้องได้รับการฟอกเลือด 3 รอบ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ GFR= 4.97 หลังจากนั้นได้รับการผ่าตัดเพื่อทำการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย นัดมาตามนัดเพื่อเรียนรู้วิธีการล้างไตทางช่องท้องเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 11 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 51,731 บาท สำหรับกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลันจากการให้ประวัติ 3 วันก่อนมีถ่ายเหลวและอาเจียนส่งผลให้ร่างกายขาดสารน้ำ ค่า Cr.= 11.36 GFR= 3.88 หลังได้รับการฟอกเลือดจำนวน 2 รอบ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามกระบวนการพยาบาล ผลลัพธ์ GFR= 57.59 จำหน่ายกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย สภาวะการทำงานของไตเข้าสู่สภาวะปกติ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 35,508.50 บาท ดังนั้นพยาบาลไตเทียมจึงต้องมีการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วโดยใช้แบบประเมิน Early warning sign เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจคุกคามถึงชีวิต รวมถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างทันทั่วทั้งที่โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีการมอบหมายงานดูแลผู้ป่วยในแต่ละครั้งของการฟอกเลือดแบบ Total

case วางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้าน มีการส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤตสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดตามกระบวนการพยาบาลโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกเลือดหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลระนอง ได้มีการให้ความรู้แก่บุคลากรสม่ำเสมอ เน้นการทำงานเป็นทีม พร้อมทั้งหัวหน้าหน่วยงานนิเทศติดตามการปฏิบัติของพยาบาลอย่างสม่ำเสมอและมีการประเมินสมรรถนะด้านการฟอกเลือดอย่างน้อยปีละครั้ง
2. ควรมีการปรับปรุงหรือทบทวนแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยไตวายของจังหวัดระนองในระบบบริการสุขภาพสาขาไตเป็นระยะๆ
3. ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดโรคไตในประชาชนทั่วไปเพื่อให้เกิดความตระหนักและสามารถดูแลตัวเองได้ไม่ให้เป็นโรคไตหรือสามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์
4. บุคลากรในหน่วยไตเทียมควรศึกษาหาความรู้วิทยาการใหม่ๆ อยู่เสมอโดยการประชุมอบรม สัมมนาหรือการค้นคว้าทางอินเทอร์เน็ต เช่น เทคนิคการให้คำปรึกษา ความรู้เรื่องการฟอกเลือดแบบต่อเนื่อง (CRRT) การทบทวนความรู้และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี การทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป นอกจากนี้ยังต้องมีการศึกษาหาความรู้เรื่องโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2562. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์. (2560). โรคไตวายเฉียบพลัน, วารสารกรมการแพทย์, 42 (6), 64 - 68.
- ศศิธร ชิดนวย. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมชนก.
- ศิริรักษ์ อนันต์ณัฐศิริ. (2549). การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างช่องท้องชนิดถาวร : ใน ทวี ศิริวงศ์, (บรรณาธิการ), การล้างช่องท้องอย่างถาวรสองฝั่งโขง (หน้า 75-81). คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). คู่มือแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขปีงบประมาณ 2565.
- หน่วยไตเทียมโรงพยาบาลระนอง. (2564). ทะเบียนข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลระนอง กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลระนอง.
- Arif Khwaja. (2012). KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. Nephron Clinical Practice, 120;c179 – c184.
- Jyoti E. Brar. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International 84, 621–622.

การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสัธารา จังหวัดระนอง

THE MODEL DEVELOPMENT OF PARTICIPATORY LEARNING PROCESS ON
MOTHER AND CHILD HEALTH PROMOTION IN SUKSUMRAN DISTRICT OF
RANONG PROVINCE

ถาวร สาลี

THAVORN SALEE

โรงพยาบาลสุขสัธารา จังหวัดระนอง

Suksumran Hospital, Ranong Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสัธารา จังหวัดระนอง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และประเมินประสิทธิผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสัธารา จังหวัดระนอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผสานวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ

ผลการวิจัยพบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1) รวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ ขั้นที่ 2) ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และการวิเคราะห์ ขั้นที่ 3) จัดทำแผนแม่บทชุมชน และแผนการดำเนินงาน ขั้นที่ 4) การปฏิบัติการ และขั้นที่ 5) การประเมินผล ทำให้เกิดแผนแม่บทการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก มี 3 ยุทธศาสตร์ มี 8 แผนงานกิจกรรม มีการกำหนดวิธีการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ การจัดทำโครงการหรือแผนปฏิบัติการ ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง จบปริญญาตรีและสูงกว่า นับถือศาสนาอิสลาม เคยได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 31 ปีและมากกว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การเปรียบเทียบก่อนและหลังกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภาพรวมการประเมินประสิทธิผลรูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กระดับอำเภอสุขสัธารา โรงพยาบาลสุขสัธาราและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง การพัฒนาระบบข้อมูล องค์ความรู้ ทักษะ พัฒนาแกนนำ

และแนวทางปฏิบัติที่ผ่านระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับพื้นที่

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, สิ่งเสริมสุขภาพ, แม่และเด็ก

Abstract

The objectives of this research were to model development of participatory learning process on mother and child health promotion is Suksumran district of Ranong province, study factors effective the participatory learning process on mother and child health promotion is Suksumran district of Ranong province, and evaluate efficiency of the participatory learning process on mother and child health promotion is Suksumran district of Ranong province. This research was action research. The researcher used the participatory learning process with survey research using questionnaire.

Research results showed that use of the participatory learning process with 5 steps comprising Step 1 – collecting data and situation, Step 2 - searching problems and causes of problems and analyzing causes of problems, Step 3 - making Community Master Plan, Step 4 – action, and Step 5 - evaluation. child health promotion to making on mother and child health promotion Master Plan have 3 Strategies and 8 Activity Plans. After studying factors affecting the participatory learning process on mother and child health promotion, the researcher found that a female group, Bachelor's degree and higher group, Islam group, a group who used to receive the training and attend the meeting/seminar at the statistical significance of 0.05. and a group living in the area for 31 years and over the participatory learning process at the statistical significance of 0.01. The compare pre-test and post-test of the participatory learning process at the statistical significance of 0.05. After evaluating the efficiency of participatory learning process, the researcher found that is very efficient.

Research recommendations are as follows; related agencies concerned comprising the Local Government Organization, operation on mother and child health promotion committee, Suksumran hospital and Sub-district health promoting hospital, should develop information system, knowledge, skill, develop related leaders and operational guidelines through communication systems and technology suitable.

Keywords: Model development, Participatory learning process, Health promotion, mother and child

บทนำ

การอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคตจุดยืนการพัฒนาแผนปฏิบัติการกลุ่มวัยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565 มุ่งเน้นการเสริมสร้างความตระหนักในคุณค่าของการมีสุขภาพดีเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพในทุกกลุ่มวัยแบบเข้าถึงในระดับครอบครัว บุคคลในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเฉพาะ โดยเฉพาะกลุ่มวัยแม่และเด็ก เพื่อให้มีขีดความสามารถในการจัดการตนเองให้มีสุขภาพดีลดปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) แม่และเด็กเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงขับเคลื่อนผ่านเกณฑ์อนามัยแม่และเด็กขององค์การอนามัยโลก สามารถลดปัญหาการเสียชีวิตของแม่และเด็กและปัญหาพัฒนาการเด็กทั่วทุกจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม

2) ระบบบริการสุขภาพแม่และเด็กทันสมัยได้มาตรฐาน และเป็นเลิศ ผู้ให้บริการทั้งในระบบสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย มีศักยภาพสูงในการเสริมสร้างสุขภาพแม่และเด็ก และมีความสุขในการทำงาน

3) แม่มีความฉลาดรู้ทางสุขภาพในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เลี้ยงดูลูก และมีขีดความสามารถ ในการจัดการสุขภาพแม่และเด็กจนเป็นค่านิยมและวัฒนธรรมสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในปัจจุบัน

จากข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กปี 2562 พบว่า มารดาตายจำนวนทั้งสิ้น 113 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 20.3 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อน

คลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 82.06 ของหญิงหลังคลอดได้รับ การดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 68.63 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 16.33 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 81.9 หญิงตั้งครรภ์ได้รับไทรเฟอรัดิน ร้อยละ 74.62 หญิงตั้งครรภ์ที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 0.26 อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low Birth Weight Rate) เท่ากับ 9.89 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.54 อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ร้อยละ 57.86 (สัญลักษณ์ ทองหล่อ, 2562) สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กจังหวัดระนอง ปี พ.ศ.2562 พบว่า ไม่พบอัตราส่วนการตายมารดาต่อแสนการเกิดมีชีพ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ร้อยละ 100 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 22.59 ทุกโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 ร้อยละของเด็กสงสัยล่าช้า ร้อยละ 29.17 ร้อยละเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 96.99 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 93.57 และสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง ปี พ.ศ.2562 พบว่า ไม่พบอัตราส่วนการตายมารดาต่อแสนการเกิดมีชีพ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ร้อยละ 100 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ร้อยละ 36.73 ทุกโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานแม่และเด็ก ร้อยละ 100 ร้อยละของเด็กสงสัยล่าช้า ร้อยละ 55.00 ร้อยละเด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 96.15 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 93.41 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2562)

การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กโดยเริ่มตั้งแต่การ ดูแลครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดมีคุณภาพ ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มารดาสามารถเลี้ยงดู และให้การดูแลเด็กปฐมวัย พร้อมทั้งส่งเสริมให้ลูกมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยอย่างองค์รวม มีสุขภาพทางกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา รวมถึงชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการของ โรงพยาบาล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้โดยผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความคิดเห็นระหว่างกันในชุมชนและสาธารณสุข ทำให้มีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับทศนิยมลักษณะวิชชัชและคณะ (2551) ได้ให้คำนิยามกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการที่จัดให้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นระบบเป็นขั้นตอนเพื่อสะท้อนบทเรียนและประสบการณ์ อันจะนำไปสู่การเกิดความรู้ ความเข้าใจในสิ่งใหม่ๆ และสามารถแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างเป็นรูปธรรม และสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการเรียนรู้โดยเน้นให้ประชาชนในชุมชนเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ ทำให้มองเห็นปัญหาหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบันได้อย่างรอบด้าน ก่อให้เกิดความร่วมมือกันของคนในสังคม โดยมีความมุ่งมั่นหมายในการประเมินประสิทธิผล เพื่อทำให้ทราบความก้าวหน้าหรือการนำไปปรับปรุงการดำเนินงานหาทางเลือกที่ดีที่สุดให้กับผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปตัดสินใจหรือการขยายผลต่อ

การดำเนินงาน และนำไปสู่การจัดทำแผนงานโครงการให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด สอดคล้องกับอมรรตน์ เนียมสวรรค์ (2561) พบว่า การปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนการทำงานร่วมกัน การระดมความคิดเห็นเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา สำรวจความต้องการและหาแนวทางร่วมกันการวางแผนการดำเนินงาน การดำเนินงานตามแผน ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลต่อรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและโดยการมุ่งเน้นให้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาเด็ก การเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ และได้ร่วมสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันทำให้ทุกคนมีเป้าหมายในการดำเนินงานและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ จึงมีความสนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

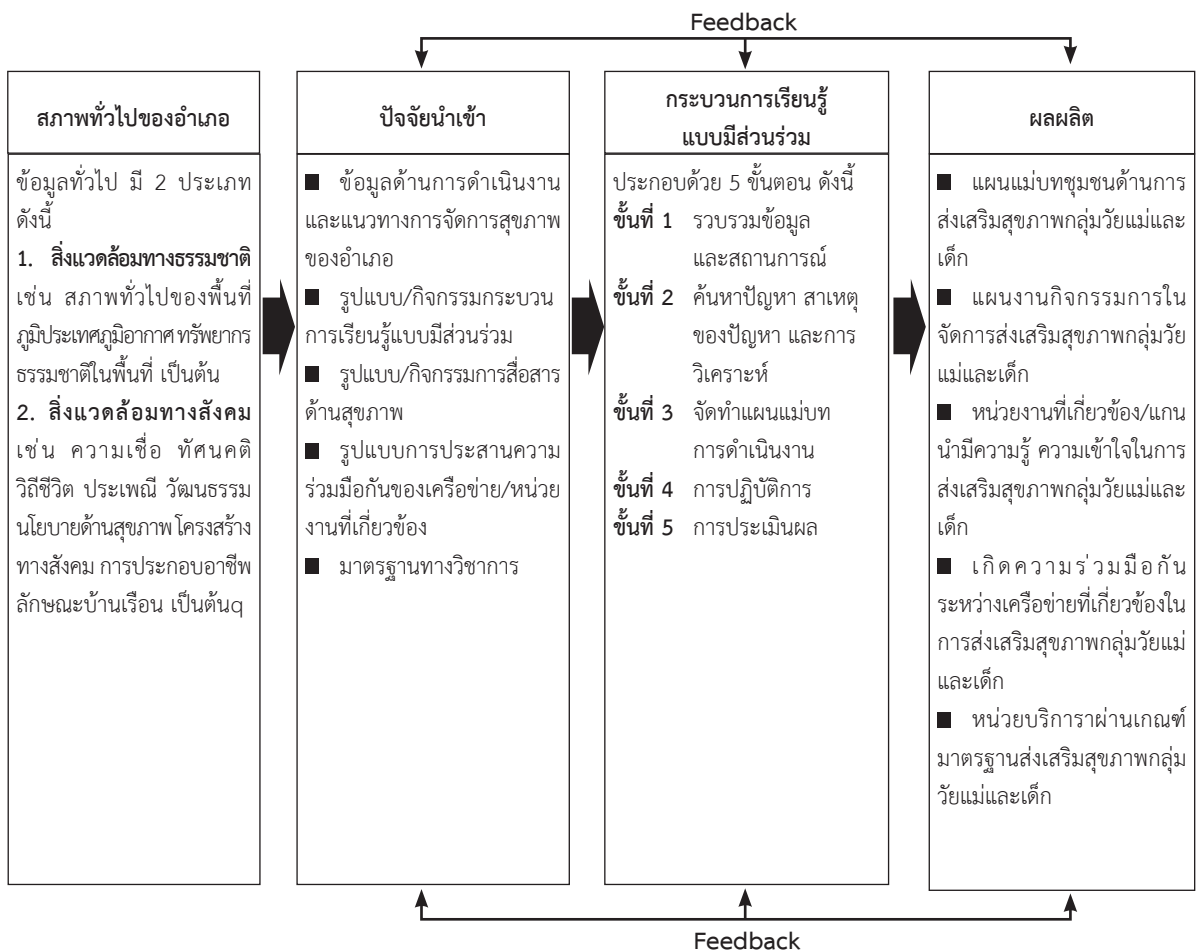
ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง เพื่อการพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และประเมินประสิทธิผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง กลุ่มแกนนำที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน เกิดความรู้ความเข้าใจ มีความตระหนักช่วยกันส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก ทำให้เกิดการดำเนินงานที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสำราญ จังหวัดระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (ชนินทร์ เจริญกุล, 2550) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ นำมาสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับภาคีเครือข่าย ให้เกิดการพัฒนาหรือการแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผสมผสานการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ตั้งอยู่บนฐานแนวคิดของทฤษฎีเชิงระบบ ดังนี้



ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผสานวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ดังนี้

ประชากรเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้นำหรือตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล นักพัฒนาชุมชน และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มที่ 2 กลุ่มแกนนำในชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆ ประธานชมรมหรือกลุ่มอาชีพ ราษฎรชาวบ้าน เจ้าอาวาส และโต๊ะอิหม่าม

กลุ่มที่ 3 กลุ่มประชาชน และ กลุ่มแม่และเด็ก พื้นที่เป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้ คือ อำเภอสุราษฎร์ จังหวัดระนอง

เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ

โดยใช้การสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1) รวบรวมข้อมูลและสถานการณ์ ขั้นที่ 2) ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และการวิเคราะห์ ขั้นที่ 3) จัดทำแผนแม่บทชุมชนและแผนการดำเนินงาน ขั้นที่ 4) การปฏิบัติการ และขั้นที่ 5) การประเมินผล

2. เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ

โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบการสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมต่อการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก ส่วนที่ 4 แบบประเมินประสิทธิผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก และส่วนที่ 5 ข้อความเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะเพื่อทำการปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการนำไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง เนื่องจากมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายที่ทำการวิจัย นำผลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น ดังนี้

การมีส่วนร่วม การประเมินกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการประเมินผลรูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก หาค่าความน่าเชื่อถือได้โดยวิธี Coefficient of Alpha Cronbach (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2550) ผลการทดสอบค่าความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก มีค่าความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.86

2) ประเมินประสิทธิผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก มีค่าความเชื่อถือได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ โดยใช้การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในอำเภอสุขสธารา จังหวัดระนอง ตามขั้นตอนที่ได้กำหนดรูปแบบการพัฒนา

2. ผู้วิจัยตรวจสอบรายละเอียดผลการพัฒนารูปแบบตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ในแผนการวิจัย

3. นำแบบรายละเอียดแต่ละขั้นตอนที่ได้มาตีความและอธิบายปรากฏการณ์ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ และจัดทำรูปเล่มเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หมายเลขรับรอง 10/64 ลงวันที่ 5 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กมี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1) รวบรวมข้อมูล

และสถานการณ์ ขั้นที่ 2) ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และการวิเคราะห์ ขั้นที่ 3) จัดทำแผนแม่บทชุมชนและแผนการดำเนินงาน ขั้นที่ 4) การปฏิบัติการและขั้นที่ 5) การประเมินผล พบว่า ทำให้เกิดแผนแม่บทการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก มี 3 ยุทธศาสตร์ มี 8 แผนงานกิจกรรม มีการกำหนดวิธีการดำเนินงาน กำหนดหน้าที่ จัดทำโครงการ/แผนปฏิบัติการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กระดับอำเภอสุขสธารา และโรงพยาบาลสุขสธาราและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กระดับอำเภอสุขสธารา จังหวัดระนอง จะคอยสนับสนุน ประสานและเชื่อมโยงการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้วางไว้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.4 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 47.7 มีระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 29.2 สมรส ร้อยละ 86.2 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 84.6 มีอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 41.5 มีรายได้ต่อเดือน 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 41.5 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 20 ปีและน้อยกว่า ร้อยละ 40.0 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน ร้อยละ 63.1 เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรม/องค์กรในท้องถิ่น ร้อยละ 52.3 เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก ร้อยละ 89.2 ไม่เคยได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก ร้อยละ 76.9 ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก พบว่า ปัญหาทักษะและพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลแม่และเด็ก ร้อยละ 53.8

รองลงมาคือ ปัญหาด้านความรู้ในการดูแลแม่และเด็ก ร้อยละ 38.5 ปัญหาการฝากครรภ์ครบกำหนด ร้อยละ 33.8 ปัญหาด้านความเป็นอยู่/สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลแม่และเด็ก 29.2 ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 24.6 ปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า ร้อยละ 20.0 และปัญหาการพัฒนาการเด็กให้สมวัยร้อยละ 10.8 ตามลำดับ ระดับการมีส่วนร่วมต่อการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก มีการมีส่วนร่วมระดับต่ำ ร้อยละ 89.2 และระดับการเรียนรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ระดับสูง ร้อยละ 100.0

ผลการประเมินการประชุมกลุ่มต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก ภาพรวมมีระดับการประเมินผล

ในระดับมาก (Mean = 4.06, S.D.=0.42) และการประเมินประสิทธิผลรูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในภาพรวม พบว่า มีระดับการประเมินผลในระดับมาก (Mean = 4.32, S.D.=0.61)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จบปริญญาตรีและสูงกว่า นับถือศาสนาอิสลาม เคยได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 31 ปีและมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การผันแปรทางเดียว (One Way Analysis of Variance) (n=65)

ตัวแปรและกลุ่มย่อย	N	$\bar{X}$	S.D.	Sig.
เพศ				0.023*
ชาย	29	80.9	2.0	
หญิง	36	82.3	2.3	
อายุ				0.130
40 ปีและน้อยกว่า	19	80.7	1.6	
41 – 50 ปี	31	81.4	2.3	
51 ปีและมากกว่า	15	82.2	2.3	
ระดับการศึกษา				0.029*
ประถมศึกษา	8	74.2	2.9	
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	81.8	2.3	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	80.5	1.6	
อนุปริญญา/ปวส.	19	81.1	2.3	
ปริญญาตรีและสูงกว่า	15	82.6	1.3	

ตัวแปรและกลุ่มย่อย	N	$\bar{X}$	S.D.	Sig.
สถานภาพ				0.171
โสด	9	80.4	1.1	
สมรส	56	81.5	2.3	
ศาสนา				0.019*
พุทธ	10	81.1	2.2	
อิสลาม	55	75.6	2.2	
อาชีพ				0.193
รับจ้าง/บริษัท/ค้าขาย/ส่วนตัว	8	81.2	2.0	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	82.6	2.9	
ทำนา ทำสวน ทำไร่	22	81.5	2.3	
ทำประมง	9	80.7	1.6	
รายได้ต่อเดือน				0.588
ต่ำกว่า 10,000 บาท	15	81.3	2.2	
10,000 – 15,000 บาท	23	81.8	2.1	
15,001 และมากกว่า	27	81.0	2.1	
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่				0.004**
20 ปีและน้อยกว่า	26	80.5	1.6	
21 – 30 ปี	23	81.4	2.0	
31 ปีและมากกว่า	16	82.8	2.4	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				0.898
3 คนและน้อยกว่า	13	81.4	2.7	
4 คน	41	81.4	2.1	
5 คนและมากกว่า	11	81.1	1.7	
สมาชิกกลุ่ม/ชมรม/องค์กรในท้องถิ่น				0.950
ไม่เป็นสมาชิก	31	81.4	2.0	
เป็นสมาชิก	34	81.5	2.4	
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก				0.638
ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	7	81.0	1.6	
เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	58	81.4	2.2	
การได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก				0.024*
ไม่เคยได้รับ	50	80.7	2.3	
เคยได้รับ	15	81.3	1.8	
การมีส่วนร่วมต่อการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก				0.034*
การมีส่วนร่วมระดับต่ำ (23 คะแนน และต่ำกว่า)	58	72.4	2.2	
การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง (24-30 คะแนน)	7	82.0	1.6	

หมายเหตุ: * P-Value < 0.05 , ** P-Value < 0.01

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก มี 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นที่ 1) รวบรวมข้อมูล และสถานการณ์ ขั้นที่ 2) ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และการวิเคราะห์ ขั้นที่ 3) จัดทำแผนแม่บทชุมชนและแผนการดำเนินงาน ขั้นที่ 4) การปฏิบัติการ และขั้นที่ 5) การประเมินผล พบว่า ทำให้เกิดแผนแม่บทการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก มี 3 ยุทธศาสตร์ มี 8 แผนงานกิจกรรม กำหนดการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ โครงการ/แผนปฏิบัติการ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอสุขภาพสำราญ ร่วมดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่า 1) การจัดการให้ประชาชนตระหนักถึงบทบาทของบิดามารดาต่อการส่งเสริมสุขภาพและการประเมินพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 2) การบริหารจัดการให้มี การแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กด้วยบทบาทของบิดามารดา ด้วยการสร้างนโยบายด้านสุขภาพของชุมชน ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับงานวิจัยของอมรรัตน์ เนียมสุวรรณ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาเด็กแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 2 มี 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 เข้าใจสถานการณ์ สภาพที่แท้จริง ขั้นตอนที่ 2 สร้างวิสัยทัศน์ สภาพที่คาดหวังในอนาคต ขั้นตอนที่ 3 คิดค้นหากวิธี ขั้นตอนที่ 4 จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม ขั้นตอนที่ 5 วางแผน หาผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนที่ 6 จัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ พบว่า มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาเด็กให้มีพัฒนาการที่สมวัย

กระบวนการวิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ และผลการประเมินประสิทธิผลกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็กในกลุ่ม มีระดับการประเมินผลในระดับมาก (Mean = 4.32)

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง จบปริญญาตรีและสูงกว่า นับถือศาสนาอิสลาม เคยได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมชุมชน การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมก่อนและหลังกระบวนการ มีความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาศัยอยู่ในพื้นที่ 31 ปีและมากกว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัย ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์ (2555) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน พบว่า กลุ่มที่เป็นเพศหญิง กลุ่มที่เคยได้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมชุมชน กลุ่มที่มีความต้องการของชุมชนต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนในระดับสูง กลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมชุมชนในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุณัฏฐ์ สุรภักดิ์ (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมหลังการพัฒนาารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปทำการศึกษาหรือเปรียบเทียบกับอำเภอหรือเชิงพื้นที่ในเขตสุขภาพอื่นๆ เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ไปปรับปรุงและประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ในการพัฒนาหรือขับเคลื่อนการดำเนินงานงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็กหรือกลุ่มอื่นๆ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการจัดการความรู้ด้านกระบวนการบริหารจัดการหรือกระบวนการพัฒนาภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยแม่และเด็ก เพื่อเป็นแนวทางและการนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). HDC- Dashboard. [เข้าถึงเมื่อ 2563 มกราคม 10]. เข้าถึงได้จาก. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5.
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสุโขทัย. (2562). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศราชการกรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2562 อำเภอสุโขทัย จังหวัดระนอง. เอกสารประกอบ, จังหวัดระนอง
- ชนินทร์ เจริญกุล. (2550). การพัฒนาสาธารณสุขโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : ข้อคิดและข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ. สถาบันฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พิมพ์ครั้งที่ 4.
- ชยันต์ วรรณะภูติ. (2536). คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชินรัตน์ สมสืบ. (2549). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์. (2555). พัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชน. ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐิรฐิณี เสนาคำ. (2540). จากปัจเจกสู่สาธารณะ กระบวนการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- ทิพย์วรรณ เลียบสือตระกูล. (2550). อนามัยแม่และเด็ก. สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้, กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรินต์ติ้ง เฮาส์.
- ธณัฐพร จันท์แสง. (2551). การประเมินโครงการพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างสรรค์ด้วยปัญญาโรงเรียนบ้านสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา,

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รัชต์ลักษณะ ทองหล่อ. (2562). ผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กปีงบประมาณ 2562. เอกสารประกอบ.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

พันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2540). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

รัตน์ บัวสนธิ์. (2550). การประเมินโครงการ การวิจัยประเมิน. กรุงเทพมหานคร: คอมแพคท์พริ้นท์.

