



เรื่องเด่นประจำฉบับ

- **การรับรู้ด้านสุขภาพ**ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์ เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส
- **พัฒนารูปแบบ**การดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย
- **ประสิทธิผลของการทบทวนเอกสาร**ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในหญิงหลังคลอด
- **พัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา** กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพะไล
- **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**ที่เป็นโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย
- **การพัฒนาหลักสูตร**โรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
- **ความรู้ และ การปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเอง** ของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- **ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด** ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง สมรรถภาพสมองบกพร่อง ในบ้านอัมพวัน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- **ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม** การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ
- **การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก** โดยการเสริมสร้างสมรรถนะ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ



คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
นพ.วนิช เลหาพันธ์	ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวนิช เลหาพันธ์
นพ.ชูชัย ศรชำนิ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก	กระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	กระทรวงสาธารณสุข
ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ

ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
อีเมล: phitthaya12@gmail.com	มือถือ: 09-2904-1874

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com	มือถือ: 08-7373-1199
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com	มือถือ: 08-0742-9991
ผศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com	มือถือ: 09-8102-8159
ผศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th	มือถือ: 08-9761-1252
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th	มือถือ: 08-3023-9119
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th	มือถือ: 08-8890-1302
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: Amornsak1.poum@gmail.com	มือถือ: 08-1972-6118
ดร.นภาฯ สิงห์วีธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก	อีเมล: noppcha@hotmail.com	มือถือ: 06-1551-3399
Dr. Mya Thandar	University of Public Health, Yangon, Myanmar	อีเมล: myathandar72@gmail.com	มือถือ: +9595004916
ดร.สุทิน ชนະบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com	มือถือ: 08-1708-5954
ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com	มือถือ: 08-4793-6265
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: tphajan@gmail.com	มือถือ: 09-8102-8159
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com	มือถือ: 08-9863-4616
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: tanlampung@gmail.com	มือถือ: 08-2872-9878
ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com	มือถือ: 08-4684-3546

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ สมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพที่เคารพทุกท่าน วารสารฉบับนี้ถือว่าเป็นวารสารฉบับปฐมฤกษ์ของเรา โดยวารสารฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตงานวิชาการและงานวิจัย และเพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย ซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ www.scphkk.ac.th/thsj

สำหรับบทความในฉบับนี้ประกอบไปด้วยเรื่อง การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์ เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ประสิทธิภาพของการบำบัดมือเกล็ดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในหญิงหลังคลอด พัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใชยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ความรู้ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง สมรรถภาพสมองบกพร่อง ในบ้านวังหิน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ และการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการเสริมสร้างสมรรถนะ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ทีมงานวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิกจะได้รับความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานหรือการวิจัย ต่อไป

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ (โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ใน ☐ ตามที่ท่านมีความต้องการ)

☐ ขอสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปีพ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....ปีพ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร(.....)

☐ ขอต่ออายุสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน.....ปี (ปีละ 200 บาท)
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....ปีพ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....ปีพ.ศ.....
รวมเป็นเงิน.....บาท ตัวอักษร(.....)

☐ ขอตีพิมพ์บทความวิจัย/วิชาการ และจ่ายค่าตีพิมพ์ รวมเป็นเงิน.....บาท
ตัวอักษร(.....)
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาทตัวอักษร(.....)

ที่อยู่ในการจัดส่งวารสาร

ชื่อ.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
Email:

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Health Science Journal: THSJ) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง (1 มกราคม- 30 มิถุนายน และ 1 กรกฎาคม – 31 ธันวาคม)

1.2 วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์

- บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน

- บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์วิจารณ์ให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้นๆ มากยิ่งขึ้น

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่านเป็นคนอ่าน

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน) 2.2 กรอบของข้อความ ขอบบน 1.5 นิ้ว ขอบล่าง 1.0 นิ้ว ขอบซ้าย 1.5 นิ้ว ขอบขวา 1.0 นิ้ว

2.3 ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun New ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point
ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point
ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

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

- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน
ผู้เขียน ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- E-mail address ของผู้เขียนทุกคน (Authors)

- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author)

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

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

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

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

3.7 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

- สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

3.9 กิตติกรรมประกาศ

(Acknowledgement)

3.10 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver

- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-Text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก

- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา

- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- สุพิชชพงศ์ ธนาเกียรติภิญโญ, ประภาส โพธิ์ทองสุนันท์, สมรรถชัย จานงค์กิจ. ผลของการดื่งกระดูกสันหลังส่วนเอวได้น้ำร่วมกับการออกกำลังกายในน้ำสำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่. 2556; 46:187-206.

- Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in north-eastern Thailand. Asia Pac J Public Health. 2014; 26:320-327.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,) และตามด้วย et al.

- จริญา เลิศอรรถมณีนี, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทิพรณีย์ วรวิจิโรคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2545; 85:1288-95.

- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009; 361:1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556; 36:84-91.

- World Health Organization Cancer.

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

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- ยงยุทธ สหสกุล. ECG ทางคลินิก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี. เพรส; 2552.

- Cleland JA. Netter's orthopedic clinical examination: an evidence-based approach. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.

- Association of British Theatre Technicians. Theatre buildings: a design guide. New York, NY: Routledge; 2010. -

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษก ปีที่ 60 และการเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย; 2553.

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

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- กชพร ศรีพรรณ. การพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- Napaporn Apiratmateekul. Development of high efficiency hybridoma technology for production of Monoclonal antibodies [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wpcontent/uploads/2010/06/reference08.pdf>.
- Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-QuickInterpretation/dp/3540777717#reader_3540777717.

3.11 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.12 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document มาที่กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Health Science Journal: THSJ) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: thsj@scphkk.ac.th หรือ tphajan@gmail.com

- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์จำนวน 2,500 บาท(สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

8.การติดต่อบรรณาธิการ

ส่งถึงบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102
E-mail: thsj@scphkk.ac.th
website: www.scphkk.ac.th/thsj
ติดต่อสอบถาม:
ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร 0-92904-1874,
ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์ โทร 0-98102-8159

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์ เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส Health perception factors associated with health care behavior among pregnant women in Takbai district, Narathiwat province มาซ็อนะห์ อามีเราะ, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	1
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย The development of health care model for Diabetes Mellitus and Hypertension patients through the network participation in Rattanawapi District, Nong Khai Province ชัยัญญา วงหาญ, พรพิมล เนตรแสงศรี, เอกพล นิลเกตุ	13
ประสิทธิผลของการบำบัดมือเกลียดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในหญิงหลังคลอด The effectiveness of Thai traditional medicine, Tub Moa Gluea in postpartum care. พนิดา มากนุษย์, ปิยะนันต์ ฝาชัยภูมิ, จตุพักรัตน์ เพชรจตุรภัทร	26
พัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่ The Development of Medical Management System in nursing department of Faorai Hospital พรรณอร บัญพิษฐ์	39
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย The Quality of Life of Elderly with Diabetes mellitus under the responsibility of Tambol Phet Charoen health promoting hospital, Phet Charoen sub-District, Muang loei District, Loei Province ณัฐวดี สุวรรณสิงห์, สุพัฒน์ อาสนะ	54

สารบัญ(ต่อ)

เรื่อง	หน้า
การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ Curriculum development of the elderly school on health promotion for the elderly, social group in Sriwilai sub-district, Sriwilai district BuengKan Province อุบล นววงศ์เสถียร, นิตยา แก้วคำสอน	70
ความรู้ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น Knowledge and Practice Healthcare of Diabetic Patients InTha Phra sub-District, Muang Khon kaen District, Khon Kaen Province. ชลวิทย์ บุญศรี	82
ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง สมรรถภาพสมอง บกพร่องในบ้านวังหิน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น Effect of Cognitive Rehabilitation Program in Older person with Risk Cognitive Impairment in Wang -Hin Village Tha - pra Sub-district, Maung-Khon Kaen District, Khon Kaen Province. ชัยมงคล ศรีล้อม, เบญญาภา กาลเข้ว่า, จันทนา กวีนิฏฐยานนท์, ประทีป กาลเข้ว่า	94
ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ Knowledge and attitude associated with dental health care behavior among type II diabetes mellitus patients at Sirattana hospital, Sisaket province ธนาคม เสนา, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	106
การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการเสริมสร้างสมรรถนะ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ Empowerment and participation for developing dengue heamorrhagic disease prevention and control feature in Muang district, Chaiyaphum จตุพร เลิศฤทธิ์	118

การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์ เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

มาซิอนะห์ อามีเราะ¹

อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ประชากรคือ หญิงมีครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 547 คน ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel (2010) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 250 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.78, S.D.=0.412) สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การฝากครรภ์ การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง($\bar{X}$ =2.93, S.D.=0.261) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.158$, $P\text{-value}=0.036$) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรง ($r=0.179$, $P\text{-value}=0.005$) กับการรับรู้ประโยชน์ ($r=0.140$, $P\text{-value}=0.026$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความโอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรค ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r=-0.085$, $P\text{-value}=0.179$, และ $r=0.054$, $P\text{-value}=0.399$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การรับรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ,หญิงมีครรภ์

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส, Sara3699@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, Amornsak1.poum@gmail.com

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ, Email: Amornsak1.poum@gmail.com

Health perception factors associated with health care behavior among pregnant women in Takbai district, Narathiwat province.

Masuenah Armeeroh¹

Amornsak Pourn²

Abstract

This descriptive research study aimed to study health perception factors associated with health care behavior among pregnant women in Takbai district, Narathiwat province. Population was 547 newly pregnant women which registered at health care center in Takbai district, Narathiwat province, fiscal year 2015, and sample size calculating used Daniel formula for 250 cases, and systematic random sampling was determined. Data were collected by questionnaires (Cronbach's alpha coefficient= 0.75) and analyzed by Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The results showed that health perception factors, including perceived risk, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers had mean score with high level ($\bar{x}$ =2.78, S.D.=0.412). Moreover, health care behavior among pregnant women including, food consumption, antenatal care, iron supplementation, doctor appointment, and hygiene and personal care had mean score with high level($\bar{x}$ = 2.93, S.D.=0.261). The analysis of association reported that health perception factors were significantly associated with health care behavior among pregnant women in Takbai district, Narathiwat province (r =0.158, P -value=0.036). Considering health perception factors, reported perceived severity and perceived benefits were found the significant association (r =0.179, P -value=0.005, r =0.140, P -value=0.026, respectively). Conversely, perceived risk and perceived barriers were not found the association (r =- 0.085, P -value=0.179, r =0.054, P -value=0.399, respectively)

Keywords: Health perception, Health care behavior, pregnant women

¹ Public Health Technical Officer Professional Level, Takbai District Public Health Office, Narathiwat.

² Dr, Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University,

Corresponding author: Amornsak Pourn. Email: Amornsak1.pourn@gmail.com

บทนำ

ปี พ.ศ. 2550 กรมอนามัยได้กำหนดให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมด้านมาตรฐานการบริการงานอนามัยแม่และเด็กยกระดับเป็นโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว (Saiyairak Hospital; Bonding of Love Hospital) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นการดูแลทารกตั้งแต่วัยในครรภ์มารดา เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยและลดอัตราการเสียชีวิตของทารกในครรภ์¹

จากการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ในปีงบประมาณ 2557 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ยังพบอัตราภาวะซีดเมื่อฝากครรภ์ครั้งที่ 1 และใกล้คลอด ร้อยละ 18.68 และ 12.48 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 10), อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรก (Early ANC) ร้อยละ 81.14 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 75), อัตราการคลอดต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 11.76 (เป้าหมายไม่เกิน ร้อยละ 10), อัตราการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ร้อยละ 71.55 (เป้าหมายมากกว่า ร้อยละ 60), อัตราการตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 1.01 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5) ส่วนด้านทารกพบว่า อัตราทารกตายปริกำเนิด คิดเป็นอัตรา 8.85 ต่อพันการคลอดทั้งหมด (เป้าหมายไม่เกิน 9), อัตราทารกตาย คิดเป็นอัตรา 1.29 ต่อพันการคลอดทั้งหมด (เป้าหมายไม่เกิน 15), และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Low birth weight: BW) ร้อยละ

6.96 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7)² จะเห็นว่าจากข้อมูลสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทั้งมารดาและทารก รวมทั้งการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กยังคงเป็นปัญหาของอำเภอตากใบ ซึ่งสภาพปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในเชิงระบบทั้งในเรื่องนโยบาย ศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการระบบบริการคุณภาพ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ การพัฒนากลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาระบบข้อมูลและเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ Millennium Development Goals (MDG) คือ การลดอัตราการตายในเด็กและการเสริมสร้างสุขภาพมารดา รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพขณะตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นซึ่งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดีและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Pender³ กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น กระบวนการส่งเสริมสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกแก่กลุ่มคนปกติที่ยังไม่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นการลงทุนต่ำแต่มีประสิทธิภาพ

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ถือว่ามีความจำเป็นสำหรับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และเนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ในเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างการเรียนรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขเขตอำเภอตากใบ เพื่อลดปัญหาอัตราการคลอดก่อนกำหนด อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม อัตราทารกเสียชีวิตในครรภ์ ปัญหาภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ และเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนางานด้านบริการฝากครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ, ระดับการศึกษา, ศาสนา, การประกอบอาชีพ, รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน, โรคประจำตัว, อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก, ระยะห่างระหว่างตั้งครรภ์, ประวัติการเสียเลือดก่อนตั้งครรภ์, จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์, จำนวนบุตรที่มีชีวิต 2) การเรียนรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Rosenstock⁴ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคการฝากครรภ์ และ 3) พฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การฝากครรภ์ การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด การดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ดำเนินการวิจัยระหว่างมกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2559 กลุ่มประชากรคือ หญิงมีครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขเขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2558 จำนวน 547 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา คือ มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่จริงในพื้นที่อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถามและเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁵ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 250 คน การเลือกรายชื่อของหญิงตั้งครรภ์เป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ ส่วนที่

1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์ และการรับรู้อุปสรรคการฝากครรภ์ ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การฝากครรภ์ การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก การพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ และส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

หญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส มีอายุอยู่ระหว่าง 20-35 ปี (78%) ($\bar{X}$ =29.75, S.D.=6.04, Max=48, Min=16) นับถือศาสนาอิสลาม (99.2%) มีเพียงร้อยละ 0.8 ที่นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (56.4%) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (22%) ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน (68%) และอาชีพรับจ้างทั่วไป (19.6%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท(71.2%)($\bar{X}$ =8,904.40, S.D.=4,111.56, Max=40,000, Min=1,200) ประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า มีประวัติการตั้งครรภ์น้อยกว่า 2 ครั้ง (52%) และร้อยละ 12.4 มีประวัติการตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง สำหรับอายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก พบว่า ส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์อยู่ระหว่าง 4-12 สัปดาห์ (82.8%) ($\bar{X}$ =9.27, S.D.=3.90, Max=33, Min=2) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคโลหิตจาง (9.2%) และโรคกระเพาะอาหาร (4%) โรคเลือดธาลัสซีเมีย (2%) ตามลำดับ

การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้หญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.78, S.D.=0.42) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.21, S.D.=0.66) การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.85, S.D.=0.39) การรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.23) การรับรู้อุปสรรคการ

ฝากครรภ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.48, S.D.=0.50) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.93, S.D.=0.26) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์จำแนกรายด้าน พบว่าด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.43, S.D.=0.55) ด้านการฝากครรภ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.73, S.D.=0.45) ด้านการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.73, S.D.=0.44) ด้านการพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.92, S.D.=0.27) ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.97, S.D.=0.16) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล

ตนเองของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.158$, $P\text{-value}=0.036$) เมื่อจำแนกการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.179$, $P\text{-value}=0.005$, และ $r=0.140$, $P\text{-value}=0.026$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r=-0.085$, $P\text{-value}=0.179$, และ $r=0.054$, $P\text{-value}=0.399$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส (n=250)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	ระดับคะแนน						$\bar{x}$	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ ละ		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	196	78.4	54	21.6	-	-	2.78	0.42
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	86	34.4	130	52.0	34	13.6	2.21	0.66
การรับรู้ความรุนแรง	217	86.8	29	11.6	4	1.6	2.85	0.39
การรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์	236	94.4	14	5.6	-	-	2.94	0.23
การรับรู้อุปสรรคการฝากครรภ์	121	48.4	129	51.6	-	-	2.48	0.50
พฤติกรรมดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์	235	94.0	14	5.6	1	0.4	2.93	0.26
การรับประทานอาหาร	116	46.4	126	50.4	8	3.2	2.43	0.55
การฝากครรภ์	185	74.0	64	25.6	1	0.4	2.73	0.45
การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก	184	73.6	66	26.4	-	-	2.73	0.44
การพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด	233	93.2	16	6.4	1	0.4	2.92	0.27
การดูแลสุขภาพด้วยส่วนบุคคล	243	97.2	7	2.8	-	-	2.97	0.16

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส (n=250)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	ระดับความสัมพันธ์
	ของเพียร์สัน (r)		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.158	0.036	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	-0.085	0.179	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรง	0.179	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ประโยชน์การฝากครรภ์	0.140	0.026	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้อุปสรรคการฝากครรภ์	0.054	0.399	ไม่มีความสัมพันธ์

การอภิปรายผล

การรับรู้ด้านสุขภาพ (Health perception) เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมออกมา โดยผู้หึงมีครรภ์จะแสดงพฤติกรรมที่เป็นการหลีกเลี่ยงอันตรายหรือภาวะอาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับทารกในครรภ์หรือหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ โดยผู้หึงมีครรภ์จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามสิ่งที่ตนเองพอใจ เพราะคิดว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพของตนเองและทารก เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสม การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กเพื่อบำรุงครรภ์และแก้ปัญหาโรคโลหิตจาง การฝากครรภ์ตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนดนัดหมายไว้ การพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ตามนัด รวมทั้งผู้หึงมีครรภ์จะมีพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่น แล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมี

แรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม⁴ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้หึงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส ($r=0.158$, $P\text{-value}=0.036$) เมื่อพิจารณาการรับรู้ด้านสุขภาพรายด้าน จะพบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้หึงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อภิปรายเหตุผลได้ว่า ผู้หึงมีครรภ์ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เกือบครึ่งหนึ่งมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง (52%) อาจเนื่องจากในปัจจุบันนี้ผู้หึงมีครรภ์ที่มีอายุน้อยไม่ค่อยสนใจหรือไม่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครรภ์ของตนเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะตั้งครรภ์และยังไม่เชื่อว่าตนเองจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ จึงทำให้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้หึงมีครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Becker⁷ ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้ว ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและ

ภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา⁸ ซึ่งได้ข้อค้นพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เนื่องจากได้รับการเอาใจใส่กระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการการตรวจรักษาได้ง่ายเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ใกล้บ้านทำให้สะดวกต่อการมาตรวจตามนัดและพบแพทย์ แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ ซาฟีนะ ดอเลาะ⁹ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของหญิงมีครรภ์ มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์

การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.005$) อธิบายเหตุผลได้ว่า หญิงมีครรภ์มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ซึ่งส่งผลให้หญิงมีครรภ์มีพฤติกรรมที่ดีที่จะป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ โดยการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพของตนเองและทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ตลอดการตั้งครรภ์ และเชื่อในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีสามีหรือบุคคลใกล้ชิดเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือ กระตุ้น ให้

กำลังใจ ตลอดจนคำแนะนำในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จึงเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของ Becker⁷ ที่กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา¹⁰ ได้ข้อค้นพบว่า ภายหลังจากทดลองหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ อุทัยวรรณ เหมเวช¹¹ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด

การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.026$)

อธิบายเหตุผลได้ว่า หญิงมีครรภ์มีการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการฝากครรภ์ สูงถึง 94.4% ส่งผลให้หญิงมีครรภ์มีพฤติกรรมที่ดี และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ในขณะที่ตั้งครรภ์ เพราะเมื่อหญิงมีครรภ์รู้ว่าตนเองตั้งครรภ์ก็จะพยายามแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ เพื่อต้องการให้ทารกในครรภ์มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Pender³ ที่กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 61 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้เป็นความเชื่อของบุคคล โดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ผลการวิจัยตรงกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹² ได้ข้อค้นพบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการและด้านการป้องกันสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ¹³ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์เขตอำเภอดงบัง จังหวัดนครราชสีมา อธิบายเหตุผลได้ว่า หญิงมีครรภ์มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองนั้นสามารถหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์นั้นจะมีอุปสรรคต่างๆเกิดขึ้น แต่ก็ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์ โดยไม่มีอุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะขวางกั้นพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์นั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย ตรงกับความหมายของการรับรู้ของ Rosenstock⁴ กล่าวว่า การที่บุคคลใดก็ตามจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมิให้เกิดกับตนนั้นจะต้องมีลักษณะการรับรู้ถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์หรือคุณค่าของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นกับการรับรู้ถึงสิ่งเหล่านั้นมีอุปสรรคมากน้อยเพียงใด หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคน้อยก็พร้อมที่จะ

ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและจะมุ่งที่จะปฏิบัติแต่พฤติกรรมที่เป็นประโยชน์หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นโทษนั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากผู้หึงมีครรภ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ในระดับต่ำ 34% และ 48% ตามลำดับส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ดังนั้น สถานบริการสาธารณสุขควรจัดให้มีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้หึงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้หึงมีครรภ์มีการรับรู้ในเรื่องภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์ โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่น ในเรื่องภาวะแทรกซ้อนและภาวะเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้หึงมีครรภ์ และผลักดันให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้หึงมีครรภ์เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะส่งผลต่อทารกในครรภ์และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้หึงมีครรภ์ในจังหวัดอื่นๆ ที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณี ซึ่งจะทำให้ได้ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันไป

จากเดิม และอาจมีประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวกับผู้หึงมีครรภ์ได้เหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว. ข้อมูลรายงานเฉพาะกิจโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว.2555.
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2554-2556. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากใบ.
3. Pender, N.J. Health Promotion in nursing practice. 2nd ed. Connecticut : Appleton & Lange; 1987.
4. Rosenstock, Irain M. "The Health Belife Model and Prevention Behavior."Health Education Monographs; 1974.
5. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
6. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
7. Becker, Marshall H. "The Health Belife Model and Prevention Behavior." Health Education Monographs; 1974.

8. ดวงใจ พรหมพยัคฆ์, มณฑนา อัจฉริยศักดิ์ชัย, ศักดา เปรมไทยสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2555 26(2): 253-362.
9. ชาฟีนะ ดอเลาะ. พฤติกรรมการดูแลครรภ์ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ สถานีอนามัยในเขตพื้นที่อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร. 2552.
10. นาฏอนงค์ ธรรมสมบูรณ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลอานันทมหิดล จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2554.
11. อุทัยวรรณ เหมเวช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษากับความร่วมมือในการรักษาของหญิงเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552.
12. กัลยาณี บุญสิน, โสเพ็ญ ชูฉนวน. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์แรกโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารวิชาการ เขต 12. 2552; 12(2): 11-28.
13. แพรพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-27.

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

ชญญา วงหาญ¹

พรพิมล เนตรแสงศรี²

เอกพล นิลเกตุ³

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ประชากรที่ศึกษาคือทีมสหวิชาชีพ จำนวน 13 คน และผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานจำนวน 60 คน ดำเนินการวิจัยในช่วง เดือนตุลาคม 2560 ถึงเดือน มีนาคม 2561 แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมวิจัย ระยะวิจัยและระยะประเมินผลการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย จากโปรแกรมฮอสเอกซ์พี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระต่อกันกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่แอลฟา $P < 0.05$ เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือ กิจกรรมการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การจัดบริการดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามแนวทาง UCCARE การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ด้านผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในภาพรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.27 เป็นร้อยละ 84.22 และการควบคุมโรคเบาหวานประเมินโดยใช้ค่าระดับเอพีเอส ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลสะสม(ฮีโมโกลบิน เอ วันซี) และค่าการทำงานของไต(อี-จีเอฟอาร์) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุปและข้อเสนอแนะ การพัฒนารูปแบบหรือระบบบริการต้องร่วมมือกันระหว่างทีมภาคีเครือข่าย และต้องสอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยและภายใต้ความเป็นไปได้ของศักยภาพของหน่วยบริการ และเสนอแนะให้การขยายหรือนำรูปแบบการบริการสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอื่น ๆ ในเขตรับผิดชอบ ตลอดจนการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ:ระบบสุขภาพระดับอำเภอ, การวิจัยแบบมีส่วนร่วม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย, E-mail: aom.jiratchaya@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย,
E-mail: Ponpimol88@outlook.co.th

³เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย,
E-mail: Shinozhuke_club@hotmail.com

The development of health care model for Diabetes Mellitus and Hypertension patients through the network participation in Rattanaowapi District, Nong Khai Province

Chanya Wonghan¹

Ponpimol Netsangsri²

Eakkaphol Nilked³

Abstract

The aim of participation action research was to study the development of health care model for Diabetes Mellitus (DM) in Rattanaowapi hospital, Nong Khai province. The sample size were 13 staff of interprofessional and 60 DM patients who registered in Rattanaowapi hospital who selected by purposive sampling between October 2017 and March 2018. For a qualitative research data with focus group discussion guideline. The data was analyzed by SPSS for Windows programs to acquire percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum, and paired sample t-test were administered to determine the mean score difference of knowledge satisfaction and action. For a qualitative data was analyzed by content analysis.

The finding revealed that the health care model for DM were four guidelines, including; providing patients care based on the stakeholder participation (UCCARE), improving knowledge and skills of village volunteers; giving knowledge and essential skills for patients' self-care; and visiting patients 2 times a week. Regarding the effects of the developed model, the scores of self-care behaviors in overall increased from 76.27% to 84.22% and the controlling of DM evaluated using fasting blood sugar, HepBA1C and e-GFR, was significant ($p < 0.05$).

For the conclusion and suggestions, the development of model or the system of DM patient care need to collaborate with stakeholder under the possibility of the potential. This model should be promoted in health promoting hospital and health-related organizations, as well as the establishment of a group of DM patients or patients with chronic diseases in community should be concerned.

Key words: UCCARE, action research, health promoting hospital.

¹Registered Nurse (Professional Level), Rattanaowapi Hospital, Nong Khai province.

²Registered Nurse (Professional Level), Rattanaowapi Health Promoting Hospital, Nong Khai province.

³Dental Assistant (Operational Level), Rattanaowapi Health Promoting Hospital, Nong Khai province.