วัลย์รัตน์ ศรีอรุณ. (2562). รายงานการพัฒนาเด็กปฐมวัย. คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผล

ภาคราชการ, กลุ่มกระทรวง คณะที่ 2.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง จำกัด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2562). เอกสารรับการตรวจราชการกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 11 .

เอกสารประกอบ.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2562). รายงานประจำปี 2562. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลกะปาง อำเภอกงสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factor affecting Behavior for Coronavirus Disease 2019 Prevention among Village Health Volunteers in Kapang Sub-district, Thungsong district, Nakhon Si Thammarat province

วรรณลดา หอมหวล

Wanlada Homhual

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะปาง

Kapang Subdistrict Health Promoting Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอกงสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 166 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามด้าน ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.831 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอย เชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.6 และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (p value < 0.05) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p value < 0.05) ผลการศึกษานี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค เพื่อสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This descriptive cross-sectional research aimed to study the preventive behavior of Coronavirus disease 2019 and factors affecting preventive behavior of Coronavirus disease 2019 among village health volunteers, in Ka-pang sub-district, Thungsong district, Nakhon Si Thammarat province. The study participants included 166 village health volunteers. The research instruments were questionnaires regarding demographic data, knowledge, attitude, social support, awareness of risk the Coronavirus disease 2019, and preventive behavior of Coronavirus disease 2019. The reliability ranged in values was 0.831 alpha. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that most of respondents (94.6%) had a good level of preventive behavior of Coronavirus disease 2019 and factors affecting the preventive behavior of Coronavirus disease 2019 were social support (p -value < 0.05), perception of severity related to the coronavirus disease 2019 (p -value < 0.05) The results of this study can be used to promote social support and perception of disease severity to support the preventive behavior of the Coronavirus disease 2019 of the village health volunteers.

Keywords: Preventive behavior of Coronavirus disease 2019, Village health volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 (World Health Organization, 2020) ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีอาการคล้ายไข้หวัด อาการทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต การระบาดของโรคโควิด-19 ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก มีผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลก 174 ล้านคน

เสียชีวิตกว่า 3.75 ล้านราย (Worldometer Covid, 2021) สำหรับประเทศไทย มีการระบาดของโรคเป็นอันดับ 80 ของโลก โดยพบผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 ระลอกเมษายน จำนวน 229,480 ราย (รวมตลอดปี 2563 จำนวน 452,915 ราย) พบผู้ป่วยใหม่ 2,659 ราย ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 1,779 ราย หายป่วยสะสมจำนวน 229,842 ราย ผู้ป่วยยังรักษาอยู่โรงพยาบาล 23,931 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.42 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 14 ราย สะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 30,640 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสม จากการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ จำนวน 78,745

ราย (รายงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2565)

การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้สถานที่ต่างๆ มีมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดหนึ่งในสถานที่ที่ภาครัฐได้ออกมาตรการอย่างเข้มข้นคือชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และมีนโยบายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง โดยมีกิจกรรมการเคาะประตูบ้านกลุ่มเสี่ยง มีการเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างประเทศ เดินทางมาจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มประชาชนในพื้นที่เสี่ยง และยังมีการเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน รวมถึงการไปปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2563) อสม. เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องลงไปปฏิบัติงาน เกี่ยวกับโรคติดต่อในชุมชน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเอง ทำให้เกิดโรคและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (Ministry of Public Health, 2022) นำไปสู่ผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน ที่มีการเปลี่ยนแปลงไป

อย่างรวดเร็ว รวมทั้ง ควรที่จะมีความรู้ และพฤติกรรม การป้องกันตัวเองที่ดีเพื่อที่จะได้เป็นแกนนำสำคัญให้กับประชาชนในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันโรค โดย การที่จะควบคุมโรคให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนนั้น บุคคลจะต้องมี พฤติกรรม การป้องกันโรคที่ถูกต้อง (วิจิตรา ดวงขยาย, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว, 2557)

ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อำเภอทุ่งสง เปิดเผยว่า สถานการณ์โรคโควิด 19 ปี 2564 และ 2565 พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 230 ราย และ 24,782 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 342.41 และ 3,668.94 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบในเขตเทศบาล จำนวนและอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด สามลำดับแรก ได้แก่ เทศบาลตำบลปากแพรก (4,703 ราย/1,281.12) เทศบาลตำบลชะมาย (2,172 ราย/352.14) และเทศบาลตำบลกะปาง (1,540 ราย/137.78) เขตเทศบาลกะปาง พบผู้เสียชีวิตจำนวน 4 ราย คิดเป็นอัตราตาย 35.78 ต่อพันประชากร อสม. ในตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำนวนทั้งหมด 11 หมู่บ้าน โดยมีกิจกรรมการเคาะประตูบ้านกลุ่มเสี่ยง จำนวน 14,633 หลังคาเรือน มีการเฝ้าระวัง กลุ่มประชาชนในพื้นที่เสี่ยง และยังมีการเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน รวมถึงการไปปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน การวัดอุณหภูมิ การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและการรายงานผล รวมถึงการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งการทำกิจกรรมดังกล่าวล้วนมีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับหนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

การป้องกันโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม ทักษะการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรค (อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ และคณะ, 2564) อีกทั้งการศึกษาของ (เขาวลิต เลื่อนลอย, 2564) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\beta = 0.174, p = 0.05$) เนื่องจากประชาชนทุกกลุ่มมีความเสี่ยงการสัมผัสกับบุคคลอื่น การรับรู้จะนำไปสู่ความรู้ ความคิด ความเข้าใจ จนก่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนั้นการรับรู้จึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น (Becker, 1974) และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้การคัดกรอง เฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ อสม. เป็นแกนนำสำคัญในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม. จะต้องเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม

ด้วยสถานการณ์และเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง

ของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้เป็นแบบอย่างให้กับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการ ศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวนทั้งหมด 166 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 166 คน กำหนดขนาด ตัวอย่าง (Sample Size) โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan,(1970) ใช้ในการประมาณค่า สัดส่วนของประชากรและกำหนดให้สัดส่วนของ ลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความ

เชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 113 คน เพื่อป้องกันการ ได้รับข้อมูลตอบกลับไม่ครบถ้วน จึงส่งแบบสอบถาม จำนวน 166 ชุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและได้ข้อมูล ตอบกลับแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาจำนวน 166 ชุด เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป
3. อ่านออกเขียนได้
4. สม่ครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาในช่วงเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงจาก แนวคิดของสุภาภรณ์ วงธิ (2564) โดยศึกษาเพิ่มเติม

จากตำรา เอกสาร บทความวิชาการ โดยศึกษาทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน) การแปลผลความรู้ใช้เกณฑ์ของ Bloom แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป ปานกลาง ร้อยละ 60-79 และต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ส่วนที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติประจำ 5 คะแนน ถึงไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน

ทั้งนี้แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 กำหนดเกณฑ์การแบ่งใช้เกณฑ์ของ (Best 1977)

ระดับสูง	ค่าเฉลี่ย 3.68 - 5.00
ระดับปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.67
ระดับต่ำ	ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ด้านการรักษายาบาล และด้านการวิจัย จากโรงพยาบาลทุ่งสง วิทยาลัยการสาธารณสุขจังหวัดตรัง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางขัน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลที่วัง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.831

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน 26 กันยายน 2565 - 26 ตุลาคม 2565

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. แจกแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 166 ชุด

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยได้รับคืนจำนวน 166 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

4. รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำผลการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งอภิปรายและข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงสถิติ โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล สถิติที่ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีส่งต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช หมายเลขรับรอง 039/2565 ลงวันที่ 26 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 166 คน ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 166 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.9) มีอัตราส่วนเพศหญิง : เพศชาย 5.6 : 1 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 42.8) อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 75 ปี ส่วนใหญ่

มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 71.7) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 42.8) ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำไร่ ทำนา ทำสวน (ร้อยละ 72.3) รายได้ต่อเดือน $\leq$ 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 81.3) และมีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 10-20 ปี (ร้อยละ 48.8) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (N=166)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	25	15.1
	หญิง	141	84.9
อายุ (ปี)			
	≤ 30	5	3.0
	31-40	12	7.2
	41-50	43	25.9
	51-60	71	42.8
	> 60	35	21.1
$\bar{X} = 52.67$, $SD=9.93$, $Min=24$, $Max=75$			
สถานภาพสมรส			
	โสด	13	7.8
	สมรส	119	71.7
	หม้าย/หย่า	26	15.7
	แยกกันอยู่	8	4.8
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.6
	ประถมศึกษา	71	42.8
	มัธยมศึกษาตอนต้น	32	19.3
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	44	26.5
	อนุปริญญา/ปวส.	7	4.2
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	11	6.6

ตารางที่ 1 (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล		จำนวน (N=166)	ร้อยละ
อาชีพ			
	ราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.6
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	24	14.5
	เกษตรกร	120	72.3
	พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน	1	0.6
	ไม่มีอาชีพ	20	12.0
รายได้ต่อเดือน (บาท)			
	≤ 20,000	135	81.3
	> 20,000	31	18.7
ประสบการณ์เป็น อสม. (ปี)			
	< 10	39	23.5
	10-20	81	48.8
	> 20	46	27.7

พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีพฤติกรรมกา
รป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม อยู่
ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 (SD = 0.79) เมื่อ
พิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค
โควิด-19 ที่เหมาะสม ได้แก่ การใช้ช้อนกลางส่วนตัว
เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ปฏิบัติเป็นประจำ
ร้อยละ 76.5 รองลงมา การสวมหน้ากากอนามัย หรือ

หน้ากากผ้าในขณะที่อยู่นอกเคหสถาน ร้อยละ 72.3
และพฤติกรรมกา
รป้องกันการโรคโควิด-19 ที่ยังไม่
เหมาะสม ของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่
การทำความสะอาดบ้าน และข้าวของเครื่องใช้
ที่ใช้ร่วมกันในบ้าน เช่น ลูกบิด ประตู ราวบันได
และการล้างมือหรือทำความสะอาดมือก่อนสัมผัส
ใบหน้า ตา ปาก จมูก ร้อยละ 39.2 และ ร้อยละ 42.8
ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประเด็นพฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	จำนวน (ร้อยละ)				
			ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 20 วินาที	4.31	0.78	76(45.8)	75(45.2)	6(3.6)	9(5.4)	0(0.0)
2. การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในขณะที่อยู่นอกเคหสถาน	4.66	0.64	120(72.3)	40(24.1)	1(0.6)	5(3.0)	0(0.0)
3. การหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด	4.35	0.87	90(54.3)	56(33.7)	8(4.8)	12(7.2)	0(0.0)
4. การรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร ในขณะที่อยู่นอกเคหสถาน	4.23	0.93	80(48.3)	61(36.7)	9(5.4)	16(9.6)	0(0.0)
5. การล้างมือ หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก	4.31	0.74	71(42.8)	83(50.0)	4(2.4)	8(4.8)	0(0.0)
6. การปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอ หรือจามด้วยกระดาษทิชชู หรือข้อพับแขน	4.30	0.97	85(51.2)	63(38.0)	7(4.2)	4(2.4)	7(4.2)
7. การเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ	4.57	0.63	104(62.7)	57(34.3)	1(0.6)	4(2.4)	0(0.0)
8. การใช้ช้อนกลางส่วนตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.72	0.57	127(76.5)	35(21.1)	2(1.2)	1(0.6)	1(0.6)
9. การหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของเครื่องใช้ เช่น แก้วน้ำ ช้อน จานร่วมกับผู้อื่น	4.61	0.64	114(68.7)	43(25.9)	6(3.6)	3(1.8)	0(0.0)

ประเด็นพฤติกรรม	$\bar{X}$	SD	จำนวน (ร้อยละ)				
			ประจำ	บ่อย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
10. การสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หรืออาการทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วรีบไปพบแพทย์	4.39	1.00	102(61.5)	45(27.1)	6(3.6)	7(4.2)	6(3.6)
11. การทำความสะอาดบ้าน และข้าวของเครื่องใช้ ที่ใช้ร่วมกันในบ้าน เช่น ลูกบิด ประตู ราวบันไดบ้าน	4.22	0.81	65(39.2)	85(51.2)	5(3.0)	10(6.0)	1(0.6)
12. การแยกหน้ากากอนามัยใช้แล้วทิ้งออกจากขยะทั่วไปโดยใช้ถุงหรือภาชนะที่ปิดมิดชิด	4.40	0.91	102(61.5)	42(25.3)	10(6.0)	11(6.6)	1(0.6)
Mean=4.47, SD=0.79							

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยว

กับโรคโควิด 19 ($p < 0.01$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ($p < 0.01$) ซึ่งทั้ง 2 ตัวแปรนี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ตำบลกะปาง อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.01$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช (N=166)

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	P
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.241	0.252	3.396	< 0.01
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.179	0.248	3.344	< 0.01
Constant (a) = 2.643, R square = 0.153, Adjust R square = 0.143, F = 14.773 < 0.05				

อภิปรายผล

พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกะปาง อำเภอยะรัง จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมในการป้องกันที่มีค่าร้อยละสูงสุดคือการใช้ช้อนกลางส่วนตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 76.5 และการสวมหน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้าในขณะที่อยู่นอกเคหสถาน ร้อยละ 72.3 อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุข คือผู้ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 โดยตรง ได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับสูงสุด คือ การสวมหน้ากากอนามัย ทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ร้อยละ 96 (waehayi H.,2020) สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563) ซึ่งพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก งานวิจัยของวรรณศิริ ศรีสุข, ขนิษฐา เมฆกมล และคณะ (2564) พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี และงานวิจัยของนาริมาห์ แวปูเตะ,คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ และคณะ (2564) พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังไม่เหมาะสม ของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ การทำความสะอาดบ้านและข้าวของเครื่องใช้ที่ใช้ร่วมกันในบ้าน เช่น ลูกบิด ประตู ราวบันได ร้อยละ 39.2 และ

ล้างมือ หรือ ทำความสะอาดมือ ก่อนสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก และร้อยละ 42.8 ซึ่งในข้อเหล่านี้ หากอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่ทราบ อาจมีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ในการรณรงค์ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขจึงควรเน้นย้ำในประเด็นเหล่านี้ด้วย

แรงสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อภิปรายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในด้านการอบรม ให้ความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรนุช วิฑูรสกุล, ชญาภา ชัยสุวรรณ และคณะ (2564) ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับงานวิจัยของอินทิรา อ่อนลา, อัจฉริยา พร ชุมสงฆ์ และคณะ (2564) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาภรณ์ วงธิ (2564) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อภิปรายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) คือ ความรู้สึกหรือความเข้าใจที่บุคคลประเมินได้ว่า ความรุนแรงของโรค

ที่มีผลต่อร่างกายสามารถก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต เกิดความยากลำบาก และ การใช้เวลาในการรักษา การรับรู้เหล่านี้เป็นการ กระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สอดคล้องกับงาน วิจัยของอภวิทย์ อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ และคณะ (2564) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรง ของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา และ สอดคล้องกับงานวิจัยของอินทิดา อ่อนลา, อัจฉริยาพร ชุมสงฆ์ และคณะ (2564) พบว่าการรับรู้ความรุนแรง ของโรคมีความสำคัญและส่งผลต่อพฤติกรรม ในการ ป้องกันโรคโควิด 19 ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา

การนำผลการวิจัยไปใช้

การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ ความรุนแรงของโรค สถานบริการสาธารณสุขควรให้ ความสำคัญและมีกลวิธีที่เหมาะสมและเกิด ประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็น การสนับสนุนด้านอารมณ์

ในการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ชมเชยและ ความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอ พร้อมที่จะใช้ได้ตลอดเวลาเมื่อต้องการ และให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางให้เกิดทักษะที่เหมาะสม และ ควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อเกิดการ ตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจาก การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการวิจัยเชิง คุณภาพเพิ่มเติม
2. ควรนำปัจจัยที่พบในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความ รุนแรง ของโรค มาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, และนพพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 25-36. กรมควบคุมโรค. (2564ข). รายงานสถานการณ์โควิด-19. สืบค้น 1 มกราคม 2564, จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
- เชาวลิต เลื่อนลอย.(2565).ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 2(1), 18-30
- นาริมาห์ แวปูเตะ,คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ,และกัลยา ตันสกุล.(2564).พฤติกรรมในการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน; 3(2), 31-39

- ภัทรนุช วิฑูรสกุล, ชญาภา ชัยสุวรรณ, และ สมศิริ รุ่งอมรรัตน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. Nursing Science Journal of Thailand. 2021; 39(4), 41-54.
- ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563). รายงาน กิจกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคปอดอักเสบจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่. สืบค้น 8 สิงหาคม 2562, จาก http://www.thaiphc.net/new2020/corona_tracking/
- รายงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, มิถุนายน 2565) สืบค้น 1 มกราคม 2564, จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
- วรรณศิริ ศรีสุข, วนิชฐา เมฆกมล, และอรวิภา บรรเทาวงษ์. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัด จันทบุรี.วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 65-78
- วิจิตรา ดวงขยาย, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล สบง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. วารสารบทความกลุ่มงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 431-440.
- อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาตร์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล และ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาล เมืองคอหงส์ จังหวัด สงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 19-30. ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 13. 920-32
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย (วิทยานิพนธ์ปริญามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัย นครสวรรค์.
- อินทิดา อ่อนลา, อัจฉริยาพร ชุมสงฆ์, อินทหาว คำโยธา, และคณะ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคโควิด-19 ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health education monographs, 2, 324-473.
- Best, J. W. (1977). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30(3): 607-10.
- Waehayi H. (2020). Severity Perception and Preventive Behavior on the Coronavirus disease – 2019 among Youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. Academic Journal of Community Public Health. 6(4): 158-168.



World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieved October 2, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>.

Worldometer Covid. (2021). Covid live update. Retrieved January 1, 2021, from https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1?%20

ต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564

Cost of providing services of sub-district health promoting hospitals
Plai-Phraya District Krabi , fiscal year 2021

ชิงชัย บัวทอง

Chingchai Buathong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

Plaipraya District Public Health Office, Krabi

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนการจัดบริการของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564 กลุ่มประชากรคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 9 แห่ง โดยทำการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) ด้วยการเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2564 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าการลงทุน แบบบันทึกเวลาการทำงาน ข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยรายบุคคล จากโปรแกรม JHCIS เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) สถิติที่ใช้คือ จำนวน ร้อยละ อัตรา อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft excel

ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนโดยรวมของ รพ.สต. ทั้ง 9 แห่ง มีค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด 1,756,135.33 บาท รองลงมาค่าวัสดุ 244,582.81 บาท และค่าการลงทุน 244,505.16 บาท คิดเป็นสัดส่วนค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าการลงทุน เท่ากับ 78.41 : 10.68 : 10.91 ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกิจกรรมบริการ สูงที่สุดเป็นกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค เท่ากับ 1,418.43 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 248.70 บาท กิจกรรมรักษาพยาบาล เท่ากับ 128.19 บาท กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 100.41 บาท และค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค เท่ากับ 96.65 บาท และในส่วนของต้นทุนต่อหัวประชากรในภาพรวมของทุก รพ.สต. เฉลี่ยเท่ากับ 963.19 บาท (SD = 359.01) โดย รพ.สต. บ้านช่องแบก มีต้นทุนต่อหัวประชากรสูงที่สุด เท่ากับ 1,673.07 บาท และ รพ.สต.บ้านบางเหี้ยน มีต้นทุนต่อหัวประชากรต่ำที่สุด เท่ากับ 515.19 บาท

การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการของผู้มาใช้บริการโดยไม่ได้คำนึงถึงความรุนแรงของโรค ลักษณะของโรค ลักษณะของผู้ป่วย ประเภท และความยากง่ายในการตรวจรักษา แต่คิดเป็นต้นทุนต่อหน่วยบริการโดยเฉลี่ยของผู้มารับบริการทั้งหมดเท่านั้น

คำสำคัญ : ต้นทุนบริการ, ต้นทุนต่อหน่วย, ต้นทุนต่อหัวประชากร, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The objective of this study was to study the cost of sub-district health promoting hospitals Plai-Phraya District Krabi , fiscal year 2021. The demographic is Sub-District Health Promoting Hospital in Plai-Phraya District Krabi province in the amount of 9 locations by retrospective study. By collecting secondary data from existing sources from 1 October 2020 to 30 September 2021. The tool used is labor cost record form, material cost, investment cost, work time record form Individual patient service information from the JHCIS program. It is a descriptive research. Statistics used are number, percentage, rate, ratio, mean and standard deviation. by using the Microsoft excel program

The study found that The total cost of all 9 public health hospitals had the highest average labor cost of 1,756,135.33 baht, followed by the material cost of 244,582.81 baht and the investment cost of 244,505.16 baht, accounting for the proportion of labor cost : material cost : investment cost equal to 78.22 : 10.89 : 10.89 Average cost per service unit classified by service activity The highest was consumer protection activities, equal to 1,418.43 baht, followed by rehabilitation activities, equal to 248.70 baht. Medical treatment activities equal to 128.19 baht, health promotion activities equal to 100.41 baht, and the lowest average cost per unit of service is disease prevention and control activities equal to 96.65 baht, and in terms of cost per capita as a whole of all hospitals, the average is equal to 963.19 baht. (SD = 359.01) by Ban Chong Baek Subdistrict Hospital has the highest cost per capita, equal to 1,673.07 baht and Ban Bang Hien Sub-district Hospital has the lowest cost per capita equal to 515.19 baht

There was a limitation of this study to study the cost of patient services without taking into account the severity of the disease, the nature of the disease, patient characteristics, type, and difficulty of treatment. But it is calculated as the average cost per service unit of all service users only.

Keywords : Service cost, Unit cost, Cost per capita, Sub-district health promoting hospitals

บทนำ

การจัดบริการปฐมภูมิตามแนวทางที่กำหนดในพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) มีความมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่รับผิดชอบ ในลักษณะองค์รวม โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหสาขาวิชาชีพผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) ในการดูแลประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ขนาดประมาณ 8,000-12,000 คน เพื่อจัดการบริการที่ครอบคลุมทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน และลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ หลังจากที่มีการผลักดันนโยบายจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้หน่วยบริการสุขภาพที่มีความพร้อมและมีจำนวนประชากรตามเกณฑ์ได้จัดบริการในรูปแบบ PCU เพื่อในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ก่อนที่จะออกพระราชบัญญัติระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ, 2562) ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิถือเป็นหัวใจของการจัดระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นระบบบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ นอกจากนี้ระบบบริการปฐมภูมียังเป็นระบบที่มีบทบาทในการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพที่เน้นการเข้าถึงบริการที่ง่าย (Accessibility) (โสภภาพรรณ จิรนิรติชัย และคณะ, 2559) สืบเนื่องจากปีพุทธศักราช 2545 ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการภาครัฐเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากรไทยทุกคน รายรับจากการให้บริการหรือการเบิกค่าชดเชยค่าบริการจากหลากหลายหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง เป็นต้น ซึ่งมีกลไกการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน หน่วยบริการของรัฐทุกแห่งโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนทุกกลุ่มสิทธิอย่างเท่าเทียมกัน แต่เป็นที่ทราบกันดีว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับผลกระทบด้านการเงินจากงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวไม่เพียงพอ และหลายแห่งกำลังประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ขาดสภาพคล่องทางการเงินการคลังเป็นวงกว้าง รพ.สต.ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยาจำนวน 9 แห่งอยู่ในสถานะขาดสภาพคล่องทางการเงินกล่าวคือพบว่า บาง รพ.สต.มีสถานะเงินบำรุงน้อยกว่า 150,000 บาท ดังนั้น การวิเคราะห์ต้นทุนบริการหรือ Unit cost ถือเป็นหัวใจสำคัญในการบริหารจัดการการเงินการคลังของหน่วยบริการเพื่อให้ได้รู้ต้นทุนของตนเอง (กลุ่มงานประกันสุขภาพ, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาของขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ (2561) ได้ศึกษาต้นทุนภาพรวมของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพ 8 ในปีงบประมาณ 2559 พบว่า ภาพรวมของทุกเครือข่ายมีต้นทุนค่าแรงเป็นต้นทุนหลักในระบบบริการปฐมภูมิ ต้นทุนค่าแรงของบางเครือข่ายสูงกว่าต้นทุนค่าวัสดุถึงสองเท่า รองมาคือต้นทุนค่าวัสดุและต้นทุนค่าเสื่อมราคา และการศึกษาของ วิน เตชะเคหะกิจ, และคณะ (2563) ได้ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2561 พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเรื้อรังโดยแพทย์และไม่ใช้แพทย์เท่ากับ 813.9 และ 189.8 บาทต่อราย ตามลำดับ ต้นทุนต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั่วไปโดยแพทย์

และไม่ใช้แพทย์เท่ากับ 420.7 และ 75.9 บาทต่อราย ตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย รพ.สต. 1, 2 และ 3 แห่ง เท่ากับ 584.2, 808.3, และ 1,114.7 บาท ตามลำดับ

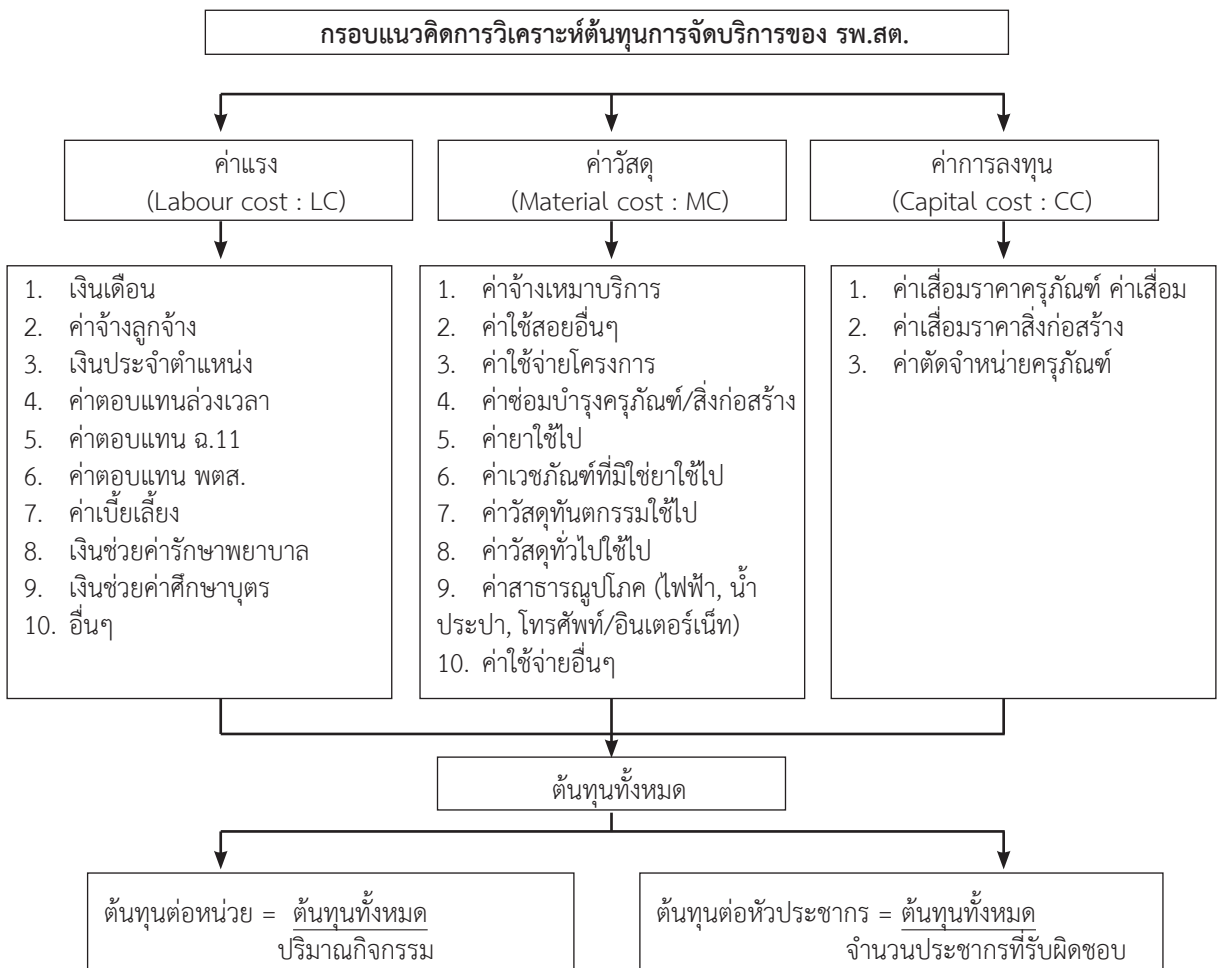
งานวิจัยครั้งนี้ จึงทำการศึกษาด้านทุนการจัดบริการของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยศึกษาข้อมูลต้นทุนของ รพ.สต.ย้อนหลัง 12 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 – กันยายน พ.ศ. 2564 เพื่อให้ทราบต้นทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ และต้นทุนต่อหัวประชากร ซึ่งสามารถที่จะนำ

ใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้ รพ.สต.ปรับระบบการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งยังเป็นฐานข้อมูลในการประเมินผลด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาด้านทุนทั้งหมด ต้นทุนต่อหน่วยบริการ และต้นทุนต่อหัวประชากร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยศึกษาข้อมูลแบบย้อนหลัง ระยะเวลาในการศึกษา 12 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2563 – กันยายน พ.ศ. 2564 กลุ่มประชากร คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 9 แห่ง ข้อมูลปฐมภูมิได้แก่ รายรับ-จ่าย สัดส่วนเวลาทำงานของบุคลากร ข้อมูลการให้บริการ ผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกข้อมูลต้นทุน ค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุน ค่าลงทุน และแบบบันทึก สัดส่วนเวลาทำงาน ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล จากฐานข้อมูล JHCIS โดยประมวลผลจากฐานข้อมูล HDC

ประชากรที่ศึกษา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จำนวน 9 แห่ง โดยคัดเลือกทั้งหมดประกอบด้วย รพ.สต.บ้านบางเหี้ยน รพ.สต.บ้านทะเลหอย รพ.สต.บ้านช่องแบก รพ.สต.บ้านตัวอย่าง รพ.สต.บ้านเขาต่อ รพ.สต.บ้านนา รพ.สต.บ้านบางเหลียว รพ.สต.บ้านโคกแซะ และ รพ.สต.บ้านคลองปัญญา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากเอกสาร ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำไปทดลองใช้ก่อนเก็บข้อมูล เป็นแบบบันทึกจำนวน 9 แบบ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ประกอบด้วย จำนวนบุคลากร จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ประชากรที่รับผิดชอบ และจำนวนครั้งผู้รับบริการทุกประเภท

2. แบบบันทึกสัดส่วนการปฏิบัติงานตามกิจกรรม ได้แก่ งานบริหาร งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรค งานฟื้นฟูสภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค

3. แบบบันทึกข้อมูลค่าแรง เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ เงินเดือน ค่าจ้าง เงินประจำตำแหน่ง และเงินสวัสดิการอื่น ๆ ของข้าราชการ เช่น ค่าตอบแทนอยู่เวรรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ และวันหยุด ค่ารักษาพยาบาล ค่าตอบแทน จ.11 ค่าตอบแทน พตส. ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่ารักษาพยาบาล ค่าศึกษาบุตร และอื่นๆ

4. แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ เป็นแบบบันทึกข้อมูลรายละเอียดที่เกี่ยวกับรายการครุภัณฑ์ จำนวน ราคา มูลค่า ปีที่ซื้อ อายุการใช้งาน และค่าเสื่อมราคา

5. แบบบันทึกค่าเสื่อมราคาของสิ่งก่อสร้าง เป็นแบบบันทึกประกอบด้วย อาคาร สิ่งก่อสร้าง ปีที่ก่อสร้าง ราคาค่าก่อสร้างเพิ่มเติม และค่าเสื่อมราคา

6. แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุ เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยรายละเอียดที่เกี่ยวกับวัสดุ จำนวน ราคา

7. แบบบันทึกค่าสาธารณูปโภค เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ค่าโทรศัพท์ และค่าสื่อสารโทรคมนาคม

8. แบบบันทึกผลงาน เป็นแบบบันทึกผลงานของกิจกรรมตามปริมาณงานที่ให้บริการ จำแนกตามกิจกรรม ประกอบด้วย งานบริหาร งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรค งานฟื้นฟูสภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค

9. แบบบันทึกรายได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากรายงานการรับจ่ายเงินบำรุงเดือนกันยายน 2564 ประกอบด้วย

- งบค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนคงที่ (Fixed cost)
- งบเพิ่มเติมเพื่อจัดบริการในส่วนของผู้ป่วยนอก (OP) และส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในหน่วยบริการ (PP)
- งบส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในพื้นที่ (PP Area based)
- งบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม)
- งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอื่นๆ (งบกองทุนแพทย์แผนไทย)
- ค่ารักษาพยาบาลที่ รพ.สต. ให้บริการในสิทธิต่างๆ (ประกันสังคม, ชำระเงินเอง, เบิกได้)
- เงินสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล
- เงินบำรุงสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว / พกส. / ค่าตอบแทน ฉ.11)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบบันทึกการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบบันทึกข้อมูล โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบและปรับปรุงแบบบันทึกข้อมูลให้เหมาะสม

2. ผู้วิจัย นำแบบบันทึกข้อมูลที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเกาะลันตา จังหวัดกระบี่ จำนวน 1 แห่ง ซึ่งเป็นอำเภอที่มีจำนวน รพ.สต.ใกล้เคียงกันกับอำเภอปลายพระยา และมีการจัดบริการของ รพ.สต. ที่เหมือนกัน ก่อนที่จะนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ศึกษาโครงสร้างระบบงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจำแนกหน่วยต้นทุน
2. จำแนกกิจกรรมเป็นหน่วยต้นทุน เมื่อวิเคราะห์แล้วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ จะมีกิจกรรมที่เป็นหน่วยต้นทุนที่วัดได้ชัดเจน มีเกณฑ์ในการพิจารณา คือ เป็นกิจกรรมที่มีภาระหน้าที่ชัดเจน ใช้เวลาในการทำงานมาก เป็นกิจกรรมที่มีการใช้วัสดุอุปกรณ์มีมูลค่าสูง และมีหลักฐานการบันทึกไว้ โดยกำหนดกิจกรรมที่นำมาวิเคราะห์ต้นทุน ได้แก่ งานบริหาร งานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรค งานฟื้นฟูสภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภค
3. จัดทำแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดต่อประสานงานชี้แจง ขอความร่วมมือจากหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้อง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิ ได้แก่ รายงานรับจ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเดือนกันยายน 2564, บททดลองของบัญชีเกณฑ์คงค้าง ณ วันที่ 30 กันยายน 2564, และฎีกาเบิกเงินเดือน ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ที่เบิกจ่ายในปีงบประมาณ 2564 และผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประมวลผลจากฐานข้อมูล HDC โดยนับจำนวนครั้งการบริการของปีงบประมาณ 2564

2. บันทึกข้อมูลปฐมภูมิ ได้แก่ รายรับ-จ่าย สัดส่วนเวลาทำงาน ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยบันทึกเป็นระบบตามหน่วยต้นทุนที่ได้จัดกลุ่มของหน่วยต้นทุน

3. คำนวณต้นทุนรวมโดยตรง (Total direct cost) และอัตราส่วนองค์ประกอบของต้นทุน ประกอบด้วย ค่าแรง (Labour cost) ค่าลงทุน (Capital cost) และค่าวัสดุ (Material cost)

3.1 ต้นทุนค่าแรง (Labour cost) เก็บจากรายจ่ายที่จ่ายให้เจ้าหน้าที่เป็นค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ทั้งเงินเดือน ค่าล่วงเวลาในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติราชการอื่นๆ รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ที่จ่ายให้ในรูปตัวเงิน เก็บรวบรวมข้อมูลจากฎีกาการเบิกเงินปีงบประมาณ 2564 และบันทึกด้วยแบบบันทึกต้นทุนค่าแรง (แบบ LC1) โดยผู้วิจัย

การวิจัยนี้ได้รวมเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีตำแหน่งและรับเงินเดือนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ไปปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น

และเจ้าหน้าที่ซึ่งกำลังลาศึกษาต่อด้วย เนื่องจากเป็นต้นทุนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องจ่ายจริง สำหรับเจ้าหน้าที่ซึ่งมาช่วยราชการ แต่รับเงินเดือนจากหน่วยงานอื่นนั้น จะไม่นำมาคิดต้นทุน แต่ถ้าหน่วยงานจ่ายเป็นค่าตอบแทน จะนำมาคิดเป็นต้นทุน เนื่องจากเป็นเงินที่หน่วยงานต้องจ่ายไป

3.2 ต้นทุนค่าลงทุน (Capital cost) เก็บจากค่าเสื่อมราคาประจำปีของครุภัณฑ์ อาคาร และสิ่งก่อสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลจากบททดลองของระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 และบันทึกด้วยแบบบันทึกค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ (แบบ CC1) และแบบบันทึกค่าเสื่อมราคาส่งก่อสร้างของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (แบบ CC2) โดยผู้วิจัย

3.3 ต้นทุนค่าวัสดุ (Material cost) เก็บจากค่าวัสดุสิ้นเปลืองแต่ละประเภทที่แต่ละหน่วยต้นทุนเบิกจ่ายในช่วงเวลาที่ศึกษา รวมทั้งค่าบำรุงรักษา ค่าซ่อมแซม และค่าสาธารณูปโภค เก็บรวบรวมข้อมูลจากบททดลองของระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง ณ วันที่ 30 กันยายน 2564 และบันทึกด้วยแบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุ (แบบ MC1) และแบบบันทึกค่าใช้จ่ายสาธารณูปโภค (แบบ MC2) โดยผู้วิจัย

4. ข้อมูลปริมาณกิจกรรม ประกอบด้วย การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามขอบเขตของข้อกำหนด งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค บันทึกด้วยแบบข้อมูลปริมาณกิจกรรมบริการ (แบบ OP1) โดยผู้วิจัย

5. คำนวณข้อมูลต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรม โดยคำนวณจากต้นทุนทั้งหมดของแต่ละกิจกรรม หารด้วย ปริมาณกิจกรรม ได้แก่ การรักษา

พยาบาลเบื้องต้น งานควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภค

6. บันทึกรายได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2564 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานการรับจ่ายเงินบำรุงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เดือนกันยายน 2564 ด้วยแบบบันทึกข้อมูลรายได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (แบบ RF1)

7. คำนวณต้นทุนต่อหัวประชากร โดยคำนวณจาก ต้นทุนทั้งหมดของแต่ละกิจกรรมหารด้วย จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ อัตรา อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft excel

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ เลขที่ KBO-IRB 2022/12.2908 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2565

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีจำนวน 9 แห่ง มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. จำนวน 37 คน โดยเฉลี่ยมีเจ้าหน้าที่ 4 คนต่อแห่ง แต่ละ รพ.สต. มีพื้นที่รับผิดชอบ โดยเฉลี่ย 3 หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ 1 คน ดูแลรับผิดชอบหมู่บ้านโดยเฉลี่ย 1 หมู่บ้าน มีประชากรในเขตรับผิดชอบ โดยเฉลี่ย 2,690 คน เจ้าหน้าที่ 1 คน ดูแลรับผิดชอบประชากร โดยเฉลี่ย 631 คน ให้บริการแก่ประชาชนทุกประเภท รวม 146,324 ครั้ง โดยเฉลี่ย 16,258 ครั้งต่อแห่ง ในรอบ 1 ปีผู้รับบริการทุกประเภท โดยเฉลี่ย 6 ครั้งต่อคน ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564

รพ.สต.	ระยะเวลาเปิดทำการ (ปี)	จำนวนเจ้าหน้าที่ (คน)	หมู่บ้านรับผิดชอบ		ประชากรรับผิดชอบ		ผู้รับบริการ	
			จำนวน (คน)	อัตรา ต่อคน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อคน	จำนวน (ครั้ง)	อัตรา (ครั้ง:คน:ปี)
รพ.สต.บ้านบางเหี้ยน	5	6	4	0.7	5,620	937	29,073	5.17
รพ.สต.บ้านทะเลหาย	8	4	3	0.8	2,381	595	13,752	5.78
รพ.สต.บ้านด้อย่าง	23	3	2	0.7	1,841	614	11,547	6.27
รพ.สต.บ้านนา	22	4	3	0.8	3,292	823	20,317	6.17

รพ.สต.	ระยะเวลา เปิดทำการ (ปี)	จำนวน เจ้าหน้าที่ (คน)	หมู่บ้าน รับผิดชอบ		ประชากรรับผิดชอบ		ผู้รับบริการ	
			จำนวน (คน)	อัตรา ต่อคน	จำนวน (คน)	อัตรา ต่อคน	จำนวน (ครั้ง)	อัตรา (ครั้ง:คน:ปี)
รพ.สต.บ้านโคกแซะ	24	4	3	0.8	1,549	387	7,847	5.08
รพ.สต.บ้านบางเหลียว	23	5	5	1.0	2,854	571	19,168	6.72
รพ.สต.บ้านช่องแบก	9	3	2	0.7	1,026	342	6,861	6.69
รพ.สต.บ้านเขาต่อ	20	4	4	1.0	3,323	831	25,785	7.76
รพ.สต.บ้านคลองปัญญา	12	4	2	0.5	2,327	582	11,947	5.13
รวม	-	37	28	0.8	24,213	-	146,324	-
$\bar{X}$	16.22	4.11	3.11	0.75	2,690.33	631.24	16,258.22	6.09
S.D.	7.61	0.93	1.05	0.16	1,341.35	200.24	7,790.90	0.90

ต้นทุนทั้งหมด ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564 รวมทั้งสิ้น 20,207,009.69 บาท โดยพิจารณาตามองค์ประกอบของต้นทุนซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรงสูงที่สุด เป็นเงิน 15,805,218.00 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.22 ของต้นทุนทั้งหมด รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ เป็นเงิน 2,201,245.26 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.89 และต้นทุนค่าการลงทุนต่ำที่สุด เป็นเงิน 2,200,546.43 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.89 เมื่อจำแนกข้อมูลเป็นรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พบว่า

รพ.สต.บ้านบางเหลียว มีต้นทุนรวมสูงที่สุดเท่ากับ 2,978,914.05 บาท รองลงมาคือ รพ.สต.บ้านบางเหี้ยน เท่ากับ 2,895,393.22 บาท รพ.สต.บ้านเขาต่อ เท่ากับ 2,678,239.94 บาท รพ.สต.บ้านนา เท่ากับ 2,211,471.70 บาท รพ.สต.บ้านทะเลหอย เท่ากับ 2,118,025.06 บาท รพ.สต.บ้านโคกแซะ เท่ากับ 2,078,401.12 บาท รพ.สต.บ้านตัวอย่าง เท่ากับ 1,856,496.64 บาท รพ.สต.บ้านช่องแบก เท่ากับ 1,716,573.77 บาท และรพ.สต.บ้านคลองปัญญา มีต้นทุนรวมต่ำที่สุดเท่ากับ 1,673,494.19 บาท ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุ ค่าการลงทุน และต้นทุนรวม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564

รพ.สต.	ต้นทุนค่าแรง		ต้นทุนค่าวัสดุ		ต้นทุนค่าการลงทุน		ต้นทุนรวม	
	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ	จำนวน (บาท)	ร้อยละ
รพ.สต.บ้านบางเหี้ยน	2,183,970.00	75.43	453,643.62	15.67	257,779.60	8.90	2,895,393.22	14.33
รพ.สต.บ้านทะเลหอย	1,550,693.00	73.21	287,765.06	13.59	279,567.00	13.20	2,118,025.06	10.48
รพ.สต.บ้านตัวอย่าง	1,484,830.00	79.98	216,299.34	11.65	155,367.30	8.37	1,856,496.64	9.19
รพ.สต.บ้านนา	1,800,161.00	81.40	210,175.40	9.50	201,135.30	9.10	2,211,471.70	10.94
รพ.สต.บ้านโคกแซะ	1,746,780.00	84.04	148,592.94	7.15	183,028.18	8.81	2,078,401.12	10.29
รพ.สต.บ้านบางเหลียว	2,523,356.00	84.71	222,303.80	7.46	233,254.25	7.83	2,978,914.05	14.74
รพ.สต.บ้านช่องแบก	1,394,740.00	81.25	111,370.27	6.49	210,463.50	12.26	1,716,573.77	8.49
รพ.สต.บ้านเขาต่อ	1,819,380.00	67.93	370,963.94	13.85	487,896.00	18.22	2,678,239.94	13.25
รพ.สต.บ้านคลองปัญญา	1,301,308.00	77.76	180,130.89	10.76	192,055.30	11.48	1,673,494.19	8.28
รวม	15,805,218.00	78.22	2,201,245.26	10.89	2,200,546.43	10.89	20,207,009.69	100
X̄	1,756,135.33	78.41	244,582.81	10.68	244,505.16	10.91	2,245,223.30	11.11
S.D.	392,266.39	5.44	109,051.13	3.28	98,923.56	3.33	493,853.16	2.44

ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564 จำแนกตามกิจกรรมบริการ พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 1,418.43 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 248.70 บาท กิจกรรมรักษาพยาบาล เท่ากับ 128.19 บาท กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 100.41 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค เท่ากับ 96.65 บาท ดังรายละเอียดในตาราง 3 โดยจำแนกข้อมูลเป็นรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ดังนี้

1. รพ.สต.บ้านบางเหี้ยน ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 565.56 บาท รองลงมาคือ ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมรักษาพยาบาล เท่ากับ 114.41 บาท และ

ต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ ต้นทุนหน่วยบริการของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 54.67 บาท

2. รพ.สต.บ้านทะเลหอย ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 769.28 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 194.73 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 91.52 บาท

3. รพ.สต.บ้านตัวอย่าง ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 907.08 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 340.76 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค เท่ากับ 62.92 บาท

4. รพ.สต.บ้านนา ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 1,970.27 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 205.78 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด

คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 53.32 บาท

5. รพ.สต.บ้านโคกแซะ ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 1,374.10 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมรักษาพยาบาล เท่ากับ 238.59 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 140.08 บาท

6. รพ.สต.บ้านบางเหลียว ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 2,033.01 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เท่ากับ 435.19 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค เท่ากับ 43.82 บาท

7. รพ.สต.บ้านช่องแบก ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 1,094.38 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ

เท่ากับ 425.40 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 143.75 บาท

8. รพ.สต.บ้านเขาต่อ ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 978.83 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เท่ากับ 184.95 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมรักษาพยาบาล เท่ากับ 58.59 บาท

9. รพ.สต.บ้านคลองปัญญา ต้นทุนต่อหน่วยบริการของกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค สูงที่สุดเท่ากับ 3,073.35 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสภาพ เท่ากับ 174.27 บาท และต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 77.01 บาท

ตาราง 3 ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564 จำแนกตามกิจกรรมบริการ

รพ.สต.	งานรักษาพยาบาล (บาท)	งานส่งเสริมสุขภาพ (บาท)	งานป้องกันควบคุมโรค (บาท)	งานฟื้นฟูสภาพ (บาท)	งานคุ้มครองผู้บริโภค (บาท)
รพ.สต.บ้านบางเหลียน	114.41	44.46	58.50	77.53	565.56
รพ.สต.บ้านทะเลหอย	114.79	91.52	136.33	194.73	769.28
รพ.สต.บ้านตัวอย่าง	132.26	106.59	62.92	340.76	907.08
รพ.สต.บ้านนา	72.29	53.32	78.68	205.78	1,970.27
รพ.สต.บ้านโคกแซะ	238.59	140.08	182.15	199.67	1,374.10
รพ.สต.บ้านบางเหลียว	125.94	135.93	43.82	435.19	2,033.01
รพ.สต.บ้านช่องแบก	184.07	143.75	163.85	425.40	1,094.38
รพ.สต.บ้านเขาต่อ	58.59	111.03	62.90	184.95	978.83
รพ.สต.บ้านคลองปัญญา	112.79	77.01	80.72	174.27	3,073.35
$\bar{X}$	128.19	100.41	96.65	248.70	1,418.43
S.D.	54.67	36.81	50.62	122.75	800.90

ต้นทุนต่อหัวประชากร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564 พบว่า ต้นทุนต่อหัวประชากรเฉลี่ยเท่ากับ 963.19 บาท (SD = 359.01) โดย รพ.สต.บ้านช่องแบก มีต้นทุนต่อหัวประชากรสูงที่สุด เท่ากับ 1,673.07 บาท รองลงมาคือ รพ.สต.บ้านโคกแซะ มีต้นทุนต่อหัวประชากร เท่ากับ 1,341.77 บาท รพ.สต.บ้านบางเหลียว มีต้นทุนต่อหัวประชากร เท่ากับ 1,043.77 บาท รพ.สต.บ้านตัวอย่าง มีต้นทุน

ต่อหัวประชากร เท่ากับ 1,008.42 บาท รพ.สต.บ้านทะเลหอย มีต้นทุนต่อหัวประชากร เท่ากับ 889.55 บาท รพ.สต.บ้านเขาต่อ มีต้นทุนต่อหัวประชากร เท่ากับ 805.97 บาท รพ.สต.บ้านคลองปัญญา มีต้นทุนต่อหัวประชากร เท่ากับ 719.16 บาท รพ.สต.บ้านนามีต้นทุนต่อหัวประชากร เท่ากับ 671.77 บาท และ รพ.สต.บ้านบางเหียน มีต้นทุนต่อหัวประชากรต่ำที่สุด เท่ากับ 515.19 บาท ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4 ต้นทุนต่อหัวประชากร ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ปีงบประมาณ 2564