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจัดเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งสามารถป้องกันได้ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ความชุกของโรคในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โรคเบาหวานพบร้อยละ 6.9 โรคความดันโลหิตสูงพบร้อยละ 8.7 ในปี 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.9 และ 10.4 ในปี 2557¹ เมื่อเป็นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จะต้องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่จอประสาทตาผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและมือ ซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ

ผู้ป่วยเบาหวาน 1 ใน 3 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยมาก่อน และร้อยละ 3 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ไม่ได้รับการรักษา ส่วนที่ได้รับการรักษามีเพียงร้อยละ 28.5 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้¹ การรักษามีจุดประสงค์และเป้าหมายชัดเจนคือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยต้องดูแลทั้งระดับ primary, secondary, tertiary prevention ทีมผู้ให้บริการร่วมกันในการดูแลรักษา โดยให้ความรู้ วิธีการรักษา สร้างทักษะการกินอยู่ที่ถูกต้อง สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง¹

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย เป็นหน่วยบริการในเขตชุมชนเมือง นอกจากนี้ในพื้นที่แล้ว ยังพบว่ามีคนต่างพื้นที่มาอาศัยอยู่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงพบว่าดูแลกลุ่มเป้าหมายเบาหวานร้อยละ 41.16 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.00 สามารถในการควบคุมโรคเบาหวานโดยประเมินจาก FBS (>70 - <130) ได้ร้อยละ 35.99 การได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาและทางเท้าพบได้เพียงร้อยละ 49.75, 51.68³ การควบคุมความดันโลหิตสูง ประเมินจากระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($BP < 120 / < 80$) จากการประชุมกลุ่มพบประเด็น ด้านคลินิกโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงผู้รับผิดชอบมีไม่เพียงพอเนื่องจากภาระงานมาก มีประชุมบ่อยครั้ง ยังไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ทีมอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทีมผู้ดูแลความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยบางกลุ่ม การให้ข้อมูลความรู้หรือทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบชัดเจนและไม่ต่อเนื่อง

จากการทบทวนเอกสารการรักษาโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงเริ่มตั้งแต่การตรวจคัดกรอง (screening test) เพื่อค้นหาผู้ซึ่งไม่มีอาการ ให้การวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคแทรกซ้อนในระยะยาวให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติมีการติดตามและการประเมินผลการรักษา การให้ความรู้และสร้างทักษะเพื่อการดูแลโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง เช่น การใช้เทคนิค motivational

interviewing² ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (district health system - DHS) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานบริการ สุขภาพและการสร้างสุขภาวะในระดับพื้นที่มองทุกส่วนในอำเภอเป็นเนื้อเดียวกันในมุมที่กว้าง ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชน ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เข้าด้วยกัน และเน้นการทำงานร่วมกันทั้งภาคี ในเครือข่าย และนอกเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE (Unity team, Community participation, Appreciation, Resource sharing and human development, and Essential care)¹ มีการศึกษาวิจัยและพัฒนา รูปแบบหรือระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มากมาย เช่น พัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁴ เป็นการพัฒนาระบบข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและนำมาวิเคราะห์เพื่อการดูแลใน ทุกมิติการปรับพฤติกรรมโดยให้ความรู้เรื่อง การรับประทานอาหารเพื่อลดโรค การพัฒนา ศักยภาพ อสม.ด้านการดูแลผู้ป่วยฯ และการพัฒนาความร่วมมือกับภาคท้องถิ่น การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง⁵ โดยปฏิบัติตามแนวทาง 3 อ- 3 ร การปรับเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงของสมาชิกครอบครัวและชุมชนการพัฒนา ศักยภาพบุคลากร โดยการจัดค่ายเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการพัฒนา ศักยภาพผู้ป่วยโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการใช้

กระบวนการกลุ่ม⁶ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงครอบคลุมถึงชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ มีการจัดทำคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁷ การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน ลดขั้นตอนการบริการ⁸ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ KUCHAN Model⁹ เน้นการสร้าง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง การปฏิบัติการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วม และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ มี 4 แนวทาง คือ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การพัฒนา ศักยภาพของ อ.ส.ม. การให้ความรู้ผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย¹⁰ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี เพื่อที่จะได้รับทราบปัญหาการดูแล และสามารถช่วยให้ทีมผู้ให้บริการได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และสามารถเชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่เป็นเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงได้ อย่างเหมาะสมและสามารถจัดให้บริการที่มีต่อเนื่อง และเชื่อมโยงถึงชุมชนอย่าง เป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย ประชากรที่ศึกษาแบ่ง เป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ทั้งหมดที่เข้ามาได้รับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ในช่วงเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือน กรกฎาคม 2560 ที่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา เกณฑ์การคัดออกคือผู้ป่วยที่ไม่ติดตามการรักษาหรือไม่มาตามนัดโดยมีเกณฑ์และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสอบถามประกอบด้วย แบบเก็บรวบรวม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม /

สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการ ทบทวน หลักการทฤษฎีและวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจาก ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านสำหรับใช้เก็บ ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโดยการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของ นภาพร บุญยืน(2550)¹¹ และแนว คำถามการ สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guideline) ใน ประเด็นสถานการณ์และสภาพปัญหาสาเหตุของการดำเนินงานเบาหวานความดันโลหิตสูง ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนา การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัย ได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเฝ้าไร่ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอน บาค ⁶ (Cronbach's Alpha-Coefficient)ได้เท่ากับ 0.74 เก็บรวบรวมข้อมูล ใช้กรอบแนวคิดในการวิจัยตามแนวคิด

การจัดระบบบริการของโรค เรื้อรังตามแนวคิด UCCARE และแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน (CPG) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 3 ระยะ คือ การเตรียมข้อมูล ระยะปฏิบัติหรือดำเนินการวิจัยและระยะประเมินผลผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผลการประเมินคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง คะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการพัฒนาได้ ร้อยละ 76.27 หลังการพัฒนาได้ร้อยละ 84.22 เมื่อทำการพิจารณารายชื่อแล้วจะพบว่ามีเปลี่ยนแปลงโดยการ

เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา โดยเรียงจากมากไปน้อย ดังนี้ การออกกำลังกายแต่ละครั้งทำติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที พบคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนพัฒนาร้อยละ 66 หลังการพัฒนาร้อยละ 80 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 เมื่อมีการปวดศีรษะบริเวณหน้า มีคลื่นไส้จะเป็นลม แก้ไขด้วยการอมลูกอมเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 84 เป็นร้อยละ 96 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12 แต่พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ไม่ดีหรือควรลดลงคือ การเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตัวเอง พบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 61 เป็นร้อยละ 71 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และการสำรวจเท้า/หลังออกกำลังกายเพื่อดูรอยถลอกหรือรอยขีดที่เท้าไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการพัฒนา คือ ร้อยละ 88 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลของพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนหลังการพัฒนา (n=60)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อน	หลัง	เพิ่ม/ลด
1.มีการออกกำลังกายแต่ละครั้งทำติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การปลูกต้นไม้	66.00	80.00	+14
2.ผู้ป่วยเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง	61.00	74.00	+13
3.เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หน้ามืด ตัวสั่นคล้ายจะเป็นลม ผู้ป่วยแก้ไขด้วยการอมท็อฟฟี หรือลูกอม	84.00	96.00	+12
4.ผู้ป่วยไปตรวจเช็คตากับจักษุแพทย์เฉพาะเมื่อคุณมีปัญหาเกี่ยวกับตาเท่านั้น	83.00	95.00	+12
5.ขณะอาบน้ำผู้ป่วยทำความสะอาดบริเวณซอก ขาหนีบ รักแร้ และข้อพับต่าง ๆ เป็นพิเศษ	85.00	96.00	+11
6.ผู้ป่วยใช้ยาต้ม/ยาสมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวาน	61.00	71.00	+10
7.ผู้ป่วยสังเกตอาการแพ้ยา ภายหลังการรับประทานยา	81.00	91.00	+10
8.ผู้ป่วยรับประทานอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อ / ตรงต่อเวลา	86.00	96.00	+10
9.ผู้ป่วยรับประทานผลไม้ เช่น กล้วย มะละกอ ส้ม ฝรั่ง โดยจำกัดจำนวน	78.00	88.00	+10
10.ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	79.00	89.00	+10
11.ผู้ป่วยบันทึกน้ำหนักตัวทุกครั้งหลังออกกำลังกาย	64.00	73.00	+9
12. ผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์	84.00	93.00	+9
13. ผู้ป่วยฉีดยา/รับประทานยาเบาหวานตามตรงเวลา	82.00	90.00	+8
14.ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็มจัด	88.00	95.00	+7
15.ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยมีระยะอบอุ่นร่างกาย/ระยะการออกกำลังกาย/ระยะผ่อนคลาย	70.00	77.00	+7
16.ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก	90.00	94.00	+4
17.ผู้ป่วยออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง /ไม่หักโหมจนเกินไป	73.00	77.00	+4
18.ผู้ป่วยตรวจสุขภาพฟัน / ช่องปากทุกเดือน	70.00	71.00	+1
10.ผู้ป่วยรับประทานผักใบเขียวชนิดต่าง ๆ เช่นคะน้า ผักกาด	83.00	84.00	+1
20.ผู้ป่วยสำรวจเท้าก่อน /หลังออกกำลังกาย เพื่อดูรอยถลอกหรือรอยข้ำที่เท้า	88.00	88.00	0
สรุป	76.27	84.22	+ 7.95

ด้านการควบคุมโรค ซึ่งประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่า HbA1C และค่า e GFR และค่าความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่าระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 50 หลังพัฒนา ร้อยละ 80 ระดับน้ำตาลใน เลือด (FBS) ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 149.57 mg% หลังพัฒนาเฉลี่ย 121

mg% ค่า HbA1C ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 8.49 หลังพัฒนา ร้อยละ 7.05 ค่าอัตราการกรองของ ไต (e-GFR) ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยที่ ระดับ 3.30 หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยที่ระดับ 2.93 ดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่า eGFR, HbA1C และ FBS (n=60)

ผลการตรวจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
FBS	149.57	29.643	121	23.767
HbA1C	8.49	1.757	7.05	.913
e GFR	3.30	.828	2.93	.828

เมื่อทำการวิเคราะห์ความต่างของค่าเฉลี่ย (Median) ของค่า FBS, HbA1C และ e GFR โดยใช้สถิติ Independent T- test พบว่าค่า FBS, HbA1C และ e GFR มีค่า

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.00$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของค่า FBS, HbA1C และ e GFR (n=60)

รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	95 % CI of Mean Difference	t	df	P value
FBS	27.77	33.59	15.23 ถึง 40.31	4.529	29	.001
HbA1C	1.447	2.085	.668 ถึง 2.225	3.799	29	.000
e GFR	0.37	0.615	0.14 ถึง 0.60	3.266	29	.003

การอภิปรายผล

สถานการณ์และสภาพปัญหาเดิมในปี 2559 พบว่าการคัดกรองโรคให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการได้เบาหวานร้อยละ 41.16 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.00 ความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวานโดยประเมิน ได้ร้อยละ 35.99 การได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาและทางเท้าดำเนินการได้ร้อยละ 49.75, 51.68 การควบคุมความดันโลหิตสูง ประเมินจากระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ จากการประชุมกลุ่มระดมสมองวิเคราะห์ปัญหา พบว่า

1. การจัดบริการของคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังรวมอยู่กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ สถานที่มีความคับแคบ รวมถึงระยะเวลาในการให้บริการนานต้องใช้เวลาทั้งวัน สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก⁷ และการพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปลาปากจังหวัดนครพนม¹² เนื่องจากมีการจัดบริการในคลินิกที่รวมกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง อื่น ๆ และผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงร่วมกัน ด้านจำนวนบุคลากรพบว่า มีจำนวนจำกัด และทีมสหวิชาชีพบางท่านยังขาดทักษะในการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ตามบริบทของพื้นที่ การบริการบางอย่าง อาจจะต้องมีการปรับปรุง และอาจเนื่องมาจาก บุคลากรที่ไม่เพียงพอและขาดความรู้ ประสบการณ์ ส่วนด้านระยะเวลาในการรอคอย หรือการให้บริการที่รวมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิต

สูงที่นั่งรออาหารมา ต้องรอนาน สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลชัยภูมิที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานต้องใช้ระยะเวลาในการรับบริการประมาณ 5 ชั่วโมง⁷ และจากการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลรัตนวาปี มีการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน (Lean)⁸ ที่ ปรับปรุงโดยการลดขั้นตอนการให้บริการจาก 16 ขั้นตอนเป็น 6 ขั้นตอน ลดระยะเวลาการให้บริการจาก 106 นาที เป็น 74 นาที⁵ การให้ข้อมูลความรู้หรือฝึกทักษะการดูแลตนเอง ยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และต่อเนื่อง^{6, 9, 12}

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ทีมผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดของ UCCARE แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ CPG โรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ปี 2560 ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสู่คลินิกโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน ตั้งแต่การประเมินคัดกรองผู้ป่วย การแยกกลุ่ม การ ให้การดูแลให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่มผู้ป่วย สำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน มีการติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ทั้งนี้มีการตั้งคณะกรรมการดำเนินการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงตามแนวคิดของ

UCCARE ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รับผิดชอบต่อและเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของตนเอง 2) การพัฒนาศักยภาพของทีมตั้งแต่ทีม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทีมให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ ให้บริการที่เกี่ยวข้องในคลินิกเบาหวานความดัน โลหิตสูง 3) การให้ความรู้ฝึกทักษะการดูแล ตนเองของผู้ป่วย (Self-care knowledge) โดยมีเอกสาร แผ่นพับแจก วางรูปแบบการให้ ความรู้/ทักษะ ในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล 4) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ ชุมชน โดย แยกเป็นระดับและกลุ่ม การใช้ แนวคิด UCCARE เป็นแนวทางในการ ดำเนินงานทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคส่วน หรือผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ส่วนของชุมชน มีการ แบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาศักยภาพใน ประเด็นสำคัญ มีการมองเห็นหรือให้ ความสำคัญของ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่และทำ ให้เกิดความภาคภูมิใจในการแก้ไขปัญหา สุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับ การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ ดูแลผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพระดับ อำเภอ ผลการวิจัยได้แนวทางดำเนินการ ประกอบไปด้วยการบันทึกข้อตกลงความ ร่วมมือการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน การให้ความรู้ผู้ป่วย เบาหวานในการดูแลตนเอง และการติดตาม เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานและติดตามนิเทศการ ทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

จำนวน 2 ครั้ง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงพบว่า ส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความ ดันโลหิตได้ดีขึ้น มีความรู้ เพิ่มมากขึ้นสามารถ ประเมินพฤติกรรมของตนเองได้ และมี พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น¹⁰ และ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา แนวทางการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม⁵ เป็นการ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ แนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ คือ โปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน โดยปฏิบัติตามแนวทาง 3 อ- 3 ร อย่างเคร่งครัด การปรับเปลี่ยนแนวคิดในการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงของ สมาชิก ครอบครัวและชุมชน การสนับสนุน ของสมาชิกครอบครัวและชุมชนแนวทางในการ ดูแล สุขภาพของผู้ป่วย สรุปการใช้แนวคิดของ UCCARE ต้องประกอบด้วย การมีส่วนร่วม ของชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการจากทุก ภาคส่วน ในการดูแลสุขภาพร่วมกัน จึงมี ประโยชน์กับพื้นที่บริการสุขภาพในการ แก้ปัญหาอย่างยั่งยืน การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร ประกอบด้วยการ สนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านวิชาการ ด้าน กำลังคน ในการวิจัยครั้งนี้มี การปรับ อัตรากำลังสหวิชาชีพมาช่วยในส่วนของ คลินิก เป็น 2 คน การพัฒนาศักยภาพของ ทีม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่าย อสม รวมทั้งการนำอุปกรณ์เครื่องมือจาก โรงพยาบาลรัตนวาปี ออกไปช่วยใน การตรวจ ระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจเท้าและตรวจ จอประสาทตา เป็นต้น ปัญหาด้านสุขภาพของ บริบทพื้นที่ในกลุ่มโรคเบาหวานความดันโลหิต สูง จากการวิเคราะห์พบประเด็นการคัดกรอง การ ตรวจเท้า และการควบคุมโรคไม่เป็นไป ตาม เป้าหมายที่ร้อยละ 80 เป็นปัญหาที่ สอดคล้องกับการดำเนินการ ODOP

3. ผลของการนำรูปแบบการดูแล ผู้ป่วย เบาหวานความดันโลหิตสูงโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลรัตนวาปี ไปใช้ทำ การประเมินผลลัพธ์คือคะแนนพฤติกรรมการดูแล ตนเองในภาพรวมหลังการพัฒนามีค่าเพิ่มขึ้น โดยเฉลี่ยจากร้อยละ 83.00 เป็นร้อยละ 91.50 ซึ่งเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.5 ความสามารถในการควบคุมโรค พบว่าระดับความดันโลหิตที่ ควบคุมได้ดี ก่อนการพัฒนาร้อยละ 50 หลัง พัฒนาร้อยละ 80 ระดับน้ำตาลโดยประเมิน จากการใช้ค่า FBS พบว่าค่าเฉลี่ย ของ FBS ลดลงจาก 149.57 mg% เป็น 121mg % เมื่อ วิเคราะห์ ความแตกต่าง พบว่า มีความแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value <.0001) และได้ค่าเฉลี่ย HbA1C หลัง การ พัฒนาลดลงจาก 8.49 เป็น 7.05 ซึ่งมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล นครนายก⁶ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และ

พฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนการ พัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value 0.05) และการศึกษาที่พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ⁷ ทำให้ ค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C หลังการพัฒนา ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p- value <0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำใน ผู้ป่วยเบาหวาน¹³ เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) ผลของการนำไปใช้ทำให้สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม (80-180 mg%)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1.การพัฒนาารูปแบบหรือระบบบริการ ต้องมี การร่วมมือกันระหว่างทีมภาคีเครือข่าย และ กระทำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นควรกำหนดให้มีเวที ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน กลุ่ม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหา ปัญหาอุปสรรค
- 2.การพัฒนาศักยภาพของทีม โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเครือข่าย หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) โดยเฉพาะประเด็นการตรวจเท้าและฝึกทักษะ การดูแลเท้าของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่ง ผลการวิจัยพฤติกรรมการดูแลด้านนี้ไม่เพิ่มขึ้น และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงด้านยา เช่น การใช้ยาต้ม/ยาสมุนไพรในการรักษาโรค และ

การปรับยาเองของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

3. เพิ่มกิจกรรม หรือรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่ดีสามารถควบคุมโรคได้ เช่น การใช้คนต้นแบบ (Roll Model) การใช้กิจกรรมกลุ่ม (เสี้ยว) บำบัด เป็นต้น

4. การขยายหรือนำรูปแบบการบริการสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอื่น ๆ ในเขตรับผิดชอบที่ยังมีผลการดำเนินงานที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ตลอดจนการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

5. ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย ในประเด็นเดิมแต่อาจจะมีการติดตามประเมินผลเป็นช่วงๆ หรือในประเด็นอื่นๆ เช่น การใช้ยา ค่าใช้จ่าย ฯลฯ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มี ความสัมพันธ์กับระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ เครือข่ายอำเภอ เพื่อประโยชน์ในการ วางแผนการดำเนินงานได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.เสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) พิมพ์ครั้งที่1 มูลนิธิแพथ์ชนบท กรุงเทพฯ.2557
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่2. บริษัทร่มเย็น มีเดีย จำกัด ปทุมธานี.2560
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย.ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Chronic Link)(online),[https://www.nko.moph.go.th/main_new/# service](https://www.nko.moph.go.th/main_new/#service). (เข้าถึงเมื่อ 12/12/2560)
4. อรพรรณ สัมภามานะ,ลินดา คล้ายปัดซี, พนิดา อาวุธ, โสทรธิ์ย์ แพน้อย. การพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะลวน อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.2559:157-167
- 5.ระพีพร วาโยบุตร และ พิมภา สุตรา. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม.วารสารกองการพยาบาล. 2557.ปีที่41 ฉบับที่ 2:72-83

6. นันทพร บุษราคัมวดี และยุวมาลย์ ศรีปัญญา ภูมิศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครนายก. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2555 ปีที่ 5 ฉบับที่ 2; 114-129.
7. วงเดือน ฤาชา และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชัยภูมิ วารสารกองการพยาบาล. 2554. ปีที่ 38 ฉบับที่ 1, 2554 : 31-41
8. พันธิภา พิณยะคุณ, อารี ชิวเกษมสุข และเพ็ญจันทร์ แสนประสาน. การพัฒนารูปแบบการบริการคลินิกเบาหวานโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีน โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาหมื่นราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560. ปีที่ 10 ฉบับพิเศษ : 280-290.
9. ธนาคมย์ อามาศย์มุลตรี, ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล และอุดมศักดิ์ มหาวีรวัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการสาธารณสุข. 2559 ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 ; 69-85.
10. กิตติวรรณ จรรยาสุทธีวงศ์, วรพจน์พรหมสัตยพรต, จิราพรวรวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2558 ; Vol 34. No 6: 551-559
11. ชื่นจิตร เพชรจิต. พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขภาคใต้. 2557. 2(2):15-28
12. สุพัฒน์ สมจิตรสกุล, นางพรรณทิวา สมจิตรสกุล, นางทิพย์สุดา หริกุลสวัสดิ์, นางกรรณิการ์ รัชอินทร์ และนางมติกา สุนา. การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม. 2554. (เอกสารอัดสำเนา มปป.)
13. ศิริมา มณีโรจน์, นัชพร ลาภจติ และกัญจนา ปุกคำ. การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2560. 27(2):126-139

ประสิทธิผลของการบำบัดมือเกลื้อด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทยในหญิงหลังคลอด

พนิดา มากนุษย์¹ปิยะนันต์ ฝาชัยภูมิ²จตุพัตร์ เพชรจตุรภัทร³

บทคัดย่อ

การให้บริการหญิงหลังคลอดด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย เป็นทางเลือกหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษาถึงประสิทธิผลของหม้อห้อมเกลื้อ จะเป็นข้อมูลสนับสนุนและพัฒนางานแพทย์แผนไทย

งานวิจัยเชิงทดลองในหญิงหลังคลอด 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมือเกลื้อสมุนไพร (กลุ่ม 1: gr1) กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมือเกลื้อแอลกอฮอล์ (กลุ่ม 2: gr2) และกลุ่มรับบริการแผนปัจจุบัน (กลุ่ม 3: gr3) จำนวนกลุ่มละ 10 ราย คัดเข้ากลุ่มด้วยกระบวนการสุ่มตัวเลข ทำการทดลอง 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated anova พบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ระดับมดลูกในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff.(gr.1 1 vs gr.2) = -2.1; 95%CI: -2.65, -1.54, mean diff.(gr.1 vs gr.3) = -2.1; 95% CI: -.266, -1.54) รวมถึงขนาดรอบเอว (Mean time5 (gr1) = 77.8 cm., 84.6 cm.(gr.2), 80.7cm.(gr.3)) และระดับความเจ็บปวด (Mean time5 (gr1) = 4.1, 5.0 (gr.2) และ 6.0 (gr.3)) ตลอดจนน้ำคาวปลาในกลุ่มทดลอง (gr1) เข้าสู่ภาวะปกติเร็วกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Median survival time = 18 วัน (gr.1), 26 วัน (gr.2) และ 25 วัน (gr.3))

การบำบัดมือเกลื้อสมุนไพรในหญิงหลังคลอดมีประสิทธิผลในด้านการลดลงของระดับมดลูก ขนาดรอบเอว และระดับความเจ็บปวด รวมถึงช่วยให้น้ำคาวปลาเข้าสู่ภาวะปกติเร็วขึ้น ควรส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดทุกรายที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการบำบัดมือเกลื้อต่อเนื่องจากการรับบริการแผนปัจจุบัน

คำสำคัญ : การบำบัดมือเกลื้อ, การแพทย์แผนไทย, หญิงหลังคลอด

¹ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

² แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

³ นักการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

Corresponding author: พนิดา มากนุษย์ E-mail: appliedthaimed@gmail.com

The Effectiveness of Thai Traditional Medicine, Tub Moa Gluea, in Postpartum Care

Panida Magnud⁴

Piyanan Fachaiyaphum⁵

Jatupak Pechjaturapat⁶

Abstract

Providing postpartum care with Thai traditional medicine is promoted to use as an alternative medicine by the Ministry of Public Health. This experimental research was to explore the effectiveness of Thai traditional medicine, Tub Moa Gluea, in postpartum care. Participants were 30 postpartum women which were divided into three groups (each group had 10 women), group one (gr 1: intervention group) having Tub Moa Gluea, group two (gr 2: comparison group) having placebo and group three (gr 3: comparison group) having conventional medicine. The experiments were run for four times (one week away). The results revealed that, from the analysis of Repeated ANOVA, the uterine level decreased continuously in the intervention group, and more than the comparison groups significantly (mean diff. (gr.1 1 vs gr.2) = -2.1; 95% CI: -2.65, -1.54, mean diff. (gr.1 vs gr.3) = -2.1; 95% CI: -.266, -1.54) and also waist size [mean time 5 (gr1) = 77.8 cm, 84.6 cm (gr2) and 87.7 cm(gr3)], level of pain [mean time 5 (gr1) = 4.1, 5.0 (gr2) and 6.0 (gr3)] as well as amniotic fluid in the experiment group to normalize faster than the comparison groups with statistical significance (median survival time = 18 days (gr1), 26 days (gr2) and 25 days (gr3)).

In conclusion, the use of Tub Moa Gluea can help postpartum women to reduce the uterine level, waist size and level of pain. Additionally, it can help the amniotic fluid to be normalized faster. Therefore, Tub Moa Gluea should be promoted in hospital care in all postpartum women.