รพ.สต.	ค่าแรง (บาท)	ค่าลงทุน (บาท)	ค่าวัสดุ (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท)	ประชากร รับผิดชอบ (คน)	ต้นทุนต่อหัว ประชากร (บาท)
รพ.สต.บ้านบางเหียน	2,183,970.00	453,643.62	257,779.60	2,895,393.22	5,620	515.19
รพ.สต.บ้านทะเลหอย	1,550,693.00	287,765.06	279,567.00	2,118,025.06	2,381	889.55
รพ.สต.บ้านตัวอย่าง	1,484,830.00	216,299.34	155,367.30	1,856,496.64	1,841	1,008.42
รพ.สต.บ้านนา	1,800,161.00	210,175.40	201,135.30	2,211,471.70	3,292	671.77
รพ.สต.บ้านโคกแซะ	1,746,780.00	148,592.94	183,028.18	2,078,401.12	1,549	1,341.77
รพ.สต.บ้านบางเหลียว	2,523,356.00	222,303.80	233,254.25	2,978,914.05	2,854	1,043.77
รพ.สต.บ้านช่องแบก	1,394,740.00	111,370.27	210,463.50	1,716,573.77	1,026	1,673.07
รพ.สต.บ้านเขาต่อ	1,819,380.00	370,963.94	487,896.00	2,678,239.94	3,323	805.97
รพ.สต.บ้านคลองปัญญา	1,301,308.00	180,130.89	192,055.30	1,673,494.19	2,327	719.16
รวม	15,805,218.00	2,201,245.26	2,200,546.43	20,207,009.69	24,213	8,668.68
$\bar{X}$	1,756,135.33	244,582.81	244,505.16	2,245,223.30		963.19
S.D.	392,266.39	109,051.13	98,923.56	493,853.16		359.01

อภิปรายผล

ต้นทุนโดยรวมของทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีค่าเฉลี่ยต้นทุนค่าแรงสูงสุด 1,756,135.33 บาท รองลงมาค่าวัสดุ 244,582.81 บาท และค่าการลงทุน 244,505.16 บาท คิดเป็นสัดส่วน ค่าแรง : ค่าวัสดุ : ค่าการลงทุน เท่ากับ 78.22 : 10.89 : 10.89 บ่งบอกถึงลักษณะการทำงานใน รพ.สต. ซึ่งต้องเน้นหนักในการบริหารจัดการกำลังคน เพราะเป็นปัจจัยหลักในการให้บริการ รองลงมาคือ ต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าการลงทุน ซึ่ง รพ.สต. ส่วนใหญ่ยังรับรู้ต้นทุนการดำเนินงานของตนเองไม่ครบถ้วน กล่าวคือ ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่ไม่ถูกบันทึกในระบบบัญชี ต้นทุนเหล่านี้มักจะซ่อนอยู่ในโรงพยาบาล แม้ฝ่ายที่ดำเนินการให้ สอดคล้องกับการวิจัยของขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และอุทุมพร วงษ์ศิลป์ (2561) พบว่า ต้นทุนในระบบบริการปฐมภูมิมีต้นทุนหลักอยู่ที่ต้นทุนค่าแรง รองลงมาคือต้นทุนค่าวัสดุ และต้นทุนค่าลงทุน บางเครือข่ายมีต้นทุนสูงกว่า ต้นทุนค่าวัสดุเกือบ 2 เท่า และการศึกษาของ โสภาพรรณ จิณิรัตติย์ และคณะ (2559) พบว่า รพ.สต. มีต้นทุนค่าแรง มากที่สุดเมื่อเทียบกับ ค่าวัสดุ และค่าลงทุน

ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตาม กิจกรรมบริการ สูงที่สุดเป็นกิจกรรมคุ้มครองผู้บริโภค เท่ากับ 1,418.43 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพ เท่ากับ 248.70 บาท กิจกรรมรักษาพยาบาล เท่ากับ 128.19 บาท กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 100.41 บาท และค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหน่วยบริการต่ำสุด คือ กิจกรรมป้องกันควบคุมโรค เท่ากับ 96.65 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ ขวัญประชา เชียงไชย

สกุลไทย, และคณะ. (2562) พบว่า ต้นทุนต่อหน่วย บริการของกิจกรรมรักษาพยาบาล เท่ากับ 192.30 บาท/ครั้ง และการศึกษาของ อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และคณะ (2560) พบว่า งานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมี ต้นทุนเฉลี่ย เท่ากับ 180 บาท/ครั้ง

ต้นทุนต่อหัวประชากร พบว่า รพ.สต.บ้าน ช้องแบก มีต้นทุนต่อหัวประชากรสูงที่สุด เท่ากับ 1,673.07 บาท รองลงมาคือ รพ.สต.บ้านโคกแซะ เท่ากับ 1,341.77 บาท รพ.สต.บ้านบางเหลียว เท่ากับ 1,043.77 บาท รพ.สต.บ้านตัวอย่าง เท่ากับ 1,008.42 บาท รพ.สต.บ้านทะเลหอย เท่ากับ 889.55 บาท รพ.สต.บ้านเขาต่อ เท่ากับ 837.51 บาท รพ.สต.บ้าน คลองปัญญา เท่ากับ 719.16 บาท รพ.สต.บ้านนา เท่ากับ 671.77 บาท และ รพ.สต.บ้านบางเหียน มี ต้นทุนต่อหัวประชากรต่ำที่สุด เท่ากับ 515.19 บาท ในภาพรวมทุก รพ.สต.เฉลี่ยเท่ากับ 963.19 บาท ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, และคณะ. (2562) พบว่า ต้นทุนบริการเฉลี่ยต่อหัว ประชากรใน PCC เท่ากับ 1,025.21 บาท มากกว่า การศึกษาของ รัฐศาสตร์ เครือคุณ, และคณะ (2560) พบว่า ค่าเฉลี่ยต้นทุนต่อหัวประชากร เท่ากับ 488 บาท

การนำผลการวิจัยไปใช้

ทำให้ทราบถึงต้นทุนการให้บริการของ หน่วยต้นทุน รวมถึงทำให้ทราบสถานการณ์ทางด้าน เศรษฐศาสตร์ของ รพ.สต. และเมื่อมีการวิเคราะห์ต่อ เนื่องจะเป็นเครื่องมือช่วยให้ รพ.สต. ปรับระบบการ บริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งยังเป็นฐานข้อมูลในการประเมินผลด้าน เศรษฐศาสตร์สุขภาพอื่นๆ ต่อไปในอนาคต และ

สามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในเหมาะสมกับการให้บริการในปัจจุบันเพื่อลดต้นทุนค่าแรงที่ค่อนข้างสูง รวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการหรือกิจกรรมใหม่ๆเพื่อลดต้นทุนบริการในบางกิจกรรมที่มีต้นทุนสูง

ข้อเสนอแนะ

ควรวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานบริการทั้งโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย โดยวิเคราะห์ปีละครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดสรรงบประมาณแบบยอตรวม และวิเคราะห์อัตราการคืนทุนของกิจกรรมที่มีรายได้ทุกกิจกรรม

การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการเป็นเพียงมุมมองพื้นฐานและเป็นมุมมองด้านเดียว การพิจารณาจะต้องคำนึงถึงด้านอื่นอีกหลายด้านเช่น

ประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด คุณภาพของงานที่เกิดขึ้น ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต้นทุน นโยบายการให้บริการที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นต้น ไม่ว่าผลการศึกษานี้จะให้ผลอย่างไรก็ตาม การพิจารณาในด้านนโยบายก็ยังคงยึดหลักพื้นฐานการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้วิจัยสาธารณสุข ครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์แก่การศึกษา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอปลายพระยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดทั้ง 9 แห่ง ที่ให้ความสะดวกในการเข้าหาหรือและเก็บข้อมูลจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมบัญชีกลาง. (2557). แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตของงานบริการสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักมาตรฐานด้านการบัญชีภาครัฐ.
- กลุ่มงานประกันสุขภาพ. (2556). คู่มือการศึกษาต้นทุนหน่วยบริการ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ประชธิป กะทา. (2550). สุขภาพปฐมภูมิบริการปฐมภูมิจากปรัชญาสู่การปฏิบัติการ สุขภาพมิติใหม่. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. ค้นเมื่อ เมษายน 19, 2565, จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4872/hs1458.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ขวัญประชา เขียวไชยสกุลไทย และ อุทุมพร วงษ์ศิลป์ (2561). ต้นทุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เขตสุขภาพ 8. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12 (4), 681-690
- ขวัญประชา เขียวไชยสกุลไทย, และคณะ. (2562). ต้นทุนการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัว. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 13(2), 175-187.
- ไพฑูรย์ มั่นคง. (2551). การวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการของสถานอนามัยเขตอำเภอภูเวียงและเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2550. วารสารสุขภาพภาคประชาชน ภาคอีสาน, 22 (6), 115-122, ค้นเมื่อ

เมษายน 26, 2565, จาก https://www.thaiphc.net/journal/2551_6/016.pdf

- มังกร สุขประเสริฐ, อรอนงค์ โพธิ์แก้ว. (2556). การวิเคราะห์ต้นทุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ
ประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์
รัฐศาสตร์ เครือคุณ, และคณะ. (2560). การวิเคราะห์ต้นทุนบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, 13(พิเศษ), 712-723.
- วิน เตชะเคหะกิจ, และคณะ. (2563). ต้นทุนต่อหน่วยของหน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีศึกษาในจังหวัดกำแพงเพชร
ปีงบประมาณ 2561. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 13 (2), 192-204
- โสภภาพรรณ จิรนิติศัย และคณะ (2559). ต้นทุนการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเกษตรกรของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐม เพชรบุรี สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์. วารสารควบคุม
โรค, 42(4), 290-303.
- อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และคณะ. (2559). ต้นทุนการจัดบริการต่อหัวประชากรของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ.
วารสารระบบสาธารณสุข, 10(3), 307-320.
- อุทุมพร วงษ์ศิลป์ และคณะ. (2560). ต้นทุนการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิชาการ
สาธารณสุข, 26(พิเศษ1), S156-S164.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors influencing the performance of caring for the dependent elderly in the
long-term care system, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province

พนิดา ยุติธรรม

Panida Yuttitham

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิชล

Sichon District Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อประเมินระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในระบบการดูแลระยะยาว 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการบริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) เก็บข้อมูลการวิจัยตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 พฤศจิกายน 2565 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 236 คน สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ภาพรวมระดับความรู้อยู่ในระดับดี 2) ปัจจัยด้านอายุและการศึกษามีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($p\text{-value}=0.001$) และ 3) ระดับความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) มีระดับความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ข้อเสนอแนะการทำวิจัยต่อไป ศึกษาระดับความรู้ ทักษะและทักษะของญาติผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

คำสำคัญ : ความรู้และทักษะ, การดูแลผู้สูงอายุ, ปัจจัยที่มีอิทธิพล, ระบบการดูแลระยะยาว

Abstract

This analysis cross-sectional research aimed to study 1) To assess the level of knowledge and skills of carers for dependent elderly (Care givers), 2) To study factors influencing the performance of care givers in the long-term care system 3) To assess the satisfaction of the relatives of the dependent elderly in the services of care givers for the dependent elderly. Research data were collected from October 1, 2022 - November 30, 2022. The research sample consisted of 236 people. The statistics used in the research were frequency distribution, percentage, mean, standard deviation (S.D.) and Chi-square.

The results showed that 1) the level of knowledge and skills of care givers of the dependent elderly (Care giver), the overall level of knowledge was at a good level; with dependency (p -value=0.001) and 3) the satisfaction level of the relatives of the dependent elderly who received care from the care giver of the dependent elderly (Care giver). Overall, it was at a high level. Suggestions for further research study knowledge level Attitudes and skills of relatives who take care of the home-dependent elderly

Keywords : Knowledge and skills, Elderly care, Influencing factors, Long-term care system.

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 ผู้สูงอายุในโลกจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1.50 พันล้านคน คิดเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 16.0 ต่อประชากรทั้งหมด (United Nations, 2019) ในประเทศไทยปี 2564 มีประชากรทั้งหมด 66.7 ล้านคน ผู้สูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อ 50 ปีก่อน มีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 ประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) ในปี 2565 นี้ และในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ย ถึงร้อยละ 7.0 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจข้อมูลประชากรสูงอายุในประเทศไทยในปี 2564 พบว่ามีผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 44.7 และผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 55.3 ดัชนีการสูงอายุ

ในเวลา 20 ปีที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นเกือบ 6 เท่าตัว ระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2560 มีค่าดัชนีการสูงอายุต่ำกว่า 100 แสดงว่า จำนวนประชากรสูงอายุน้อยกว่าจำนวนประชากรเด็ก แต่ในปี 2564 ดัชนีการสูงอายุมีค่าเท่ากับ 120.5 นั่นคือมีประชากรวัยสูงอายุ 120.5 คน ต่อประชากรวัยเด็ก 100 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวขึ้น มีปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ที่ทำให้มีการเดินทางไปยังสถานพยาบาลที่สะดวกขึ้น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น ปัจจัยทางด้านสุขภาพจิตประกอบด้วย 1) การที่ชีวิตมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต 2) ผู้สูงอายุมีหน้าที่รับผิดชอบ 3) มีสิ่งที่ทำได้ดีหรือเชี่ยวชาญช่วยให้สุขภาพจิตดี ปัจจัยในการดำเนินชีวิตประจำวันมีรูปแบบที่เรียบง่าย เช่น 1) มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 2) การทานอาหารเพื่อสุขภาพที่เน้นโปรตีนจากปลา และพืชผักที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย 3) การจัดสนทนาและการเรียนรู้ในเรื่องเทคโนโลยีใหม่ๆ และสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ ปัจจัยด้านการแพทย์ 1) มีพยาบาล (Care Manager) หรือบุคลากรทางด้านการแพทย์คอยดูแล 2) มีการพัฒนาความรู้ ด้านการพยาบาลอยู่เสมอ 3) มีเครื่องมือพร้อมต่อการดูแลผู้สูงอายุ (นพดล วิวัฒน์กมลวัฒน์, อภิรัฐมา บุญปาลิต

และ นุชนางค์ แก้วนิล, 2560)

จากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ งบประมาณภาครัฐที่ใช้ในการจัดสวัสดิการสังคมในภาพรวมด้านต่าง ๆ ได้แก่ การศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย การทำงาน และการมีรายได้ ความมั่นคงทางสังคม บริการสังคม และนันทนาการ ประกอบกับรูปแบบของครอบครัวไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากในอดีต ครอบครัวมีขนาดเล็กลง และมีแนวโน้มอยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ส่วนคนวัยหนุ่มสาวยุคใหม่มีแนวโน้มแต่งงานช้าลงเรื่อย ๆ และนิยมมีบุตรน้อยลง จึงทำให้ประเทศไทยมีสัดส่วนเด็กเกิดน้อย ส่งผลให้ประชากร ที่จะเติบโตไปทดแทนวัยแรงงานมีจำนวนลดลง อัตราส่วนวัยพึ่งพิงของวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น คาดว่า ในปี 2583 มีวัยแรงงาน 1 คน ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 0.6 คน หรือเกือบเท่าตัว เพื่อให้เห็นภาพในอนาคตของสังคมไทยที่ประชากรวัยแรงงานในปัจจุบัน จะกลายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุขนาดใหญ่ในอนาคต คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยอายุที่ยืนยาวขึ้นของคนไทยบางส่วนอาจจะมาพร้อมกับ การมีสุขภาพไม่ดี มีภาวะความเจ็บป่วย ทพพลภาพ และตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงในช่วงบั้นปลายของชีวิต (จารุวรรณ ศรีภักดี, 2565) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว มีเป็นความจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ให้การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยกำหนดให้มีหลักสูตรที่มีมาตรฐานในการฝึกอบรม ทั้งหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรระยะยาวที่เน้นความเป็นมืออาชีพในการทำหน้าที่ให้การดูแล และควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุด้วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการร่วมทำหน้าที่ให้การ

ดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์, 2563)

ดังนั้น การดำเนินการพัฒนาระบบการบริการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ได้ให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) เพื่อให้สามารถดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของกิริติ กิจธีระวุฒิมงษ์และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2561) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้มากนัก จึงต้องมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะระหว่างปฏิบัติงาน การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีช่องทางให้คำปรึกษาของ Care giver จากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยจิตอาสา มีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่จิตอาสายังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ สาวีรัมย์ (2565) ที่ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของ Care giver ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้และทักษะ ในหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” โดยบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) มีกิจกรรม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม หลังจากที่ได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลโดยได้รับการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” และการศึกษาของภาสกร, สวนเรือง อาณัติ วรรณศรีและสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2561) ได้ศึกษาบทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และกระบวนการทำงานในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด คือ ผู้ช่วยเหลือ

ดูแลผู้สูงอายุมีองค์ความรู้และทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้นจากการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวัน การแก้ปัญหาสุขภาพ การดูแลเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้สูงอายุ ดังนั้นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ยังมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุจังหวัดนครศรีธรรมราช สถานการณ์ของผู้สูงอายุทั้งหมด ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 13.9, 14.3 และ 15.4 ตามลำดับ และในปี 2564 จำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 95.4 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 3.8 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.8 และผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกพื้นที่ ซึ่งมีความร่วมมือกันระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2564)

ในพื้นที่อำเภอสิชล มีการจำแนกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 94.5 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 3.9 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.6 โดยมีการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมา ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 13 หน่วยบริการ และโรงพยาบาลสิชล ซึ่งมีการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ขึ้น ทำหน้าที่ในการปฏิบัติ

งานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช แต่ยังไม่ได้มีการวิจัยถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช แต่อย่างใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อใช้เป็นแนวทางในการยกระดับการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อประเมินระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในระบบการดูแลระยะยาว
- 3) เพื่อประเมินความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ต่อการบริการของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล
เพศ
อายุ
ที่อยู่ปัจจุบัน
วิธีการเข้าอบรมศึกษา
ประโยชน์ที่ได้จากการเข้าอบรม
จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ
2. ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล
เพศ
อายุ
โรคประจำตัว
ที่อยู่ปัจจุบัน
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย
รายได้เฉลี่ย
แหล่งรายได้
สิทธิการรักษาพยาบาล
โอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมนอกบ้าน
2. ความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)
 - ทางกาย
 - ทางจิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา
 - ทางสังคม/ ระบบบริการ

การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) (กัลยา วาณิชบัญชา, 2550) จำนวน 236 คน ซึ่งจำแนก 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของกรมอนามัย จำนวน 70 คน จำนวน 118 คน มีการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน

2) ญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน จำนวน 118 คน เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ที่มีค่า ADL คะแนน 0-11 คะแนน ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก รวมทั้งเป็นผู้ประกอบอาหาร จัดยา และดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในอำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีการประยุกต์จากแบบสอบถามของถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชร ชวนพันธุ์ และจากการศึกษาเอกสาร คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1) แบบประเมินความรู้ และทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลความหมายของคะแนน (Bloom,

1975) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี พอใช้ และต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) คำถามปลายปิดให้ลักษณะเลือกตอบเพียงข้อเดียวเกี่ยวกับเพศ อายุ ที่อยู่ปัจจุบัน วิธีการเข้าอบรมศึกษาประโยชน์ที่ได้จากการเข้าอบรม จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลักษณะคำถามเป็นความรู้ จากการได้รับในการอบรมตามคู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย, 2556) แบ่งระดับคะแนนความรู้ คือ ระดับดี ได้คะแนน 28-35 คะแนน ระดับพอใช้ ได้คะแนน 21-27 คะแนน ระดับต้องปรับปรุง ได้คะแนน 0-20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลักษณะคำถามเป็นสถานการณ์ให้เลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว แบ่งระดับคะแนนทักษะ คือ

ระดับดี ได้คะแนน 16-20 คะแนน
ระดับพอใช้ ได้คะแนน 13-15 คะแนน
ระดับต้องปรับปรุง ได้คะแนน 0-12 คะแนน

2) แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านมีคำถาม เกี่ยวกับ เพศ อายุ โรคประจำตัว ที่อยู่ปัจจุบัน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

รายได้เฉลี่ย แหล่งรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล และ โอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมนอกบ้าน

ส่วนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจของ ญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง (Care giver) ใน 3 มิติ คือ มิติทางกาย มิติทางใจ/จิตวิญญาณ /ปัญญา และมิติทางสังคม / ระบบบริการมีการวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของ เบสท์ (Best, 1977)

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ความพึงพอใจ อยู่ในระดับน้อย

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 ความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ความพึงพอใจ อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและคู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try-Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน โดยหาค่า KR.21 ตาม วิธีของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.8

และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามเพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 -30 พฤศจิกายน 2565 มีการดำเนินการดังนี้คือ 1) กลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) โดยการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care ในอำเภอสีชล ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 2) กลุ่มญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ได้ขอความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบงาน Long Term Care ในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามของแต่ละพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยจะตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนในแต่ละฉบับด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) และกลุ่มญาติ ของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. ความรู้และทักษะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุดค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างลักษณะส่วน

บุคคลกับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) สถิติที่ใช้ คือ Chi-square

4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดนครศรีธรรมราช หมายเลขรับรอง 038/2565
ลงวันที่ 26 กันยายน 2565

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบการดูแลระยะยาว อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) และญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) และญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=236)

ข้อมูล	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=118)		ญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน (n=118)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	5	4.2	10	8.5
หญิง	113	95.8	108	91.5
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 30	11	9.3	0	0.0
30-39	35	29.7	0	0.0
40-49	55	46.6	0	0.0
50-59	15	12.7	17	14.4

ข้อมูล	ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=118)		ญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน (n=118)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
60 ขึ้นไป Min 19 ปี Max 61 ปี Min 55 ปี Max 68 ปี	2	1.7	101	85.6
การศึกษา				
ประถมศึกษาตอนต้น	2	1.7	89	75.4
ประถมศึกษาตอนปลาย	5	4.2	16	13.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	55	46.7	13	11.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	46	38.9	0	0.00
ปริญญาตรี	10	8.5	0	0.0
อาชีพ				
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	36	30.5	85	72.0
เกษตรกร	48	40.7	14	11.9
รับจ้าง	18	15.2	19	16.1
ค้าขาย	14	11.9	0	0.0
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	2	1.7	0	0.0
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย (บาท/เดือน)				
ต่ำกว่า 5,000	12	10.2	118	100.0
5,001-10,000	50	42.4	0	0.0
10,001 -20,000	35	29.6	0	0.0
20,001-30,000	20	16.9	0	0.0
30,001 ขึ้นไป	1	0.9	0	0.0

2) ระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

การประเมินระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) พบว่าระดับความรู้ในภาพรวม อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 63.6 รองลงมา ในระดับ พอใช้ ร้อยละ 29.6 คะแนนต่ำสุด

18 คะแนน คะแนนสูงสุด 31 คะแนน ($\bar{X}=27.1$, $SD=7.1$) การประเมินระดับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 72.0 รองลงมา ระดับ พอใช้ ร้อยละ 20.3 คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 17 คะแนน ($\bar{X}=15.3$, $SD=4.9$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ผลการประเมินความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=118)

ระดับความรู้และทักษะ	ระดับคะแนน			Min-Max	$\bar{X}$	SD
	ดี	พอใช้	ต้องปรับปรุง			
ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)	63.6	29.6	6.8	18-31	27.1	7.1
ทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver)	72.0	20.3	7.7	10-17	15.3	4.9

3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในระบบการดูแลระยะยาว ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อจำแนก

รายปัจจัย พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value}=0.001$) และปัจจัยด้านการศึกษามีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-Value}=0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยลักษณะบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) กับระดับความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=118)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Spearman's (rs)		
	ความรู้	ทักษะ	P-value
เพศ	3.53	3.23	0.148/0.122
อายุ	15.78	20.12	0.001/0.001
การศึกษา	12.07	24.25	0.001/0.001
รายได้	5.17	6.42	0.572/0.531
อาชีพ	6.25	7.23	0.572/0.745

จากการประเมินความพึงพอใจโดยรวมของญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ต้องการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านต่อการได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) (n=118)

มิติ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
ทางกาย	2.41	0.62	มาก
จิตใจ / จิตวิญญาณ / ปัญญา	2.43	0.57	มาก
ทางสังคม/ ระบบบริการ	2.67	0.51	มาก
รวม	2.51	0.57	มาก

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) และญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรที่เป็นหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวลิต สวัสดิ์ผลและคณะ ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักคือ ลูกสาว อีกทั้งจากผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกับผู้สูงอายุเกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา สอดคล้องกับงานวิจัยของกัญญารัตน์ กันยะกาญจนและคณะ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน

จากการประเมินระดับความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) พบว่าระดับความรู้ในภาพรวม อยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อจำแนกรายมิติ พบว่า มิติทางกายอยู่ในเกณฑ์ดี มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง ผู้ดูแลระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวควรพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในมิติด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถนำไปถ่ายทอดสู่ญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน และมีการปรับใช้ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครบทุกมิติ การประเมินระดับทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ดี มิติทางกาย

มิติทางใจ/จิตวิญญาณ/ปัญญา มิติทางสังคม/บริการ อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกิริติ กิจธีระวุฒิมงษ์และนิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์ (2561) ที่พบว่า Care giver ที่ผ่านการอบรมมาแล้ว แต่ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ต้องจัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะระหว่างปฏิบัติงาน ด้วยการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีช่องทางให้คำปรึกษาของ Care giver และยังพบว่าในการดูแลกลุ่มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยจิตอาสา มีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่จิตอาสายังขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงควรมีการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีข้อเสนอแนะหน่วยงานในพื้นที่ควรสนับสนุนให้เกิดการขยายเครือข่ายของจิตอาสาและการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างจิตอาสา กับระบบบริการสุขภาพของรัฐ และสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ สาวีรัมย์ (2565) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ของ Care giver ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้และทักษะ ตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ผลการศึกษา พบว่า บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ได้มีกิจกรรม ในการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม หลังจากรับการพัฒนาความรู้ทักษะการดูแลโดยได้รับการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ”

ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ที่เข้าอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย ซึ่งเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าอบรมเองที่ต้องการมีความรู้ เพื่อดูแลคนในครอบครัว กับผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้มาอบรมเพื่อทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และส่วนใหญ่ที่ถูกคัดเลือกมาอบรมเป็นอาสาสมัครครั้งแรกที่เจ้าหน้าที่ให้เข้ารับการอบรม

อย่างไรก็ตาม กลุ่มอายุและระดับการศึกษาของผู้เข้าอบรมไม่ได้เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกของกรมอนามัยทั้งหมด โดยเฉพาะมีอายุเฉลี่ย 50.5 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษาต่ำกว่า ร้อยละ 40.0 (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2559) แม้ผลการศึกษาจะสนับสนุนว่าเกณฑ์ที่กำหนดโดยกรมอนามัยมีความเหมาะสมแล้ว แต่เมื่อคำนึงถึงความเป็นจริงในชุมชน ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นลูกหลานหรือญาติในครอบครัว ที่ไม่สามารถกำหนดคุณลักษณะด้านเพศ อายุและการศึกษาได้ อาจจำเป็นต้องพัฒนาหลักสูตรเฉพาะในการฝึกอบรมให้เหมาะกับบริบทของชุมชนและเหมาะสมกับผู้ดูแลที่มีอายุมาก มีระดับการศึกษาต่ำ หรือกลุ่มเพศชายให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังมีปัจจัยอื่นที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ด้านสิ่งสนับสนุนจากผลการศึกษาจะทำให้ระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญรัตน์ กัญญะกาญจนและคณะ ศึกษารูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสิ่งที่ต้องการการสนับสนุน ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล 2) การดูแลต่อเนื่องในชุมชน 3) การบริการเชิงรุก 4) การบริการในสถานพยาบาล 5) การสร้างเครือข่ายและสร้างการมีส่วนร่วม และ 6) การรับข้อมูลให้คำปรึกษา และจากการศึกษาประเสริฐ เก็มประโคนและคณะ พบว่า จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมา ประกอบด้วย 1) กระบวนการนำเข้าระบบการเงินการคลัง การบริหาร ทรัพยากร การบริหารจัดการกำลังคน

การบริหารจัดการ และระบบฐานข้อมูล 2) กระบวนการดำเนินงานผ่านกลไกการขับเคลื่อนของท้องถิ่น การจัดการบริการในหน่วยบริการและในชุมชน และระบบพี่เลี้ยง 3) กระบวนการประเมินผลพบว่า ประเมินประสิทธิภาพได้จาก 1) ผู้สูงอายุมี ADL เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.3 เป็นร้อยละ 33.3 จะส่งผลให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) หรือญาติของผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านแล้วยังมีองค์กรประกอบอื่นที่มาจากภาครัฐ หรือองค์กรเอกชน ที่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ต้องแนวทางร่วมกันในการพัฒนางานต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช ควรมีการฝึกอบรมความรู้ทักษะ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์การจัดการความรู้สู่การปฏิบัติต่อไปอย่างเป็นระบบ ครบวงจร และควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้มีโอกาสศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น โดยความร่วมมือกับ กศน.หรือสถาบันการศึกษาในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาเปรียบเทียบความรู้และทักษะญาติของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver)

เอกสารอ้างอิง

- กัญญารัตน์ กันยะกาญจน และคณะ. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลตงบัง อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. มนุษยสังคมสาร (มสส.). 17 (1), 21-39.
- กัลยา วานิชย์บัญชา (2550). สถิติสำหรับงานวิจัย ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิริติ กิจธีระวุฒินงษ์, นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36(4), 15-24.
- ชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. (2562). ประสิทธิภาพโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขต อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก .วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2 (2), 26-37.
- จารุวรรณ ศรีภักดี. (2565). การขับเคลื่อนมาตรการรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนของประเทศไทย ไปสู่ การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ. ค้นเมื่อ กันยายน ,19, 2565. จาก กรมกิจการผู้สูงอายุ .<https://www.dop.go.th/th/know/3/1649>.
- ชาลิต สวัสดิ์ผลและคณะ. (2558). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร . 5 (ฉบับพิเศษ), 387-405.
- ชนายุส คำโสม. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 12 (2), 193-207.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์และเพชร ชวนะพันธุ์. (2559). ประสิทธิภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- นพดล วิวัฒน์กมลวัฒน์, อัญญา บุญปาลิตและนุชนางค์ แก้วนิล. (2560). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีอายุยืนยาวเพื่อการออกแบบที่พักผู้สูงวัย. วารสารสาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ ม.ศิลปากร . 10(3), 2763-2774.
- ประเสริฐ เก็มประโคนและคณะ. (2565). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 16 (1), 140-155.
- ประเสริฐ สาวีรัมย์. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 . 16 (1), 86-100.
- ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์. (2563).การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 40(3), 48-65.

- ภาสกร สวนเรือง อาณัติ วรรณศรีและสัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน ภายใต้นโยบายการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 12(3), 437-451.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. ค้นเมื่อ กันยายน, 8, 2565 .จาก https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/05/Elderly-Situation-2021-20220725_compressed.pdf
- ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. (2563). สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย. ค้นเมื่อ กันยายน, 19, 2565. จาก กรมกิจการผู้สูงอายุ <https://www.dop.go.th/th/know/3/1649>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. 2564. Health Data Center: HDC. onsihealth.com ทิ้งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพที่ต้องพัฒนาเมื่อ พฤษภาคม, 23, 2564. จาก <https://nrt.hdc.moph.go.th/>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2557). คู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Long Term Care : LTC). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช).
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2556). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. ค้นเมื่อ พฤษภาคม, 20, 2564. จาก http://dn.core-website.com/public/dispatch_upload/backend/core_dispatch_227243_2.pdf
- Best, J. W. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, S. J. (1975). Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain. New York: David Mckay.
- United Nations. (2019). World population ageing 2019: Ten key messages. Retrieved from [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/ World Population Ageing 2019-10 Key Messages.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/World%20Population%20Ageing%202019-10%20Key%20Messages.pdf).

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with High-Risk Cataract Surgery: 2 Case Studies

ชลันธร คุประดิษฐานนท์
Chalanthorn Khupaditthanon
โรงพยาบาลระนอง
Ranong Hospital

บทคัดย่อ

ต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของภาวะสายตาสั้นและตาบอด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการเสื่อมตามวัยและปัจจัยจากโรคเบาหวาน การผ่าตัดเป็นวิธีเดียวในการรักษา ซึ่งจะพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีโรคเบาหวานร่วม เปรียบเทียบ จำนวน 2 ราย ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระนอง การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการพบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และการซักประวัติจากญาติ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนจำหน่าย ช่วงเดือน มกราคม ถึง เดือน กันยายน 2565

ผลการศึกษา : พบว่าปัญหาของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบ 2 กรณีที่เหมือนกัน ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลัดตกหกล้มและเดินชนสิ่งของเนื่องจากมีภาวะสายตาสั้น 2) วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการมองเห็นหลังผ่าตัด 3) เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการผ่าตัด 4) เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อภายในลูกตา 5) เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในลูกตาสอง 6) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน 7) เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia และ Hypoglycemia 8) ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ได้แก่ กรณีศึกษาที่ 1: ผู้ป่วยมีอาการปวดตา และมีภาวะ Hyperglycemia ส่วนกรณีศึกษาที่ 2: ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน และขาดผู้ดูแล

ผลการศึกษาการระบวนการพยาบาลและการพยาบาลแบบองค์รวม ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายแบบDMETHOD สามารถช่วยลดความเสี่ยงและคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ต้อกระจก, การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก, การผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูง

Abstract

Cataracts are the number one cause of low vision and blindness. Most of the causes are due to aging and factors from diabetes. Surgery is the only method to treat and there was met many complications after surgery in diabetic patients.

This study aims to study the nursing outcomes of high-risk cataract surgery patients with diabetes for two cases comparison in the surgical ward, Ranong Hospital. Data collection was obtained from the nursing record form, review record form from inpatient medical records and history taking from relatives. Data analysis was analyzed with 2 case studies comparison consisted of functional health pattern, pathology, signs and symptoms, treatment and nursing diagnosis. There are divided into 3 phases: nursing care in pre-operative, post-operative and discharge planning period. This study was collected between January and September 2022.

The result reveal that similar patient's problems compared 2 cases, including 1) risk of accidents, falls and bumps into belonging due to low vision 2) anxiety about surgery and vision after surgery 3) risk of lack of readiness for surgery 4) risk of intraocular infection 5) risk of high intraocular pressure 6) risk of intraocular lens dislocation 7) risk of hyperglycemia and hypoglycemia 8) lack self-care skills of patients and caregivers when go back home.

There are different problems and needs that there are: eye pain and hyperglycemia in case study no.1, meanwhile; case study no.2 lacks self-care skills when go back home and lacks a caregiver. The results of this study found that using nursing process and holistic care intergraded with DMETHOD discharge planning to assess the patients could help and reduce complication and anxiety of patients and relatives so that they are appropriately able to take care of themselves after discharge from hospital.

Keywords : Cataract, Nursing care for cataract surgery patients, High-risk cataract surgery

บทนำ

ต้อกระจก (Cataract) เป็นปัญหาทางจักษุ สาธารณสุขที่สำคัญอันดับหนึ่งของประเทศไทย ที่ทำให้ประชากรมีภาวะตาบอดและสายตาสีบอด โดยเกิดจากภาวะเลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้ปิดกั้นแสงไม่ให้ผ่านทะลุเข้าไปในลูกตาได้ ทำให้การมองเห็นลดลง ส่วนใหญ่เกิดในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สาเหตุมาจากความเสื่อมของเลนส์แก้วตาตามอายุ และสาเหตุอื่นๆ เช่น มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลอเลสเทอรอลสูง เป็นต้น รังสีอัลตราไวโอเลตตีตมแอลกอฮอล์ ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ ยาลดความไขมันบางชนิด เคยได้รับบาดเจ็บ หรือมีการติดเชื้อบริเวณตา โดยมีรายงานว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคต้อกระจกได้ 2- 4 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (ลักษณะพร, 2561) นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน เช่น ต้อหิน เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ยังส่งผลกระทบต่อทางอ้อมทำให้ความสามารถในการมองเห็นของผู้ป่วยโรคต้อกระจกลดลง จากเดิม การรักษาโรคต้อกระจกมีอยู่วิธีเดียว คือการผ่าตัดเอาเลนส์ที่เป็นต้อกระจกออกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม โดยใช้คลื่นเสียงที่มีความถี่สูง (Ultrasound) ทำให้เลนส์แตกและดูดออก วิธีนี้เรียกว่า “Phacoemulsification” ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดต้อกระจกสามารถเกิดได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอาจทำให้การมองเห็นลดลงได้แก่ post-operative endophthalmitis (การติดเชื้อหลังการผ่าตัด) expulsive suprachoroidal hemorrhage (ภาวะเลือดออกในชั้น suprachoroidal) bullous keratopathy (กระจกตาบวม) cystoid macular edema (ศูนย์กลางจอประสาทตาบวม) จอประสาท

ตาหลุดลอกและเลนส์แก้วตาเทียมหลุด (ลักษณะพร, 2561) ซึ่งการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวาน จะมีความเสี่ยงในการผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสมดุลในร่างกาย มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิด ที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล และมีผลต่อเนื่องกับการหายของแผลและการติดเชื้อ (อรรถนิจ สิงห์โกวิท, 2564) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีความเสี่ยงสูง หากต้องผ่าตัด ผู้ป่วยต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติก่อนผ่าตัด เพราะหากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

จากสถิติโรงพยาบาลระนอง ในช่วงปีงบประมาณ 2563- 2565 ผู้ป่วยโรคต้อกระจกได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมจำนวน 241, 287, และ 301 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคต้อกระจกมีภาวะโรคร่วมเบาหวาน 67, 79 และ 96 รายตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง, 2563- 2565) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีโรคร่วมเบาหวาน จำเป็นที่จะต้องให้การพยาบาลที่มีความยุ่งยาก และซับซ้อนมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา

ดังนั้น กระบวนการดูแลที่จะทำให้ลดความเสี่ยงดังกล่าว จึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลและประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ร่วมกับการใช้การวางแผนจำหน่ายแบบ DMETHOD เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีโรค

ร่วมเบาหวาน กรณีศึกษาเปรียบเทียบจากหลักฐานทางวิชาการ ผลการวิจัย และทฤษฎีต่างๆ ทั้งประเด็นที่เหมือนกันและต่างกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการดูแลผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่มีภาวะโรคเบาหวานร่วม เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดและเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมให้ปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโรคเบาหวานร่วม กรณีศึกษาผู้ป่วย จำนวน 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นการรายงานการศึกษาผู้ป่วย (Case Study) ผู้ป่วยต่อกระจก 2 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดและมีโรคร่วมเบาหวาน ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลระนอง ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ มกราคม ถึง กันยายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้จากแบบบันทึกทางการพยาบาล แบบบันทึกการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากญาติ การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะการวางแผนจำหน่าย

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็น

กรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจา ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างจะเป็นความลับ โดยการนำเสนอผลงานเป็นภาพรวมไม่มีการแสดงชื่อหรือสัญลักษณ์ที่ระบุตัวตน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง ตามรหัสเลขที่ PHRN 021/2565

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 75 ปีมาด้วย ตาขวามัวมองไกลเป็นหมอกๆ ไม่ปวดตา เป็นมา 1 ปี มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน 15 ปี และมีภาวะเบาหวานขึ้นตา ผลการตรวจความสามารถในการมองเห็น VA ตาขวาเท่ากับ 20/200 Ph 20/100-1 ความดันลูกตา 15 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะของตัวเลนส์นิ่ม (Soft Lens) แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจกชนิด Senile Cataract และถึงระยะต่อกระจกสุดต้องผ่าตัด โดยแพทย์นัดตรวจตาเป็นระยะและเตรียมความพร้อมการผ่าตัด วัดเลนส์ ล้างต่อน้ำตา ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือด เท่ากับ 138 mg% ผู้ป่วยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด แนะนำให้งดยาก่อนผ่าตัด 7 วัน แรกเริ่ม ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ตาขวามัวมองภาพไม่ชัด VA ตาขวาเท่ากับ 20/200 Ph 20/100 ความดันลูกตา 15 มิลลิเมตรปรอท วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/63 มิลลิเมตรปรอท พบน้ำตาลในกระแสเลือดสูง 132 mg% ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด

ขณะผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อนคือ Iris prolapse ปากแผลกว้างมีการเย็บแผล ปิดตาด้วย eye pad ครอบ eye child ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 5 นาที ด้วย หลังผ่าตัด มีอาการปวดตา และปวดศีรษะ ได้รับยาระงับปวด 1 ครั้ง วันที่ 1 หลังผ่าตัดส่งผู้ป่วยพบจักษุแพทย์เพื่อเปิดตา จากการตรวจพบกระจกตาบวม พบการฝ่อของม่านตาที่ย้อยออกมาขณะผ่าตัด เยื่อบุตาแดงเล็กน้อย ไม่พบเลือดออกในช่องหน้าม่านตา เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในเปลือกหุ้มแคปซูลด้านหลังดี ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตา เคืองตาเล็กน้อย วัดสายตา ตาขวา 1FC เพิ่ม 3%NaCl หยอดตาซ้าย วันละ 4 ครั้งและยังไม่อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 3 หลังผ่าตัด วัดสายตา ตาขวา 20/100 ความดันลูกตา 10 มิลลิเมตรปรอทเยื่อบุตาแดงเล็กน้อย กระจกตาบวมเล็กน้อย ไม่พบรูรั่วของแผลเย็บ ไม่พบเลือดออกในช่องหน้าม่านตา เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในเปลือกหุ้มแคปซูลด้านหลังดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 76 ปีมาด้วย ตาทั้ง 2 ข้างมัวมองไกลๆ เป็นหมอกมา 1 ปี 5 เดือนก่อนมาพบว่าตามัวมากขึ้น เป็นที่ตาขวามากกว่าตาซ้าย มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน 10 ปี ไม่มีภาวะเบาหวานขึ้นตา ผลการตรวจความสามารถในการมองเห็น VA ตาขวาเท่ากับ 2FC ความดันลูกตา 14 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิด Mature Cataract ถึงระยะต้อกระจกสุกต้องผ่าตัด โดยแพทย์นัดตรวจตาเป็นระยะและเตรียมความพร้อมการผ่าตัด วัดเลนส์ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเท่ากับ 101 mg% แรกรับ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ตาขวามัวมองภาพไม่ชัด VA ตาขวาเท่ากับ 2FC ความดันลูกตา 15

มิลลิเมตรปรอท วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/63 มิลลิเมตรปรอทระดับน้ำตาลในเลือด 98 mg% ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ขณะผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปิดตาด้วย eye pad ครอบ eye child หลังผ่าตัดไม่ปวดตา ไม่ปวดศีรษะ วันที่ 1 หลังผ่าตัดส่งผู้ป่วยพบจักษุแพทย์เพื่อเปิดตา จากการตรวจพบกระจกตาบวม เล็กน้อย เยื่อบุตาแดงเล็กน้อย ไม่พบเลือดออกในช่องหน้าม่านตา เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในเปลือกหุ้มแคปซูลด้านหลังดี ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตา เคืองตาเล็กน้อย วัดสายตา VA ตาขวา 20/40 Ph 20/30-3 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้รวมอยู่โรงพยาบาล 2 วัน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป อาการและอาการแสดง

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่1	กรณีศึกษาที่2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	75 ปี	76 ปี
การวินิจฉัยของแพทย์	Senile Cataract Right Eye	Mature Cataract Right Eye
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ตาขวามองไกลเป็นหมอก 1 ปี 6 เดือน มากมองไม่เห็น	ตาทั้ง 2 ข้างมัวมา1ปี ตาขวามองไม่เห็นภาพมา5เดือน
โรคประจำตัว	เบาหวาน(15ปี)	เบาหวาน(10ปี)
Fundus	Moderate NPDR	ไม่มี
Lens	NS0.5+CC (soft lens)	Mature Cataract
VA ตาขวา	ก่อนผ่าตัด 20/200ph20/100 หลังผ่าตัด 20/200-1	ก่อนผ่าตัด 2FC หลังผ่าตัด 20/40ph20/30-3
ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด	Blindness Right Eye	Blindness Right Eye
FBS	วันAdmit 138 mg% ก่อนผ่าตัด 132 mg%	วันAdmit 101 mg% ก่อนผ่าตัด 98 mg%
การผ่าตัด	Phacoemulsification with IOL	Phacoemulsification with IOL
ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด	Iris-prolapse	ไม่มี
ปัญหาหลังผ่าตัด	มีกระจกตาบวม	ไม่มี
ระดับความปวดตา	ก่อนผ่าตัด NRS 0 คะแนน หลังผ่าตัด NRS 3-4 คะแนน	ไม่ปวดตา
จำนวนวันนอน	4 วัน	2 วัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวินิจัยการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่อกระเจกที่มีภาวะเบาหวาน
แบ่งเป็นระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและวางแผนจำหน่าย 2 กรณีศึกษา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
ระยะก่อน การผ่าตัด	1. เสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และเดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตา เลือนราง	1. เสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และเดินชนสิ่งของ เนื่องจากมีภาวะสายตา เลือนราง	1. แนะนำสถานที่ โต๊ะหัวเตียงอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายใน หอผู้ป่วย รวมทั้งการใช้ ห้องน้ำห้องส้วม การใช้สัญญาณขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ 2. ปรับระดับเตียงให้ต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ขึ้นลงเตียงได้สะดวกปลอดภัยเพื่อป้องกันการ เลื่อนของเตียงขณะขึ้นลงเตียง 3. อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ 1 คน สอนวิธีการใช้ เหล็กกันเตียงแกนวาดเตียงไม้กันเตียงทุกครั้งขึ้น เมื่อนอนพักผ่อน เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียงได้ 4. ดูแลจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัย ได้แก่ดูแลพื้นห้องและห้องน้ำผู้ป่วยไม่ให้เปียกชื้น จัดสิ่งกีดขวางที่จะเป็นอันตรายกับผู้ป่วยดูแลให้ มีแสงสว่างเพียงพอ 5. จัดของใช้ที่จำเป็นของผู้ป่วยไว้ใกล้มือ หยิบ ใช้ได้ง่าย ไม่ให้ใช้ของมีคมและไม่วางของมีคมไว้ ใกล้ 6. แนะนำไม่เร่งรีบผู้ป่วยในขณะที่ทำกิจวัตร ประจำวัน ให้ญาติช่วยดูแลใกล้ชิดขณะทำ กิจกรรม 7. แนะนำไม่ให้ปิดไฟในห้องผู้ป่วย ควรเปิดไฟ หรือที่หัวเตียงผู้ป่วยไว้ 8. ตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	2. วิตกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดและการมองเห็นหลังผ่าตัด	2. วิตกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองก่อนผ่าตัดและการมองเห็นหลังผ่าตัด	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ผู้ดูแล โดยเข้าไปพูดคุยใช้เวลาและความเป็นกันเองกับผู้ป่วย ตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาล โดยการพูดคุยซักถามและสังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของผู้ป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย 3. แนะนำสภาพแวดล้อมที่เตียง และเครื่องใช้ต่างๆ 4. ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลว่ามีพยาบาลดูแลใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง 5. ประเมินวิธีการเผชิญความเครียด และแนะนำการจัดการความเครียด เช่น การฝึกลมหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การทำสมาธิและการสวดมนต์ตามวิถีพุทธศาสนา 6. ให้ความรู้การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก
	3. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการการผ่าตัด	3. เสี่ยงต่อการไม่พร้อมในการการผ่าตัด	1. ประเมินความรู้ ความสามารถในการรับรู้การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด พร้อมตอบข้อซักถาม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาาระงับความรู้สึก 2. ติดตามประวัติแพ้ยา ผลการตรวจก่อนการผ่าตัด เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการล้างท่อน้ำตา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			3. ให้ฝึกนอนคลุมโปงเพราะขณะผ่าตัดจะใช้ผ้าสะอาดคลุมปิดส่วนต่างๆของร่างกายเหลือเพียงแต่ตาข้างที่จะผ่าตัดเพราะถ้าไม่ฝึกมา ก่อนอาจทำให้เครียด หายใจไม่สะดวก และไม่ให้ความร่วมมือขณะผ่าตัด 4. เตรียมร่างกายผู้ป่วยโดยทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ตามแผนการรักษา เช่น ฟอกหน้าด้วยน้ำยา Hibiscrub 15 cc ดูแลความสะอาดทั่วไป เช่น สระผม ตัดเล็บ เช็ดสีเล็บ อาบน้ำหรือเช็ดตัวเข้าวันผ่าตัด ทำความสะอาดปากและฟัน ให้อาหารย่อยยาละลายลิ่มเลือด ยาหยุดตาอื่นๆ ยารับประทานตามแผนการรักษา
	4. มีภาวะ Hyperglycemia	-	1. อธิบายภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงที่อาจเกิดกับผู้ป่วย 2. แนะนำให้ผู้ป่วยควบคุมการรับประทาน อาหารประเภทแป้งและน้ำตาลอย่างเคร่งครัด 3. ติดตามวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดจาก DTX ก่อนอาหารมื้อเช้าและเย็น และก่อนส่งผ่าตัด 4. สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำตาลในเลือดสูง 5. ปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ป่วยรับประทานยาเดิมต่อเนื่อง
ระ ยะ ห ลั ง ผ่าตัด	1. ไม่สุขสบาย : ปวดตาเนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด		1. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด 2. จัดสภาพแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวนมากเกินไป เช่น เสียง แสง

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			3.ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พร้อมประเมินหลังให้ยา ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นเพิ่ม เช่น ปวดตา รุนแรง น้ำตาไหล
	2. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะติดเชื้อภายในลูก ตา(Endophthalmitis)	1. เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะติดเชื้อภายในลูก ตา (Endophthalmitis)	1.แนะนำวิธีการทำความสะอาดใบหน้าโดยไม่ให้ น้ำเข้าตาข้างที่ ผ่าตัด 2.ให้การปฏิบัติตามพยาบาลทุกขั้นตอนด้วยวิธี ปลอดเชื้อ ล้าง มือให้สะอาดทุกครั้ง 3.แนะนำผู้ป่วยให้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิด ได้ เช่น ปวดตาอย่างรุนแรง กินยาแก้ปวดแล้วไม่ ดีขึ้น มีอาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ 4.เช็ดตา sterile ดูแลให้รับยาปฏิชีวนะตาม แผนการรักษา 5.อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการ ติดเชื้อเพราะ การติดเชื้อที่รุนแรงควบคุมไม่ได้ อาจทำให้ตาบอดได้
	3. เสี่ยงต่อภาวะความ ดันภายในลูกตาสูง	2. เสี่ยงต่อภาวะความ ดันภายในลูกตาสูง	1. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัด ให้นอนพักบนเตียง 4-6 ชั่วโมง 2. หลีกเลี่ยงการไอหรือจามแรงๆ การก้มศีรษะ ต่ำกว่าเอว เพราะจะเพิ่มแรงดันมากขึ้น 3.แนะนำหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายมากๆ ในการแบ่ง ถ่ายอุจจาระ การสั่งน้ำมูกๆ ขณะแปรงฟัน 4. กรณีความดันลูกตาสูง ให้การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ให้ยาลดความดันลูกตาตามแผนการรักษา