Keywords: Tub Moa Gluea, Thai traditional medicine, postpartum care

⁴ Thai Traditional Medicine (Practitioner Level), Phakdi Chumphon Hospital, *Chaiyaphum province*

⁵ Thai Traditional Medicine, Phakdi Chumphon Hospital, *Chaiyaphum province*

⁶ Thai Traditional Medicine Officer, Phakdi Chumphon Hospital, *Chaiyaphum province*

Corresponding author: Panida Magnud, E-mail: appliedthaimed@gmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย มีนโยบายในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยกำหนดตัวชี้วัด คือ อัตราตายของมารดา ต้องไม่เกินร้อยละ 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน¹ จากนโยบายดังกล่าว เป็นผลให้สถานบริการสุขภาพในสังกัดภาครัฐต้องปรับปรุงและพัฒนา มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก ทั้งคลินิกรับฝากครรภ์ มาตรฐานห้องคลอด และมาตรฐาน ห้องบริบาลหลังคลอด^{1, 2}

วิกฤติสำคัญในการปรับตัวของมารดา ระยะหลังคลอด คือ การเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ อาทิ เกิดการเจ็บปวดของฝีเย็บและมดลูกจากการบีบรัดตัวเพื่อขับรกและของเสีย ปัญหาเรื่อง น้ำคาวปลาที่ถูกขับออกมา ระบบขับถ่ายซึ่งบางรายอาจมีอาการท้องผูก และมีอาการดิ่งคัดเต้านม³ โดยปกติ อาการที่เกิดทางด้านร่างกายของ หญิงหลังคลอด จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้เอง โดยมดลูกจะมีขนาดเล็กลงจนเท่ากับขนาดเมื่อก่อนคลอด ท้องจะลดลง และเมื่อรับประทานอาหารได้ ร่างกายจะเริ่มมีเรี่ยวแรง โดยจะใช้เวลาพักฟื้นระยะหนึ่ง แต่ร่องรอยของการคลอดบางส่วนที่ไม่พึงปรารถนาจะยังอยู่ เช่น ภาวะไขมันในหน้าท้องมาก ผิวหนังหย่อนยาน เป็นต้น⁴

การทับหม้อเกลือ เป็นหนึ่งใน 7 กลวิธีทางการแพทย์แผนไทยในการบริบาลหญิงหลังคลอด นับเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลร่องรอย

และอาการที่ไม่พึงประสงค์ในหญิงหลังคลอด⁵⁻⁷ คุณประโยชน์ที่สำคัญของการทับหม้อเกลือ คือ ช่วยกระตุ้นให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น ช่วยขับ น้ำคาวปลาดีขึ้น รวมถึงกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดอาการเมื่อยล้า ทำให้ร่างกาย สมดุลโดยถ่ายทอดความร้อนสู่ร่างกาย และไล่ ความเย็นออกจากร่างกาย โดยมากจะกระทำ หลังคลอดประมาณ 1 สัปดาห์⁸ ทั้งนี้ มีรายงาน การศึกษาในหลายพื้นที่ของประเทศไทย ที่ระบุว่า การดูแลหญิงหลังคลอดในชนบทของไทย ส่วนใหญ่ใช้วิธีการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการทับหม้อเกลือตามศาสตร์ การแพทย์แผนไทย⁹⁻¹⁵

นับตั้งแต่มีการพัฒนาภูมิปัญญาไทยในงานสาธารณสุขมูลฐาน จนถึงการก่อตั้งกรม พัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกใน ปี พ.ศ.2545การใช้ภูมิปัญญาไทย มาผสมผสานในการรักษา และดูแลสุขภาพของ ประชาชนเริ่มเป็นที่นิยมมากขึ้น โดยปัจจุบัน สถานบริการสุขภาพหลายแห่ง มีการเปิด ให้บริการแพทย์แผนไทยควบคู่ไปกับการบริการ แบบแผนปัจจุบัน^{16,17} โดยอาศัยจุดแข็งบางส่วนของ การแพทย์แผนไทย เช่น การลดต้นทุนในการรักษาและบริการ การรักษาโรคที่เกิดจาก อาการไม่สมดุลของร่างกายและภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะ ช่วยเสริมบริการแพทย์แผนปัจจุบันให้ดีขึ้น⁸

โรงพยาบาลภักดีชุมพลเป็นหนึ่งใน สถานบริการสุขภาพภาครัฐ ที่มีการให้บริการ แพทย์แผนไทยคู่ขนานไปกับแพทย์แผนปัจจุบัน มีการใช้ชุดสิทธิประโยชน์ตามหลักประกัน

สุขภาพในการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ มาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2555 โดยมีผู้รับบริการหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จำนวน 478 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.0 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลการศึกษาถึงประสิทธิผลของการทัพนม้อเกลื้อสมุนไพร โดยการทดลองเต็มรูปแบบ จะเป็น การสนับสนุนหรือกล่าวแย้งงานวิจัยอื่นๆ ที่ผ่าน มา^{18, 19} ซึ่งมีอยู่เพียงเล็กน้อย ให้เกิดความสมบูรณ์และรัดกุมยิ่งขึ้น อันจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการต่อยอดการพัฒนางานแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทัพนม้อเกลื้อในหญิงหลังคลอด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเรื่องการลดระดับมดลูก, การลดของขนาดรอบเอว และการลดความเจ็บปวด และการเข้าสู่ภาวะปกติของน้ำคาวปลา

สมมุติฐานการวิจัย

การทัพนม้อเกลื้อของหญิงหลังคลอด ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่อการลดระดับมดลูก, การลดของขนาดรอบเอว และการลดความเจ็บปวด และการเข้าสู่ภาวะปกติของน้ำคาวปลา

นิยามศัพท์

ทัพนม้อเกลื้อ หมายถึง การเอาเกลื้อบรรจุลงในหม้อตาลมีฝาละมีปิด (ปัจจุบันใช้

หม้อดิน) ตั้งบนไฟเผาจนร้อนจัด ยกหม้อวางบนใบละหุงหรือใบพลับพลึง สุดแต่จะหาใบไม้อย่างไหนได้ง่าย และเอาผ้าผืนสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ห่อหม้อไว้ ทั้งใบละหุงหรือใบพลับพลึงที่รองไว้ ให้เหลือชายผ้าพอจะจับรวมทำเป็นกระจุกสำหรับถือ เพื่อเอาไปคลึงตามตัวให้ทั่วไปโดยเฉพาะคลึงที่หัวเหน่า ว่าทำให้มดลูกเข้าอู่ตามเดิม ตามปกติมักทัพนม้อเกลื้อตอนบ่ายครึ่งหนึ่ง ตอนเช้ามืดอีกครั้งหนึ่ง ทำอย่างนี้ทุกวัน จนกว่าจะออกไฟ

ประสิทธิผลของการทัพนม้อเกลื้อ หมายถึง ผลที่เกิดจากการทัพนม้อเกลื้อในหญิงหลังคลอด โดยประเมินจาก การลดลงของระดับมดลูก การลดลงของการเจ็บปวดกล้ามเนื้อ การลดลงของระดับน้ำคาวปลา และการลดลงของรอบเอว

การแพทย์แผนไทย หมายถึง ปรัชญาองค์ความรู้และวิธีการปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพและการบำบัดโรค ความเจ็บป่วยของประชาชนไทยแบบดั้งเดิม สอดคล้องกับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมแบบไทยและวิถีชีวิตแบบไทย

หญิงหลังคลอด หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่ผ่านการคลอดบุตรแล้ว ประมาณ 1 สัปดาห์นับระยะจากหลังคลอดรจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด (แต่ช่วงเวลานี้ไม่ได้ถูกกำหนดตายตัวส่วนใหญ่ถือเอาที่ 4 – 6 สัปดาห์หลังคลอด) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ

บางอย่างอาจกลับเข้าสู่ภาวะปกติเร็วหรือช้ากว่านี้ แต่โดยทั่วไปสถิติแพทย์มักแนะนำให้สตรีหลังคลอดมารับการตรวจหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ และถือว่าเป็นจุดสิ้นสุดของระยะหลังคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (Randomize control trial) ซึ่งมี 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1 ซึ่งจะได้รับบริการบำบัดหัตถ์เกลือสมุนไพรตามกรรมวิธีทางการแพทย์แผนไทย, กลุ่มที่ 2 จะได้รับบริการบำบัดหัตถ์เกลือสมุนไพรหลอก (Placebo) ซึ่งจะมีลักษณะของหัตถ์เกลือเหมือนกับกลุ่มที่ 1 ทุกประการ เพียงแต่ไม่มีเกลือและสมุนไพรบรรจุ และกลุ่มที่ 3 ได้รับบริการตามแนวทางแผนปัจจุบัน

ขอบเขตของการวิจัย

ดำเนินการวิจัยในกลุ่มหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลภักดีชุมพล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ.2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

มารดาหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 – 35 ปี ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ หรืออำเภออื่น แต่มารับบริการคลอดแบบปกติ ที่โรงพยาบาลภักดีชุมพล ในปีงบประมาณ 2560 โดยมีเงื่อนไขการอ่านออกเขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้ และสามารถเข้า

ร่วมการศึกษาจนถึงสิ้นสุดการวิจัยได้ และมีข้อยกเว้นว่า ต้องไม่มีประวัติการผ่าหน้าท้อง, ประวัติการแพ้ยาสมุนไพร, มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคแทรกซ้อนอื่นๆ หลังคลอด รวมถึงการมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีการของ Bonferoni t test ซึ่งมีสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2c} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

----> (สูตร 1)

โดยที่ σ = mean square error

Δ = effect size

C = จำนวนคู่ที่ต้องการ

เปรียบเทียบ

จากการศึกษาของ อุมาสวรรค์ ชูหา²⁰ พบว่า ระดับยอดมดลูกของหญิงตั้งครรภ์ภายหลังการคลอดประมาณ 2 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ย 12.31 (S.D.= 1.23) จากข้อมูลดังกล่าว นำมาคำนวณค่า effect size ของงานวิจัยนี้ ตามสูตร

$$\Delta = \frac{12.31 * a}{100}^{2.1}, a' =$$

ร้อยละของความแตกต่าง -----> (สูตร 2)

ตารางที่ 1 ค่า effect size จากการแทนค่า
ต่างๆ ตามสูตรคำนวณที่ 2

ค่าเฉลี่ย ระดับ มดลูก	Standard deviation	ร้อยละ ของ ความ แตกต่าง	Effect size
12.31	1.23	5	0.6155
12.31	1.23	10	1.2310
12.31	1.23	15	1.8465*

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทับหม้อเกลือสมุนไพรมีผลทำให้ระดับมดลูกของหญิงหลังคลอดลดลงได้จริงและให้ผลแตกต่างกับการดูแลแบบอื่นๆ ถึงร้อยละ 15 ดังนั้น จึงเลือกร้อยละของความแตกต่างร้อยละ 15 ซึ่งได้ค่า Effect size = 1.8465 ขนาดตัวอย่างของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 3 กลุ่ม โดยต้องการเปรียบเทียบ 3 คู่ ที่ อัลฟา= 0.05 และ เบต้า= 0.20 โดยใช้สูตร Bonferoni t test (สูตร 1) ในการคำนวณขนาดตัวอย่างต้องใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษา กลุ่มละ 9.37 คน หรือประมาณ 10 คน

การสุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธี simple random sampling โดยการเรียงลำดับหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่รพ.ภักดีชุมพลทั้งหมด ตามอักษรภาษาไทย เช่น ก, ข, ค, ... ฯลฯ เป็นเลข 1, 2, 3, ... ฯลฯ และทำการสุ่มหมายเลข โดยใช้โปรแกรมสุ่ม

ตัวเลข (Random Number Generation) ซึ่ง จะทำการเรียงลำดับใหม่ตามการสุ่ม ทั้ง 48 ราย และทำการคัดเลือกเอา 30 ลำดับแรก โดย 10 ลำดับแรก อยู่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 1, ลำดับที่ 11 – 20 อยู่ในกลุ่มทดลองกลุ่มที่ 2 และลำดับที่ 21 – 30 อยู่ในกลุ่มควบคุม จากการสุ่มได้ผลดังนี้

กระบวนการทับหม้อเกลือสมุนไพร

อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย เป็นหม้อ ๓๐๐๐ (ดิน) ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 เซนติเมตร ภายในบรรจุเกลือเม็ดขนาดใหญ่ น้ำหนัก 250 กรัม นำไปตั้งไฟให้ร้อนประมาณ 10 – 15 นาที แล้วนำไปวางบนใบปลับฟลึงที่วางซ้อนอยู่บนสมุนไพร จากนั้นห่อด้วยผ้าดิบ โดยหม้อเกลือห่อหุ้มมีลักษณะคล้ายคลึงกับหม้อเกลือสมุนไพรทุกประการ เพียงแต่ไม่มีเกลือ โดยการทับหม้อเกลือมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

- 1) จัดหญิงหลังคลอดให้อยู่ในท่านอนหงาย และทำการโกยท้องหญิงหลังคลอดก่อน วางผ้าขนหนูหรือผ้าห่มคลุมบริเวณหน้าท้องหญิงหลังคลอด เพื่อกันไม่ให้หม้อเกลือถูกกับผิวโดยตรง แล้ววางหม้อเกลือในลักษณะตะแคงบริเวณท้องและทำการหมุนไปรอบๆ จนครบ 1 รอบ แล้ววางพักหม้อเกลือไว้เหนือหัวเหนือ แล้วหมุนทำใหม่ 5-6 รอบ ข้อควรระวัง หม้อต้องไม่ร้อนเกินไป เพราะผ้าอาจไหม้ได้ บริเวณใต้หน้าอกห้ามวางแรง เพราะจะทำให้จุกแน่นได้ต้องโกยไล่ก่อนทุกครั้ง

- 2) การเข้าตะเกียบ เอาหม้อเกลือวางด้านข้างบนรีเวอร์ร่งกล้ามเนื้อขาด้านในกดไล่ขึ้นเหนือเข่าจนถึงต้นขา ช่วงข้อต่อสะโพกบนร่งกล้ามเนื้อหน้าแข้งจากข้อเท้าถึงเข่า จากนั้นจับผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สามารถใช้หม้อเกลือกดทับแนวขาด้านใน บน – ล่าง ในลักษณะกด – ยก ซึ่งสามารถช่วยแก้เหน็บขาได้เสร็จแล้วเปลี่ยนหม้อเกลือใหม่
- 3) ท่านอนตะแคง หลังคลอดจะมีอาการปวดหลังมากให้ใช้หม้อเกลือกดทับบริเวณช่วงกระเบนเหน็บ ใช้มือพยุงสะโพกด้านบน มืออีกข้างหนึ่งจับหม้อเกลือ ใช้ด้านข้างขอบหม้อกด ทับหมุนไปมาหลายรอบ จากนั้นกด

ไล่ขึ้นไปตามร่งกล้ามเนื้อชิดแนวกระดูกสันหลัง

- 4) ท่านอนคว่ำ เอาหม้อเกลือทับท้องขาใต้ก้นเลื่อนไปเรื่อยๆ จนทั่วขาทั้ง 2 ข้าง ข้อควรระวัง ไม่ควรทำกรณีมีไข้ หลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ และกรณีมีการผ่าตัด ต้องรอให้แผลผ่าตัดติดสนิท อย่างน้อย 30 – 45 วันหลังคลอด จึงทับหม้อเกลือได้



รูปที่ 1 การทับหม้อเกลือซึ่งประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ

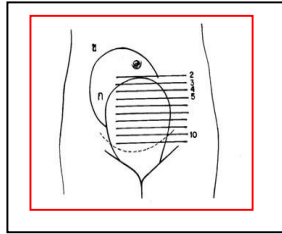
การดำเนินงานวิจัย

ทำการสำรวจข้อมูลหญิงหลังคลอดทั้งหมดภายในช่วงเวลาการวิจัย และทำการสุ่มโดยกระบวนการเลขสุ่ม เมื่อได้กลุ่มเป้าหมายแล้วขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการจากกลุ่มตัวอย่าง และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการครั้งแรกในเดือนกุมภาพันธ์

2560 หลังจากนั้นได้นัดกลุ่มเป้าหมายมารับบริการทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ห่างจากครั้งแรก 1 สัปดาห์ และครั้งถัดไปอีก 3 ครั้ง รวมเป็น 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยข้อมูลที่จัดเก็บ ประกอบด้วย

- 1) ระดับมดลูก ใช้วิธีการวัดแบบแผนปัจจุบัน โดยบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลใน

โรงพยาบาลใช้มือคลำที่ยอดมดลูก เพื่อดูระดับที่พ้นจากหัวหน้า^{22, 23} ตามรูป



- 2) รอบเอว ใช้สายวัดวัดรอบบริเวณเอวผ่านบริเวณสะดือ โดยผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้วัด
- 3) แบบวัดระดับความเจ็บปวด ใช้เครื่องมือ Visual analogue scale: VAS ซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง ซึ่งมีผู้ช่วยนักวิจัยคอยให้ความช่วยเหลือ²⁴
- 4) สีน้ำคาวปลา ใช้วิธีการพิจารณาโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นพยาบาลในห้องคลอด โดยดูจากสีของน้ำคาวปลาที่เปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ Lochia rubra สีแดงคล้ำและข้น, Lochia serosa สีจางลงเป็นสีน้ำตาล และ Lochia alba สีครีมและมีความหนืดมากขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา กรณีที่เป็นข้อมูลแบบแบ่งกลุ่ม (Categorical data) อธิบายด้วยค่า จำนวน และร้อยละ กรณีที่เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data) อธิบายด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ

ค่าสูงสุด ส่วนการเปรียบเทียบระดับมดลูก ระดับความเจ็บปวด และระดับรอบเอว ใช้สถิติ Repeated measure anova ส่วนการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของสีน้ำคาวปลา ใช้วิธีการของ Kaplan-Meier methods นำเสนอด้วยกราฟ และตาราง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เมื่อ ปี พ.ศ. 2560

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 26.2 ปี (S.D.=0.83) ในกลุ่มทดลอง 21.5 ปี (S.D.=0.75) ในกลุ่มหลอก และ 20.7 ปี (S.D.= 0.51) ในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง ระดับมดลูกของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม ใกล้เคียงกันโดยไม่มี ความแตกต่างทางสถิติ (p-value = 0.090) เช่นเดียวกับระดับรอบเอว และระดับความเจ็บปวด (p-value = 0.334 และ p-value = 0.108 ตามลำดับ) และเมื่อดำเนินการครบทั้ง 4 ครั้ง พบว่า

ระดับมดลูก มีการลดลงเมื่อวัดจากระดับสะดืออย่างต่อเนื่อง โดยครั้งแรกค่าเฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 1.70(S.D.0.48), 1.40(S.D.=0.52) และ 1.40 (S.D.=0.52) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อครบ 5 ครั้ง ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 8.40 (SD.=0.00) ขณะที่

กลุ่มหลอกมีค่าเฉลี่ย 6.30 (S.D.=0.52) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 6.30 (S.D.=0.52) ตามลำดับ โดยความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

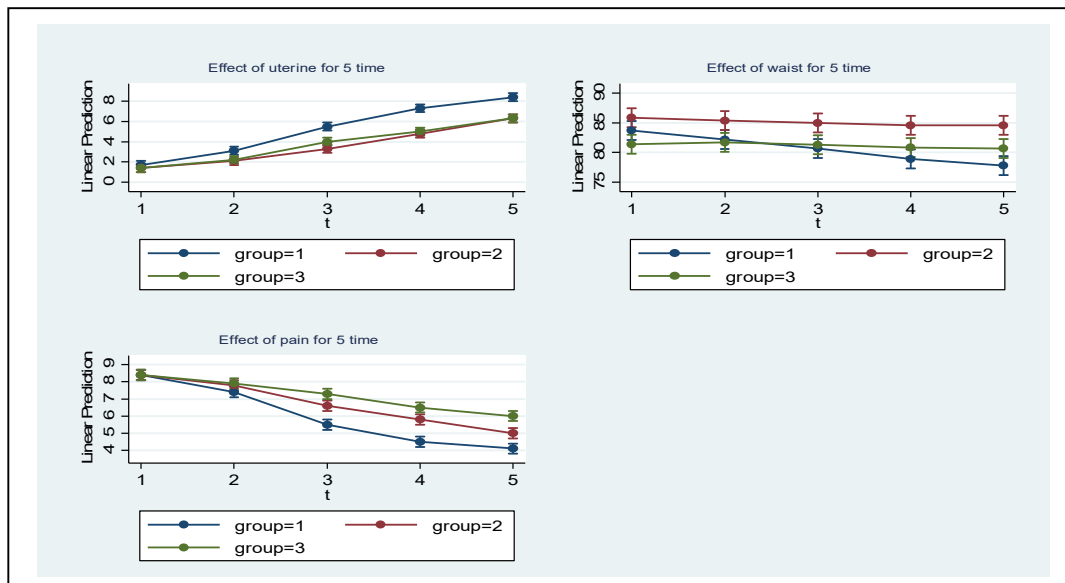
ระดับความเจ็บปวด มีการลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่ม โดยค่าเฉลี่ยครั้งแรกเท่ากับ 8.40 (S.D.=0.52) ในทั้ง 3 กลุ่ม และภายหลังการรับบริการครั้งที่ 4 กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มหลอกและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 (S.D.=0.71) ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 5.0 (S.D.=0.53) ในกลุ่มหลอก และ 6.0 (S.D.=0.50) ในกลุ่มเปรียบเทียบ

รอบเอว ก่อนการศึกษามีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 83.7 ในกลุ่มทดลอง, 85.9 ในกลุ่มหลอก และ 81.4 ในกลุ่มเปรียบเทียบ และหลังรับบริการครั้งที่ 4 พบว่ากลุ่มทดลองมีการลดลงของรอบเอวมากกว่ากลุ่มหลอกและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ตามตารางที่ 1 และรูปภาพที่ 2

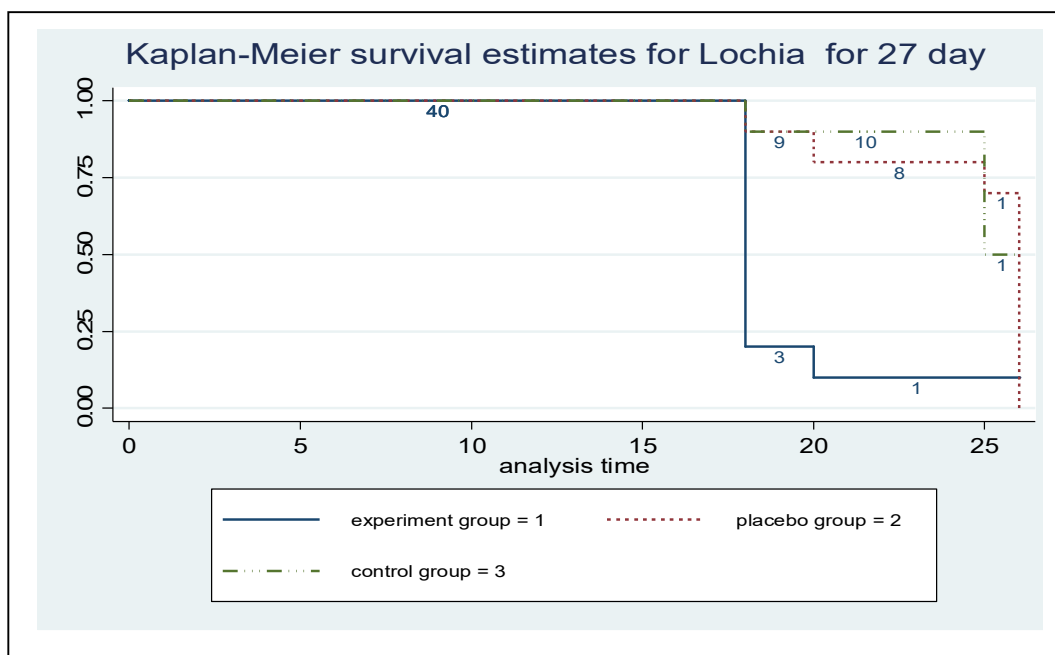
น้ำคาวปลา เข้าสู่ภาวะปรกติในกลุ่มทดลองใช้เวลาเฉลี่ย 18 วัน (หลังรับบริการครั้งที่ 4) ส่วนกลุ่มหลอกและกลุ่มควบคุม ใช้เวลาเฉลี่ย 26 วันและ 25 วันตามลำดับ ตามรูปภาพที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยระดับมดลูก ความเจ็บปวด รอบเอว ใน 3 กลุ่มตัวอย่าง

group	Time 1 (ก่อน) $\bar{X}$ (S.D.)	Time 2 $\bar{X}$ (S.D.)	Time 3 $\bar{X}$ (S.D.)	Time 4 $\bar{X}$ (S.D.)	Time 5 $\bar{X}$ (S.D.)
ระดับมดลูก					
Experiment	1.7(0.48)	3.1(0.75)	5.5(0.52)	7.3(0.64)	8.4(0.00)
Placebo	1.4(0.52)	2.1(0.63)	3.3(1.41)	4.8(0.71)	6.3(0.52)
Control	1.4(0.52)	2.2(0.44)	4.0(0.78)	5.0(0.71)	6.3(0.87)
ระดับความเจ็บปวด					
Experiment	8.4(0.52)	7.4(0.53)	5.5(0.55)	4.5(0.52)	4.1(0.71)
Placibo	8.4(0.52)	7.8(0.71)	6.6(0.71)	5.8(0.46)	5.0(0.53)
Control	8.4(0.52)	7.9(0.33)	7.3(0.50)	6.5(0.53)	6.0(0.50)
รอบเอว					
Experiment	83.7(2.54)	82.2(2.88)	80.7(3.19)	78.9(2.45)	77.8(2.51)
Placebo	85.9(1.73)	85.4(1.41)	85.0(1.51)	84.6(1.36)	84.6(1.41)
Control	81.4(4.20)	81.7(2.93)	81.3(2.69)	80.8(2.57)	80.7(3.00)



ภาพที่ 2 กราฟเปรียบเทียบระดับมดลูก รอบเอว ระดับความเจ็บปวด



ภาพที่ 3 การเข้าสู่ภาวะปกติของน้ำคาวปลาในรอบ 27 วันของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิผลของหม้อหับเกลือสมุนไพรโดยการเปรียบเทียบกับ การทดลองแบบหลอกซึ่งใช้เพียงหม้อหับเกลือเปล่าที่ผ่านการตั้งไฟให้มีความร้อน และการรับบริการแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันทั้งด้านอายุ และพยาธิสภาพของการเจ็บป่วย เช่น ระดับมดลูก รอบเอว และระดับความเจ็บปวด จากการทดลอง พบว่า ระดับมดลูก รอบเอว และระดับความเจ็บปวด ในทั้ง 3 กลุ่ม มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งหมด แต่กลุ่มทดลองให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการหับหม้อเกลือหลอกให้ผลดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มรับบริการแผนปัจจุบันในเรื่องการลดความเจ็บปวด แต่ยังคงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง และเมื่อพิจารณาจากรอบเอว พบว่า กลุ่มหลอกมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่ำสุด เหตุที่ได้ผลเช่นนี้ อธิบายได้ว่า ความร้อนอาจช่วยในเรื่องการลดความเจ็บปวด แต่การเพิ่มเกลือและสมุนไพรบางตัวที่มีผลลดการอักเสบ เช่น ไพล ทำให้อาการปวดลดลงกว่าการใช้ความร้อนปกติ หรือจากงานวิจัยของ ศศิธร เตชะมวลิวิทย์²⁴ อธิบายว่าวิธีการลดความเจ็บปวดมีหลายวิธี หนึ่งในนั้นคือการกระตุ้นสัมผัสทางผิว หรือการนวด ซึ่งก่อนการหับหม้อเกลือ แพทย์แผนไทยจะทำการนวดหน้าท้องให้กับหญิงหลังคลอด ซึ่งจะทำให้ผ่อนคลายและลดความเจ็บปวด และนอกจากนี้ หม้อหับเกลือสมุนไพรที่มีสมุนไพรหลายชนิด เช่น ว่าน ชักมดลูก ไพล ว่านนางคำ ว่านมหาเมฆ การบูร เกลือตัวผู้ และใบพลับพลึง ยังมีคุณสมบัติช่วย

กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ช่วยขับน้ำคาวปลา และทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระชับ หน้าท้องยุบตัวเร็ว ลดอาการปวด บวม ของกล้ามเนื้อและมดลูก จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ได้รับการหับหม้อเกลือสมุนไพรมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีของร่างกายตามที่อธิบายมาแล้วข้างต้น

การวิจัยนี้ ให้ผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของ เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์ และคณะ¹⁸ ซึ่งทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆ ละ 30 ราย โดยกลุ่มแรกได้รับการหับหม้อเกลือจริง ส่วนอีกกลุ่มได้รับการหับหม้อเกลือหลอก หลังการทดลอง 5 วัน กลุ่มที่ได้รับการหับหม้อเกลือจริง มีระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อและปวดมดลูก สัดส่วนที่ลดลงของร่างกาย การเปลี่ยนสีของระดับน้ำคาวปลา และความพึงพอใจ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการหับหม้อเกลือหลอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพ้องกันของการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่า แม้ในช่วงเวลาอันสั้นเพียงแค่ 5 วัน การหับหม้อเกลือสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทิศทางที่ดีได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อัจฉริยา พรหมสวัสดิ์¹⁹ ที่ศึกษาผลของการหับหม้อเกลือในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวที่ส่งผลในการลดระดับความเจ็บปวด ขนาดรอบเอวและน้ำหนักตัวของมารดาหลังคลอดภายในช่วงเวลา 5 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนทุกราย ได้รับการหับหม้อเกลือสมุนไพรควบคู่ไปกับการรับบริการแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ ควรประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนที่อยู่ห่างไกลได้รับทราบ รวมถึงส่งเสริม

ให้ประชาชนปลูกสมุนไพรที่ใช้ประกอบการทำหม้อเกลือ อาทิเช่น ว่านนางคำ ไพล ว่านชักมดลูก ฯ เพื่อเป็นวัตถุดิบในการเตรียมตัวยา