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
	4. เสี่ยงต่อภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens Dis-locate)	3. เสี่ยงต่อภาวะเลนส์แก้วตาเทียมเคลื่อน (Intraocular lens Dis-locate)	1. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับตาข้างที่ผ่าตัดให้นอนพักบนเตียง 4-6 ชั่วโมง 2. แนะนำหลีกเลี่ยงการออกแรงมากๆ ในการเบ่งถ่ายอุจจาระ การสั่งน้ำมูกๆ ขณะแปรงฟัน และไม่กั้นหน้าต่ำกว่าเอว 3. หลังการผ่าตัด 2 เดือนแรก ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เช่น การกระโดด ไม่ควรยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม หรือทำงานหนักที่อาจกระทบ กระเทือนถึงตาได้ เช่น ขุดดิน ชักผ้า ดำน้ำพริก เป็นต้น
	5. เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia Hypoglycemia	4. เสี่ยงต่อภาวะ Hyperglycemia Hypoglycemia	1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดเข้าวันผ่าตัดทุกราย โดยตรวจ DTX ควรอยู่ระหว่าง 80-200 mg%9 2. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนี้ จะมีอาการสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ชีต หิว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลงสับสน อาจหมดสติได้ 3. แนะนำสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ดังนี้ มีอาการปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ หอบ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและหมดสติได้
ระยะเตรียมจำหน่าย	1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	1. ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การขอความช่วยเหลือ

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			2. สอน สาธิต การเช็ดตา การหยอดอย่างถูกวิธี และญาติ และประเมินผล 3. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านตามหลัก D METHOD ดังนี้ D : Disease ให้ความรู้เรื่องโรคต่อกระจกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับแก่ผู้ป่วยและญาติโดยเฉพาะพยากรณ์โรค การคาดการณ์ การมองเห็นหลังผ่าตัด ข้อดี ข้อเสียตามชนิดการผ่าตัดนั้นๆ และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย M : Medication แนะนำการใช้ยาอย่างกลับบ้านอย่างละเอียด แนะนำการหยอดตาที่ถูกต้อง ขั้นตอนการล้างมือก่อนหยอดตาทุกครั้ง การเก็บรักษา การเช็ดตา การสังเกตอาการผิดปกติ หลังจากการหยอดตา เช่น ตาบวม ตาแดง มีขี้ตา มากขึ้น ใ้รับหยดยาและมาหาแพทย์ทันที รวมถึงการครอบตาหรือการใส่แว่นตา ห้ามให้ผู้อื่นใช้ร่วมด้วย ให้หยอดตามแพทย์สั่ง การเก็บยาหยอดตาควรเก็บไว้ในที่แห้งและเย็น วางให้พ้นมือเด็ก ไม่ควรซื้อยามาใช้เอง E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้เหมาะสมกับสภาพการมองเห็น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินซึ่งอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ และทำความสะอาดให้ปราศจากฝุ่นหรือควันให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล และการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			T : Treatment อธิบายชนิดการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับและผลลัพธ์การมองเห็น ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องระวัง เช่น การติดเชื้อ ความดันลูกตาสูง เลนส์แก้วตาเคลื่อน H : Health - แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ให้ใช้ผ้าชุบน้ำบิดหมาดๆ เช็ดอย่างเบามือและคอยระวังไม่ให้น้ำเข้าตา - สอนสาธิตการเช็ดตา หยอดตา ป้ายตา การครอบตา - แนะนำเวลาแปรงฟัน เบาๆ ไม่สั่นศีรษะไปมา - ห้ามขยี้ตา อ่านหนังสือ ดูทีวีและภาพยนตร์เป็นเวลานานในระยะหลังผ่าตัด - แนะนำให้ครอบ Eye shield ก่อนนอนทุกคืนเพื่อป้องกันการกระแทกกระแทกเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน - ไม่ควรให้ท้องผูก ดังนั้นพยายามรับประทานผัก ผลไม้ เป็นประจำ - แนะนำผู้ป่วยหลีกเลี่ยงของหนัก หรือกัมหนัานานๆ - สระผมได้ถ้าคันศีรษะ โดยให้ผู้อื่นสระให้ ไม่เกาแรงและระมัดระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าตาข้างที่ผ่าตัด O : Out patient แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดทุกครั้ง โดยดูวัน เวลาและสถานที่ให้ชัดเจน ให้ไปนัดตรวจหรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล			การพยาบาล
การวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	
			ต่อเนื่องในชุมชนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อหลังการผ่าตัดตาการที่ต้องปรึกษาแพทย์โดยด่วน ปวดตามากขึ้น กินยาแก้ปวดแล้วไม่หายตามัวลง มีขี้ตา D: Diet แนะนำเรื่องโภชนาการให้สามารถรับประทานอาหารได้ทุกอย่าง หลีกเลี่ยงของแข็งของเหนียวที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากๆ
		2. ผู้ป่วยขาดทักษะในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านไม่มีคนดูแล	1. ประเมินความพร้อมในการปฏิบัติตัวและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สภาพแวดล้อมที่บ้าน สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้การขอความช่วยเหลือ 2. ส่งต่อข้อมูลการดูแลกับทีมต่อเนื่อง 3. ประสานขอความช่วยเหลือจากภาคีเครือข่ายบริการในพื้นที่

อภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการเกิดโรคคล้ายกันคือผู้ป่วยทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุซึ่งต่อกระจกส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมตามอายุ ต่อกระจกที่เกิดจากความชรา พบได้ร้อยละ 70 ของคนที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (ดิเรก, 2552) และมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ภาวะต่อกระจกในผู้ป่วยเบาหวานพบได้ 2-4 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน (ลักษณะพร, 2561) ได้รับการผ่าตัด Phacoemulsification with IOL เหมือนกัน เนื่องจากวิธีนี้แผลเล็ก ภาวะแทรกซ้อนพบน้อย ส่วนที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาพร้อมกับภาวะต่อกระจก ทำให้

ต่อกระจกนี้ เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัดคือ Iris prolapse ต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคเบาหวานแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พบว่า กรณีศึกษาที่ 1 และที่ 2 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 8 ข้อ กรณีศึกษาที่ 1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพิ่มขึ้น 2 ข้อ คือ 1.ปวดตา เนื่องจากมีการบาดเจ็บ ของเนื้อเยื่อหลังผ่าตัด เนื่องจากการปวดตาหลังผ่าตัด จะเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน และเป็น

ปัญหาลำดับแรกที่ผู้ป่วยเผชิญเมื่อหมดฤทธิ์ยาชาเฉพาะที่ ซึ่งผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 80 จะมีความเจ็บปวดระดับปานกลางถึงมาก หลังจากนั้นความปวดจะค่อยๆ บรรเทาตามระยะเวลา (รัตนปทุมวงศ์, 2557) เช่นเดียวกับผู้ป่วยรายที่ 1 ภายหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมงมีอาการปวดตา ระดับความปวดปานกลาง ได้รับยาบรรเทาความปวด 1 ครั้ง และอาการทุเลาลง ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังผ่าตัด ไม่มีอาการปวด 2. มีภาวะ Hyperglycemia ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้เช่นเดียวกับคนปกติ แต่การผ่าตัดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสมดุลในร่างกาย มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาล และมีผลต่อเนื่องกับการหายใจของแผลและการติดเชื้อ ดังนั้น ก่อนเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยควรมีการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติเสียก่อนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (อุยฺหิณี, 2564)

การพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ระยะวางแผนจำหน่าย ในระยะก่อนผ่าตัด พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูล ประเมินผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้ครอบคลุมปัญหา ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะมีความวิตกกังวล และความเครียดเกิดจากความไม่มั่นใจในความไม่แน่นอนของสถานการณ์การผ่าตัด กลัวสูญเสียอวัยวะและการทำหน้าที่ของอวัยวะบางส่วน ดังนั้นการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อกระจก ควรเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด มากกว่าการอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคเพียงอย่างเดียว(เอื้องพรและคณะ, 2554)

ระยะหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย จะเป็นการเพิ่มโอกาสของการติดเชื้อมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน พบว่าการติดเชื้อภายในลูกตาของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกส่วนใหญ่มีโรคร่วมเบาหวาน(วัฒน์และคณะ, 2536) ทั้ง 2 กรณีศึกษามีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง แต่กรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลต้องใช้ความรู้และความละเอียดในการเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อภายในลูกตา (Endophthalmitis) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เน้นการล้างมือ และการหยอดตาอย่างเคร่งครัด ตรงเวลา ให้การพยาบาลอย่างครบถ้วนและถูกต้องตามมาตรฐาน ระยะวางแผนจำหน่าย พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เน้นเรื่องความสะอาด สอนการเช็ดตา หยอดตาอย่างถูกวิธี และหยอดตาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันทีรวมถึงการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ผลการดูแลกรณีทั้ง 2 รายปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งที่ 1 ตรวจวัดสายตา ตาขวา 20/200 with pin hole 20/100-1 มาตรวจตามนัดครั้งที่ 2 ตรวจวัดสายตา ตาขวา 20/200 with pin hole 20/100-1 แพทย์วางแผนส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อทำ IVT กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดครั้งที่ 1 ตรวจวัดสายตา ผู้ป่วยมองเห็นชัดขึ้นกว่าเดิม ตรวจวัดสายตา ตาขวา 20/70+2 ph 20/40+2

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ

2. ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านตา (จอประสาทตา) มีการจัดทำเผยแพร่เกี่ยวกับความรุนแรงของเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานตระหนักถึง และสามารถปรับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

3. การดูแลผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมด้วย ควรดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการประเมินปัญหาความต้องการการวางแผนและดูแลอย่างรอบด้าน ได้แก่ จักษุแพทย์ อายุรแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักโภชนาการ ทีม Home health care

4. ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีภาวะโรคเรื้อรัง

ร่วมด้วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มักมีปัญหาในการรับรู้ และการจดจำ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการสนับสนุนให้ ความรู้แก่ญาติผู้ดูแล ตามความสามารถ การรับรู้ และความพร้อมของญาติ ซึ่งจำเป็นต้องมีการประสานงาน และการติดต่อสื่อสารที่เป็นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจของญาติในการดูแลผู้ป่วย การผลิตคู่มือหรือสื่อที่ช่วยพัฒนาการเรียนรู้ของญาติก็เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ญาติสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติตาม ได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญตา เกิดชูชื่นและสุจินดา ริมศรีทอง.(2540). การพยาบาลจักษุวิทยาเล่ม1. กรุงเทพมหานคร :โรงพิมพ์ธรรมสาร
- งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ.(2556).โรคของแก้วตา.ตำราจักษุวิทยาสำหรับนิสิตแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จักรี หิริญแพทย์.(2557).Lens and Cataract .สืบค้นจาก. <https://www.scribd.com/document/22143465/Lens-and-Cataract>
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. (2554).แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพรส จำกัด
- ดิเรก ผาติกุลศิลา.(2552). โรคต้อกระจก (Cataract). ในสมสงวน อัญญคุณ, ประภัสสร ผาติกุลศิลา, นภาพร คณานุวัฒน์, ดิเรก ผาติกุลศิลา, และเกษรา พัฒนพิฑูรย์,โรคตาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ(หน้า 93 -106). เชียงใหม่: ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พรศิริ พันธสี.(2555).กระบวนการพยาบาล &แบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ : บริษัทพิมพ์อักษร จำกัด.
- ลักษณะพร กรุงไกรเพชร.(2561). ต้อกระจกในผู้ป่วยเบาหวาน. บุรพาเวชสาร,95-103

วัฒนา ศรีจันทร์.(2556) การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูงร่วมกับผ่าตัดต้อหิน

ที่มีภาวะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง:กรณีศึกษา.วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4,142-146
วัฒน์ย์ เย็นจิตร ประธาน เลิศมิ่งมลชัย สมชาย สมัยพรดารณ ทวีทรัพย์ สุภัญญา พัทธกิจศิริพรรณ.(2536)

Postoperative endophthalmitis ในโรงพยาบาลลำปาง. จักษุวารสาร,167-87

วรัทพร จันทร์ลลิต.(2559) ภาวะแทรกซ้อนทางตาจากโรคเบาหวาน.วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Journal of Medicine and Health Science),36-43

ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง(2562-2565) รายงานผู้ป่วยต้อกระจก.ระนอง.ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง
เสาวนิตย์ กมลวิทย์ และปิ่นอนงค์ รัตนปทุมวงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกด้านการจัดการ
ความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด โรงพยาบาลระนอง.วารสารกองการพยาบาล,23-40.

อยุธยา สิงห์โกวิท.(2564). โรคเบาหวานกับการผ่าตัด. สืบค้นจาก https://www.phyathai.com/article_detail/3564/th/โรคเบาหวานกับการผ่าตัด

เอื้องพร พัทธกิจสังข์, จุฑาไลตันทเทิดธรรม, สุภัญญา ศุภฤกษ์, และอรทัย วรานุกุลศักดิ์.(2554).การศึกษา
ความวิตกกังวลความเครียด และความต้องการข้อมูล ของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดทางตาแบบ
ผู้ป่วยนอก.วารสารศิริราช,35-41.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (WMSDs)

ของพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาล อ.เมือง จ.ระนอง

Factors Associated with Work Related Musculoskeletal Disorders among Garbage

Collectors of Municipality in Muang District Ranong Province.

วรฉัตร คงเทียม

Worachat Kongtiam

โรงพยาบาลระนอง

Ranong Hospital

บทคัดย่อ

ปัจจัยทางด้านการยศาสตร์เป็นปัจจัยคุกคามทางด้านสุขภาพในพนักงานเก็บขยะ ซึ่งส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อของพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลจังหวัดระนอง ประชากรเป็นพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลอำเภอเมืองจังหวัดระนอง จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงานกับอาการ WMSDs โดยใช้สถิติ Chi-Square test ผลการวิจัยพบว่า อัตราความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ของพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดระนอง เท่ากับ ร้อยละ 100 และอัตราความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา เท่ากับ ร้อยละ 72.54 โดยอัตราความชุกของอาการ WMSDs ทั้งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาและในรอบ 7 วันที่ผ่านมา เกิดขึ้นบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด เมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกาย ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย ปัจจัยงาน ได้แก่ การทำงานที่ต้องออกแรงมาก และอายุการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พนักงานเก็บขยะมีความชุกของอาการ WMSDs เกิดขึ้นบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุด จึงควรมีการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังอาการ WMSDs โดยนำผลการศึกษาปัจจัยบุคคล ปัจจัยงานมาปรับใช้ในการพัฒนา

คำสำคัญ : อาการ WMSDs, พนักงานเก็บขยะ

Abstract

Ergonomics health hazard in garbage collectors lead to Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs). This research aimed to examine prevalence of Work Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs) and determine factors associated with WMSDs among garbage collectors of Municipality in Muang District Ranong Province. This research was collected the data from one hundred and two subjects of garbage collectors by multi-stage sampling. The instrument was interview form. Frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-square test associated with factors and WMSDs were used for data analysis. The results showed that in the last six months, prevalence of WMSDs was 100 percent and in the last seven days, prevalence of WMSDs was 72.54 percent. Both last six months, work was disturbed, and the last seven days, prevalence of WMSDs was mostly at the low back pain (LBP). The finding of hypothesis test showed that personal factors were age, smoking and physical activity, and job factors were force job and work experience were statistically associated with WMSDs of LBP in the last six months ($p\text{-value} < 0.05$). Prevalence of WMSDs among garbage collectors was mostly at the low back pain. The results would be developed for a model on WMSDs Surveillance among garbage collectors.

Keywords : WMSDs, Garbage collectors

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นสาเหตุเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของปริมาณขยะมูลฝอยทุกปีตามอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรการขยายตัวทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการอุปโภคบริโภคของประชาชน (ปิยชาติ ศิลปะสุวรรณ, 2557) จากการรวบรวมข้อมูลในปี 2561 ข้อมูลปริมาณขยะทั่วประเทศ พบว่ามีปริมาณ 27.37 ล้านตันหรือ 32,022 ตันต่อวัน โดยเพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2560 ร้อยละ 22 ที่มีปริมาณ 9.57 ล้านตัน รวมถึงมีขยะมูลฝอยที่ถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ 8.51 ล้านตัน หรือ

23,319 ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 31 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนทั้งหมด เพิ่มขึ้นจาก พ.ศ. 2560 ร้อยละ 47 ที่มีปริมาณ 5.81 ล้านตัน ทำให้มีปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกนำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง มีปริมาณ 7.17 ล้านตัน หรือ 19,656 ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 26 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนทั้งหมด ลดลงจาก พ.ศ. 2560 ร้อยละ 39 (กรมควบคุมมลพิษ, 2561) ปัญหาวิกฤตการจัดการขยะเป็นปัญหาสำคัญที่รัฐบาลกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติซึ่งตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้กำหนดให้การจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยในเขตราชการส่วนท้องถิ่นให้เป็นอำนาจหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น

นั้นเทศบาลแต่ละแห่งจึงมีหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเองโดยหลักการจัดการขยะมูลฝอยคือต้องดำเนินการเกี่ยวกับขยะตั้งแต่เก็บรวบรวมการขนส่งและการกำจัดบุคลากรในการเก็บขนและกำจัดขยะประกอบด้วยพนักงานประจำรถพนักงานเก็บขยะพนักงานกวาดถนนและพนักงานประจำสถานที่กำจัดขยะซึ่งบุคคลเหล่านี้เสี่ยงต่อการสัมผัสปัจจัยอันตรายที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (พิรพงษ์ จันทราเทพและคณะ, 2553) คนที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายและเชื้อโรคจากขยะมากที่สุดคือพนักงานเก็บขยะเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ต้องสัมผัสกับขยะทุกวัน (ปิยนุช พุทธรรมและคณะ, 2553)

อาชีพพนักงานเก็บขยะเป็นงานที่ต้องอยู่กับขยะและสิ่งปฏิกูลจำนวนมากมีโอกาสได้รับอันตรายจากสิ่งสกปรกที่มาพร้อมกับขยะจากการสัมผัสทางผิวหนังและทางเดินหายใจ (อรัญ ขวัญปานและคณะ, 2555) นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านการยศาสตร์ยังเป็นปัจจัยคุกคามทางด้านสุขภาพและก่อให้เกิดอันตรายทางด้านการยศาสตร์อันเกิดจากท่าทางการทำงานการใช้แรงกายและสภาพแวดล้อมทำงานที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อที่ตำแหน่งต่างๆ ได้ตั้งแต่คออย่างคส่วนบนลำตัวจนถึงรยางค์ส่วนล่างซึ่งลักษณะงานของพนักงานเก็บขยะนั้นจะต้องยกถังขยะที่มีน้ำหนักมากทำซ้ำเป็นประจำทุกวัน (พิรพงษ์ จันทราเทพและคณะ, 2554) และท่าทางในการทำงานที่ไม่ถูกต้องขณะยกถังขยะเทใส่ท้ายรถเก็บขยะเป็นระยะๆ ตลอดช่วงเวลาปฏิบัติงานและการโดยสารรถด้วยวิธีการยืนห้อยโหนหรือนั่งบริเวณท้ายรถเก็บขนขยะทำให้เสี่ยงต่อการบาดเจ็บและความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อบริเวณหลังแขนและขา (วิราภรณ์ ทองยัง, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานเก็บขยะในประเทศเดนมาร์กพบว่าพนักงานเก็บขยะมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บกระดูกหักเป็น 3.1 เท่าปวดกล้ามเนื้อ 8.1 เท่าเกิดบาดแผลฉีกขาด 3.8 เท่าและการบาดเจ็บเนื้อเยื่อต่างๆ 7.6 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรอาชีพอื่นๆ (Schriftenreihe & Boden, 2009) ในประเทศไทยมีการศึกษาในจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่าความชุกของความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อในรอบ 7 วันที่ผ่านมาและในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 73.8 และร้อยละ 90.0 ตามลำดับเมื่อพิจารณาตำแหน่งของร่างกายความชุกของความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อสูงสุดที่ตำแหน่งของหลังส่วนล่างคือร้อยละ 77.5 (พิรพงษ์ จันทราเทพและคณะ, 2553 ในสาลิ อินทร์เจริญและคณะ, 2560) ส่วนการศึกษาในเขตเทศบาลจังหวัดนครปฐมพบว่าพนักงานเก็บขยะมีอาการเจ็บป่วยที่ได้รับจากการปฏิบัติงานคืออาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร้อยละ 58.0 (ศิริพรรณ ศิริสกุล, 2554) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ (WMSDs) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านกายภาพและปัจจัยเสี่ยงด้านจิตวิทยาทางสังคม ส่วนปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกายการสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย การตั้งครุภัณฑ์การได้รับอุบัติเหตุ และระยะเวลาในการทำงาน (สุวินันท์ ทวีพิริยะจินดา, 2558) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเขตเทศบาลนครตรังที่พบอัตราความชุกของความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดตรัง เท่ากับ ร้อยละ 100 และอัตราความชุก

ของความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อในช่วง 7 วันที่ผ่านมาของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดตรัง เท่ากับ ร้อยละ 62.8 ทั้งนี้พบว่า อัตราความชุกของความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อทั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและ 7 วันที่ผ่านมารบวนการทำงานและส่งผลกระทบต่อการทำงานและเจ็บบริเวณหลังส่วนล่างสูงที่สุดเมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่นของร่างกาย (สาลี อินทร์เจริญและคณะ, 2560)

จังหวัดระนองมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในรูปแบบเทศบาลจำนวน 12 แห่งในปี 2562 ข้อมูลปริมาณขยะในจังหวัดระนองมีปริมาณ 68,174.60 ตัน (สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดระนอง, 2562) เป็นจังหวัดที่มีคะแนนสูงเป็นลำดับที่ 10 ซึ่งมีค่าคะแนน 47.05 ที่มีวิกฤตปัญหาด้านการจัดการขยะมูลฝอย คือเป็นจังหวัดที่มีปัญหาในเรื่องของการเก็บขนขยะมูลฝอย การกำจัดขยะมูลฝอยที่ไม่ถูกต้องและปริมาณขยะมูลฝอยสะสมมีพนักงานเก็บขยะที่ปฏิบัติงานทั้งหมด 102 คน จากสถิติการลาป่วยของพนักงานเก็บขยะของเทศบาลจังหวัดระนองในปี 2561 และปี 2562 พบร้อยละ 26.4 และ 28.1 ตามลำดับ ซึ่งลาป่วยด้วยอาการปวดเมื่อยในระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงาน (กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมืองระนอง, 2562) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตของพนักงานเก็บขยะ จะเห็นได้ว่ามีผู้ประกอบการอาชีพจำนวนมากที่เสี่ยงต่อความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในเรื่องนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลความชุกของความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะที่จะนำไปสู่การส่งเสริม

ป้องกันและลดอัตราการเกิดความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ประกอบอาชีพเก็บขยะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ (WMSDs) ของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ (WMSDs) ของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

- เพศ
- อายุ
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
- ค่าดัชนีมวลกาย
- โรคประจำตัว
- การสูบบุหรี่
- การดื่มแอลกอฮอล์
- การออกกำลังกาย

ปัจจัยด้านการทำงาน

- การทำงานที่ต้องออกแรงมาก
- ลักษณะงานที่ต้องออกแรงมาก
- ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม
- ลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม
- ท่าทางการทำงาน
- การทำงานซ้ำๆ
- ระยะเวลาในการทำงาน
- อายุการทำงาน
- ตำแหน่งงาน

ความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อ จากการทำงาน (WMSDs) ของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนอง

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามโดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อตามหลักการของการยศาสตร์ (สสิธร เทพตระการพร, 2555) และแบบสอบถามตามมาตรฐานนอร์ดิก (Standardized Nordic Questionnaire; SNQ) (สุวินันท์ ทวีพิริยะจินดา, 2558) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ปัจจัยงานและความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือน มีนาคม พ.ศ. 2563

ประชากร ของงานวิจัยในครั้งนี้ คือพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนอง จำนวน 102 คน โดยเก็บข้อมูลทุกคน

เครื่องมือใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดปัจจัยเสี่ยงต่อความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อตามหลักการของการยศาสตร์ (สสิธร เทพตระการพร, 2555) และแบบสอบถามตามมาตรฐานนอร์ดิก (Standardized Nordic Questionnaire; SNQ) (สุวินันท์ ทวีพิริยะจินดา, 2558) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยบุคคล ปัจจัยงาน และความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ ผ่านการตรวจคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (Try-Out) จำนวน 30 คน โดยศึกษาในพื้นที่ที่มีลักษณะทางประชากรใกล้เคียงกัน คือพนักงานเก็บขยะในเขตเทศบาล อ.เมือง

จ.ชุมพร แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient of Alpha) พบว่ามีค่า Reliability เท่ากับ 0.79 โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน จำนวน 17 ข้อ โดยได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลของอาการความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อจำแนกตามตำแหน่งของร่างกาย จำนวน 13 ข้อ โดยได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยการทำงาน ประกอบด้วย ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ท่าทางการทำงานซ้ำซาก การทำงานที่ต้องออกแรงมาก ข้อมูลของอาการ WMSDs ข้อมูลอาการบาดเจ็บ โครงร่างกล้ามเนื้อวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงานกับอาการ WMSDs วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าไคสแควร์ (Chi-Square test) และ Fisher's exact test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการ

พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดระนอง เอกสารรับรองที่ COA_
PHRN 16/2562.1512 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2562

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามลักษณะข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (N = 102)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		102	100
อายุ			
21 -34 ปี		32	31.37
35- 44 ปี		18	17.65
45 - 60 ปี		52	50.98
$\bar{X} = 46.19$	S.D. = 10.28	Min = 21	Max = 60
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
9,000 – 11,999 บาท		86	84.31
12,000 บาท ขึ้นไป		16	15.69
$\bar{X} = 10,862.47$	S.D. = 1,298.72	Min = 9,000	Max = 21,000
ดัชนีมวลกาย (BMI)			
15.35 - 18.49		10	9.80
18.50 - 22.99		39	38.24
23.00 - 31.64		53	51.96
$\bar{X} = 25.23$	S.D. = 3.84	Min = 15.35	Max = 31.64
โรคประจำตัว			
ไม่มี		78	76.47
มี		24	23.53

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (N = 102)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่			
ไม่เคยสูบ		10	9.80
สูบ		84	82.36
สูบแต่เลิกแล้ว		8	7.84
การดื่มแอลกอฮอล์			
ไม่ดื่ม		30	29.41
ดื่ม		72	70.59
การออกกำลังกาย			
ไม่ออก		60	58.82
ออก		42	41.18

จากตารางที่ 1 พบว่า ประชากร ทุกคนเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 46-60 ปี ร้อยละ 50.98 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.47 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 82.36 ดื่มแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 70.59 และไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 58.82

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการทำงาน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน

ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน (N = 102)	ร้อยละ
การทำงานที่ต้องออกแรงมาก		
ไม่ใช้	4	3.92
ใช้	98	96.08
ลักษณะงานที่ต้องออกแรงมาก*(n= 98)		
ยกของหนัก	97	98.98
ลากของหนัก	72	73.47
เข็นของหนัก	41	41.84
ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม		
ไม่ใช้	0	0

ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน	จำนวน (N = 102)	ร้อยละ
ใช่	102	100.00
ลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม*		
ทำงานในท่าเดิมซ้ำๆ ในระยะเวลามากกว่า 3 ชั่วโมง/วัน	98	96.08
มีการยกหรือเคลื่อนย้ายวัตถุ	96	94.12
มีการเอียงหรือหมุนตัวผิดท่าทาง	84	82.35
ท่าทางการทำงาน		
นั่งติดต่อกันเป็นเวลานาน	14	13.73
ยืนติดต่อกันเป็นเวลานาน	85	83.33
นั่งสลับยืนพอๆ กัน	3	2.94
การทำงานซ้ำๆ		
ไม่ใช่	0	0
ใช่	102	100.00
ลักษณะการทำงานซ้ำๆ*		
ศีรษะและลำคอ	36	35.29
ไหล่	74	72.55
แขน ต้นแขน	86	84.31
มือและนิ้วมือ	99	97.06
ลำตัวและหลัง	72	70.59
ขาและเท้า	65	63.73
ระยะเวลาในการทำงาน		
18-24 ชั่วโมง/สัปดาห์	27	26.47
25-48 ชั่วโมง/สัปดาห์	75	73.53
$\bar{X} = 24.48$ S.D = 7.56	Min = 18	Max = 48

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามปัจจัยด้านการทำงาน (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยด้านการทำงาน		จำนวน (N = 102)	ร้อยละ
อายุการทำงาน			
1-5 ปี		24	23.53
6-9 ปี		21	20.59
10-19 ปี		36	35.29
20 ปีขึ้นไป		21	20.59
$\bar{X}$ = 13.52	S.D. = 8.60	Min = 1	Max = 26
ตำแหน่งงาน			
เก็บขยะขึ้นรถ		67	65.69
รับขยะบนรถ		35	34.31

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชากร ส่วนใหญ่มี
การทำงานที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 96.08 ลักษณะ
งานที่ต้องออกแรงมาก คือ ยกของหนัก ร้อยละ 98.98
รองลงมาเป็นลากของหนักและเข็นของหนัก ร้อยละ
73.47 และ 41.84 ตามลำดับ มีท่าทางการทำงานที่ไม่
เหมาะสมร้อยละ 100 ลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่
เหมาะสมคือทำงานในท่าเดิมซ้ำๆ ในระยะเวลา
มากกว่า 3 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 96.08 รองลงมามีการ
ยกหรือเคลื่อนย้ายวัตถุและมีการเอียงหรือหมุนตัว
ผิดท่าทาง ร้อยละ 94.12 และ 82.35 ตามลำดับ ส่วน
ใหญ่มีท่าทางการทำงานในลักษณะยืนติดต่อกันเป็น

เวลานานร้อยละ 83.33 โดยมีการทำงานซ้ำๆ
ร้อยละ 100.0 ลักษณะการทำงานซ้ำๆ จะเกิดบริเวณ
มือและนิ้วมือสูงถึงร้อยละ 97.06 รองลงมาคือบริเวณ
แขน ต้นแขน, ไหล่, ลำตัวและหลัง ร้อยละ 84.31,
72.55 และ 70.59 ตามลำดับมีระยะเวลาการทำงาน
25 - 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 73.53 โดยมีระยะ
เวลาการทำงานเฉลี่ย 24.4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่มีอายุ
การทำงาน 10 - 19 ปี ร้อยละ 35.29 โดยมีอายุ
การทำงานเฉลี่ย 13.5 ปีและมีตำแหน่งงานเก็บขยะ
ขึ้นรถร้อยละ 65.69

ส่วนที่ 3 ความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อจำแนกตามตำแหน่งของร่างกาย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอาการ WMSDs จำแนกตามตำแหน่งของร่างกาย (N=102)

ตำแหน่งของร่างกาย ที่มีอาการ WMSDs	ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา		ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา ที่ผ่านมารบกวน การทำงาน		ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คอ	22	21.56	18	17.64	3	2.94
ไหล่	61	59.80	48	47.05	36	35.28
ซ้าย	10	9.80	4	3.92	4	3.92
ขวา	20	19.61	18	17.64	10	9.80
ทั้งสองข้าง	31	30.39	26	25.49	22	21.56
หลังส่วนบน	56	54.90	50	49.01	42	41.18
ข้อศอก	32	31.36	26	25.49	28	27.45
ซ้าย	7	6.86	4	3.92	5	4.90
ขวา	7	6.86	8	7.84	6	5.88
ทั้งสองข้าง	18	17.64	14	13.73	17	16.67
มือและข้อมือ	70	68.62	58	56.86	52	50.98
ซ้าย	10	9.80	8	7.84	12	11.77
ขวา	12	11.77	12	11.77	13	12.74
ทั้งสองข้าง	48	47.05	38	37.25	27	26.47
หลังส่วนล่าง	75	73.53	61	59.80	57	55.88
สะโพกและต้นขา	24	23.53	20	19.60	8	7.84
ซ้าย	0	0.00	1	0.98	0	0.00
ขวา	4	3.92	4	3.92	3	2.94
ทั้งสองข้าง	20	19.61	15	14.70	5	4.90

ตำแหน่งของร่างกาย ที่มีอาการ WMSDs	ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา		ในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา มารบกว การทำงาน		ในช่วง 7 วัน ที่ผ่านมา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เข่า	13	12.74	12	11.77	4	3.92
ซ้าย	1	0.98	1	0.98	0	0.00
ขวา	4	3.92	4	3.92	0	0.00
ทั้งสองข้าง	8	7.84	7	6.87	4	3.92
เท้าและข้อเท้า	8	7.84	8	7.84	3	2.94
ซ้าย	1	0.98	2	1.96	1	0.98
ขวา	3	2.94	2	1.96	1	0.98
ทั้งสองข้าง	4	3.92	4	3.92	1	0.98

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบตำแหน่งของร่างกายที่มีอาการ WMSDs สูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลังส่วนล่าง มือและข้อมือ และไหล่ คิดเป็นร้อยละ 73.53, 68.62 และ 59.80 ตามลำดับส่วนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา รบกวการทำงานพบว่า ตำแหน่งของร่างกายที่มีอาการ WMSDs สูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลังส่วนล่าง มือและข้อมือ และหลังส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 59.80, 56.86 และ 49.01 ตามลำดับและในช่วง 7 วันที่ผ่านมาพบตำแหน่งที่สูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ หลังส่วนล่างมือและข้อมือ และหลังส่วนบน คิดเป็นร้อยละ 55.88, 50.98 และ 41.18 ตามลำดับ โดยเปรียบเทียบสัดส่วนของอาการ WMSDs ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา รบกวการทำงานและในรอบ

7 วันที่ผ่านมา รบกวการทำงาน พบว่า ทั้ง 9 ตำแหน่งของร่างกาย อาการ WMSDs ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอัตราความชุกสูงกว่าในช่วง 7 วันที่ผ่านมา และอัตราความชุกของอาการ WMSDs ทั้งในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กับ 6 เดือนที่ผ่านมา รบกวการทำงาน และในรอบ 7 วันที่ผ่านมาเกิดบริเวณหลังส่วนล่างสูงที่สุดเมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่นๆ ของร่างกายความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน (WMSDs)

อาการ WMSDs ในช่วง 6 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมาจำนวน 102 คนพบว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีอาการ WMSDs ส่วนในรอบ 7 วันที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คนมีอาการ WMSDs สามารถคำนวณอัตราความชุกของอาการ WMSDs ได้ดังนี้

ความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (สมการที่ 1)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ที่มีอาการ WMSDs ในช่วงเวลาที่ศึกษา} \times 100}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา}}$$

$$= \frac{102 \times 100}{102}$$

$$= 100 \%$$

ดังนั้นอัตราความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนองเท่ากับร้อยละ 100

ความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา (สมการที่ 2)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ที่มีอาการ WMSDs ในช่วงเวลาที่ศึกษา} \times 100}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา}}$$

$$= \frac{74 \times 100}{102}$$

$$= 72.54 \%$$

ดังนั้นอัตราความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนอง เท่ากับ ร้อยละ 72.54

การทดสอบสมมติฐาน

ตัวแปรตามที่ใช้ในการศึกษาคืออาการ ความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการ ทำงาน (WMSDs) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เนื่องจาก ลักษณะของโรคที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานเป็นอาการ

ที่เกิดแบบเรื้อรังซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าอาการ ความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการ ทำงาน (WMSDs) ตามตำแหน่งของร่างกาย ที่พบสัดส่วนสูง คือ หลังส่วนล่าง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางโครงสร้างและกล้ามเนื้อ (WMSDs) ของพนักงาน
เก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนอง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงานกับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลัง
ส่วนล่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (N=102)

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน	อาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา				p-value
	ไม่มี		มี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	27	26.47	75	73.53	
อายุ					
21 - 34ปี	13	40.63	19	59.37	0.014*
35 -44 ปี	5	27.78	13	72.22	
45 - 60 ปี	9	17.30	43	82.69	
ดัชนีมวลกาย (BMI)					
15.35 – 18.49 kg. /m ²	7	70.00	3	30.00	0.126
18.50 – 22.99 kg. /m ²	6	15.38	33	84.62	
23.00 – 31.64 kg. /m ²	14	26.42	39	73.58	
การมีโรคประจำตัว					
ไม่มี	16	20.51	62	79.49	0.289
มี	11	45.83	13	54.17	
การสูบบุหรี่					
ไม่เคยสูบ	6	60.00	4	40.00	0.018*
สูบ	20	23.81	64	76.19	
สูบแต่เลิกแล้ว	1	12.50	7	87.50	
การดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	12	40.00	18	60.00	0.336

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงาน	อาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา				p-value
	ไม่มี		มี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ดื่ม	15	20.83	57	79.17	
การออกกำลังกาย					
ไม่ออก	22	36.67	38	63.33	0.047*
ออก	5	11.91	37	88.09	
การทำงานที่ต้องออกแรงมาก					
ไม่ใช่	3	75.00	1	25.00	0.012*
ใช่	24	24.49	74	75.51	
ท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม					
ใช่	27	26.47	75	73.53	
การทำงานซ้ำๆ					
ใช่	27	26.47	75	73.53	
ระยะเวลาในการทำงาน					
18 - 24 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	9	33.33	18	66.67	0.178
25 - 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์	18	24.00	57	77.36	
อายุการทำงาน					
1-5 ปี	6	25.00	18	75.00	0.018*
6-9 ปี	11	52.38	10	47.62	
10-19 ปี	5	13.89	31	86.11	
20 ปีขึ้นไป	5	23.81	16	76.19	
ตำแหน่งงาน					
รับขยะบนรถ	18	26.86	49	73.13	0.713
เก็บขยะขึ้นรถ	9	25.71	26	74.28	

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุการสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและการดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาปัจจัยงาน ได้แก่ การทำงานที่ต้องออกแรงมาก และอายุการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงาน และตำแหน่งงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความผิดปกติทางโครงร่างและกล้ามเนื้อ (WMSDs) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดระนอง เท่ากับร้อยละ 100 และอัตราความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 72.54 สอดคล้องกับการศึกษาของพีรพงษ์ จันทราเทพ และสุนิสา ชายเกลี้ยง (2554) พบความชุกของอาการ WMSDs ของพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดหนองบัวลำภูในรอบ 7 วันที่ผ่านมาและในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 73.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของสาลี อินทร์เจริญและคณะ (2560) พบว่าอัตราความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดตรัง เท่ากับร้อยละ 100 และอัตราความชุกของอาการ WMSDs ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา

เท่ากับร้อยละ 62.8 และอาการ WMSDs จำแนกตามตำแหน่งของร่างกาย พบว่า ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบตำแหน่งที่มีอาการ WMSDs มากที่สุดคือหลังส่วนล่างร้อยละ 73.53 และในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา 6 เดือนที่ผ่านมารบวนการทำงานและในรอบ 7 วันที่ผ่านมาเกิดขึ้นบริเวณหลังส่วนล่างมากที่สุดเมื่อเทียบกับตำแหน่งอื่นๆ เนื่องจากลักษณะงานของพนักงานเก็บขยะต้องออกแรงมาก ยกของหนักก้ม บิดเอี้ยวตัว ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดหลัง (วิวัฒน์ สังฆะบุตรและสุนิสา ชายเกลี้ยง, 2554) รองลงมาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบที่มือและข้อมือน้อยละ 38.0 เนื่องจากในขั้นตอนการทำงานต้องมีการหยิบจับ ดึง ลาก ถึงขยะที่มีน้ำหนักมากทำให้เกิดอาการปวดที่มือและข้อมือได้

ปัจจัยบุคคล ได้แก่ อายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มอายุ 45-60 ปีมีอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างมากที่สุดร้อยละ 82.69 เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิด WMSDs ซึ่งเมื่ออายุมากขึ้นความแข็งแรงของร่างกายจะลดน้อยลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Cohan, et. al., 1997 อ้างถึงใน สุวินันท์ ทวีพิริยะจินดา, 2558) และการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบแต่เลิกแล้วและยังสูบบุหรี่มีอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ร้อยละ 87.50 และ 76.19 ตามลำดับทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่สูบบุหรี่มากมีแนวโน้มที่จะปวดหลังมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เป็นผลมาจากอาการไอเรื้อรังทำให้เกิดแรงกดภายในกระดูก

สันหลังมากจึงส่งผลให้ความดันในหมอนรองกระดูกเพิ่มขึ้นหรืออาจเป็นผลมาจากนิโคตินที่ทำให้การไหลเวียนของโลหิตลดลงส่งผลต่อระบบไหลเวียนเลือดรอบหมอนรองกระดูกซึ่งอธิบายได้ถึงการปวดหลังส่วนล่าง (low back pain) ที่พบสูงในคนที่สูบบุหรี่มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ (สุวินันท์ ทวีพิริยะจินดา, 2558) การสูบบุหรี่เป็นประจำทุกวัน และการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายมีอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างร้อยละ 88.09 ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายจะทำให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้นจากการทำงานได้ปัจจัยงาน ได้แก่ การทำงานที่ต้องออกแรงมากเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่าง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ต้องออกแรงมากมีอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างร้อยละ 75.51 ทั้งนี้เนื่องจากแรงเสียดทานระหว่างมือกับวัสดุที่จับยึดมีน้อยทำให้ต้องออกแรงกำให้แน่นขึ้นการสวมถุงมือที่ใหญ่หรือหนาเกินไปทำให้กำลังในการจับยึดลดลงเป็นผลให้ต้องออกแรงมือมากขึ้น (Armstrong, 1987 อ้างถึงใน สสสร เทพตระการพร, 2555) และอายุการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่ากลุ่มอายุการทำงาน 10-19 ปีและกลุ่มอายุ 20 ปีขึ้นไป มีอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างสูงถึงร้อยละ 86.11 และ 76.19 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากความชำนาญและประสบการณ์ในการทำงานที่สะสมเพิ่มขึ้นตามวัยและระยะเวลา

ในการทำงานจะช่วยทดแทนสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมลงได้ (สสสร เทพตระการพร, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของสาลิ อินทร์เจริญและคณะ (2560) พบว่าอายุการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการ WMSDs ตำแหน่งหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินความเสี่ยงต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างโดยใช้แบบประเมินส่วนจากร่างกายทั้งหมดอย่างรวดเร็ว (Rapid Entire Body Assessment; REBA) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับสภาพงาน
2. นำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยงจากการทำงานกลุ่มอื่นเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติจากการปฏิบัติงานและหาแนวทางแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2561). ข้อมูลการสำรวจขยะมูลฝอย 77 จังหวัด ปี2561. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมมลพิษกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองระนอง (2562). สถิติสุขภาพเจ้าหน้าที่สังกัดเทศบาลเมืองระนอง: เทศบาลเมืองระนอง. รายงาน.
- พิรพงษ์ จันทราเทพและสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2553). พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการปฏิบัติงานของพนักงานเก็บขยะมูลฝอยของเทศบาลในเขตอำเภอปานกลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารเพื่อคุณภาพที่ดีของชีวิต. 20(1), 39.
- พิรพงษ์ จันทราเทพและสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2553). อ้างถึงใน สาลี อินทร์เจริญและคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออันเนื่องมาจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดตรัง. ใน: ประชุมวิชาการระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่1; 4-7 ตุลาคม 2560; ณ ห้องประชุมสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. ตรัง.
- พิรพงษ์ จันทราเทพ และสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2554). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานเก็บขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. 4(2): 49-58.
- ปิยชาติ ศิลปะสุวรรณ. (2557). ขยะมูลฝอยชุมชนปัญหาใหญ่ที่ประเทศกำลังเผชิญ. วารสารสำนักวิชาการสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. 4(7), 1-4.
- ปิยนุช พุทธธรรม อุ่น พันธูทาง และนำพร อินสิน. (2553). การป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพนักงานจัดเก็บขยะกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ในเขตเทศบาลเมืองสกลนครอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร. รายงานการวิจัย. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- วิวัฒน์ สังฆะบุตร และสุนิสา ชายเกลี้ยง. (2554). ความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในแรงงานนอกระบบกลุ่มตัดเหล็กปลอกเสาแบบมือโยก: การศึกษานำร่อง. ศรีนครินทร์เวชสาร. 26(3): 225-232.
- วิราภรณ์ ทองยัง. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล).
- สลิสร เทพตระการพร. (2555). หน่วยที่12 ผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหาการยศาสตร์. ใน .ปิติพูนไชยศรี และคนอื่นๆ. เอกสารประกอบการสอนหน่วยที่1-15 การยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- สาลิ อินทร์เจริญและคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ อันเนื่องมาจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะสังกัดเทศบาลในจังหวัดตรัง. ใน: ประชุมวิชาการ ระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่1; 4-7 ตุลาคม 2560; ณ ห้องประชุมสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. ตรัง.
- สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จังหวัดระนอง.(2562). การจัดการขยะมูลฝอย. รายงาน.
- สุวินันท์ ทวีพิริยะจินดา. (2558). ทำางการทำงานที่เป็นอันตรายและความชุกของอาการผิดปกติทางระบบ กล้ามเนื้อและโครงร่างอันเนื่องมาจากการทำงานในคนงานโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาอาชีวเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- อรัญ ขวัญปาน และชนะกานต์ พงศาสนองกุล. (2555). ความปลอดภัยจากการปฏิบัติงานของช่างซ่อมบำรุง มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- Armstrong. (1987) อ้างถึงใน สลิธร เทพตระการพร. (2555). หน่วยที่ 12 ผลกระทบต่อสุขภาพจากปัญหา การยศาสตร์. ใน .ปิติพูนไชยศรีและคนอื่นๆ. เอกสารประกอบการสอนหน่วยที่ 1- 15 การยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. หน้า 7.
- Cohan, et al. (1997) อ้างถึงใน สุวินันท์ทวีพิริยะจินดา. (2558). ทำางการทำงานที่เป็นอันตรายและความ ชุกของอาการผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างอันเนื่องมาจากการทำงานในคนงานโรง พยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาอาชีวเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). หน้า22-23.
- Schriftenreihe & Boden. (1999). Health hazard to waste management workers in Denmark. Pubmed. 104(6): 563.

ผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา
จังหวัดนครศรีธรรมราช

Effects of a Mindfulness Based Brief Intervention (MBBI) Program on Health Behavior Changing and Blood Sugar Controlling Among Type 2 Diabetic Patients at Diabetes Clinic, Lansaka Hospital., Nakhon Sri Thammarat Province.

พวงพิกุล บุญประสิทธิ์
Puangpikul Boonprasit
โรงพยาบาลลานสกา
Lansaka Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและวัดหลัง มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.2 ได้จำนวน 30 คน โปรแกรมและเครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน ด้วยการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c และ FBS หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้น แสดงให้เห็นว่าพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมและปรับพฤติกรรมสุขภาพ นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ : โปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI), การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, การควบคุมน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

A quasi-experimental, one-group pretest-posttest design was used to test the effects of a mindfulness based brief intervention (MBBI) program on health behavior changing and blood sugar controlling among type 2 diabetic patients at diabetes clinic, Lansaka hospital, Nakhon Sri Thammarat Province. Purposive sampling was used to select 30 type 2 diabetic patients at diabetes clinic, Lansaka hospital. The program and instruments were validated by three experts and the reliabilities of the health behavior questionnaire with 20 patients with diabetes type 2, yielding Cronbach's alpha coefficients equal to 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The findings revealed that; the mean scores of health behavior changing significantly higher than that before intervention at a level .05 and the mean scores of HbA1c, FBS level significantly lower than that before intervention at a level .05

Thus, nurses can use this program to provide nursing care to promote and change health behavior, leading to blood sugar controlling among type 2 diabetic patients.