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. กองอนามัยการเจริญพันธุ์. คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารกแรกคลอด สาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2559.3-4.
2. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. กรุงเทพมหานคร: กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย; 2536.
3. เรณู ชูนิล, และคณะ. คู่มือการดูแลหลังคลอดและการดูแลทารก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2552. หน้า 3 – 4.
4. ศุภวดี แฉวเพีย. สืบสานภูมิปัญญาไทย สู่การดูแลตนเองหลังคลอด [Internet]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิ.ย. 2560]. จาก : <http://www.smnc.ac.th/group/research/images/stories/post.pdf>.
5. วีระพงษ์ เกียรติสินยศ. อยู่ไฟหลังคลอด การจัดการความรู้การดูแลแม่และเด็ก ภูมิปัญญาพื้นบ้าน. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสุขภาพไทย; 2552.
6. ทศนีย์ คล้ายขำ, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, นันทนา ธนาโนวรรณ, วรรณภา พาหุวัฒนกร. ผลของการนวดร่วมกับการประคบร้อนต่อความเจ็บปวดและการเผชิญกับความเจ็บปวดของ ผู้คลอดครั้งแรก. Journal of Nursing Science 2013; vol 31: 38 – 47.
7. จุฑามาศ แซ่ลิ้ม, กิตติ ดันไทย, สดใส ชันติวงษ์, จักรกริช อนันตศรีณย์. การใช้แพทย์แผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการดูแลครรภ์ กรณีศึกษาหมู่บ้านท่าไต้ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. การประชุมมหาดไทยวิชาการ 2556: 22–30.
8. อาภาศรีมี ณะมณี. การสร้างเสริมสุขภาพของมารดาและเด็ก: มุมมองจากศาสตร์ของการแพทย์แผนไทยและศาสตร์การแพทย์แผนปัจจุบัน. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2556;13:79–88.
9. กุสุมา ศรียากุล. การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาพื้นบ้าน: กรณีศึกษาชุมชนมอญ วัดหงษ์ปทุมมาวาส จังหวัดปทุมธานี. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2549: 425 – 433.
10. ละเอียต แจ่มจันทร์, สุรี ชันธวัชวงศ์, สุนทร หงส์ทอง, นพนัฐ จำปาเทศ. การแพทย์แผนไทยกับการบริหารมารดาหลังคลอดในชุมชนภาคกลาง. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15:195–202.
11. ลัดดาวรรณ แสนนุดดา. มารดาหลังคลอดสุขภาพดีด้วยแพทย์แผนไทย [อินเทอร์เน็ต]. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2560]. จาก : <http://cpho.moph.go.th/wp/p=20364>
12. ขนิษฐา มีประดิษฐ์. ผลของตำรับยาสมุนไพรหลังคลอด ของโรงพยาบาลกาบเชิง จังหวัด

- สุรินทร์ [ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554.
13. Rubngam C, Paengsroy K, Krairach T, Integration of Isan traditional knowledge in the holistic health treatment of postpartum mothers. *Asian Culture and History* 2014; 6: 227 – 234.
 14. Thasanoh P. Northeast Thai Women's Experiences in Following Traditional Postpartum Practices [dissertation]. San Francisco: University of California; 2010.
 15. Kansukcharearn A. Thai traditional midwives (Moh Tum Yae) in caring for mothers and infants, in Petchaburi province, Thailand: Case studies. *International Journal of Social Science and Humanity* 2014; vol 4: 435 – 438.
 16. สำรวย โยธาวิจิตร, สมชาย ชินวณิชย์เจริญ, วิริยา เมษสุวรรณ, อัจฉรา จินวงษ์. การพัฒนาการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้มารับบริการในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* 2556; 9: 21 – 32.
 17. ชัญวลี ศรีสุโข. โรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ: ต้นแบบของการพัฒนาระบบบริการ. ใน นิภา พรรณ สุขศิริ, บรรณาธิการ. ก้าวหน้า. กรุงเทพฯ: ร่วมมงคล คอมมิวนิเคชั่น จำกัด; 2558.8:4,10-11.
 18. เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์, ปาริณกุล ตั้งสุขฤทัย, สุรางค์ วิเศษมณี, ปราโมทย์ เสถียรรัตน์, ดิฐกานต์ บริบูรณ์ธีรยุทธ, ประวิทย์ อัครเสรินนท์, และคณะ. การศึกษาประสิทธิภาพของตำบอกลือในการดูแลหญิงหลังคลอด. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก* 2557; 12:114 – 158.
 19. อัจฉริยา พรหมสวัสดิ์. ประสิทธิภาพของการบำบัดอกลือในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ [อินเทอร์เน็ต]. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ อำเภอกาญจนดิษฐ์; 2556. [เข้าถึงเมื่อ 12 เมษายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: http://www.bcnurat.ac.th/images/doc/2558/research_herb.pdf.
 21. rdo.psu.ac.th[อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก; Les4-p 107-144 [update 2011 May 4]. เข้าถึงได้จาก: <http://rdo.psu.ac.th/ResearchStandards/animal/assets/document/SampleSizes.pdf>.
 20. อุมาสวรรค์ ชูหา. ผลของการนวดมดลูกต่อการหดตัวของมดลูก ในมารดาหลังคลอด. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลมหาสารคาม* 2557; 11: 83 – 96.
 22. ขจรศิลป์ ผ่องสวัสดิ์กุล. การคาดคะเนน้ำหนักทารกแรกเกิดโดยใช้ผลคูณระหว่างความสูงของมดลูกและเส้นรอบวงหน้าท้องมารดาที่ระดับสะดือเมื่อเจ็บครรภ์คลอด. *พุทธชินราชเวชสาร* 2550; 24: 15-21.
 23. วิชัย แดงน้อย. ความสัมพันธ์ระหว่างความสูงของยอดมดลูกและอายุครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ปกติที่โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* 2538; 19: 63-78.

พัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่

พรรณอร บุญพลิชู้¹

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงาน รวมถึงหาแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา และประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา ของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ประชากรที่ศึกษาคือ หัวหน้าและเจ้าหน้าที่กลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย จำนวน 70 คน สุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การตรวจสอบเอกสารจากใบเบิก และจากแบบฟอร์มเบิกจ่ายจากแผนกต่างๆ ในระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - เมษายน 2561 นำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด สถิติอนุमानใช้ การทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระต่อกัน นำเสนอด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความพึงพอใจและการดำเนินการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา ก่อนและหลังการพัฒนา ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ ศึกษาบริบทการระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา จัดประชุมเชิงระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการดำเนินงานตามโครงการ/แผนงาน นิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน และ สังเกตการดำเนินงาน และสรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไปและ ทำให้การจัดซื้อเป็นไปตามแผนจัดซื้อประจำปี ไม่เกินงบประมาณที่ตั้งไว้ มีผู้รับผิดชอบดำเนินการชัดเจน และช่วยลดปัญหาการเก็บเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาในหน่วยงาน เวชภัณฑ์ไม่เสื่อมสภาพ ไม่หมดอายุ ขั้นตอนการเบิก -จ่าย เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเฝ้าไร่ชัดเจน รวมถึงการรายงานผลและการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง เป็นไปตามกำหนดเวลา และถูกต้องตามเกณฑ์

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ควรมีการสะท้อนผลการดำเนินงาน กระบวนการวิเคราะห์หลังปฏิบัติการ รวมถึงถอดบทเรียนการดำเนินงานครั้งนี้ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องตลอดวงจร

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ ความพึงพอใจ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย, pannaon1961@gmail.com

The development of medical management system

In nursing department of Faorai Hospital

Pannaon Boonphasit¹

Abstract

The aims of this participation action research were to study the operation and development of the pharmaceuticals, non-prescription system, evolution of efficiency of the pharmaceuticals and non-prescription system in nursing department of Faorai hospital and health promoting hospitals of Faorai hospital networks. Participants were 70 persons with purposive sampling, including the directors and staff of health promoting hospitals in Faorai district and a head and staff of nursing department in Faorai hospital. Data were collected from October 2017 to April 2018 by structured questionnaires, group discussions and related documents. Quantitative data were to acquire percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum, and using paired sample t-test to determine the mean score difference of knowledge satisfaction and action. Qualitative data were analyzed by content analysis.

The findings revealed that the pharmaceuticals, non-prescription system consisted of five steps: Studying the context of the pharmaceuticals, non-prescription system; Organizing the operation of the pharmaceuticals, non-prescription system workshop for the directors and staff of health promoting hospital, a head and staff of nursing department in Faorai hospital; Following up the project activities; Working and observing the operation; and summarizing the problems and obstacles of the operation and plan to solve the problems in the next round. The procurement was able to follow the year plan and had clear responsibility of staff. The new system of the pharmaceuticals, non-prescription, could reduce the problems of drug storage, reduced the medical supplies expired and deteriorate, made clarification of flow-chart of the pharmaceuticals, non-prescription system. In addition, the new system can help to complete the reports and documents of procurement in the right time and regulation.

It is suggested that the staff of Faorai hospital and health promoting hospitals of Faorai hospital networks should reflect the operations using after-action review (AAR) and lesson learned techniques to keep the results updated throughout the cycle.

Key words: action research, medical supplied inventory management, satisfaction.

¹Registered Nurse (Professional Level), Faorai Hospital, Nong Khai province.

บทนำ

การบริหารเวชภัณฑ์ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้ยามีคุณภาพ ได้ยาที่มีราคาเหมาะสม และลดจำนวนยาที่สูญเสียโดยเปล่าประโยชน์เวชภัณฑ์ ยาจะเสื่อมสภาพได้ง่ายถ้าอยู่ในสถานะที่ไม่เหมาะสม และยาที่มีอายุการใช้งานแล้วแต่ชนิดและประเภท ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่เหมาะสม โดยต้อง อาศัยหลักวิชาการ และบุคลากรที่ดำเนินการที่มีความรู้ ความชำนาญ¹ ซึ่งการบริหารเวชภัณฑ์ถือเป็นงานที่สำคัญงานหนึ่งในระบบยาของสถานบริการสาธารณสุข โดยการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพจะทำให้หน่วยงานประหยัดงบประมาณด้านยาและประชาชนได้รับยา ที่มีคุณภาพ และมียาที่เพียงพอทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะฉุกเฉิน เช่นน้ำท่วม²

โรงพยาบาลเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เปิดดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2556 เปิดให้บริการเฉพาะงานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยมีโรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย เป็นแม่ข่ายดูแลทุกระบบ ให้คำปรึกษาในการดำเนินงานทั้งด้านการรักษาและการจัดการระบบสนับสนุนต่างๆ รวมถึงการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา³ ซึ่งโรงพยาบาลเฝ้าไร่ในขณะนั้นยังไม่สามารถดำเนินการจัดหาและซื้อได้เอง ต้องเบิกจากคลังของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ขณะนั้นยังไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่มีข้อมูลปริมาณการใช้

เวชภัณฑ์ย้อนหลังของแต่ละหน่วยงาน ผู้ทำการเบิกจะประมาณการใช้เอาเองจากปริมาณการเบิกครั้งก่อน และผู้เบิกขาดประสบการณ์ในการจัดการระบบรวมถึงไม่รู้จักเวชภัณฑ์และความจำเป็นที่ต้องใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้ใช้ จึงทำให้เกิดปัญหาในการจัดเก็บ บางรายการเสื่อมสภาพ บางรายการหมดอายุ และรวมไปถึงการจัดทำชุดอนุมัติต่างๆที่สูญหายระหว่างนำส่ง ต้องจัดทำใหม่หลายรอบ ผู้ประสานงานและผู้ทำหน้าที่รับ-ส่ง จึงเกิดความคับข้องใจ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย โดยพบปัญหาของการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาพบว่าเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาคงคลังมากเกินไป ทำให้มูลค่าคงคลังเฉลี่ยสูง เกิดต้นทุนจมในรูปพัสดุคงคลังจำนวนมากเสียโอกาสในการจัดสรรงบประมาณที่จมอยู่ในรูปพัสดุคงคลัง³ ที่จะสามารถนำไปใช้กับภารกิจอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นเร่งด่วนมากกว่า และนำไปสู่ต้นทุนในการจัดเก็บรักษาที่สูงตามไปด้วย ในขณะที่เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาบางชนิดขาดทำให้ไม่สามารถให้บริการกับผู้มาใช้บริการได้ ซึ่งในความเป็นจริงความต้องการทั้งชนิดและจำนวนของเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ดังนั้นการจัดเตรียมเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาคงคลังสำหรับสนองความต้องการในอนาคตจึงเป็นเรื่องยาก นอกจากนี้วัสดุคงคลังประเภท

เวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่ายังมีข้อจำกัดในเรื่องของวันหมดอายุและการเสื่อมคุณภาพ ถ้าหากมีการคงคลังไว้มากและระยะเวลานานหรือเก็บรักษาไม่ถูกวิธีก็จะทำให้เวชภัณฑ์ไม่ใช่นั้นหมดอายุไม่สามารถนำมาใช้ได้ เกิดการสิ้นเปลืองงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์ ในทางตรงกันข้ามถ้ามีเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่าคงคลังไม่เพียงพอต่อความต้องการก็จะไม่สามารถให้บริการกับผู้ป่วยใช้บริการซึ่งส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจและความเชื่อมั่นต่อองค์กร³

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนากระบวนการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า กลุ่มการพยาบาล รพ.เฝ้าไร่ และ รพ.สต. ในเครือข่ายปี 2561 โดยประยุกต์ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR^{4,5} เข้ามาเป็นแนวทางในการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ให้สามารถตอบสนองต่อผู้รับบริการและเพื่อให้การจัดทำรายงานเป็นอย่างเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนากระบวนการจัดการคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988)^{4,5} ระยะ เวลา

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2560 - เมษายน พ.ศ. 2561 ประชากรที่ศึกษาคือ หัวหน้าและเจ้าหน้าที่กลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย จำนวน 70 คน โดยสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารจากใบเบิก แบบฟอร์มเบิกจ่ายจากแผนกต่างๆ แบบสอบถาม เพื่อใช้ประเมินความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจ ประกอบด้วย 5 ส่วน ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ใช้ทดสอบก่อน และหลังการพัฒนา ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านเวชภัณฑ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของจนท.กลุ่มการพยาบาล และ จนท.รพ.สต.ด้านการดำเนินงานเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า และข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจของหัวหน้าและเจ้าหน้าที่กลุ่มการพยาบาล ผอ.รพ.สต.และจนท.รพ.สต. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guideline) โดยมีการสนทนากลุ่มของ ตัวแทนเจ้าหน้าที่กลุ่มการพยาบาล ตัวแทนผอ.รพ.สต. ตัวแทนเจ้าหน้าที่รพ.สต. และคณะผู้วิจัย ในประเด็นสถานการณ์และสภาพปัญหาสาเหตุของการดำเนินงานด้านคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ตัวแทนเจ้าหน้าที่

กลุ่มการพยาบาล ตัวแทนผอ.รพ.สต. ตัวแทนเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในเครือข่าย ในประเด็นการบริหารจัดการ การดำเนินงานด้านคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช้ยา ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงาน แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) แบบสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciate –Influence Control) โดยผู้สังเกตเข้าร่วมโดยสมบูรณ์ (Complete Participant) ผู้สังเกตจะเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิก โดยจะไม่ยอมเปิดเผยตนเองว่าเป็นผู้เข้าไปสังเกตหรือเป็นนักวิจัย โดยกำหนดกรอบเนื้อหาในการสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ตามประเด็นหลักๆ ดังนี้ การเสนอแนวคิดในขณะประชุม การร่วมอภิปรายในขณะประชุม การเป็นที่ปรึกษากลุ่มในขณะประชุมสามารถช่วยวิเคราะห์ปัญหาสามารถช่วยสรุปประเด็นสำคัญ เสนอตัวรับผิดชอบชี้แจงเพื่อนร่วมกลุ่มอื่นๆ ที่พบระหว่างดำเนินการ และแบบสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ แบบสังเกตการณ์การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ โดยผู้สังเกตเข้าร่วมในฐานะผู้เข้าร่วม (Observer-as-Participant)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ใช้การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงตาม

เนื้อหา ความชัดเจนของภาษาการตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง จนท.กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลรัตนวาปี และจนท.รพ.สต.ในเขตอำเภอรัตนวาปี จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรของการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁶ (Cronbach's Alpha-Coefficient) ซึ่งการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ แยกออกเป็น 3 ด้าน คือ แบบสอบถามความรู้ด้านการดำเนินงานเวชภัณฑ์ไม่ไช้ยา ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.84 แบบสอบถามการปฏิบัติด้านการดำเนินงานเวชภัณฑ์ไม่ไช้ยา ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.82 และแบบวัดความพึงพอใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลการ สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ปฏิบัติงาน เพื่อวิเคราะห์ระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์การสนทนากลุ่ม เพื่อวินิจฉัยปัญหา วางแผนปฏิบัติการ และประเมินผล จากการประเมินประสิทธิภาพงานบริหารคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแบบประเมินของเครือข่าย นำมาประมวลสรุปโดย

ผู้วิจัย แล้วเสนอข้อมูลเพื่อร่วมกันวางแผนร่วมกับผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาระบบบริหารเวชภัณฑ์ในแต่ละวงล้อคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการ 7/2561

ผลการวิจัย

ด้านบริบทของพื้นที่

โรงพยาบาลเฝ้าไร่ ตั้งอยู่ตำบลเฝ้าไร่ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย มีพื้นที่ทั้งหมด 30 ไร่ สภาพพื้นที่เป็นที่ราบ ประชากรมีอาชีพเกษตรกรรม ทำนาและสวนยางพารา และรับจ้างทั่วไป ห่างจากจังหวัดหนองคาย 75 กิโลเมตร เส้นทางคมนาคมสะดวก มีรถโดยสารประจำทางจากอำเภอถึงจังหวัดหนองคายเพียงวันละ 1 เที่ยว การเดินทางส่วนมากใช้รถยนต์ส่วนตัวเป็นยานพาหนะ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2556 ให้บริการตรวจโรคทั่วไป ยังไม่เปิดบริการห้องคลอดและห้องผ่าตัด รับเฉพาะคลอดฉุกเฉินแล้วส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย และ โรงพยาบาลหนองคาย มีบุคลากรทุกระดับจำนวน 101 คน เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการเยี่ยมสำรวจพัฒนาคุณภาพ (HA) ขั้นที่ 1 ประชากรทั้งหมด 52,482 คน มีประชากรวัยเด็ก 0-14 ปี คิดเป็น 18.46% วัยทำงาน 15-59 ปี คิดเป็น 70.13% และวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 11.41%

เขตบริการสุขภาพทั้งหมดมีจำนวน 73 หมู่บ้าน 5 ตำบล ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า พบผู้ป่วยนอก 5 อันดับได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ไม่ต้องพึ่งอินซูลิน ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลันและโรคไข้หวัด **ปัญหาการดำเนินงานด้านคลังเวชภัณฑ์มิใช่ยา**

โรงพยาบาลเฝ้าไร่ เป็นโรงพยาบาลที่เปิดใหม่ งบประมาณต่างๆยังไม่ได้รับการจัดสรร วัสดุ ครุภัณฑ์ต่างๆ เวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาต้องได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ปัญหาการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาขณะนั้นโรงพยาบาลไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่มีข้อมูลปริมาณการใช้เวชภัณฑ์ย้อนหลังของแต่ละหน่วยงานในโรงพยาบาล ปริมาณการเบิกจะประมาณการจากการเบิกครั้งก่อน เวชภัณฑ์ที่เบิกมาแต่ละครั้งเกินความจำเป็นของบริบทของโรงพยาบาลหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ จึงทำให้เกิดปัญหาในการจัดเก็บ บางรายการเสื่อมสภาพ บางรายการหมดอายุ เมื่อเปิดให้บริการใน 2 ไตรมาส รพ. เฝ้าไร่ได้ทำการจัดซื้อเวชภัณฑ์มิใช่ยาเอง โดยประมาณการซื้อจากการเบิกจ่ายจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เมื่อสิ้นปีงบประมาณพบว่ามิใช่ยาคงคลังมากเกินไป ทำให้มูลค่าคงคลังเฉลี่ยสูง เกิดต้นทุนจมในรูปวัสดุคงคลัง เสียโอกาสในการจัดสรรงบประมาณสำหรับนำไปใช้กับภารกิจอื่น ๆ ที่มีความจำเป็น

เร่งด่วนมากกว่า ในขณะที่เดียวกันยังมีเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่าบางชนิดขาด ทำให้ไม่สามารถให้บริการกับผู้มาใช้บริการได้ นอกจากนี้วัสดุประเภทเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า หากมีการคงคลังเป็นระยะเวลานานหรือเก็บรักษาไม่ถูกวิธีก็จะหมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพ เกิดการสิ้นเปลืองงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์ ในทางตรงกันข้ามถ้ามีไม่เพียงพอต่อความต้องการก็จะไม่สามารถให้บริการกับผู้มาใช้บริการซึ่งส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจและความเชื่อมั่นต่อองค์กร นอกจากนี้ยังพบว่า การเก็บข้อมูลเพื่อส่งออกไปให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ รายงานมูลค่าวัสดุคงคลังเพื่อจัดทำรายงานงบประมาณรายเดือน (งานการเงินการบัญชี) ส่งรายงานการจัดซื้อเวชภัณฑ์รายไตรมาสให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขตพื้นที่ที่มีความยุ่งยาก มีความซ้ำซ้อนของการจัดเก็บข้อมูล ในบทบาทของแม่ข่ายให้กับ รพ.สต. ในเครือข่าย และผู้วิจัยเป็นทีมงานการตรวจสอบงานควบคุมภายในของสถานบริการ พบปัญหาการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของทุกรพ.สต. ในเครือข่าย เหมือนกับการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลในระยะแรก การจัดเก็บเวชภัณฑ์ไม่เป็นระบบ ปริมาณการใช้เวชภัณฑ์ในแต่ละ รพ.สต. แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับจำนวนประชากร และปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ จำนวนวัสดุคงคลัง จำนวนการใช้วัสดุ ไม่สอดคล้องกับมูลค่าของวัสดุที่จัดส่งข้อมูลรายงานงบประมาณในแต่ละเดือน จากการสอบถามข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร (ผอ. รพ.สต.) ผู้รับผิดชอบ

งานเวชภัณฑ์และเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำรายงานงบทดลอง พบว่ายังขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดเก็บข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลส่งออกไปเพื่อจัดทำรายงานคลาดเคลื่อน มีแบบฟอร์มการรับเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ยังไม่มีเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลใน รพ.สต. ไม่มีการบันทึกข้อมูลเวชภัณฑ์ไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ มองว่าการจัดเก็บข้อมูลเป็นเรื่องยุ่งยาก เพิ่มภาระงาน ทำให้เกิดความเสี่ยงในการบริหารด้านเวชภัณฑ์และงานการเงินการคลัง

การพัฒนารูปแบบระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกรอบแนวคิดดังนี้

ขั้นการวางแผน

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบทรูปแบบ

ระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ของกลุ่มการพยาบาลและรพ.สต. เครือข่าย รพ.แม่ไร่ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ตัวแทน เจ้าหน้าที่ กลุ่มการพยาบาล ผอ. รพ.สต. และตัวแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 70 คน ศึกษาข้อมูลจากข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมและผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลก่อนการพัฒนา โดยใช้แบบฟอร์มตรวจสอบเอกสารจากใบเบิกและจากแบบฟอร์มเบิกจ่ายจากแผนกต่างๆ

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิง

ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการรูปแบบระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า โดยกลุ่ม

ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 17 คน โดยผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระในสภาพและปัญหาปัจจุบันของรูปแบบระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยาที่ผ่านมา และผู้วิจัยและคณะวิจัยหาข้อสรุปเป็นภาพของกลุ่ม โดยใช้แผนที่ความคิด เป็นสื่อในการแสดงข้อคิดเห็น แบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัญหารูปแบบระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยาในปัจจุบัน (A1) โดยใช้แผนที่ความคิด พบว่า ปัญหาเกิดจากยังไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่มีข้อมูลปริมาณการใช้เวชภัณฑ์ย้อนหลังของแต่ละหน่วยงาน ผู้ทำการเบิกจะประมาณการใช้เอาเองจากปริมาณการเบิกครั้งก่อน และผู้เบิกขาดประสบการณ์ในการจัดการระบบรวมถึงไม่รู้จักเวชภัณฑ์และความจำเป็นที่ต้องใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลและความต้องการของผู้ใช้ จึงทำให้เกิดปัญหาในการจัดเก็บ บางรายการเสื่อมสภาพ บางรายการหมดอายุ และรวมไปถึงการจัดทำชุดอนุมัติต่างๆที่สูญหายระหว่างนำส่ง ต้องจัดทำใหม่หลายรอบ ผู้ประสานงานและผู้ทำหน้าที่รับ-ส่ง จึงเกิดความคับข้องใจและการกำหนดอนาคตของระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยาว่าต้องการให้เกิดการพัฒนาในทิศทางใด (A2) ในส่วนของการกำหนดอนาคต ในการแก้ไขปัญหาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยา ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการได้ระดมความคิดเห็น โดยใช้แผนที่ความคิด มีการกำหนดอนาคตระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยาว่า ควรมีการจัดระบบ เช่นการมีโปรแกรมในการบันทึกใน

เครื่องคอมพิวเตอร์ การระบบการตรวจสอบมูลค่าวัสดุคงคลังให้ถูกต้องกับมูลค่ารายงานบทดลอง มีแบบบันทึกรายงานการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ปริมาณวัสดุคงคลังมีความเหมาะสมกับปริมาณการใช้ มีการจัดระบบหมุนเวียนการใช้เวชภัณฑ์ที่มากเกินไปจนความจำเป็นหรือใกล้หมดอายุระหว่างรพ.สต.

ขั้นการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I)

หลังจากการตกลงร่วมกันในขั้น A2 แล้วเป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนา และการค้นหาเหตุผลในการจัดลำดับความสำคัญตามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

1) การคิดโครงการ/แผนงานหรือระบบที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ (I1) เป็นการระดมความคิดเห็นจากการประชุม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 การทบทวนระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยาและหาแนวทางในการพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ไช่ยา

1.2 สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนแนวทาง โครงการ ลักษณะกิจกรรมบนแผ่นกระดาษ เพื่อเสนอให้กลุ่มใหญ่พิจารณาในภาพรวมอีกครั้ง

1.3 แต่ละคนในกลุ่มนำเสนอแนวทาง โดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็นประโยชน์

1.4 รวบรวมข้อเสนอแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่กลุ่มเห็นพ้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม

1.5 ผู้แทนกลุ่มนำเสนอสมาชิกกลุ่มซักถามให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว ได้แนวทางการพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา

2) การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามโครงการ/แผนงานการพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการ คือ พิจารณาแนวทางกิจกรรมแต่ละข้อ โดยการจัดลำดับความสำคัญ ความต้องการ การเกื้อหนุนจากคนองค์กรใด ที่เห็นว่าสำคัญ และคำนึงถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ หลังจากนั้นผู้แทนกลุ่ม ทำการคัดเลือก จัดกิจกรรมไว้เป็นประเภท จัดประเภทกิจกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ และขั้นสุดท้าย เมื่อแยกประเภทแล้วแต่ละคนพิจารณาว่าหากมีทรัพยากรจำกัด จะเลือกกิจกรรมใดที่คิดว่าสำคัญที่สุด 3-5 กิจกรรม โดยเขียนลำดับความสำคัญบนกระดาษแล้วรวมคะแนนกิจกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุดให้เป็นลำดับที่หนึ่ง

ขั้นการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C)

หลังจากการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมตามโครงการเสร็จแล้ว การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อระดมความคิดเห็นในการนำเอาโครงการ/ แผนงานมาสู่การปฏิบัติ และจัดกลุ่ม

ผู้ดำเนินงาน ซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ หรือกิจกรรม ในขั้นตอนนี้ แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่ การแบ่งกลุ่มผู้รับผิดชอบ (C1) และ การตกลงรายละเอียดในการดำเนินงาน (C2)

ขั้นตอนที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนารูปแบบการระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา (Action plan) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสังเคราะห์และสรุปแผนปฏิบัติการ หลังจากการทำแผนปฏิบัติการเสร็จแล้ว ให้ผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอรายละเอียดของโครงการ/ กิจกรรม และอภิปรายเพิ่มเติมพร้อมตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดวันเวลา สถานที่ดำเนินการ และการเตรียมการเพื่อเสนอแผน

ผลการพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาพบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา ก่อนและหลังการพัฒนาจำนวน 70 คน พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น โดยก่อนดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.17 หลังดำเนินการมีค่าเฉลี่ย 14.05 ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบการดำเนินงานระบบคลังไม่ใช้ยา กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินการจัดระบบคลังไม่ใช้ยาเพิ่มขึ้น หลังการดำเนินการมีระดับการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ผลการวัดระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานการจัดการระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้

ยา ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการ
ดำเนินการมีระดับความพึงพอใจ อยู่ในระดับสูง
ดังตารางที่ 3

สรุปการพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์
ไม่ใช่ยา ด้วยการนำกระบวนการ (AIC) มา
วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามีสามารถ
สรุปรูปแบบได้ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรู้ของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=70)

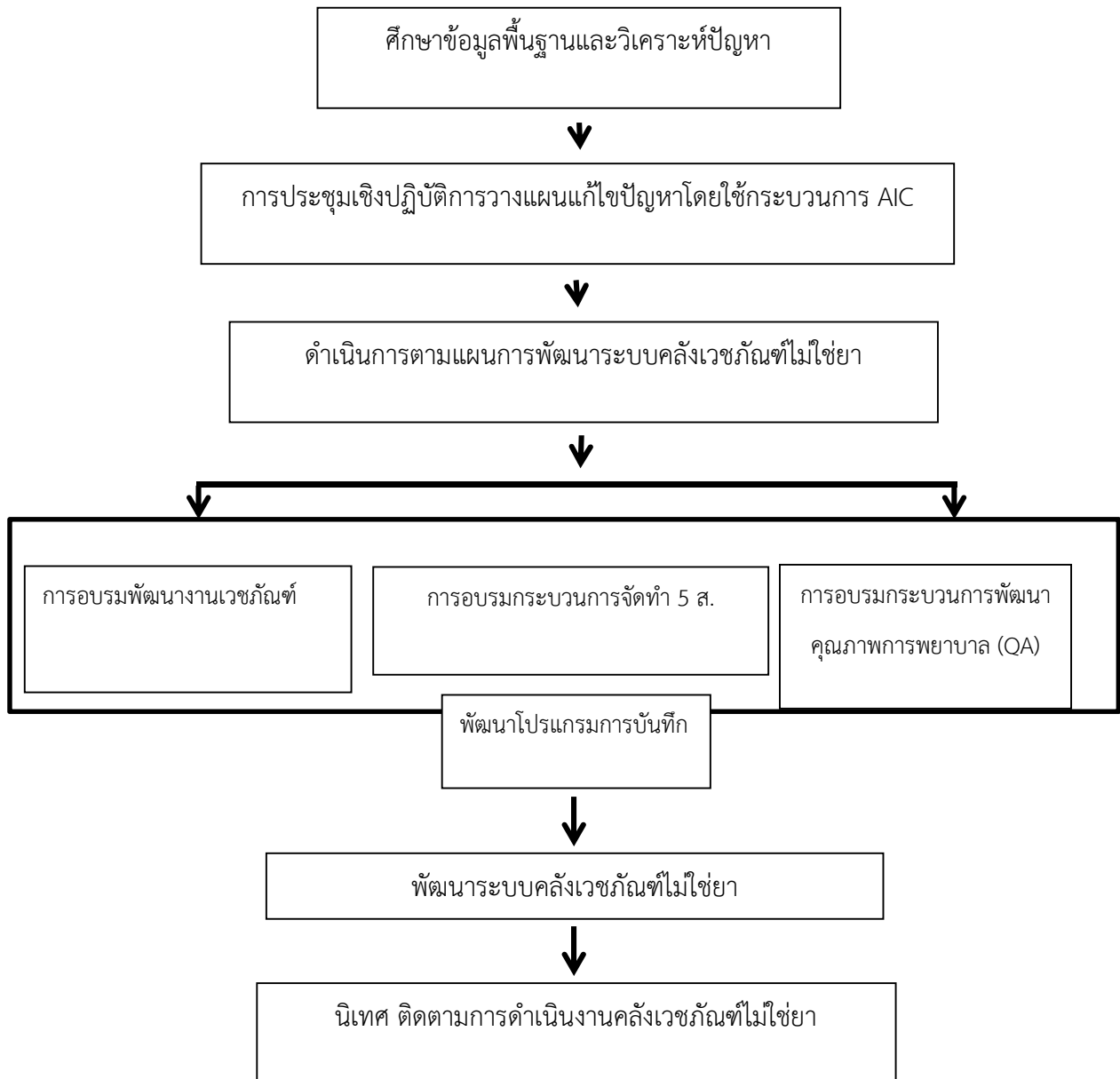
ระดับความรู้	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	35	50.00	65	92.86
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 79)	30	42.86	5	7.14
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	5	7.14	0	0.00
คะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 8.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.26 คะแนนต่ำสุด 2 คะแนนสูงสุด 13				
คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนา 14.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.26 คะแนนต่ำสุด 10 คะแนนสูงสุด 15				

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับการดำเนินงานระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ก่อนและหลังการพัฒนา(n=70)

ระดับการดำเนินงานระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (2.35–3.00)	20	28.57	49	70.00
ปานกลาง (1.68–2.34)	38	54.29	15	21.43
ต่ำ (1–1.67)	12	17.14	6	8.57
ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 1.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนสูงสุด 3				
ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนา 2.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56 คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนสูงสุด 3				

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ก่อนและหลังการพัฒนา(n=70)

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สูง (3.68-5.00)	10	14.28	48	68.57
ปานกลาง (2.34-3.67)	35	50.00	18	25.71
ต่ำ (1–2.33)	25	35.71	4	5.71
ค่าเฉลี่ยก่อนการพัฒนา 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.35 คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนสูงสุด 5				
ค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนา 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 คะแนนต่ำสุด 1 คะแนนสูงสุด 5				



ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาค้นเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาโรงพยาบาลฝ้าไร่

การอภิปรายผล

สรุปการพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา ของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ผู้วิจัยขอเสนอประเด็นในการอภิปรายผลและสรุปผลการดำเนินงาน ดังนี้

การพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา บุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาตามแผนปฏิบัติการโดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรมเสนอแนะแนวคิดและแนวทางการปฏิบัติ ซึ่งทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความราบรื่นและได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย และมีแผนที่มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหา สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นันทน์ภัส พิงสุและอัมภาวงศ์ พลนอก⁷ ที่พบว่าการติดต่อประสานงานระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้สามารถรับรู้ปัญหาและร่วมกันหาแนวทาง แก้ไขได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวคนธ์ อัครศรีสุพรรณ⁸ ที่พบว่า การติดต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือ แนะนำแก้ไขปัญหา พร้อมเพิ่มความถี่ในการติดตามจะทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีการบริหารจัดการด้านยาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ด้านความรู้และการดำเนินการเกี่ยวกับดำเนินงานระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา ของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.

เครือข่าย ผลการวิจัยพบว่าความรู้ของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย มีระดับความรู้ด้านการดำเนินงานระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา หลังการดำเนินการพัฒนาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ซึ่งเกิดจากการอบรมและการพัฒนางานเวชภัณฑ์ การพัฒนาระบบโปรแกรมการบันทึกด้วยเวชภัณฑ์ รวมถึงการนิเทศติดตามการดำเนินงานของทีมอย่างสม่ำเสมอ ด้านระดับความพึงพอใจ ของบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนาบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาพบว่าเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนดำเนินการ อาจเนื่องมาจากบุคลากรกลุ่มการพยาบาลรพ.เฝ้าไร่และรพ.สต.เครือข่าย ได้รับประสบการณ์ในการพัฒนาระบบคลังเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาเพิ่มขึ้น เช่นการได้รับการอบรมความรู้ด้านคลังเวชภัณฑ์ การมีระบบติดตามการดำเนินงาน รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือและโปรแกรมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุภาวดี ศรีลามาศย์ และประจักษ์ บัวผัน⁹ ที่พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

แผนการดำเนินงานด้านคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา ได้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การดำเนินการจัดการระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาสิ่งที่สำคัญคือ ต้องให้ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข ส่งผลให้เกิดการพัฒนากระบวนการดำเนินการ ทำให้การจัดซื้อเป็นไปตามแผนจัดซื้อประจำปี และไม่มีการจัดซื้อนอกแผน ไม่เกินงบประมาณที่ตั้งไว้ มีผู้รับผิดชอบดำเนินการชัดเจน และช่วยลดปัญหาการเก็บเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาในหน่วยงาน เวชภัณฑ์ไม่เสื่อมสภาพ ไม่หมดอายุ ขั้นตอนการเบิก – จ่ายเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเฝ้าไร่ชัดเจน รวมถึงการรายงานผล และการจัดทำเอกสารจัดซื้อจัดจ้าง เป็นไปตามกำหนดเวลา และถูกต้องตามเกณฑ์ สำหรับข้อเสนอแนะควรมีการจัดสรรเทคโนโลยีสารสนเทศให้เพียงพอและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในการ บริหารเวชภัณฑ์ ควรมีการอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ใน การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารเวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินการจัดการระบบคลังเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา เพื่อประโยชน์ในการวาง

เอกสารอ้างอิง

1. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คู่มือสำหรับเภสัชกรในการดำเนินงานเภสัชกรรม ในหน่วยบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ; 2553.
2. การอบรมฟื้นฟูความรู้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การบริหารเวชภัณฑ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ; 15-16 กรกฎาคม 2553; ณ โรงแรมโฆษะ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.ขอนแก่น; 2553.
3. โรงพยาบาลเฝ้าไร่. รายงานผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560 หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย.หนองคาย;2560.
4. Kemmis,S.. Action Research. Hammersley. in: M. (Ed) Educational Research: Current Issues. London: Paul Chapman Publishing Ltd; 1993.
5. Kemmis, S. and McTaggart, R. (Eds.). The action research reader. Victoria: Deakin University; 1988.
6. Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16, 297-334; 1951.
7. นันทน์ภัส พึ่งสุขและอัษฎางค์ พลนอก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลัง

เวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล อำเภอ อุทัย จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา.วารสาร มฉก.วิชาการ.
2560; 41:109-122.

8. เสาวคนธ์ อัสวศรีสุพรรณ. ประสิทธิภาพ
ของระบบการนิเทศงานบริการด้านยาใน
ศูนย์สุขภาพชุมชนของ CUPวังจันทร์จังหวัด
ระยอง ปีงบประมาณ 2550. วารสารเภสัช
กรรมคลินิก 2551;15(3),487-98.
9. สุภาวดี ศรีลามาศย์ และประจักษ์ บัวผัน.
การบริหารเวชภัณฑ์ ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัย มข.
(บศ.).2556;121-132

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย

ณัฐวดี สุวรรณสิงห์¹สุพัฒน์ อาสนะ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2560 ด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 60.0 รายได้มีความไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 73.6 มีคุณภาพชีวิตภาพรวม และรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ แต่การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับปานกลาง และสูงตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน คือ ความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.001$) เพศ ($p = 0.016$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p = 0.033$) การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม ($p < 0.001$) และรายด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วม และการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($p < 0.001$) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ ($p < 0.001$) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ($p = 0.001$) และด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ($p = 0.006$)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน, การสนับสนุนทางสังคม

¹นักศึกษาลัทธิศาสตร์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น, Nutta.nutsu@gmail.com

²อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, su_assana@yahoo.com

**Quality of life of elderly with diabetes mellitus under
the responsibility of Tambol Phet Charoen health promoting hospital,
Phet Charoen sub-district, Muang Loei district, Loei province**

Nuttawadee Suwannasing¹

Supat Assana²

Abstract

A cross-sectional study aimed to examine the quality of life and factors related to the quality of life of the elderly with diabetes mellitus in Tambol Phet Charoen health promoting hospital, Muang Loei District, Loei province. Participants were 110 elderly people and selected by simple random sampling. Data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics and inferential statistics with Chi-square test and Fisher's exact test.

The results indicated that most participants were female (63.6%). The average income per month was less than 1,000 baht (60.0%) and Income was not enough to pay (73.6%). The overall and each domain of quality of life, such as physical, psychological, social relationship, environmental, the overall of social support, emotional response, recognized and appreciated, financial aid, labor and service, and participation domains were moderate levels. However, the information assistance and the acceptance as part of society domains were high. The factors related to quality of life of the elderly with diabetes mellitus were the sufficiency of income ($p = 0.001$), gender ($p = 0.016$), the average income per month ($p = 0.033$), overall of social support ($p < 0.001$) and social support domains such as participation and acceptance as part of society domain ($p < 0.001$), labor and service domain ($p < 0.001$), information assistance domain ($p = 0.001$) and recognized and appreciated domain ($p = 0.006$)

Key words: Quality of life, Elderly people, Diabetes Mellitus, Social support

¹Bachelor of Public Health (Community of Public Health), Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen.

² Lecturer of Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen, Corresponding author.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี องค์การโรคเบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้รายงานการสำรวจประชากรทั่วโลกพบว่าปี 2555 มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 371 ล้านคนและคาดการณ์ในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 552 ล้านคน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจประชากรในประชาคมอาเซียนพบ ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง 1 ใน 5 ของประชากรหรือประมาณ 71.4 ล้านคน และในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 120.9 ล้านคน¹ การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2555 พบว่า อัตราป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ กล่าวคือ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 2,128.04 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อายุ 50-59 ปี อัตราป่วย 1,207.35 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 40-49 ปี อัตราป่วย 463.44 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มอายุ 15-39 ปี อัตราป่วย 61.61 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี อัตราป่วย 8.29 ต่อประชากรแสนคน² ซึ่งพบว่ากลุ่มวัยผู้สูงอายุมีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุด เนื่องจากอัตราป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ หรือ มีอัตราป่วยสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น

จากสถานการณ์ และปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

โดยตรงคือระบบเส้นเลือดและอวัยวะสำคัญ เช่น ตา ไต ระบบประสาท และหัวใจ³ รวมถึงด้านจิตใจ ที่เป็นผลมาจากความเสื่อมสมรรถภาพทางกาย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น^{4, 5} ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความคาดหวังที่จะได้รับกำลังใจและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นสูง ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม⁶ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมเป็นผลมาจากการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน มีรายได้ที่ลดลง มีค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ต้องพึ่งพารายได้จากครอบครัวและบุคคลอื่น⁷ คุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย⁸ คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบริบทวัฒนธรรมและเป้าหมายชีวิตของแต่ละคน⁹ รวมถึงการพัฒนาความเป็นอยู่ของผู้ป่วยหลังเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพในสภาพแวดล้อมและสังคมของตนเอง¹⁰ ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโรคที่คุกคามต่อคุณภาพชีวิต โดยปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด¹¹ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของครอบครัว¹² นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพสูง

มาก⁹ อีกทั้งบทบาททางสังคมถูกจำกัด¹³ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ปรับตัวไม่ได้¹² ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง ช่วยลดความเครียดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำที่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติตัวจากบุคลากรทางการแพทย์เพื่อควบคุมโรค จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁴

จังหวัดเลย มีผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 10,991 คน และอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวาน 1,731.75 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากรายงานอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ. 2550-2558 พบว่า มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 13.18, 16.86, 15.98, 19.76, 29.78, 22.32, 22.03, 22.89 และ 24.97 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราการตายที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น^{15, 16} โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย มีพื้นที่รับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน ประชากร 7,204 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 251 คน โดยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 82.87 และอัตราความชุกของโรคเบาหวาน 34.84 คนต่อประชากร

1,000 คน จากที่กล่าวมา หากประชาชนกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ไม่ครอบคลุม จะทำให้การดำรงชีวิตผิดปกติและการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดีเท่าที่ควร ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่จำเป็นต้องจัดคนมาดูแล และสิ่งที่สำคัญคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพจากโรคเบาหวาน และจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว จากปัญหาดังกล่าวนี้นี้ ผู้วิจัยจึงได้มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน รวมถึงพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ขอบเขตการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมือง อำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย เก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2560

ขอบเขตเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัย สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด การเข้านอนโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวาน วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

2. การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านการได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

ตัวแปรตาม

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ ตำบลเมืองอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน กรณี

ทราบขนาดของประชากร (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2547) ¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 110 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF- THAI) ¹⁸

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุขและสถิติ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.88 และ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.88

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) กรณีที่ข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลง (Assumption) ตามทฤษฎี จะใช้

สถิติ Fisher's exact test โดยกำหนดระดับ
นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด
ขอนแก่น และผู้ศึกษาได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ
ของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแนะนำตัว ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความ
ร่วมมือในการศึกษา แจ้งให้ทราบถึงสิทธิที่จะ
ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาแก่
ผู้สูงอายุ โดยสามารถออกจากการศึกษาได้ใน
ระหว่างดำเนินการโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ
ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและการนำ
ข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอ
ผลการศึกษาในภาพรวม

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน กลุ่ม
ตัวอย่าง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 สถานภาพ
คู่ ร้อยละ 84.5 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ประถมศึกษา ร้อยละ 73.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อ
เดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 60.0 และ
ไม่มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 73.6 ส่วน
ใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานนาน 5-10 ปี ร้อยละ
63.6 รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีกินยา
ร้อยละ 95.5 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 74.5
โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ความ
ดันโลหิตสูง ขาปลายมือ ปลายเท้า และไขมัน
ในเลือดสูง ร้อยละ 57.3, 45.5 และ 26.4 ดัง
ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (n=110)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	36.4
หญิง	70	63.6
สถานภาพสมรส		
โสด	2	1.8
คู่	93	84.5
หม้าย/หย่า/แยก	15	13.6

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (n=110) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	81	73.6
มัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย	15	13.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	14	12.8
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 1,000	66	60.0
1,000 – 5,000	27	24.5
มากกว่า 5,000	17	15.5
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	29	26.4
ไม่เพียงพอ	81	73.6
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ปี)		
น้อยกว่า 5	18	16.4
5 – 10	70	63.6
มากกว่า 10	22	20.0
วิธีการับการรักษาโรคเบาหวาน		
กินยา	105	95.5
ฉีดยา	1	0.9
ทั้งกินและฉีด	4	3.6
ภาวะแทรกซ้อน		
ตาพร่ามัว/ตาบอดจากโรคเบาหวาน	27	24.5
ชาปลายมือ ปลายเท้า	50	45.5
ความดันโลหิตสูง	63	57.3
ไขมันในเลือดสูง	29	26.4
อื่นๆ	7	6.3

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.5 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.8 และระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 2.7 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.4 ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของ

สังคม อยู่ทั้งในระดับปานกลางและสูง ร้อยละ 39.1 ด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ ร้อยละ 49.1, 52.7 และ 57.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน และภาพรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (n=110)

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	n	%	n	%	n	%
ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	3	2.7	58	52.7	49	44.5
ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	3	2.7	54	49.1	53	48.2
ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	24	21.8	43	39.1	43	39.1
ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ	11	10.0	63	57.3	36	32.7
ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	1	0.9	47	42.7	62	56.4
ภาพรวม	3	2.7	72	65.5	35	31.8

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 30.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.9 คุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า

ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านร่างกาย ร้อยละ 77.3 ด้านจิตใจ ร้อยละ 66.4 ด้านสังคม 51.8 และด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 59.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตรายด้าน และภาพรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (n=110)

คุณภาพชีวิต	ระดับ					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	n	%	n	%	n	%
ด้านร่างกาย	6	5.5	85	77.3	19	17.3
ด้านจิตใจ	1	0.9	73	66.4	36	32.7
ด้านสังคม	34	30.9	57	51.8	19	17.3
ด้านสิ่งแวดล้อม	1	0.9	65	59.1	44	40.0
ภาพรวม	1	0.9	75	68.2	34	30.9

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน คือ ความเพียงพอของรายได้ ($p = 0.001$) เพศ ($p=0.016$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p=0.033$) การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม ($p<0.001$) และรายด้านคือด้านการมีส่วนร่วม

และการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ($p < 0.001$) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ ($p < 0.001$) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ($p = 0.001$) และด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ($p = 0.006$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (n=110)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิต		χ^2	P-value
	ต่ำถึงปานกลาง	สูง		
	n(%)	n(%)		
เพศ				
ชาย	22(55.0)	18(45.0)	5.844	0.016
หญิง	54(77.1)	16(22.9)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				
≤5,000	68(73.1)	25(26.9)	4.570	0.033
>5,000	8(47.1)	9(52.9)		

ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	13(44.8)	16(55.2)	10.857	<0.001
ไม่เพียงพอ	63(77.8)	18(22.2)		
การสนับสนุนทางสังคม ภาพรวม				
ต่ำถึงปานกลาง	62(82.7)	13(17.3)	20.343	0.000
สูง	14(40.0)	21(60.0)		
การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า				
ต่ำถึงปานกลาง	46(80.7)	11(19.3)	7.468	0.006
สูง	30(56.6)	23(43.4)		
การมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม				
ต่ำถึงปานกลาง	58(86.6)	9(13.4)	24.513	0.000
สูง	18(41.9)	25(58.1)		
การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ				
ต่ำถึงปานกลาง	60(81.1)	14(18.9)	15.222	0.000
สูง	16(44.4)	20(55.6)		
การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร				
ต่ำถึงปานกลาง	41(85.4)	7(14.6)	10.629	0.001
สูง	35(56.5)	27(43.5)		

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

เพศ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.016$) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศหญิงเป็นเพศที่ปรับตัวยากกว่าเพศชายเนื่องจากมีความต้องการพึ่งพิงสูง อีกทั้งมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย อารมณ์อ่อนไหวมากกว่าเพศชายมักจะแก้ปัญหาด้วยการเก็บกดปัญหานั้นไว้ และบางครั้งอาจจะทำการโทษหรือตำหนิตนเอง⁹ นอกจากนี้เพศหญิงมักดูแลใส่ใจกับสุขภาพร่างกายของตนเองหรือหมกมุ่นกับการเจ็บป่วยมากเกินไป ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลได้ง่าย คิดว่าความเจ็บป่วยทำให้ตนเองทุกข์ทรมาน ไม่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าเพศชาย⁶ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.211$)¹⁹

ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) จากการศึกษา พบว่า พื้นที่ที่ศึกษาเป็นเขตชุมชนเมือง ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่วนมากมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.6 ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง เนื่องจากความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในการตอบสนองความต้องการขั้น

พื้นฐานของบุคคล ทั้งนี้โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และโรคต่างๆร่วมด้วย แม้จะมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในส่วนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสียโอกาสในการทำงาน และค่าใช้จ่ายอื่นๆของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขณะเข้ารับการรักษา ซึ่งหากรายได้ไม่เพียงพอกับความต้องการ ผู้ป่วยก็ต้องพึ่งสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย จะทำให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{9, 20}

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.033$) แสดงว่าภาวะเศรษฐกิจมีผลต่อการดำเนินชีวิต เพราะผู้สูงอายุมักจะมีข้อจำกัดในการหารายได้ทีลตน้อยลง ซึ่งหากมีรายได้ลตน้อยลงจะส่งผลต่อการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพด้วย ซึ่งจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 60 สอดคล้องตามแนวคิดของ มาร์ศรี นุชแสงพลี²¹ อธิบายไว้ว่า ภาวะเศรษฐกิจมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลที่จะสนองความต้องการด้านต่างๆ ทั้งด้านที่อยู่อาศัย อาหาร

การรักษาพยาบาล อุปกรณ์อำนวยความสะดวก ตลอดจนส่งผลไปถึงการเลือกทำกิจกรรม เนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่าง ต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ ซึ่งผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ เนื่องมาจากมีอายุที่มากทำให้รายได้ลดลง ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพและส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น รายได้จึงเป็นตัวลดปัญหาสุขภาพ และยกระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{19, 21, 22}

การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อหาความสัมพันธ์พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่วนมากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เนื่องมาจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับและมีผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีผลต่อสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับความเครียดได้ดี²³ และเป็นแรงกระตุ้นให้รู้สึกว่าคุณค่า รู้สึกมีคนให้ความรัก ความเอาใจใส่ ไม่ถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับความรู้และ

ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทำให้มั่นใจในตนเอง เกิดเป็นแรงผลักดันให้สามารถที่จะต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่ได้และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.664$, $p=0.001$) และ ($r=0.75$, $p=0.05$)^{23, 24}

โดยมีการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.611$, $p=0.01$)²³

ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งกล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานการได้รับความช่วยเหลือด้าน

การเงิน สิ่งของเครื่องใช้ แรงงานและการได้รับการบริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.489$, $p=0.01$)²³

ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ซึ่งกล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.522$, $p=0.01$)²³

ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$) ซึ่งกล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการทักทายและการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออกและการได้รับการให้อภัยและโอกาสในการปรับปรุงตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.608$, $p=0.01$)²³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยและการนำไปใช้ประโยชน์

1) ด้านความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ให้มีความเพียงพอต่อรายจ่ายและการดำรงชีวิต โดยเทศบาลหรือผู้นำชุมชน มีการจัดตั้งชมรม เพื่อส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้สามารถหารายได้เสริมได้ ลดปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้ในวัยผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้ดีขึ้น

2) ด้านการจัดกิจกรรมกลุ่มแบบบูรณาการ โดยเทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการจัดกิจกรรม ให้เป็นกิจกรรมที่พิเศษและพิเศษ สามารถทำกิจกรรมร่วมกันได้ ไม่มุ่งเน้นพิเศษใดพิเศษหนึ่ง สร้างความรู้สึกการยอมรับซึ่งกันและกันยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น การยอมรับความสามารถที่มีข้อจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้ดีขึ้น

3) ด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการออกตรวจเยี่ยมเป็นประจำทุกเดือน ผู้ช่วยผู้สูงอายุคนในครอบครัว และคนในชุมชน มีการส่งเสริม

การจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ให้ได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและชุมชน รวมถึงการให้การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา และ อสม. ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพชรเจริญ อสม. และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ รวมถึงครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษา และเพื่อนนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน รุ่นที่ 4 ที่ได้ให้การสนับสนุนและเป็นการกำลังใจทำให้การศึกษานี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เอกมาศ วงศ์ไพรินทร์. การประเมินคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่นับถือศาสนาอิสลามในจังหวัดสตูล ประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
2. สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
3. นพพร ศุภพิพัฒน์และคณะ. รู้ทันเบาหวาน เอาชนะโรคแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ:บริษัท ก.พล จำกัด; 2549.
4. อำภาพร พัววิไล และคณะ. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. 2543;4(2): 218-238.
5. อุไรวรรณ ดวงสินธนากุล และมณฑา ทรัพย์พานิชย์. การดูแลสุขภาพกายและใจของผู้ป่วยเบาหวาน ใน รัชตะ รัชตนาวิน และธิดา นิงสานนท์ (บรรณาธิการ). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จูนพับลิชชิง จำกัด; 2545.
6. วรรณา สามารถ. คุณภาพชีวิตที่สูญเสียไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล.; 2542.
7. สมคิด สีหสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกาย การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา

- บัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
8. สุธาทิพย์ อุปลาบัติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
9. จินณพัต ธีรศักดิ์กุล. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
10. กิ่งแก้ว ปาจารย์. คุณภาพชีวิต. สารศิริราช. 2540; 49(1): 79-81.
11. อภิชาติ วชิญาณรัตน์. การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดNIDDM ในโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึมสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป 2. กรุงเทพฯ : ยูนิซี; 2537.
12. จินณพัต ธีรศักดิ์กุล. คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
13. อัมพรพรรณ ธีรานูตร, เพลินดา ศิริปการ และ อำพน นวลโคกสูง. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน. กรุงเทพฯ : คลังนาโนวิทยา; 2544.
14. สมพิศ พรหมเดช. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2537.
15. สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในโรคไม่ติดต่อ ประจำปี พ.ศ. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงจาก <http://thaincd.com/2016/mission3>.
16. สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). อัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรค NCD จ.เลย ปี 2550-2558. [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2559]. เข้าถึงจาก <http://thaincd.com/2016/mission3>.
17. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
18. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2540.
19. ภัทรา จุลวรรณา. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2) ระยะที่ 1 การศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

- ชนิดที่ 2 (Type 2) ในบริบทจังหวัดชัยภูมิ.
ชัยภูมิ : มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ; 2554.
20. เสกสรร หีบแก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
21. สายโสม วิสุทธิยานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลสำโรงเหนือ จังหวัดสมุทรปราการ. [ปริญญาคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2555.
22. ดวงเดือน จันทสุริยวิช. ภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร]. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2552.
23. ศลาชนันท์ หงส์สวัสดิ์. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
24. มลฤดี ชาตรีเวโรจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

อุบล นววงศ์เสถียร¹

นิตยา แก้วคำสอน²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุและศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือแบบประเมินสมรรถภาพทางกายของกรมอนามัย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 แบบวัดคุณภาพชีวิต และแนวทางการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุติดสังคมมีปัญหาสุขภาพโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีอาการปวดข้อเข่า และมีผลการคัดกรอง 2Q ผิดปกติจำนวน 50 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือน กันยายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและการทดสอบ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาหลักสูตรด้วยโปรแกรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติ ในโรงเรียนผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย มิติด้านสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่างและสุขสงบซึ่งได้พัฒนามาจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิตโปรแกรม 16 สัปดาห์นั้นสามารถทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีสุขภาพทางกายและใจดีขึ้น โดยพบว่าค่าคะแนนหลังผ่านโปรแกรมเพิ่มขึ้นทั้ง 5 มิติ ซึ่งมิติด้านสุขสบายมีคะแนนเพิ่มขึ้นมากที่สุดส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 70.58 โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 84.6 ผู้ที่มีอาการปวดข้อเข่ามีอาการดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 83.3 ผู้ที่มีอารมณ์ซึมเศร้าประเมินคะแนน 2Q ปกติ คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตามแนวทางนี้จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยชะลอความรุนแรงของโรคส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีโรคประจำตัวยังคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือครอบครัวและสังคมได้ยาวนานขึ้น รวมถึงควรมีการสะท้อนผลการดำเนินงาน กระบวนการวิเคราะห์หลังปฏิบัติการ รวมถึงถอดบทเรียนการดำเนินครั้งนี้ เพื่อนำผลมาวิเคราะห์เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่องตลอดวงจร

คำสำคัญ: การประเมินสมรรถภาพทางกาย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมส่งเสริมความสุข 5 มิติ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ, ubonnawa.2537@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ, keaw_tik@msn.com

Curriculum development of the elderly school on health promotion for the elderly, social group in Sriwilai sub-district, Sriwilai district, BuengKan Province

Ubol Nawawongsathean ¹

Nittaya Keawkamsorn ²

Abstract

The objectives of this study were to develop the elderly health promoting school curriculum and to explore the impacts of the curriculum on health of the elderly with social-bound. Participants were 50 elderly persons with social-bound, diabetes mellitus, uncontrolled high blood pressure, knee pain and having unusual condition of 2Q. Data were collected from October 2559 to May 2560 and by using the Standard of Physical Fitness Test, Mini-Mental State Examination – Thai (2002), WHOQOL-BREF-THAI and group discussions. Data were analyzed by percentage, mean and paired t-test.