Keywords : Mindfulness based brief intervention program, Health behavior changing, The plasma glucose controlling, Patient with diabetes type 2

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามสุขภาพประชากรทั่วโลก (WHO, 2014) ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปีพ.ศ. 2583 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน สำหรับประเทศไทย จากรายงานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคนในภาพรวมในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานประมาณ 76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, 2560) ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีผลกระทบทางตรงและทางอ้อมต่อเส้นเลือดในร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง (สมพร วัชรศิลป์, 2563) ดังนั้นทางราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานโดยกำหนดเป้าหมายการควบคุม คือ HbA1c น้อยกว่า 7 และสมาคมโรคเบาหวานอเมริกันให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเบาหวานโดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยเบาหวานทุกคนควรได้รับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวไม่ว่าจะเป็นรายบุคคลหรือแบบกลุ่ม (American Diabetes Association, 2017)

การฝึกสติแบบสั้น (MBBI :Mindfulness Based Brief Intervention) เนื่องจากสติเป็นสภาวะอย่างหนึ่งของจิตใจ ทางการรับรู้ข้อมูลผ่านทางตา หู จมูก ลิ้น กายสัมผัสและใจประมวลผลกับสมอง ควบคุมการทำงานทุกระบบภายในร่างกายผ่านระบบประสาทและสารเคมี เมื่อร่างกายมีพยาธิสภาพของโรค ใจจะรับรู้ความรู้สึกไม่สุขสบาย เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายช่วยให้จิตใจสงบลดความตึงเครียดได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2556) การฝึกสติแบบสั้นพัฒนาขึ้นโดยศูนย์จัดการความรู้การดูแลทางสังคมจิตใจในระบบสาธารณสุขใช้สอนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยการดูแลสุขภาพด้านจิตประสาทกาย การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ระดับกรดแลคติกและคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดลดลงและสามารถป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (ณัฐธัญญา ยิ่งยงเมธีและคณะ, 2563) และทำให้ฮอร์โมนเบต้าเอ็นโดฟินเพิ่มขึ้น ระดับอะดรีนัลคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมนลดลง เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบลดความตึงเครียดส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น (สมพร วัชรศิลป์, 2560) และในขณะนั้นการฝึกสติทำให้อัตราพฤติกรรมความคิดทางลบ เกิดการเข้าใจความจริงพื้นฐานของชีวิต ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตทั้งมวล (ชลลดา ทองทวี และคณะ, 2551)

สำหรับโรงพยาบาลลานสกาเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก จำนวน 30 เตียง มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในปี 2558-2560 จำนวน 1,338 คน 1,440 คน และ 1,586 คน ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 130 มก./คนในปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 1,302 คน 1,240 คน และ 1,345 คน ตามลำดับ,ระดับ

ฮิโมโกลบินเอวันซีมากกว่า 8 จำนวน 299 คน, 374 คน และ 405 คนตามลำดับ ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้เป็นจำนวนมาก จึงได้หาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการฝึกสติแบบสั้นสามารถปฏิบัติได้ง่าย ไม่ซับซ้อนโดยฝึกสมาธิในการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ ฝึกสติในการรับประทานเพื่อช่วยให้สามารถควบคุมการรับประทานอาหารและการรับประทานยา จุดเน้นที่สำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาหรือสิ่งที่อาจเป็นปัญหาในอนาคต ซึ่งการฝึกสติช่วยลดความเครียดวิตกกังวล ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และการใช้สติในการดูแลตนเองจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2558; สมพร วัชรศิลป์, 2560; ญัณฐ์ธัญญา ยิ่งยงเมธีและคณะ, 2563) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้โปรแกรมการฝึกสติแบบสั้นมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ผู้ป่วย เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI)
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ FBS และ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI)

คำจำกัดความ

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน อายุระหว่าง 35-65 ปี มีระดับ HbA1c ≥ 8 , FBS >180 mg% จากการตรวจติดตามทุก 6 เดือน ในปีพ.ศ. 2564

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองในเรื่องอาหารการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI : Mindfulness Based Brief Intervention) หมายถึง กระบวนการฝึกสติเพื่อกระตุ้นให้เกิดทางการรับรู้ข้อมูลผ่านทางตา หู จมูก ลิ้น กายสัมผัสและจิตประมวลผลกับสมองในการควบคุมการทำงานทุกระบบภายในร่างกายผ่านระบบประสาทและสารเคมีทั้งสติในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 35-65 ปี ที่มีระดับ HbA1c ≥ 8 , FBS >180 mg% จากการตรวจติดตามผลเลือดทุก 6 เดือน จำนวน 2 รอบในปีพ.ศ. 2564 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวันที่ 1 ธันวาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎี Mindfulness คือการที่ตั้งสติอยู่กับปัจจุบัน รับรู้ถึงสิ่งที่เรากำลังเผชิญอยู่หรือทำอยู่ และเป็นการที่เราไม่ได้รู้สึกว่าสิ่งรอบข้างกำลังกดดันหรือเป็นอันตรายต่อตัวของเรากินความเป็นจริง สติเป็นเครื่องช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิต ทำงานอย่างมีความสุขและสามารถแก้ปัญหาได้ เมื่อบุคคลมีสติรู้อารมณ์ต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในจิตใจ อารมณ์นั้นจะไม่สามารถครอบงำจิตใจของเราได้ สติสามารถฝึกให้มีได้แต่ไม่สามารถสั่งให้เกิดขึ้นได้ เมื่อเราฝึกสติไว้ดีแล้วสติจะรู้ทันทำให้อารมณ์ต่างๆ ดับลงยังมีสติต่อเนื่องความทุกข์ยังสั่นลง เมื่อบุคคลมีสติจึงมีความสุข

และกระทำการสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้ (ดวงพร ธรรมะ, 2558) การกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาการฝึกสติและส่งเสริมความสามารถของตนเอง ดังนั้นกระบวนการฝึกสติเพื่อกระตุ้นให้เกิดทางการรับรู้ข้อมูลผ่านทางตา หู จมูก ลิ้น กายสัมผัสและจิตประมวลผลกับสมองในการควบคุมการทำงานทุกระบบภายในร่างกายผ่านระบบประสาทและสารเคมีทั้งสติในการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเคลื่อนไหวร่างกาย ส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

การฝึกสมาธิแบบสั้น (MBBI)

1. การฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียดและวิตกกังวล
2. การฝึกสมาธิในการเคลื่อนไหวเพื่อเพิ่มกิจกรรมเคลื่อนไหวอย่างมีสติ
3. การฝึกสติในการกิน เพื่อช่วยให้สามารถควบคุมการกินได้ดีขึ้น รวมทั้งการกินยา
4. การนำไปใช้ในวิถีชีวิตประจำวัน เป็นการฝึกทบทวนและนำไปใช้ในวิถีชีวิต



- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- ระดับ FBS ,HbA1c

ภาพที่ 1 แสดงการฝึกสมาธิแบบสั้น (MBBI)

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลังการทดลอง (one groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และระดับ HbA1c, FBS ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรับบริการคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลลานสกา จ.นครศรีธรรมราช มีจำนวน 537 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้คือ 1)ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุ 35-65 ปี 2)มีระดับ HbA1c ≥ 8 , FBS > 180 mg% จากการตรวจติดตามผลเลือดทุก 6 เดือน จำนวน 2 รอบในปีพ.ศ. 2564 3)อ่านภาษาไทยและเขียนได้ 4)มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5)เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 6)สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1)ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 2)ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3)ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาจากแพทย์ด้วยโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง 4)มีระดับ HbA1c น้อยกว่า 8 มีระดับ FBS < 180 mg%

โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.2 โดยกำหนด the power = .80, alpha = .05, ซึ่งคำนวณจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาได้ค่า effect size = 0.50 (Polit & Hungler, 2014) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน และเพื่อป้องกันความผิดพลาด และการสูญหายของ

กลุ่มตัวอย่าง ระหว่างทำการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นจำนวนกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้และคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่วิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติโรคประจำตัวอย่างอื่น

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติในการควบคุมโรคเบาหวานซึ่งขออนุญาตใช้จาก (นงลักษณ์ ตุ่นแก้ว, 2561) มีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย การปฏิบัติตัว 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 3 ข้อ ด้านการจัดการอารมณ์ 1 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่และสุรา 2 ข้อ ด้านการรับประทานยาและการตรวจตามนัด 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอทุกวันใน 1 สัปดาห์ ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นต่ำกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยภายใน 1 สัปดาห์ เกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติประจำ ค่าคะแนน 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ค่าคะแนน 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย ค่าคะแนน 1 คะแนน การแปลผลค่าคะแนน 2.34-3.00 แสดงว่ามีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ค่าคะแนน 1.67-2.33 มีพฤติกรรม

สุขภาพระดับปานกลาง ค่าคะแนน 1.00-1.66 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับพอใช้ (กรณีศึกษา สายแดง, 2554)

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกค่า HbA1c และ FBS โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเก็บผลเลือดก่อนเริ่มเข้าโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมโดยห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลลานสกา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดการฝึกสติแบบสั้น (ศูนย์การจัดการความรู้การดูแลทางสังคมจิตใจในระบบสาธารณสุข, 2562) ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ใช้เวลา 20 สัปดาห์มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมเรื่องสมาธิ การจัดการกับความวุ่นวายใจ การฝึกหยุดความคิดโดยตามรู้ลมหายใจ, การฝึกจัดการความคิดตามขบวนการ 15 นาที ตามรู้ลมหายใจ ความคิดหยุดจิตสงบ กาย/จิตผ่อนคลาย ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สาเหตุของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการควบคุมน้ำตาลไม่ได้, 30 2ส 30 นาที รวมเวลาทำกิจกรรม 45 นาที

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมการฝึกสติพื้นฐาน ฝึกสติโดยการฟัง หยิบจับ ยืน เดิน อย่างมีสติ ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันเป็นการออกกำลังกาย เช่น การเดิน/การปั่นจักรยานไปซื้อของที่ร้าน/ตลาด ใกล้บ้านแทนการขับมอเตอร์ไซด์ ฝึกออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนรวมเวลาทำกิจกรรม 45 นาที

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมการฝึกสติในการกิน ช่วยให้เรารู้สึกอิ่มและโรคเรื้อรังได้ดีขึ้น (นำอาหารมารับประทานร่วมกัน) ผู้เข้าร่วม

กิจกรรมทบทวนการทำสมาธิและกิจกรรมในการยืน เดิน ยืดเหยียด 3 นาที ชักถามถึงการนำสมาธิไปใช้ ให้ความรู้เรื่องสติในการกิน ให้ความรู้ชนิดของอาหารตามสีไฟจราจร รวมทั้งสอนคำนวณอาหารที่ควรรับประทานแต่ละมื้อ การดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 2 ลิตร นำชนิดอาหารมาให้เห็นจริงและให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทบทวนการกินของตัวเอง นำอาหารที่นำมาให้ดูว่าอย่างไร ประโยชน์อะไร แนะนำการเคี้ยวอาหารช้าละ 20-30 ครั้ง สรุปผลการปฏิบัติ สังเกตอาหารที่นำมารับประทาน ครั้งนี้จะใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมการฝึกสติเป็นวิถีชีวิต (นำอาหารมาครั้งที่ 2) ทบทวนการทำสมาธิ 2 นาที และกิจกรรมในการยืน ยืน เหยียด 5 นาที ครั้งนี้ใช้เวลาในการร่วมกิจกรรม 1 ชั่วโมง ทบทวนความรู้เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย ดูอาหารที่นำมาครั้งที่ 2 เพื่อประเมินผลของการจัดการเรื่องอาหารจากการสอนไปในครั้งก่อน ให้แต่ละคนฝึกควบคุมอารมณ์ โดยให้ทดลองให้ยืนในท่าที่ไม่ชอบ ท่า Squad 30 วินาที สอบถามความรู้สึก เช่น เจ็บ แล้วให้ลองทำใหม่โดยให้ลองรู้ลมหายใจก่อน เหยียดข้อเท้า รู้ลมหายใจมากๆ ย่อเข้า 30 วินาที เตือนให้รู้ลมหายใจมากๆ ระหว่างทำสอบถามความแตกต่างเพื่อการเปรียบเทียบให้เห็นความแตกต่างระหว่างการมีสติกับการไม่มีสติ เช่นเดียวกับการปรับพฤติกรรมในการกินที่ต้องกินในสิ่งที่ เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและงดของที่ชอบกิน แต่ทำให้ร่างกายคือน้ำตาลไม่ได้ การฝึกสมาธิและสติให้เป็นวิถีชีวิต

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรม “ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว” ให้ทุกคนนำยาของตัวเองมาด้วย ใช้เวลา 45 นาที พูดคุย ชักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมพลัง ทบทวนความรู้เรื่องสติในการใช้

ชีวิตประจำวัน สถิติการกินการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเรื่องการช้ยาและกินยาอย่างไร “ไตไม่พัง” และเจาะ FBS ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงบนที่กลองในแบบบันทึก

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 20 ใช้เวลา 45 นาที กิจกรรมการสรุป ประเมินผล และปิดโครงการโดยมีการปฏิบัติดังนี้ 1).เจาะ FBS และ HbA1c บันทึกลงในแบบบันทึกและทำแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติในการควบคุมโรคเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2).กิจกรรม“ถึงห่างไป ความห่วงใยเหมือนเดิม” การประเมินผลการดูแลสุขภาพโดยการพูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้เสริมเพิ่มพลัง ทบทวนความรู้เรื่องสถิติในการใช้ชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การช้ยา ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของการช้ยาตามนัด การดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพเท้า โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่พบในช่วง 20 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบเครื่องมือโปรแกรมที่ใช้ทดลอง โปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) ที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยนำแนวคิดการฝึกสติแบบสั้น (ศูนย์การจัดการความรู้การดูแลทางสังคมจิตใจในระบบสาธารณสุข, 2562) และมาดัดแปลงเพิ่มเติมในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) และการใช้ภาษาความเหมาะสมตามวัตถุประสงค์ และระยะเวลาของ

กิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า CVI .82 และได้รับแก้ไขใน 2 ประเด็น คือ ด้านเนื้อหาของโรคเบาหวานและระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง

2. แบบทดสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติในการควบคุมโรคเบาหวานซึ่งขออนุญาตใช้จากนงลักษณ์ ตุ่นแก้ว (2561) มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence: IOC) พบว่า ดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60 - 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (coefficient of alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ

เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ ณ คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล รวมทั้งขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากประชากรกลุ่มตัวอย่าง

2. ระยะดำเนินการวิจัย

การดำเนินการทดลองจะดำเนินการหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยโดยละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการรักษาความลับและประโยชน์ที่จะได้รับก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ผลกระทบใดๆ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยในรายงานการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคลและถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและให้ทำแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพและนัดผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ถัดไป

2.2 ผู้วิจัยเริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 20 ตามลำดับในโปรแกรม ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมมีเจาะ FBS, HbA1c และทำแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลที่บันทึกไว้นามาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c และระดับ FBS ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมด้วยสถิติ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชหมายเลขรับรองเลขที่ 035/2564 และได้รับอนุญาตการทำวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสกา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนโดยการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์การทำวิจัย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ผลกระทบใดๆ สำหรับการนำเสนอผลการวิจัยในรายงานการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิจัย และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย การนำเสนองานวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา

จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 อาชีพเกษตรกรจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=30 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	10. 00
หญิง	27	90. 00
2. อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	1	3. 33
40-49	5	16. 67
50-59	13	43. 33
60-70	11	36. 67
3. สถานภาพสมรส		
โสด	2	06. 67
คู่	28	93. 33
4. ระดับการศึกษา		
ประถม	7	23. 33
มัธยม	18	60. 00
อนุปริญญา, ปวส	5	16. 67
5. อาชีพ		
พนักงานวิสาหกิจ/พนักงานเอกชน	3	10. 00
ค้าขาย	2	06. 67
เกษตรกร	25	83. 33

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. ระยะการเป็นเบาหวาน		
น้อยกว่า 5 ปี	10	33.33
5-7 ปี	5	16.67
มากกว่า 7 ปี	15	50.00
7. ประวัติโรคประจำตัวอย่างอื่น		
ไม่มีโรคร่วม	10	33.33
มีโรคร่วม	20	66.67
ความดันโลหิตสูง	10	50.00
ไขมันในเลือดสูง	8	40.00
โรคหัวใจ	2	10.00

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า คะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนเข้ารับโปรแกรมอยู่ในระดับปาน

กลางที่ค่าเฉลี่ย 23.15 และภายหลังได้รับโปรแกรมพบว่าคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 29.52 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($n=30$) ด้วยสถิติ Paired t-test

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			
	23.15	1.94	29.52	2.56			

* $p < .001$

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c, ระดับ FBS ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) พบว่า ระดับ HbA1c ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.98 และภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลง 8.07

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และระดับ FBS ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 222.50 และภายหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลง 140.93 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c, FBS ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($n=30$) โดยใช้สถิติ (Paired t-test)

ระดับ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	df	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.			
ระดับ HbA1c (mg/dl)	9.98	1.46	8.07	1.11	9.70	29	.000
ระดับ FBS (mg%)	222.50	47.44	140.93	25.84	10.58	29	.000

* $p < .001$

อภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้ว่า การวิจัยนี้สามารถส่งเสริมให้กลุ่มทดลองให้มีพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น การโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) สามารถส่งเสริมและมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอธิบายได้ว่าการที่บุคคลนั้นๆ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการมีความรู้ ความตระหนัก การรับรู้ความเสี่ยงทำให้บุคคลนั้นมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์มองเห็นประโยชน์มากกว่าอุปสรรค มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ธีรภาพ เสาทองและคณะ, 2563)

และสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (อุไรวรรณ นนท์ปัญญาและจิราพร โลนิงเกอร์, 2563) ที่กล่าวว่าบุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้และการได้รับโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้นยังส่งผลทำให้เกิดรับรู้ข้อมูลผ่านทางตา หู จมูก ลิ้น กายสัมผัสและใจประมวลผลกับสมอง ควบคุมการทำงานทุกระบบภายในร่างกายผ่านระบบประสาทและสารเคมี เมื่อร่างกายมีพยาธิสภาพของโรคใจจะรับรู้ความรู้สึกไม่สุขสบายเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายช่วยทำให้จิตใจสงบลดความตึงเครียดได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2556) และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้ระดับกรดแลคติกและคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดลดลงและสามารถป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (ณัฐธัญญา ยิ่งยงเมธี

และคณะ,2563) และทำให้ฮอร์โมนเบต้าเอ็นโดฟินเพิ่มขึ้น ระดับอะดรีนัลคอร์ติโคโทรปิกฮอร์โมนลดลง เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบลดความตึงเครียดส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายดีขึ้น (สมพร วัชรศิลป์, 2557) และในขณะการฝึกสติทำให้ลดพฤติกรรมความคิดทางลบ เกิดการเข้าใจความจริงพื้นฐานของชีวิต ซึ่งเป็นรากฐานของการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตทั้งมวลและสามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเคลื่อนไหวออกแรงได้ (ชลลดา ทองทวี และคณะ, 2551)

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ HbA1c และระดับ FBS ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสติแบบสั้น (MBBI) พบว่า ระดับ HbA1c ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การฝึกสติแบบสั้นมีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นจากการประยุกต์ใช้สติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช พบว่าการใช้สติในการดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความสามารถในการเรียนรู้กายใจตนเองอย่างธรรมชาติ มีสติระลึกที่ใจและกายตนเองถึงแม้จะป่วยก็มีสติรักษาสมดุลงแห่งชีวิตได้เท่าเทียมกัน (สมพร วัชรศิลป์,2563) การใช้สมาธิบำบัดมีผลต่อระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งพบว่าการปฏิบัติสมาธิเป็นการฝึกการมีสติทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในเลือดของกลุ่มตัวอย่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ณัฐธัญญา ยิ่งยงเมธีและคณะ,2563) การฝึกสติยังทำให้คนเรามีการใส่ใจ ตระหนักถึงพฤติกรรมต่างๆ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติและการฝึกสติยังทำให้สมองส่วนหน้าทำงาน

ได้ดี ทำให้มีทัศนคติทางบวกเพิ่มมากขึ้น รับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีและสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่ตระหนักไม่ใส่ใจทำให้รับประทานอาหารปริมาณมากขาดสติในการควบคุมส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นการฝึกสติทำให้จิตใจจดจ่อที่ความคิดรับรู้ตนเองในขณะหายใจเข้าออกนึกถึงความรู้สึกหิวหรืออิ่มให้ความสนใจกับคุณค่าและประโยชน์ของอาหารก่อนที่รับประทาน อาหารทุกครั้ง จึงส่งผลให้มีสติในการรับประทานอาหารมากขึ้นทำให้รับประทานอาหารได้ช้าลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (นิตยา สุขชัยสงค์และคณะ,2562) จากการวิจัยนี้แม้ว่าผลการทดลองจะทำให้ระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายการควบคุมเบาหวานตามมาตรฐานของ American Diabetes Association ปี 2017 พบว่า การวิจัยนี้ยังมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1c ที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดระดับ HbA1c มากกว่าร้อยละ 7 (American Diabetes Association, 2017) ซึ่งอาจจะเกิดจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานที่มากกว่า 7 ปี ถึงร้อยละ 50 ซึ่งระยะของการเป็นเบาหวานที่นาน มีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (กุสุมา กังลิ, K., 2557) เนื่องจากการที่มีระยะเวลาของโรคเบาหวานที่ยาวนานจะทำให้มีการสูญเสียของเซลล์เบต้าในตับอ่อนมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลเป็นไปได้ยากแต่การดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่องจะมีผลต่อสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำเสนอผลการวิจัยให้กับบุคลากรด้านสุขภาพและมีการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดทักษะในการฝึกสตีแบบสั้นรวมถึงทักษะในการสอนและการดำเนินการตามขั้นตอน

2. ควรมีการนำโปรแกรมการฝึกสตีแบบสั้นไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เช่น คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และให้การสนับสนุนสถานที่และบุคลากรในการสอนฝึกสตีแบบสั้นให้กับผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในระหว่างรอพบแพทย์โดยการให้มีการฝึกสตีแบบสั้นร่วมกับการรักษาทางการแพทย์

3. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้การใช้โปรแกรมฝึกสตีแบบสั้นประสบความสำเร็จ

4. การใช้โปรแกรมการฝึกสตีแบบสั้นสามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้และผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ นี้ควรมีการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวกว่านี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ส่งเสริมงานวิจัยในโรงพยาบาล ทีมงานสหวิชาชีพ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลลานสกาที่สนับสนุนและช่วยเหลือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายวิชาการสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราชทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิกา สายแดง. (2554). การศึกษาเรื่องกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนแม่หล่ายอำเภอเมืองจังหวัดแพร่. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กุสุมา กังหลิ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 15 (3), 256-268.
- ชลลดา ทองทวี และคณะ. (2551). บทความการประชุมวิชาการประจำปีเรื่องจิตตปัญญาศึกษาเพื่อพัฒนาความเป็นมนุษย์. กรุงเทพฯ : โครงการศูนย์จิตตปัญญาศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล.
- โชติกา สัตนาโคและจุฬารณย์ โสตะ. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 10 (4), 32-47.

- ณัฏฐ์ธัญญา ยิ่งยงเมธีและคณะ. (2563). ประสิทธิภาพของการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารแพทย์เขต 4-5. 39 (2),75:85.
- ดวงพร ธรรมะ.(2558). การพัฒนาชุดฝึกอบรมด้วยตนเอง เรื่องการฝึกสติ (Mindfulness).วิทยานิพนธ์หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2556). คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ: โครงการพัฒนาการศึกษาวิจัยอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรมกลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : พรทรัพย์การพิมพ์จำกัด.
- ธีรภาพ เสาทองและคณะ. (2563). ผลของการปรับพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 36 (3), 19-32.
- นงลักษณ์ ตุ่นแก้วและคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส.1ย. และการใช้ป้องกันจราจรชีวิต 7 สิต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯสาขากาคนเหนือ. 24 (2), 83-95.
- นิตยา สุขชัยสงค์และคณะ. (2562). การฝึกสติต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร:การประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน.วารสารเวชสารอละวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 63(ฉบับเพิ่มเติม), 160-166.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2558). คู่มือจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับคลินิกเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ดูโอ โปรดักชั่น.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร:บริษัท รมเย็น มีเดียจำกัด.
- ศูนย์การจัดการความรู้การดูแลทางสังคมจิตใจในระบบสาธารณสุข. (2562). คู่มือการฝึกสติแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) . นนทบุรี : ศูนย์การจัดการความรู้การดูแลทางสังคมจิตใจในระบบสาธารณสุข.
- สมพร วัชรศิลป์. (2560). ศึกษาแบบวิธีคิดเชิงพุทธเพื่อปลูกเร้ากุศลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ.วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์. 13 (3), 67-79.
- อุไรวรรณ พานทองและพัชรภรณ์ ขจรวัฒนากุล. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับ HbA1c และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 30 (1), 14-24.
- อุไรวรรณ นนทบุรีญาและจิราพร ไลงิงเกอร์. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเท้าต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและการสูญเสียความรู้สึกที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. 7(2),76-91.

- American Diabetes Association. (2017). Cardiovascular disease and risk management. *Diabetes Care*, 40,75-87.
- American Diabetes Association. (2017). Glycemic Targets. *Diabetes Care*. 40,48 -56
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84 (2),191–215.
- Faul F,lder EE,Lang A-G, Buchner A. (2007) G* Power version 3: A flexible statistical power analysis program for the social,behavioral,and biomedical sciences. *Behavioral Research Methods*.39(2),175-191.
- World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases. (WHO/NMH/NVL/15.1).World Health Organization

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจด้านนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการและผลงานความก้าวหน้าของงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบบริการสุขภาพ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท
3. เพื่อเป็นสื่อในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาชนบท และระบบบริการสุขภาพ
4. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขของศูนย์วิชาการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ
5. เพื่อเป็นสื่อสัมพันธ์สร้างความร่วมมือ และความเข้าใจระหว่างศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราชกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตบทความ :

- บทความวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและพัฒนาชนบท
- ผลงานความก้าวหน้าและประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน
- บทความแปลหรือเรียบเรียงจากภาษาต่างประเทศ หรือเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ที่เหมาะสม ในงานสาธารณสุข และการบริการด้านสุขภาพ
- บทความอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

สำนักงาน :

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร 075 – 446354, 446005 โทรสาร 075 – 446291 <https://hss.moph.go.th/webs/phcsn>

facebook : ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Email : southern.phc@gmail.com มือถือ 081-3705370

ลิขสิทธิ์ :

ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ ถือเป็นลิขสิทธิ์ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลงานวิจัยของผู้เขียนต้องมาจากกระบวนการนิพนธ์ของท่านโดยจริงแท้

ความรับผิดชอบ :

เนื้อหาต้นฉบับที่ปรากฏในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน ทั้งนี้ ไม่รวมความผิดพลาด อันเกิดจากเทคนิคการพิมพ์

กำหนดการส่งต้นฉบับ :

ฉบับที่ 1 ประจำปี เดือน ตุลาคม – ธันวาคม

ฉบับที่ 2 ประจำปี เดือน มกราคม – มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำปี เดือน เมษายน – มิถุนายน

ฉบับที่ 4 ประจำปี เดือน กรกฎาคม - กันยายน



กองสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

13 ถนนพัฒนาการดูยาง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทรศัพท์ 075-446354, 075-446005 โทรสาร 075-446291

<https://hss.moph.go.th/webs/phcsn> Facebook: ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Line ID : 0813705370