The results revealed that the curriculum promoted happiness of the participants in 5 aspects, including comfort, fun, joy, bright, elegance and peacefulness which the curriculum was developed from the happiness promotion framework for the elderly of Mental Health Department, Ministry of Public Health. The curriculum provided in 16 weeks leading to promote health, physical and mental, of the elderly. It could be seen that the scores of happiness after the programme were higher in all 5 aspects (comfort had the highest score) leading to ability of the elderly to control their blood pressure in the normal level (70.58%) and their sugar levels in the normal range (84.6%). Additionally, the elderly had better in their knee pain (83.3%) and had no depression (100%). It could be suggested that this health promotion approach may be an alternative way to retain the severity of diseases in the elderly and be able to do daily life activities, help their family and community. In addition, process reflection and analysis, as well as lesson learnt of the programme are needed.

Key words: Physical Fitness Test, action research, the service to promote happiness in the 5D

¹Registered Nurse (Professional Level), Sriwilai Hospital, BuengKan Province.

²Public Health Technical Officer (Practitioner Level), Sriwilai Hospital, BuengKan Province.

บทนำ

จากความสำเร็จของการสาธารณสุขไทยและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร กล่าวคือมีอัตราเกิดลดลงและประชากรผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อมูล ณ วันที่ 22 ตุลาคม 2558 มีประชากรรวม เท่ากับ 65.1726 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.4857 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.08 จำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป เท่ากับ 7.0027 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 10.74¹ ถือว่าปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพดังนี้ ด้านสุขภาพทางกาย โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ² ชาย โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 11.4 โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 7.7 โรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 7.6 หญิง โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 12.4 โรคเบาหวานร้อยละ 11.7 โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 7.4 ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95³ มีความเจ็บป่วยด้วยโรคและปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 เป็นผู้พิการร้อยละ 6 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 และผู้ป่วยนอนติดเตียง

ร้อยละ 1 ขณะที่ไม่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว 3 ถึงแม้จะมีความเจ็บป่วยและโรคประจำตัวมากมายดังที่กล่าวมา แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 90 เป็นกลุ่มติดสังคมที่ยังคงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุโดยปรับใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ คือมิติด้านสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่างและสุขสงบ โปรแกรม 16 สัปดาห์ของกรมสุขภาพจิต⁴ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติได้ด้วยตัวเองอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางในการพัฒนาผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ครบทุกด้านมากที่สุดตามบริบทและทุนทางสังคมที่มีอยู่ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวจะช่วยชะลอความเสื่อมหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงลงได้ จึงเป็นภารกิจหลักที่สำคัญของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการดูแลฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี พึ่งพาตนเองได้นานที่สุด ไม่เป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคม อีกทั้งยังเป็นการตอบสนองต่อนโยบายและแนวทางการพัฒนาผู้สูงอายุในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการพัฒนาตามแนวนโยบายพื้นฐานของรัฐธรรมนูญ

แห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550 คือให้ ผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วม กับสังคม มี โอกาสนำความรู้และประสบการณ์ที่เป็นคลัง ปัญญา มาทำประโยชน์ให้กับสังคม และ ประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของ การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอศรี วิไล จังหวัดบึงกาฬ
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาหลักสูตร โรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ
- 3) เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอ ศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อรูปแบบการพัฒนาหลักสูตร โรงเรียนผู้สูงอายุ อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ประชากรที่ศึกษาได้มาโดยการเลือกแบบ เจาะจง (purposive sampling) จากการ ประชุมอย่างไม่เป็นทางการในครั้งแรก ได้ผู้ร่วม ดำเนินการวิจัยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและมี คุณสมบัติตามเกณฑ์ ทั้งหมด 50 คน ในช่วง ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง เดือน กันยายน 2560

เครื่องมือในการวิจัย ได้ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม ภายใต้แนวคำถาม ที่ได้กำหนดไว้และเลือกถามคำถามเจาะลึกที่ เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา จนได้ข้อมูลที่มี

ความลุ่มลึก และอึดตัว สำหรับเครื่องมือที่ใช้ใน การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และ คุณภาพ ประกอบด้วย โดยแบบสัมภาษณ์แบบ มีโครงสร้าง เก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของ ผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม ใช้สำหรับการสนทนา กลุ่มผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ทั้งกลุ่มที่มีส่วนได้ ส่วนเสีย และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ ผู้นำ ชุมชน สมาชิก อบท. อสม. และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรง และความน่าเชื่อถือของการ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีการ ตรวจสอบแบบสามเส้า ประกอบด้วย การ ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) โดย การ พิ จ า ร ณา และ เปรียบเทียบข้อมูลเดียวกันที่ได้จากหลาย แหล่งข้อมูล ซึ่งการวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูล สถานการณ์ที่เป็นจริงจาก วิทยากรงาน และ ผู้เกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และสมาชิก อบท. การตรวจสอบ สามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล โดยจะได้มี การเก็บข้อมูลรวมกับการวิเคราะห์ข้อมูลในทุก ครั้ง และเก็บรวบรวมข้อมูลในหลากหลายวิธีทั้ง จากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อึดตัว และลุ่มลึก และ การตรวจสอบสามเส้าแบบหลายวิธี การวิจัยนี้

ใช้การตรวจสอบสามเส้าหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบสามเส้าด้านการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลจากการตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย ตรวจวัดความดันโลหิต วัดค่าระดับน้ำตาล เก็บข้อมูลสมรรถภาพทางกาย จากการทดสอบการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที การงอแขนพับศอก การย่ำเท้ายกเข่าสูงนาน 2 นาที การเอื้อมแขนแตะมือทางด้านหลัง การเอื้อมแขนแตะปลายเท้าในท่านั่ง และการลุกเดินจากเก้าอี้ไป กลับ 3 เมตร ทดสอบสภาพสมองและแบบวัดคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติในโรงเรียนผู้สูงอายุ รายละเอียดดังนี้

สุขสบาย : ประเมินสมรรถภาพทางกาย (กรมอนามัย 2552)⁵

สุขสว่าง : ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)⁶

สุขสนุก สงบและสุขสง่า : ประเมินจากแบบประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ของปิยภรณ์ เลหาบุตร ซึ่งศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ต.พลูตาหลวง อ.สัตหีบ จ.ชลบุรี⁷

ขั้นตอนการเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา ทบทวนเพื่อยืนยัน ปัญหาของหลักสูตรเดิมว่ามีความสำคัญจะต้องแก้ไข โดยการสนทนากลุ่มกับตัวแทนกรรมการโรงเรียน 6 คน ตัวแทนวิทยากร 4 คน และตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน แกนนำชุมชน 4 คน ประเด็นคำถามเกี่ยวกับ การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรค ผลการจัดกิจกรรมเป็นอย่างไร แนวทางการปรับปรุงและพัฒนา กิจกรรมการเรียนการสอนควรเป็นอย่างไร

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอการพัฒนาหลักสูตรด้วยกรอบแนวคิดและรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ คือ มิติด้านสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่างและสุขสงบ ให้กับแกนนำชุมชน คณะกรรมการโรงเรียน ตัวแทนผู้สูงอายุ และตัวแทนวิทยากร เพื่อขอความเห็นชอบและคำแนะนำเพิ่มเติมสำหรับหลักสูตรใหม่ที่จะนำมาใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 นำกิจกรรมส่งเสริมความสุข 5 มิติมาใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 4 เดือน จากนั้นคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาสุขภาพโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีคะแนน 2Q

ผลิตปกติและมีปัญหาด้านการปวดเข่า สามารถอ่าน เขียนและเข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่าร้อยละ 80 จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินสมรรถภาพทางกายของกรมอนามัย แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 แบบคัดกรองซึมเศร้า แบบประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ของปิยภรณ์ เลาหบุตร จัดกิจกรรมตามตารางที่ได้ออกแบบไว้ บันทึกกิจกรรมแต่ละครั้งและการบ้านลงในสมุดบันทึกที่แจกให้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลหลังทำกิจกรรมครบ 16 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1-2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นถอดข้อความจากเทปคำต่อคำ แล้วอ่านข้อความให้เข้าใจ ใส่รหัสข้อมูล นำข้อมูลที่ใส่รหัสสามารถรวมกันจัดประเภทข้อมูล โดยนำข้อมูลประเภทย่อยเหล่านั้นมารวมกัน จากนั้นจึงนำไปจัดประเภททั่วไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย การทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยใช้

โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ ได้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เลขที่ 20/2561 BKPH 2018-003

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 พบว่ามีการจัดการเรียนการสอน 4 รายวิชา ประกอบด้วย วิชาชีวิตและสุขภาพ วิชาการออกกำลังกายและการคลายเครียด วิชาสังคมและเศรษฐกิจและหมวดวิชาถ่ายทอดภูมิปัญญาและพัฒนาอาชีพ เปิดเรียนทุกวันอังคารที่ 2 และ 4 ของเดือน การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยวิทยากรมาจากหลายภาคส่วน เช่น โรงพยาบาล เทศบาล ข้าราชการเกษียณพระสงฆ์ เป็นต้น มีผู้มาเรียนสม่ำเสมอ 50- 60 คน การจัดกิจกรรมในแต่ละรายวิชาไม่มีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม ส่วนในรายวิชาที่มีการปฏิบัติขาดการกำกับติดตามว่ามีการปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านหรือไม่ หากจะพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนหรือส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ควรจะมีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม และควรให้ผู้สูงอายุที่มาเรียนมีส่วนร่วมในการ

ออกแบบกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจด้วย ผลการวิจัยจากขั้นตอนที่ 2 จากการนำเสนอแนวคิดและรูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุให้กับแกนนำชุมชน คณะกรรมการโรงเรียนตัวแทนผู้สูงอายุ และตัวแทนวิทยากร นั้นพบว่ามีความเห็นตรงกันที่จะนำหลักสูตรนี้มาทดลองใช้เพราะมีการประเมินผลชัดเจนแต่ควรเพิ่มกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและได้เสนอไว้

ผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 การปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ จากการสนทนากลุ่มพบว่าควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น ได้ฝึกทำมากขึ้น และควรหาวิธีการประเมินผลที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งนำไปสู่ขั้นตอนการวางแผน จนได้แนวทางการจัดกิจกรรมในแต่ละมิติตดตารางที่ 1

การประเมินผลสมรรถภาพทางกาย หลังทำกิจกรรมครบ 16 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 50 คนเป็นเพศหญิง 38 คน (ร้อยละ 76) เพศชาย 12 คน (ร้อยละ 24) อายุระหว่าง 60-70 ปีมากที่สุด จำนวน 37 คน (ร้อยละ 74) รองลงมาคือ 70-80 ปี 10 คน ร้อยละ 20 และมากกว่า 80 ปี 3 คน มีภาวะน้ำหนักตัวปกติ (BMI = 18.5-22.9) 20 คน (ร้อยละ 40) ภาวะน้ำหนักตัวผอม (BMI น้อยกว่า 18.5) 7 คน (ร้อยละ 14) ภาวะน้ำหนักตัวเกิน (BMI = 23.0-24.9)

19 คน (ร้อยละ 38) มีภาวะอ้วน (BMI = 25.0-29.9) 4 คน (ร้อยละ 8) ผลการใช้ความสุข 5 มิติ มาจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ด้านมิติด้านสุขสบายพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมจำนวนผู้ผ่านการทดสอบสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นจากเดิมทุกด้าน โดยพบว่าด้านที่เพิ่มมากที่สุดคือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขา ความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนล่าง และการทรงตัว ดังตารางที่ 2

ด้านมิติด้านสุขสว่าง ประเมินผลโดยการทดสอบสมรรถภาพสมองด้านการรับรู้และความจำ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบี่ยงต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002) มีผลคะแนนสมรรถภาพสมองรายบุคคล และค่าคะแนนเฉลี่ยสมรรถภาพทางสมองเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนาหลักสูตร ค่าคะแนนที่เพิ่มในแต่ละคนเป็นคะแนนที่เดิมเคยน้อยกว่าและมากกว่าจุดตัด (cut of point) ซึ่งคะแนนที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษาคือค่าคะแนนที่น้อยกว่า 17 จากคะแนนเต็ม 30 ดังแสดงในตารางที่ 3

การประเมินคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาหลักสูตรพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติค่า ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3 ส่งผลให้ผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 84.6 ความดันโลหิตสูงควบคุมได้ร้อยละ 70.58 ผู้มีอาการปวดเขามืออาการดีขึ้นร้อยละ 83.3 และผู้

มีอารมณ์ซึมเศร้าประเมิน 2 คำถามปกติร้อยละ

100 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แนวทางกิจกรรมในแต่ละมิติตามการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=50)

มิติด้าน	แนวทางการจัดกิจกรรม/ตัวอย่างกิจกรรม	วิธีการประเมิน
สุขสบาย	เน้นที่การเคลื่อนไหว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือความสามารถทางกายที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีอิสระและปลอดภัย ปราศจากความอ่อนล้า แข็งแรง คล่องแคล่ว 1.ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขาและขา 2.ความอดทนด้านแอโรบิก 3.ความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนบนและล่าง 4.ความว่องไวหรือการทรงตัว 5.ดัชนีมวลกาย (BMI) 6.เส้นรอบเอว 7.สัญญาณชีพ 8.โยคะในผู้สูงอายุ 9.ท่านบริหารร่างกายตามวันเกิด 10.ถาชีดัดตน ข้อสังเกต ; ต้องบอกความสำคัญของการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุและหาวิธีสร้างแรงจูงใจ	แบบทดสอบ สมรรถภาพร่างกาย (กรมอนามัย 2552)
สุขสง่า	เน้นที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงควมมีคุณค่าในตนเอง การช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม การยอมรับนับถือตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอื้อเฟื้อแบ่งปัน เช่น -ใจเขาใจเรา การเยี่ยมเพื่อที่เจ็บป่วย การทำความสะอาดโรงเรียน/วัด -กิจกรรมเล่าความภาคภูมิใจในอดีต -การจัดกิจกรรมรดน้ำดำหัวในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ -กิจกรรมเชิดชูเกียรติผู้สูงอายุสุขภาพดี ข้อสังเกต ; ควรกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการรวมกลุ่มและมีปฏิสัมพันธ์ต่อชุมชนอย่างต่อเนื่องและควรมีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนฝึกการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้อื่นให้มากขึ้น	แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบบันทึกเรื่องที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เช่น บันทึกการช่วยเหลือ กิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การเป็นจิตอาสาช่วยเหลือผู้อื่น
สุขสนุก	กิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถลดความซึมเศร้าความเครียดและวิตกกังวลได้ เน้นที่การจัดกิจกรรมนันทนาการ การแสดงออกในด้านดนตรี กีฬา ศิลปะ งานอดิเรกที่ทำในเวลาว่าง ออกแบบกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวและกลุ่ม -ร่ววงกองก้า ศึกษาดูงาน รำลึกเพลงในอดีต กีฬาผู้สูงวัยใจเกินร้อย ความสามารถของดนตรี หมอแคนคู่หมอลำ ข้อสังเกต ; ให้ผู้เรียนนำเสนอกิจกรรมที่ตนเองชอบและถนัดได้ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบบันทึกเรื่อง การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน -กิจกรรมนันทนาการอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุขสนุกสนาน

ตารางที่ 1 แนวทางกิจกรรมในแต่ละมิติตามการปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ (n=50)(ต่อ)

มิติด้าน	แนวทางการจัดกิจกรรม/ตัวอย่างกิจกรรม	วิธีการประเมิน
สุขสว่าง	กิจกรรมที่ช่วยชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบความจำ การมีสติ การคิดแบบนามธรรม การคิดอย่างมีเหตุผล และการวางแผนแก้ไขปัญหา เน้นการรับรู้ความจริงในชีวิตประจำวันที่ส่งเสริมการจดจำข้อมูลต่างๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล การกระทำ -เกมสับัตรคำ หมากกรุก หมากฮอส โดมิโน โขโดกุ -การบริหารสมองด้วยสองมือ การเคลื่อนไหวสลับข้าง การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น -ปฏิทินมีชีวิตเวลาใน 1 วัน ข้อสังเกต ; ควรมีอุปกรณ์เพียงพอให้ยืมไปฝึกกับลูกหลานที่บ้านได้ เป็นการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวัยอีกทางหนึ่ง และให้ผู้เรียนเสนอกิจกรรมที่สนใจได้	ใช้แบบทดสอบ สภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002
สุขสงบ	จะเน้นเรื่องความสามารถของบุคคลในด้านการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ ยอมรับสิ่งต่างๆ ตามที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าต้องมีสุข-ทุกข์ สมหวัง-ผิดหวัง สำเร็จ-ล้มเหลว ได้มา-เสียไป ยอมรับและกล้าเผชิญปัญหา/อุปสรรคต่างๆ ตัวอย่างกิจกรรมเช่นการฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว การปรับวิธีคิดพิชิตเครียด การฝึกหายใจที่ถูกวิธีเพื่อลดเครียด การฝึกการเกร็งเหยียดกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายจาก การจินตนาการตามเพลง ข้อสังเกต; ให้ผู้เรียนได้เสนอแนวทางที่เคยทำสำเร็จมานำเสนอ	แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบคัดกรอง ซึมเศร้า

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาหลักสูตร(n=50)

ความสามารถ	ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม		หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	
	ผ่าน(คน)	ร้อยละ	ผ่าน(คน)	ร้อยละ
1.ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนขา(ลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ 30 วินาที)	20	40	42	84
2.ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนแขน(จ่อแขนพับศอก)	12	24	27	54
3.ความทนทานในการทำงาน(เดินย่ำเท้า2นาที)	24	48	42	84
4.ความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนบน(เอื้อมแขนแตะมือทางด้านหลัง)	0	0	18	36
5.ความยืดหยุ่นของร่างกายส่วนล่าง(นั่งเก้าอี้ยื่นแขนแตะปลายเท้า)	21	42	41	82
6.การทรงตัว(ลุกเดินจากเก้าอี้ไปและกลับ 3 เมตร)	23	46	42	84
7.สัดส่วนรอบเอว	19	38	27	54
8.ดัชนีมวลกาย	20	40	32	64
9.ค่าความดันโลหิต	0	0	12	70.58

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยทดสอบสภาพสมองก่อนและหลังการพัฒนาหลักสูตร(n=50)

ผลการทดสอบ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	1-17	≥17	คะแนน	1-17	≥17	คะแนน
	คะแนน	คะแนน	เฉลี่ย	คะแนน	คะแนน	เฉลี่ย
	(n/%)	(n/%)		(n/%)	(n/%)	
สงสัยจะมีภาวะสมองเสื่อม	9(18.00)		12.44	9(18.00)		15.66
ไม่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม		41(82.00)	22.5		41(82.00)	24.78
คะแนนรวมเฉลี่ย			20.70			23.14

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาหลักสูตร (n=50)

คุณภาพชีวิตของ	n	$\bar{x}$	S.D.	t	Mean	95%CI	P-value
ผู้สูงอายุ					different		
ก่อนการพัฒนาหลักสูตร	50	56.04	6.41	18.88	13.44	8.79 to 16.11	<0.001
หลังการพัฒนาหลักสูตร	50	69.48	3.38				

การอภิปรายผล

การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ มาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยการเปรียบเทียบผลการประเมินสมรรถภาพทางกาย สมรรถภาพสมอง และคุณภาพชีวิต 4 ด้านในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพัฒนาการที่ดีขึ้นในทุกๆ ด้าน แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับมีส่วนช่วยในการพัฒนาความสุขทั้ง 5 มิติ สำหรับมิติด้านสุขสบายนั้นกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุอยากออกกำลังกาย การมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง และลดภาระให้กับผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของนริศรา เปรมศรีและคณะ⁸ ที่พบว่า การส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุควรเน้นการเสริมสร้างความแข็งแรงทางด้านร่างกายและการพัฒนาความอ่อนตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปได้พร้อมกัน ส่วนมิติด้านสุขสนุกที่เน้นกิจกรรมนันทนาการที่สร้างความสดชื่น สร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงาม เช่น การแสดงออกในด้านดนตรี ศิลปะ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายและเข้าสังคมได้อย่างมีความสุข กิจกรรมด้านสุขสว่าง มีกิจกรรมที่เน้นการกระตุ้นและชะลอความเสื่อม

ของสมองให้ผู้สูงอายุได้ฝึกตามที่ตนถนัด รวมถึงการเยี่ยมให้กำลังใจเพื่อนที่เจ็บป่วย หรือทำงานเป็นจิตอาสาต่างๆ ในสังคมเป็นกิจกรรมหนึ่งในหลักสูตรที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ นามกระจำง์ ลักษณะิ สมรัตน์ และอนัญญา เตชะคำภู⁹ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมิติด้านสุขสงบได้มีการออกแบบกิจกรรมตามที่ผู้เรียนถนัด เช่น การฝึกสมาธิตามลมหายใจ ตามการเคลื่อนไหว เป็นต้น กิจกรรมทั้ง 5 มิติ ก่อให้เกิดประโยชน์ด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ กล่าวคือทำให้ได้พัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ส่งผลให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการคงที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แสดงถึงสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่ควรจะเป็นตามอัตภาพตามที่กรมอนามัยได้เสนอไว้ซึ่งประกอบด้วย การประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงานของสมอง สภาพจิตใจ สุขภาพทางกาย การเข้าถึงบริการและการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางที่กล่าวมาสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความสุขในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยอ้างอิงตามบริบทของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อจะช่วยเหลือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชนต่อไป

สำหรับข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาต่อยอดในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นหรือ มีการสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนฝึกการถ่ายทอดความรู้แก่ชมรมผู้สูงอายุอื่นที่ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยที่ให้โอกาสเข้าร่วมเรียนรู้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีวิไลที่ให้การสนับสนุนการเรียนรู้กับเครือข่ายอีสานตอนบน ทีมเจ้าหน้าที่รพ.ศรีวิไลและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: เจเอสการพิมพ์; 2547.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กระบวนการศึกษากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา; 2547
3. กระทรวงสาธารณสุข. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2549.
4. กรมสุขภาพจิต. คู่มือความสุข5มิติ(ฉบับปรับปรุงครั้งที่1) พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2545.

5. กรมอนามัย.แผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค . นนทบุรี;2552.
6. คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2545
7. ปิยภรณ์ เลาหบุตร. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่7ตำบลตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
8. นริศรา เปรมศรี สุทธิรักษ์ วิเศษสังข์ ประชาชาติ อ่อนคำ วัฒนพงษ์ คงสืบเสาะ และชยานนท์ อวิคุณประเสริฐ.การศึกษาสมรรถภาพทางกาย และสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมืองจังหวัดนครพนม.
9. สุตาร์ตัน นามกระจำง์ ลักษณะ สมรัตน์ และ อนัญญา เดชะคำภู.ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุตำบลกระหวิน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์.การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ.2560. [เข้าถึง เมื่อ 15 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/pdf/MMO11.pdf>

ความรู้ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ชลวิทย์ บุญศรี⁷

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 367 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือนมีนาคม – เมษายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือเพศหญิง ร้อยละ 81.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.9 ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา ร้อยละ 80.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.1 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 47.9 มีระดับน้ำตาลในเลือด 101-150 mg% ร้อยละ 65.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.9 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานถูกต้อง ร้อยละ 100 คือ 1) อาการของโรคเบาหวานที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะบ่อยและกระหายน้ำ 2) ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดตาบอดหรือไตวายได้ 3) หากมีแผลที่เท้าและไม่ได้รับการรักษาอาจถูกตัดขา จนเกิดความพิการได้ 4) การรักษาเบาหวานจะได้ผลดี เมื่อมีการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย และ 5) ประโยชน์ของการมาตรวจตามแพทย์นัด คือได้รับการตรวจร่างกายอย่างต่อเนื่องและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวเป็นประจำเพื่อดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในภาพรวม ร้อยละ 31.1 ข้อที่มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ 1) การนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 97.0 2) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ร้อยละ 96.9 และ 3) ไม่รับประทานเกินขนาด ร้อยละ 94.8 กิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ 1) ถ้าลิ้มรับประทานยาเมื่อเข้า จะไม่รับประทานยาเมื่อเย็นรวม 2 เม็ด ร้อยละ 92.1 2) การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.9 และใส่รองเท้าหุ้มส้น ปลายเท้ามีลักษณะรูปป้าน มีเชื้อรา ร้อยละ 88.0

การควบคุมโรคเบาหวาน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้าน ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ในกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญมาก หากมีความรู้ถูกต้องและปฏิบัติตัวได้อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยส่งเสริมให้การควบคุมโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้โรคเบาหวาน, การดูแลตนเอง, การปฏิบัติตัว, กลุ่มเสี่ยง

⁷ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวดีหมี ตำบลท่าพระ จังหวัดขอนแก่น,
E:mail: wit8153@gmail.com

Knowledge and Practice Healthcare of Diabetic Patients In Tha Phra sub-District, Muang Khon kaen District, KhonKaen Province.

Cholvit Boonsri⁸

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine knowledge and healthcare practice of diabetic patients In Tha Phra sub-district, Muang Khon Kaen district, Khon Kaen province. Samples were 132 patients with non-insulin dependent diabetes. Data were collected by questionnaires from March to April 2017 and analyzed by descriptive statistics.

The results revealed that most of participants were female (81.5%), aged over 60 (46.6%), married (74.9%), finishing primary school (80.1%), farmers (65.1%), getting diabetes less than 5 years (47.9%) and having Fasting Blood Sugar 101-150 mg% (65.1%). The overall knowledge of those with diabetes was at high level (86.9%). All participants (100%) known about: 1) the main symptoms of diabetes were frequent urination and increased thirst; 2) diabetes mellitus can cause eye problem or blind; 3) diabetes mellitus can cause leg amputation; 4) diet control and exercise were necessary for diabetic patients; and 5) having continuous treatment and control with health personnel was beneficial for complication control. The overall practice of healthcare was regular (31.1%) which most of them: 1) took a rest 6-8 hour a day (97.0%); kept the body clean (96.9%); and 3) did not overeating (94.8%). However, the activities that the participant did not practice including: 1) forgetting to take drugs in the morning, do not take double in the evening (92.1%); 2) smoking and alcohol drinking (89.9%); and 3) putting on brogues with bluff shape and shoelaces (88.0%).

It could be concluded that diabetes control is based on several elements, in particular knowledge and healthcare practice of diabetic patients. If the diabetic patients have their knowledge and good practice regularly, they would control their diabetes more effectively.

Key words: Diabetes knowledge, Self-care, Practice Healthcare, Risk groups

บทนำ

⁸ Public Health Technical Officer (Professional Level), Nongbua Deeme health promoting hospital, Tha Phra, Muang Khonkaen, Khon Kaen, E mail: wit8153@gmail.com

เบาหวาน (Diabetes Mellitus:DM) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก และประเทศไทย ทั้งด้านสุขภาพเศรษฐกิจและสังคม สาเหตุเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งฮอร์โมนจาก ตับอ่อน มีผลทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และถ่ายทอดทางพันธุกรรม แต่สามารถป้องกันและควบคุมไม่ให้โรคดำเนินต่อไปจนเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2012) ¹ ได้ประมาณการทั่วโลกจะมีประชากร 177 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และคาดว่าถ้าไม่มีการควบคุมอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2568 ทั่วโลกจะมีประชากรป่วยเป็นเบาหวานถึง 300 ล้านคน รวมถึงประเทศไทยที่มีแนวโน้มพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้น จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2559) ² พบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรหนึ่งแสนคน ปี 2556 - 2558 เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ³ โรคเบาหวานนอกจากจะก่อให้เกิดการป่วย การตายและสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคเบาหวาน ยังส่งผลให้โรคมีความรุนแรงขึ้นโดยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด การเสื่อมของจอตา การเสื่อมของหน่วยไต ภาวะการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ เช่น แขน ขา กล้ามเนื้อหัวใจ และสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ก่อให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ใน

ที่สุด รวมถึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และครอบครัว^{4,5} การควบคุมโรคเบาหวานมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการควบคุมอาหาร การรับประทานยาหรืออินซูลินและเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการควบคุมจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสำคัญ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีความสามารถในการดูแลตัวเองที่เพียงพอ ที่จะตอบสนองต่อความต้องการดูแลตัวเองในด้านการควบคุมอาหาร การรับประทานยา ⁶⁻⁸ ดังนั้นการทำความเข้าใจและให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รวมถึงการดูแลตัวเองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง รวมถึงการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้⁹

อำเภอเมืองขอนแก่นมีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2557 มีผู้ป่วยเบาหวาน 1,560 ราย เสียชีวิต 65 ราย คิดเป็นอัตราการตายเฉพาะสาเหตุ 41.66 ต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วย 1,690 ราย เสียชีวิต 84 ราย คิดเป็นอัตราการตายเฉพาะสาเหตุ 49.70 ต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ¹⁰ ตำบลท่าพระเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก และมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาจำนวน 379 ราย ซึ่งมากกว่าตำบลอื่นๆ ดังนั้น การทราบสภาพของปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ จึงมีความสำคัญโดยเฉพาะด้านความรู้และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของ

ตัวเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้ใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเองได้ และสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยเบาหวาน
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลตัวเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน

ขอบเขตการวิจัย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเขตที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาของโรงพยาบาลสิรินธรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวดีหมี และอาศัยอยู่ในตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นระยะเวลาในการศึกษาเดือนมีนาคม - เมษายน 2560

ขอบเขตเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระดับน้ำตาลในเลือด

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) ประชากร คือผู้ป่วย

เบาหวานประเภทที่ไม่พึ่งอินซูลิน ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวดีหมี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง รวมทั้งหมด 367 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะส่วนบุคคล 2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 3) การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบวัดระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ด้วยวิธีการทดสอบความยากง่าย (Level of Difficult) มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.37-0.80 แบบวัดการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด
ค่าต่ำสุด

ผลการวิจัย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือเพศหญิง ร้อยละ 81.5 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.9 การศึกษาสูงสุด

คือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 65.1 ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 47.9 และมีระดับน้ำตาลในเลือด(Fasting Blood Sugar: FBS) 101-150 mg% ร้อยละ 65.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=367)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	18.5
หญิง	299	81.5
อายุ(ปี)		
ต่ำกว่า 50	67	18.3
50 – 59	129	35.1
60 ปีขึ้นไป	171	46.6
(Min=28, Max=83, $\bar{X}$ =58.69, S.D.=10.85)		
สถานภาพสมรส		
โสด	15	4.2
สมรสแล้ว	275	74.9
หม้าย	77	20.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	51	13.9
ประถมศึกษา	294	80.1
มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป	22	6.0
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ทำงาน	95	25.9
เกษตรกร (ชาวนา, ชาวไร่)	239	65.1
ค้าขายและรับจ้าง	33	8.9

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=367) (ต่อ)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
ต่ำกว่า 5 ปี	176	47.9
5 - 10 ปี	96	26.3
11 ปีขึ้นไป	95	25.8
(Min=1, Max=32, $\bar{X}$ =6.0, S.D.= 6.5)		
ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS)		
70-100 mg%	44	11.9
101-150 mg%	239	65.1
151mg%ขึ้นไป	84	22.8

2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.9 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานถูกต้อง ร้อยละ 100 คือ 1) อาการของโรคเบาหวานที่พบบ่อยคือปัสสาวะบ่อยและกระหายน้ำ 2) ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสดังกล่าว หรือ ตา บอดได้ 3) หากมีแผลที่เท้าและไม่ได้รับการรักษา อาจ

ถูกตัดขาจนเกิดความพิการได้ 4) ยาเม็ดรักษาเบาหวานจะได้ผลในการรักษาดี ต่อเมื่อมีการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายไปด้วย และ 5) ประโยชน์ของการมาตรวจตามแพทย์นัดคือ ได้รับการตรวจร่างกายอย่างต่อเนื่อง และควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ภาพรวมระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n = 367)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (18 – 20 คะแนน)	319	86.9
ระดับปานกลาง (15 – 17 คะแนน)	33	8.9
ระดับต่ำ (12 – 14 คะแนน)	15	4.2
(Min=12, Max=20 , $\bar{X}$ =18.8, S.D.=1.53, คะแนนเต็ม 20 คะแนน)		

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามความรู้เรื่องโรคเบาหวานเป็นรายข้อ (n = 367)

ความรู้รายข้อ	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อาการของโรคเบาหวานที่พบบ่อย คือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ	367	100
2. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดตามัวหรือตาบอดได้	367	100
3. ผู้ป่วยเบาหวานหากมีแผลที่เท้าและไม่รับรักษา อาจถูกตัดขาจนเกิด ความพิการได้	367	100
4. ยาเม็ดรักษาเบาหวานจะได้ผลในการรักษาดี ต่อเมื่อมีการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายร่วมด้วย	367	100
5. ประโยชน์ของการมาตรวจตามแพทย์นัด คือเพื่อตรวจร่างกายอย่าง ต่อเนื่องและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของโรค	367	100
6. ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องมีการควบคุมอาหารจำพวกแป้ง และน้ำตาล แต่ละมื้อ	363	98.9
7. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี จะมีการเกิดอาการชา ตามปลายเท้า มือ แขน และลำตัว	363	98.9
8. การงดเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน	360	98.1
9. โรคเบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้	360	98.1
10. การงดรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัดเช่นทุเรียน ขนุน เงาะ สับปะรด	360	98.1
11. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมเบาหวานได้	352	95.9
12. การรักษาความสะอาดของร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์และซอก ต่างๆ จะช่วยป้องกันการติดเชื้อรา	352	95.9
13. อาการใจสั่น เหงื่อออก หิว ตาลายคล้ายจะเป็นลมเกิดจากน้ำตาล ในเลือดต่ำ	349	95.1
14. ยาแผนโบราณบางชนิดสามารถรักษาโรคเบาหวานให้หายขาดได้	345	94.0
15. ผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยเสมอ	345	94.0
16. ผู้ป่วยเบาหวานไม่ควรสูบบุหรี่เพราะบุหรี่จะให้เส้นเลือดอุดตัน	345	94.0
17. ผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง	330	89.9
18. ระดับน้ำตาลในเลือดของคนปกติอยู่ระหว่าง 80-110 มก./ดล.	301	82.0
19. ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนสามารถออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย	301	82.0
20. ภาวะที่ผิดปกติที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวาน คือ ตับอ่อน	257	70.0

3) การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ในภาพรวมมีการปฏิบัติตัวเป็นประจำเพื่อดูแลตัวเอง ร้อยละ 31.1 โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ 1) การนอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 97.0 2) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ร้อยละ 96.9 และ 3) รับประทานยาเบาหวานตามแพทย์สั่ง ไม่รับประทานยาเกินขนาด ร้อยละ

ละ 94.8 ส่วนกิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ 1) เมื่อแพทย์สั่งให้รับประทานยา 1 เม็ด เข้า, 1 เม็ด เย็น ถ้าลืมรับประทานยามื้อเช้า จะไม่รับประทานยามื้อเย็นรวม 2 เม็ด ร้อยละ 92.1 และ 2) การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 89.9 และ 3) ใส่รองเท้าหุ้มส้น ปลายเท้ามีลักษณะรูปป้าน มีเชือกผูก ร้อยละ 88.0 ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ภาพรวมของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน (n= 367)

ระดับการปฏิบัติตัว	จำนวน	ร้อยละ
ประจำ (82 – 107 คะแนน)	114	31.1
บางครั้ง (57 – 81 คะแนน)	224	61.0
น้อย (32 – 56 คะแนน)	29	7.9
(Min=32, Max=107, $\bar{X}$ =74.4, S.D.=14.12, คะแนนเต็ม 140 คะแนน)		

ตารางที่ 5 ร้อยละของการปฏิบัติในการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายข้อ (n= 367)

การปฏิบัติ รายข้อ	ร้อยละของการปฏิบัติ		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1. นอนหลับพักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง	97.0	0.0	3.0
2. รักษาความสะอาดของร่างกาย	96.9	1.9	1.1
3. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ โดยไม่งดมื้อใดมื้อหนึ่ง	94.0	4.9	1.1
4. รับประทานยาเบาหวานตามแพทย์สั่ง ไม่รับประทานยาเกินขนาด	94.8	1.1	4.1
5. มาตรวจตามแพทย์นัด	92.9	5.2	1.9
6. ขณะเดินทางจะมีบัตรติดตัวบอกว่า เป็นโรคเบาหวาน	92.1	5.9	1.9
7. ทำความสะอาดเท้าด้วยสบู่ และเช็ดให้แห้ง	83.2	7.8	8.9

ตารางที่ 5 ร้อยละของการปฏิบัติในการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายข้อ (n= 367) (ต่อ)

การปฏิบัติ รายข้อ	ร้อยละของการปฏิบัติ		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
8. ยาเบาหวานก่อนอาหาร จะต้องรับประทานก่อนมื้ออาหาร 30 นาที	83.1	10.9	5.9
9. รับประทานอาหารแค่พออิ่ม	83.1	14.9	1.9
10. รับประทานขนมหวาน และขนมใส่กะทิ	81.2	4.9	13.9
11. รับประทานอาหารพวกแป้ง น้ำตาล ก่อนออกกำลังกาย	5.2	10.9	83.9
12. เตรียมเครื่องดื่มลูกอม หรือน้ำหวานไว้เพื่อน้ำตาล ในเลือดต่ำ ขณะออกกำลังกาย	10.9	5.9	83.1
13. เมื่อเกิดความเครียด จะไปซื้อของตามตลาด	1.9	14.9	83.1
14. ตรวจฟันและช่องปากทุก 6 เดือน	1.1	11.2	87.7
15. เมื่อเกิดความเครียด จะอ่านหนังสือสนุกๆ	3.0	11.9	85.0
16. ถ้าลืมรับประทานยาเบาหวานวันนี้ วันพรุ่งนี้จะไม่ รับประทานยาชดเชย วันที่ลืมรับประทาน	10.1	4.9	85.0
17. ใส่รองเท้าหุ้มส้น ปลายเท้ามีลักษณะรูปป้าน มีเชือกผูก	4.1	7.9	88.0
18. การสูบบุหรี่	7.9	2.2	89.9
19. ดื่มแอลกอฮอล์	5.9	4.1	89.9
20. เมื่อแพทย์สั่งให้รับประทานยา 1 เม็ดเช้า, 1 เม็ดเย็น ถ้าลืม รับประทานยามื้อเช้า จะไม่รับประทานยามื้อเย็นรวม 2 เม็ด	7.9	0.0	92.1

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และป่วยด้วยโรคเบาหวานต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่จะมีคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกันกับการศึกษาครั้งนี้ รวมถึงพบว่าปัจจัยด้านชีว

สังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง^{4,6,9}

2) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งต่างจากการศึกษาของ สมจิตร ชัยยะสมุทร และวลัยนารี พรหมลา (2561)¹² พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสาร และความรู้ได้หลากหลาย ช่องทางรวมถึงมีโรงพยาบาล 1 แห่ง และ รพ.สต. สองแห่ง ให้บริการอยู่ในพื้นที่ และ สอดคล้องว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ที่ถูกต้องทั้งหมดในเรื่อง อาการของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การรับประทานยา และการไปรับการรักษาตามแพทย์นัด เป็นต้น

3) การปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ภาพรวมมีการปฏิบัติตัวเป็นประจำเพื่อดูแลตัวเอง เพียงร้อยละ 31.1 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษา ของ นิชชาภัทร ธนศิริรักษ์ และวลัยนารี พรหมลา (2559)⁷ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงการศึกษาของคนอื่นพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง^{6,8,12} และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ จะสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้¹³⁻¹⁴ การศึกษาคั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาอื่น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เรียนจบประถมศึกษา ร้อยละ 80.1 เป็นผู้สูงอายุและมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.6 และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 65.1 ซึ่งอาจจะทำให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ไม่เต็มที่ จากมีอายุที่มากขึ้น และไม่มีเวลา เนื่องจากต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนำข้อมูลที่ได้ เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่สอดคล้องกับระดับความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจการจัดกิจกรรม ได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การศึกษาคั้งต่อไป ควรศึกษาถึงข้อจำกัดบางด้าน ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ จะช่วยให้สามารถรู้ถึงสถานการณ์ และสภาพปัญหาของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยเบาหวานตำบลท่าพระ ที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านหนองบัวดีหมี รพ.สต.ท่าพระ ที่อนุเคราะห์ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่ รวมถึงทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำในการจัดทำรายงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดีทุกประการ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. WHO | World Health Statistics 2012 [Internet]. WHO. [cited 2017 Jun 27]. Available from: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558 [Internet]. 2559. เข้าถึงได้จาก: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/health_strategy2559.pdf
3. Nitiyanant W, Chetthakul T, Sang-A-kad P, Therakiatkumjorn C, Kunsuikmengrai K, Yeo JP. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. Journal-Medical Association of Thailand. 2007;90(1):65.
4. Tantisiriwat N, Janchai S. Common foot problems in diabetic foot clinic. Medical journal of the Medical Association of Thailand. 2008;91(7):1097.
5. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2544.
6. มงคลชัย แก้วเอี่ยม. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลกลางนา อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา)]. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.
7. นิชชาภัทร ธนศิริรักษ์, วลัยนารี พรหมลา. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในจังหวัดปทุมธานี. สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2559;2(2):352 – 363.
8. กฤษณา คำลอยฟ้า. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2011;17(1):17–30.
9. ภาณุมาศ ไกรสัย, วลัยนารี พรหมลา. การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน.วารสารบัณฑิตศาสตร์. 2561;15(2):101–110.
10. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปี 2558. จังหวัดขอนแก่น; 2559.
11. เสาวนีย์ โคตรดก. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาบริการรับการรักษาในห้องอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก รพ.ภูมิพล

- ดุลยเดช [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา].
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2552.
12. สมจิตร ชัยยะสมุทร, วลัยนารี พรหมลา.
แนวทางการพัฒนาความรู้ทัศนคติและ
พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่ง
อินซูลิน จังหวัดปทุมธานี. วารสาร
บัณฑิตสาส์น. 2561;15(2):111–23.
13. ศิริวรรณ อินทวิเชียรคชา, พงนิย์
เสี่ยมจิตต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
- อุบลราชธานี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย
พิษณุพนธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุบลราชธานี. 2555;7(2):130–8.
14. กาญจนา บริสุทธิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
เบาหวาน ศูนย์แพทย์เฉลิมพระเกียรติ 80
พรรษา เทศบาลเมืองท่าเรือพระแท่น
อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี.
[วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา]:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2553.

ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่อง ในบ้านวังหิน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ชัยมงคล ศรีล้อม¹, เบญญาภา กาลเชว้า²

จันทนา กวินัญญานนท์², ประทีป กาลเชว้า²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่อง บ้านวังหิน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่อง บ้านวังหิน ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและปรับปรุงจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มาตรฐานความไวอยู่ระหว่างร้อยละ 35.4 - 92.0 และค่าความจำเพาะอยู่ระหว่าง ร้อยละ 81.1 - 92.6 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการรู้คิด โดยใช้สถิติการทดสอบของฟรیدแมน และ สถิติการทดสอบของวิลคอกซัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่ามัธยฐานคะแนนความสามารถในการรู้คิดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 13 คะแนน (ต่ำสุด= 8, สูงสุด= 18) ค่ามัธยฐานคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม 25 คะแนน (ต่ำสุด=10, สูงสุด=30) และ ค่ามัธยฐานคะแนนระยะติดตามผล 25 คะแนน (ต่ำสุด=13, สูงสุด =26) ผลต่างของค่าคะแนนมัธยฐานพบว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนมัธยฐานรายคู่ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตามผล พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ส่วนผลต่างค่ามัธยฐานคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมกับระยะติดตามผลพบว่า แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.24$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้คือ ควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดโปรแกรมหรือควรมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลให้มากขึ้น และควรพัฒนารูปแบบในการฟื้นฟูแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้กิจกรรมฟื้นฟูหรือการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้อง

คำสำคัญ : โปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด ผู้สูงอายุ ภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่อง

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, nookdoraemon21@gmail.com

²อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, chantana.ka@hotmail.com, benyak@hotmail.com, kankhwao@hotmail.com

**Effect of Cognitive Rehabilitation Program in Older person with Risk
Cognitive Impairment in Wang –Hin Village Tha - pra Sub-district,
Maung District, Khon Kaen Province.**

Chaimongkol Srilom¹, Benyapa kankhwao²

Jantana Kaweenuttayanon², Prateep Kankhwao²

Abstract

This pre-experimental research (one group pre-post test) aimed to explore the effects of cognitive rehabilitation program in older person (in Wang –Hin village, Tha-pra sub district, Maung district, Khon Kaen province) with risk of cognitive impairment by comparing the scores of cognitive abilities before and after intervention as well as follow-up period. A total of 35 elderly persons participated in this research and were selected by purposive sampling. Data were collected by structured questionnaires developed from Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) which had high content validity, sensitivity between 35.4 and 92.0 and specificity between 81.1 and 92.6. Data were analyzed by statistic programs to acquire percentage, mean and standard deviation. The Friedman test and Wilcoxon Signed Ranks Test were used to compare the scores of cognitive abilities in the elderly with risk of cognitive impairment.

The results showed that the scores of cognitive abilities of the participants in post- intervention (mean=25, min=10, max=30) and follow-up period (mean=25, min=13, max=26) higher than pre-intervention (mean=13; min=8, max=18). The score of median difference in pre-intervention was significant (p-value <0.001) when compared to the score of median difference in post-intervention and follow-up period. For the score of median difference in post-intervention were not significant (p-value = 0.24) when compared to the score of median difference in follow-up period.

It is suggested that the duration of the experiment and evaluation should be extended. In addition, the model of cognitive rehabilitation program for the elderly with risk cognitive Impairment may be needed to develop.

Keyword: cognitive rehabilitation program, elderly, risk cognitive Impairment

¹ Bachelor of Public Health (Community of Public Health), Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen.

² Lecturer of Community of Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen.

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีประมาณ 542 ล้านคน โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ในอนาคตคาดว่าจะจำนวนผู้สูงอายุในโลกโดยรวมจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยีต่างๆ รวมทั้งความเจริญทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีสุขภาพที่ดีขึ้น สถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเมื่อปี พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะภายในปี พ.ศ. 2577 จะมีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด¹

ผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุคือโรคสมองเสื่อมหรือโรคสมองบวกร่องซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป็นนโยบายในการดูแล พัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ด้านการป้องกัน รักษาและการดูแลระยะยาว พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุสมองบวกร่อง ในผู้ที่เพิ่งเริ่มมีอาการในระยะต้นเพื่อชะลอโรคให้เป็นช้าลง จากรายงานการศึกษาวิจัยโรคสมองเสื่อมหรือโรคสมองบวกร่อง (Alzheimer's disease: AD) ทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2553 พบผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมหรือโรคสมองบวกร่องประมาณ 36.5 ล้านคน และจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 65.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573² ผลการศึกษาความชุกของโรคสมองเสื่อมหรือโรคสมองบวกร่องของ

ประชากรสูงอายุในประเทศไทย พบว่า ความชุกจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ ซึ่งอาจพบสูงถึงร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปี³

หมู่บ้านวังหิน หมู่ที่ 5 ตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 160 คน จากการศึกษาพื้นที่นำร่องในช่วงเดือนธันวาคม 2557 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่ได้ประกอบอาชีพและทำหน้าที่ดูแลบ้าน และ กลุ่มอาการปัญหาผู้สูงอายุที่พบบ่อย 5 ลำดับแรกได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคสมรรถภาพทางสมองบกพร่อง โรคปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ และโรคหลอดเลือดหัวใจ ในจำนวนนี้โรคสมรรถภาพทางสมองบกพร่อง ยังไม่มีข้อมูลตัวเลขที่แน่ชัด แต่จากการสอบถามข้อมูลผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีอาการหลงลืม มีความบกพร่องด้านความจำระยะสั้น บางคนก็มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย และจากการคัดกรองสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 38.1

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องในหมู่บ้านวังหิน หมู่ที่ 5 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยการ

เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการรู้คิด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนดูแลและฟื้นฟูกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา เพื่อให้มีคุณภาพที่ยั่งยืนตามลำดับต่อไป

คำถามการวิจัย

คะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล มากกว่าคะแนนความสามารถในการรู้คิดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่อง มีคะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล มากกว่าคะแนนความสามารถในการรู้คิดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ศึกษาในประชากรและตัวอย่างผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองว่ามีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องในบ้านวังหิน หมู่ที่ 5 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ ในระหว่างวันที่ 15 สิงหาคม 2559 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2560

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบทดลองเบื้องต้น (Pre - experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัย One Group Pretest – Posttest Design ⁴

ประชากร

ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองว่ามีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องในบ้านวังหิน หมู่ที่ 5 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมุติฐานความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่ม กรณีประชากรไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สูตร ⁵

$$\text{สูตร } n = \frac{\sigma_d^2(z_\alpha + z_\beta)^2}{\mu_d^2}$$

โดยกำหนด $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.10$ และ S.D. = 5.205 และ $\mu_d = 3.40$ ⁶

ปรับขนาดตัวอย่างโดยผู้วิจัยกำหนดอัตราการสูญเสียของตัวอย่างไว้ที่ ร้อยละ 10 ขนาดตัวอย่างที่ได้ปรับค่า เท่ากับ 35 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 6005048 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีขั้นตอนดังนี้

1) ผู้วิจัยส่งหนังสือแนะนำตัว จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ พร้อมทั้งส่งโครงร่างการวิจัย และหนังสือดำเนินการวิจัยเพื่อขออนุญาตในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

2) ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มเป้าหมาย จะได้รับทราบรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมการทำวิจัย การได้รับสิทธิและประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมาย เช่น สิทธิจะไม่ได้รับอันตราย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อไม่ให้ปรากฏ ความเป็นส่วนตัวและรักษาสัญญาเป็นความลับส่วนบุคคล โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับทราบจะเก็บเป็นความลับ นำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงดำเนินการพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยถ้าปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรับบริการ การรักษาพยาบาล รวมถึงการดำรงชีวิตตามความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอน

ตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามและปรับปรุงแบบทดสอบจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – 2002) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ(นามสกุล) อายุ(อัตราส่วนสเกล) ระดับการศึกษา(อันดับสเกล) การพักอาศัย(นามสกุล) จำนวนสมาชิกในบ้าน(อัตราส่วนสเกล) สถานภาพการสมรส(นามสกุล) รวมจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบที่มี 2ตัวเลือก ใช่-ไม่ใช่ มีจำนวน 11 ข้อ (ตอบถูก ได้ 1 คะแนน) โดยประเมินจาก

- 1) การรับรู้เกี่ยวกับเวลา (Orientation for Time)
- 2) การรับรู้สถานที่ (Orientation for Place)
- 3) การบันทึกความจำ (Registration)
- 4) การทดสอบสมาธิและการคำนวณ (Attention/ Calculation)
- 5) การทดสอบความจำระยะสั้น (Recall)
- 6) การบอกชื่อสิ่งของ (Naming)
- 7) การพูดทวนสิ่งที่ได้ยิน (Repetition)
- 8) การทดสอบเกี่ยวกับการเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง (Verbal Command)
- 9) การทดสอบการอ่านและการทำตามสิ่งที่ได้อ่าน (Written Command)
- 10) การทดสอบการเขียน (Writing)

11) การทดสอบความสัมพันธ์ในการทำงาน
ระหว่างตากับมือ (Visuoconstruction)

การสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

พัฒนาแบบสอบถามและปรับปรุงแบบทดสอบของคณะกรรมการการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นและสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้วิเคราะห์ค่าความตรงโดยนำไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปี จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุปกติที่เรียนสูงกว่าประถมศึกษาพบว่า มีค่าความไวอยู่ระหว่างร้อยละ 35.4 - 92.0 และ ค่าความจำเพาะอยู่ระหว่าง ร้อยละ 81.1 - 92.6

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล

1) ติดต่อประสานงานและทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2) ให้ความรู้แก่ผู้ช่วยนักวิจัย โดยชี้แจงถึงขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการปกปิดข้อมูล

2. การดำเนินการ

1) ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

สัปดาห์ที่ 1 เข้าพบผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องและญาติที่บ้าน โดยดำเนินการสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และ ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นโดยใช้เครื่องมือ MMSE- 2002 และนัดหมายผู้สูงอายุในวันเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด

2) ระยะดำเนินการจัดโปรแกรม

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 (ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 90 นาที)

ทำกิจกรรมฉันทาคือใคร เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ฝึกความทรงจำ จากนั้น ให้เขียนอัตชีวประวัติตนเอง เพื่อกระตุ้นความทรงจำระยะยาว

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 90 นาที)

ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว เพื่อให้สมาชิกที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ฝึกความทรงจำ ทำกิจกรรม เคลื่อนไหวประกอบเพลง ดังกอกไม้บาน , ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายโดยใช้ตาราง 9ช่อง จากนั้นทำกิจกรรมเขียนแผนที่จากบ้านของตนเองถึงสถานที่ที่ใช้เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อเป็นการฝึกการรับรู้ทางมิติสัมพันธ์และ การเขียนแผนที่

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 (ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 90 นาที)

ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว จากนั้นให้สมาชิกจับคู่กันในกลุ่มแต่ละคนจะมี

ภาพที่ตนเองเตรียมมาแล้วเล่าเรื่องในภาพของตนให้คู่ของตนเองฟัง เมื่อผู้พูดเล่าจบ ให้สมาชิกวาดภาพตามจินตนาการ ลงในการดาชที่เตรียมให้

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 (ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 90 นาที)

ทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่แล้ว จากนั้นทำกิจกรรม ให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มคิด สมมุติว่ากระดาช 1 แผ่นนั้นคือบ้าน แล้วให้แบ่งบ้านออกเป็นห้องต่างๆ จากนั้น ให้จัดรูปของใช้ในบ้าน ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ พร้อมใบเสนอราคา มาตกแต่งบ้าน โดยคำนึงถึง งบประมาณที่กำหนดให้

3) ระยะสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม

หลังจากการจัดโปรแกรมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเล่าเกี่ยวกับความประทับใจในการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ในความสามารถและความภูมิใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดที่ผ่านมา ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสาร รับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรก ชักถามและกล่าวชมเชยผู้วิจัยสรุปเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุระลึกถึงให้ฟังสั้น ๆ และประเมินผู้สูงอายุตามแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น นัดหมายผู้สูงอายุพบ ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อติดตามประเมินผล

4) ระยะติดตามผล

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นรายบุคคล กล่าวทักทาย ประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่อง ตามแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และทำการยุติการจัดโปรแกรม

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและคะแนนทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นในผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องในบ้านวังหิน หมู่ที่ 5 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้สถิติ Friedman test และ Wilcoxon Signed Rank Test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.86 อายุเฉลี่ย 72.94 ปี (S.D.=7.31) จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 94.29 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ญาติ ร้อยละ 48.57 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.14 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และ ร้อยละ ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=35)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	29	82.86
ชาย	6	17.14
อายุ		
60 – 69 ปี	11	31.43
70 – 79 ปี	16	45.71
80 ปีขึ้นไป	8	22.86
($\bar{X}$ =72.94, S.D. =7.31 Min=62, Max=88)		
ระดับชั้นการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 4	33	94.29
มัธยมศึกษาปีที่ 6	2	5.71
การพักอาศัย		
อยู่กับบุตร หลาน ญาติ	17	48.57
อยู่กับอยู่กับคู่สมรส	12	34.29
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานญาติ	6	17.14
สถานภาพสมรส		
สมรส	20	57.14
หม้าย	14	40.00
โสด	1	2.86
จำนวนสมาชิกในบ้าน		
น้อยกว่า 4 คน	6	17.14
4 คน	8	22.86
5 คน	9	25.71
6 คนขึ้นไป	12	34.29
($\bar{X}$ =4.8, S.D. =1.43)		

ผลการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐาน คะแนนความสามารถในการรู้คิดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 13 คะแนน (Min = 8,Max = 18) ค่ามัธยฐานคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 25 คะแนน (Min = 10, Max = 30) และ ค่ามัธยฐานคะแนนระยะติดตามผลเท่ากับ

25 คะแนน (Min = 13, Max = 26) ผลการเปรียบเทียบผลต่างของค่ามัธยฐานคะแนนก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล พบว่า มีอย่างน้อย 1 คู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของคะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่อง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ Friedman test* (n=35)

ตัวแปร	Median	Min	Max	z	p value
ก่อน	13	8	18	53.73	<0.001
หลัง	25	10	30		
ติดตามผล	25	13	26		

* เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงนำเสนอค่ากลาง (central tendency) ด้วยค่ามัธยฐาน (Median)

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างคะแนนความสามารถในการรู้คิด โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า ค่ามัธยฐานผลต่างของคะแนนความสามารถในการรู้คิดก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value<0.001 , Median_{Diff}=12, Min_{Diff}=1 และ Max_{Diff}=17) ค่ามัธยฐานผลต่าง ของคะแนนความสามารถในการรู้คิดหลังเข้าร่วมโปรแกรม กับระยะติดตามผล แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value=0.24, Median_{Diff}= 0, Min_{Diff} = -6 และ Max_{Diff} = 5) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบเพื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างคะแนนความสามารถในการรู้คิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่อง ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม, ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล, หลังเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตามผล (n=35)

ตัวแปร	Median	Min	Max	Median _{Diff}	Min _{Diff}	Max _{Diff}	P value
ก่อน	13	8	18	12	1	17	<0.001
หลัง	25	10	30				
ก่อน	13	8	18	10	0	14	<0.001
ติดตามผล	25	13	26				
หลัง	25	10	30	0	-6	5	0.24
ติดตามผล	25	13	26				

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมรรถภาพสมองบกพร่อง มีระดับคะแนนความสามารถในการรู้คิดหลังเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผลมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอธิบายได้ว่า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม พื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด กลุ่มตัวอย่างจึงมีระดับคะแนนความสามารถในการรู้คิดต่ำ แต่หลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด ทางด้านความจำด้านต่างๆ ตามแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – 2002) กลุ่มตัวอย่างได้รับการกระตุ้นทางสมองจากโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด ทั้ง 6 สัปดาห์ ส่งผลให้ระดับคะแนนความสามารถในการรู้คิดเพิ่มมากขึ้น หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ทั้ง 6 สัปดาห์แล้ว ผู้วิจัยได้ให้ กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการกระตุ้นสมรรถภาพสมองจากผู้ดูแลที่บ้าน การฝึกความจำซึ่งเป็นกระบวนการทบทวน ท่องจำ ฝึกซ้ำๆ และมีการติดตามผลใน สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัย

ได้ทำการประเมินผลความคงอยู่ของความสามารถในการรู้คิด โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองฉบับภาษาไทย (MMSE-2002) วัดซ้ำอีกครั้ง พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นในระยะติดตามผลลดลงจากหลังเข้าร่วมโปรแกรมเล็กน้อย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานแต่ยังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เนื่องมาจากขาดการปฏิบัติและขาดการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ระดับคะแนนความสามารถในการรู้คิดลดลง ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วความสามารถในการรู้คิดจะลดลงจากการที่สมองที่เสื่อมลง ซึ่งจากการศึกษาใกล้เคียงกับจากการศึกษาของสุดารัตน์ ปุณโณทก⁷ พบว่าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่กลุ่มทดลองมีความสามารถในการรู้คิดเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในระยะติดตามผล พบว่าความสามารถในการรู้คิดของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของรัชดาภรณ์ หงษ์ทอง⁸ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรู้คิดของกลุ่มทดลอง

หลังทดลองทันที หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1.1 ผู้สูงอายุบางรายมีอายุมาก การฟื้นฟูสภาพสมองจึงจำเป็นต้องใช้เวลาในการฟื้นฟู ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการจัดโปรแกรมหรือควรมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

1.2 ในการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญถึงวิธีการและรูปแบบในการฟื้นฟูแก่ผู้สูงอายุ เพราะจะได้ให้กิจกรรมฟื้นฟูหรือการบำบัดรักษาได้อย่างถูกต้อง มีมาตรฐาน รวมทั้งทราบว่ากิจกรรมฟื้นฟูสภาพสมองที่นำมาใช้ สามารถฟื้นฟูสภาพสมองให้แก่กลุ่มตัวอย่างในด้านใดบ้าง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในเชิงทดลองเบื้องต้นที่จัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องในระยะเริ่มต้น ในการศึกษาครั้งต่อไปควรจัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องขั้นปานกลาง และรุนแรง โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยให้ญาติหรือผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมด้วยเพื่อเป็น

การฝึกให้ใช้กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่อง

2.2 ควรมีก่อนเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุมในการศึกษาเพื่อเป็นการติดตามและประเมินผลว่า หลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิดเสร็จสิ้นแล้ว แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่ เพื่อดูประสิทธิผลและประสิทธิภาพของรูปแบบในการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสภาพด้านการรู้คิด

2.3 ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพโดยมีการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่อง เช่น ทักษะการตัดสินใจ และเก็บข้อมูลเชิงลึก ในการดูแลและให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักให้กับผู้ดูแลหรือญาติในการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์เบญญาภา กาลเขว้า, อาจารย์ จันทนา กวินธุ์ยานนท์ และอาจารย์ดร.ประทีป กาลเขว้า ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าพระ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงสมรรถภาพสมองบกพร่องในบ้านวังหิน หมู่ที่ 5 ตำบลท่าพระ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2557.
2. อนัญชนินทร์ สุรอรธากุล การศึกษาเปรียบเทียบระดับชีลีเนียมในพลาสมาของผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ และผู้ที่ไม่มีความเสี่ยง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์]. เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง; 2557.
3. สำนักสารนิเทศ กระทรวงสาธารณสุข สธ.เผยไทย มีผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ 6 แสนคน เร่งคัดกรองและจัดระบบดูแล [อินเทอร์เน็ต]. กระทรวงสาธารณสุข; 2559 [เข้าถึง เมื่อ 10 พ. ย . 2559]. เข้า ถึง ได้ จ าก <http://pr.moph.go.th/>
4. Campbell, D. T., & Stanley, J. C. *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Boston: Houghton Mifflin Company. 1966.
5. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ.พิมพ์ครั้งที่ 4. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
6. สาคร บุญสูงเนิน, ศินาท แชนอก.การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม.วารสารศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา; 2554.
7. สุดารัตน์ ปุณโณทก.ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังร่วมกับการบำบัดเพื่อการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลต่อความสามารถในการรู้คิดและความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
8. รัชดาภรณ์ หงส์ทอง.ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้คิดของผู้สูงอายุสมองเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์]. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.

ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

ธนาคม เสนา¹
อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลศรีรัตน ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 255 ราย กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel จำนวน 175 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ด้านความรู้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 2.52 (S.D.=0.79) ด้านทัศนคติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.48 (S.D.=0.50) และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 2.30 (S.D.=0.46) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.224$, $P\text{-value}=0.003$) แต่ทัศนคติไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r = -0.143$, $P\text{-value}=0.059$) ดังนั้น แผนกทันตกรรมควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเพียงพอต่อเนื่องและการส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการ ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง,

Corresponding author: อมรศักดิ์ โพธิ์อำ E mail: Amornsak1.poum@gmail.com

Knowledge and attitude associated with dental health care behavior
among type II diabetes mellitus patients at Sirattana hospital,
Sisaket province.

Thanakom Saena¹

Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive research study aimed to study knowledge and attitude associated with dental health care behaviors among type II diabetes mellitus patients at Sirattana hospital, Sisaket province. Population were 255 type II diabetes mellitus patients which registered at Diabetes mellitus clinic, Sirattana hospital, Sisaket province, and sample size calculating used Daniel formula for 175 cases. Data were collected by developed questionnaires (Cronbach's coefficient alpha = 0.90) composed of 4 parts, including characteristics, knowledge factors, attitude factors, and dental health care behaviors. Data were analyzed by using Pearson product moment correlation coefficient.

The results revealed that knowledge factors had mean score with high level ($\bar{X}$ =2.52, S.D.=0.79) and attitude factors had mean score with moderate level ($\bar{X}$ =2.48, S.D.=0.50). Moreover, dental health care behaviors among type II diabetes mellitus patients had mean score with moderate level ($\bar{X}$ =2.30, S.D.=0.46). The analysis of association found that knowledge factors significantly associated with dental health care behaviors among type II diabetes mellitus patients at Sirattana hospital, Sisaket province ($r=0.224$, $P\text{-value}=0.003$), while attitude factors had no association with dental health care behaviors ($r= -0.143$, $P\text{-value}=0.059$). Thus, dental health department in the hospital should sufficiently and continually provide crucial activities for diabetes mellitus patients type II to strengthen their right attitude focusing on the promotion of dental health care behavior activities and promote dental health checking among diabetes mellitus patients.

Keyword: oral health care behavior, diabetes mellitus, Knowledge and attitude

¹ Dentist (Professional level), Dental Department, Sirattana hospital, Sisaket province.

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University.

Corresponding author: Amornsak Poum, Amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของคนไทยและมีแนวโน้มที่จะมีอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นตามพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation: IDF) พบว่า ค.ศ. 2015 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 415 ล้านคน และหากยังไม่มีมาตรการที่เหมาะสมและจริงจัง คาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 642 ล้านคน ใน ค.ศ.2045 โดย 1 ใน 11 คนจะป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยไม่รู้ตัว¹ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้สำรวจการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลกระทบจากประเทศกำลังพัฒนา 23 ประเทศ รวมถึงประเทศไทย พบว่า ค.ศ. 2005 กลุ่มโรคเรื้อรังและโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่า ร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตทั้งหมดหรือประชากรประมาณ 35 ล้านคน² สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 698,720 ราย, 670,664 ราย และ 802,017 ราย ตามลำดับ โดยคิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 1,032.50, 1,233.35, และ 11,665 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน มีอัตราตายเพิ่มขึ้น เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ³

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความผิดปกติของ

ระบบประสาทส่วนปลาย จอประสาทตาเสื่อม นอกจากนี้ยังส่งผลต่อระบบการย่อยอาหาร โดยเฉพาะอวัยวะในช่องปาก โรคเหงือกอักเสบ และโรคปริทันต์อักเสบ มีการศึกษาวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งโรคเบาหวานถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบและก่อให้เกิดผลเสียตามมา โดยเฉพาะการสูญเสียฟันในที่สุด⁴ ความสัมพันธ์ของโรคเบาหวานกับโรคปริทันต์เป็นที่ยอมรับมาเป็นเวลานาน สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา¹ ได้กำหนดให้ภาวะเหงือกอักเสบเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานผู้ป่วยเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น มีภาวะปากแห้ง มีการตอบสนองต่อเชื้อโรคต่ำ ติดเชื้อง่าย การหายของแผลช้า จึงเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการอักเสบของเหงือก กลายเป็นโรคปริทันต์ และมีโอกาสสูญเสียฟันและกระดูกขากรรไกรได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถควบคุมปริมาณน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับดีได้ สำหรับโรคปริทันต์เป็นโรคที่มีการดำเนินโรคอย่างช้าๆและนำไปสู่การสูญเสียฟันเมื่อมีอายุมากขึ้น ซึ่งถ้าได้รับความรู้ มีการรักษาแบบป้องกัน มีความสามารถดูแลตนเองตามความรู้ที่ได้รับจะป้องกันไม่ให้เกิดการสูญเสียฟันได้ มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคปริทันต์ระดับรุนแรงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด ซึ่งการรักษาสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะการอักเสบของเหงือกและอวัยวะเบ้ารากฟันได้ดี

แล้วจะสามารถช่วยในการควบคุมโรคเบาหวาน ได้ดีขึ้น⁵

ดังนั้น การดำเนินการเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคในช่องปากและการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพและสังเกตการดำเนินของโรคในช่องปากรวมถึงมีการศึกษาด้านความรู้ทัศนคติ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้เป็นแนวทางนี้ในการวางนโยบายส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 255 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2559 และต้องมีฟันในช่องปากอย่างน้อย 16 ซี่ เป็นผู้ที่สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถกรอก

แบบสอบถามด้วยตนเองได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เป็นผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁶ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 175 ราย คัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ

แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลของ บลูม⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-79% และระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$

ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติ ประกอบด้วย ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมา

ตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำเกณฑ์ การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ช่องปาก ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ คำนวณ

ค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.4) มีอายุระหว่าง 44-55 ปี (ร้อยละ 46.30) ($\bar{X}$ =50.48, S.D.=6.44, Max=63, Min=36) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 84.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.1) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,500-6,000 บาท (ร้อยละ 52) ($\bar{X}$ =5,003.43, S.D.=9.23, Max=100,000, Min=600) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=175)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=175)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	28.6
หญิง	125	71.4
อายุ (ปี)		
< 44	40	22.9
44 – 55	81	46.3
>=56	54	30.9
$\bar{X}$ = 50.48, S.D.= 6.44, Min=36, Max=63		
สถานภาพ		
โสด	4	2.3
คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	148	84.6
หม้าย/หย่า/แยก	23	13.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	163	93.1
มัธยมศึกษา	8	4.6
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2	1.1
ปริญญาตรี	2	1.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 1,500	52	29.7
1,500 – 6,000	91	52.0
>6,000	32	18.3
$(\bar{X}$ = 5,003.43, S.D.= 9.23, Min = 600, Max = 100,000		

ด้านความรู้ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.52, S.D.=0.79) เมื่อพิจารณาด้านความรู้จำแนกรายด้าน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.13, S.D.=0.81) ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ =1.76, S.D.=0.79) สำหรับด้านทัศนคติ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.48, S.D.=0.50) เมื่อพิจารณาทัศนคติจำแนกรายด้าน พบว่า ทัศนคติต่อการดูแล

สุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.48, S.D.=0.51) ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.24, S.D.=0.51) สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.30, S.D.=0.46) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (n=175)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						$\bar{x}$	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้	68	38.9	61	34.9	46	26.3	2.52	0.79
โรคเบาหวาน	71	40.6	57	32.6	47	26.9	2.13	0.81
การดูแลสุขภาพช่องปาก	39	22.3	56	32.0	80	45.7	1.76	0.79
ทัศนคติ	85	48.6	90	51.4	-	-	2.48	0.50
การดูแลสุขภาพตนเอง	85	48.6	89	50.9	1	0.4	2.48	0.51
การดูแลสุขภาพช่องปาก	50	28.6	118	67.4	7	4.0	2.24	0.51
พฤติกรรมการดูแล	53	30.3	122	69.7	-	-	2.30	0.46
สุขภาพช่องปาก								

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิก

เบาหวานโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.224$, $P\text{-value}= 0.003$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของความรู้รายด้าน พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน

มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.165$, $P\text{-value} = 0.029$) และความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยทางสถิติ ($r = 0.274$, $P\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ ด้านทัศนคติ ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = -0.143$,

$P\text{-value} = 0.059$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของทัศนคติรายด้าน พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r = -0.132$, $P\text{-value} = 0.081$, $r = -0.025$, $P\text{-value} = 0.746$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง ความรู้ ทัศนคติและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($n=175$)

ความรู้ และทัศนคติ	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้	0.224	0.003*	ความสัมพันธ์ทางบวก
โรคเบาหวาน	0.165	0.029*	ความสัมพันธ์ทางบวก
การดูแลสุขภาพช่องปาก	0.274	0.000**	ความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติ	-0.143	0.059	ไม่มีความสัมพันธ์
การดูแลสุขภาพตนเอง	-0.132	0.081	ไม่มีความสัมพันธ์
การดูแลสุขภาพช่องปาก	-0.025	0.746	ไม่มีความสัมพันธ์

* $P\text{-value} < 0.05$, ** $P\text{-value} < 0.01$

การอภิปรายผล

ความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.22$, $P\text{-value} = 0.003$) อธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ

ช่องปาก ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter⁹ กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen &

Fishbein¹⁰ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง สอดคล้องกับผลงานวิจัยที่ผ่านมา¹¹⁻¹² ได้ข้อค้นพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากและภาวะแทรกซ้อนในช่องปากที่เกิดจากโรคเบาหวานอย่างเพียงพอ และต่อเนื่องจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ มัลลิกาสมพร¹³ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนนอน ฟันหรือทำศัลยกรรมช่องปาก จะมีจำนวนครั้งของการรับบริการทันตกรรมมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.012 และ P-value=0.026 ตามลำดับ) และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทราบว่า คนที่เป็นโรคเบาหวาน ควรตรวจสุขภาพช่องปากทุก 6 เดือน จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการทันตกรรมในรอบ 6 เดือน (P-value=0.032) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ อาษาพนม¹² พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.114$, P-value=0.038) แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ดี ทำ

ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้ ดังนั้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวมีทัศนคติที่ดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้น ปัจจัยด้านความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวานที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และความรู้เกี่ยวกับปัญหาของโรคในช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นสิ่งจำเป็นเพราะจะส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมได้ แต่การให้ความรู้นั้นควรมีความน่าสนใจและตรงกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ป่วย รวมถึงวิธีการให้ความรู้ อาจใช้วิธีการใหม่ๆ เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วยต้นแบบ การแลกเปลี่ยนในรายกลุ่มผู้ป่วยย่อย แทนการให้สุศึกษาแบบเดิม รวมถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบสหวิชาชีพที่เป็นรูปแบบชัดเจนเพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลตนเองได้ดีและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ผลวิจัยแตกต่างจากการศึกษาของ วัจน์กร ธรรมวนิชย์¹⁴ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ($r = -0.074$, P-value=0.455) นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้ไม่มี

ความสัมพันธ์กับสภาวะปริทันต์ในช่องปาก (P-value =0.356)

ด้านทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลศรีรัตนจังหวัดศรีสะเกษ ($r = -0.143$, P-value=0.059) อธิบายเหตุผลได้ว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก ทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดี (เชิงบวก) หรือทัศนคติที่ไม่ดี (เชิงลบ) ซึ่งสอดคล้องกับ Thurstone¹⁵ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein¹⁰ กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้น หรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคดีย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่ม

ผู้ป่วยเบาหวานได้ อาจต้องใช้บุคคลต้นแบบของผู้ป่วยเบาหวานที่มีทั้งความรู้และทัศนคติที่ดี มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมเป็นแบบอย่างในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของกลุ่มผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขต้องมีความเข้าใจในวัฒนธรรม ความเชื่อของชุมชน และใช้ประกอบในการวางแผนเพื่อพัฒนางานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานต่อไป ดังนั้น ทัศนคติจึงมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้นๆ แล้ว จะช่วยให้เกิดการปฏิบัติหรือเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น เมื่อพิจารณาทัศนคติรายด้านพบว่า ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองและทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = -0.132$, P-value=0.081 , $r = -0.025$, P-value=0.01 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา¹⁶ พบว่า ทัศนคติด้านการดูแลทันตสุขภาพของผู้ปกครอง ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก (P-value>0.05) แต่แตกต่างจาก จิรนนท์ อาษาพนม¹² พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.044)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

แผนกทันตกรรมควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรมีการพัฒนาแบบการถ่ายทอดองค์ความรู้

ให้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารับยาให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมกับสภาวะของโรคเบาหวานที่เป็นอยู่ โดยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง และมีการส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ รวมถึงการติดตามประเมินเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้หลักการทางระบาดวิทยาสังคม (Social epidemiology) เป็นตัวแปรในการศึกษา ได้แก่ บุคคล (person) สถานที่ (place) และเวลา (time) เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตจังหวัดศรีสะเกษ มีความแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อื่นๆ เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี วิธีการดำรงชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ด้านสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เหมาะสมตามสภาพท้องถิ่นได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก ปี 2558.

- [ออนไลน์] 2559. เข้าถึงได้จาก : <http://www.diabassocthai.org/>. (สืบค้นวันที่ 30 มิถุนายน 2559). 2559.
2. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ.2554-2558. [ออนไลน์] 2559. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/>. (สืบค้นวันที่ 30 มิถุนายน 2559). 2559.
3. Wild, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004, 27(5): 1047-1053.
4. วัชรภรณ์ เสนอน, สุภภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา, เสาวนันท บำเรอราช. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับการสูญเสียฟันในผู้ใหญ่ เขาอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยาศาสตร์. 2553, 13(2): 132-146.
5. พัทธวรรณ ศรีศิลปนนท์. การศึกษาอัตราชุกชุมของโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 2-6 ปี) ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ และความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพของเด็กกับพฤติกรรมทันตสุขภาพที่มารดามีต่อบุตร. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2550.
6. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.

7. Bloom, B.S. Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York. 1975.
8. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
9. Green, L.W., Kreuter, M.W. Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing. 1991.
10. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.
11. อรพิน รังษีสาคร, ศิริพร จันทรฉาย, ศาสตรี เสาวคนธ์, ธิรพงษ์ ธิรมนัส. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับศักยภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอมะนัง จังหวัดชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2552.
12. จิรนนท์ อาษาพนม, วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอน้อยชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2556, 6(2): 162-171.
13. มัลลิกา สมพร. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตนด้านทันตสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2551, 13(3): 81-93.
14. วัจน์กร ธรรมวนิชย์, ศุภโชค อมรศิริกุล, พลอยฉัตร อิงสกุลรุ่งเรือง, อภิญา พูลหลวง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับสภาวะปริทันต์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดบุรีรัมย์. การประชุมวิชาการทันตสาธารณสุข ครั้งที่ 2 ปี 2556 “มหกรรมตำบลฟันดี”. กรุงเทพมหานคร. 2556.
15. Thurstone, L.L. Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc. 1970.
16. นิตยา นิยมการ, นิรัตน์ อิมามิ. ความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองศูนย์เด็กเล็ก ตำบลพังราด อำเภอกาฬสินธุ์ จังหวัดระยอง. วารสารสุขศึกษา. 2552, 34(229): กันยายน-ธันวาคม.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการเสริมสร้างสมรรถนะ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

จตุพร เลิศฤทธิ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการเสริมสร้างสมรรถนะและการสร้างมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ประชากรสำหรับการวิจัยด้านสมรรถนะและการมีส่วนร่วม ได้แก่ตัวแทนครัวเรือน ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนเครือข่ายโรงเรียน ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลชัยสืทอง ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยสืทอง ตัวแทน อสม. จำนวน 104 คน ประชากรสำหรับการประเมินผลการดำเนินงานประกอบไปด้วย กลุ่มผู้บริหารโครงการ และกลุ่มประชาชน จำนวน 367 คน ระยะเวลาในการดำเนินการระหว่างเดือน มกราคม 2560 – ธันวาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เอกสารที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระต่อกันกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่แอลฟา $P < 0.05$ เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือ กิจกรรมการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการระบาดของโรค ได้แก่ ระบบนิเวศวิทยาของพื้นที่ การประกอบอาชีพเกษตรกรรม กฎเกณฑ์ของชุมชน สภาพเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม ความรู้ ความตระหนัก การมีส่วนร่วม และการสื่อสาร ส่วนระดับสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านพฤติกรรมของ ผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะ พบว่า หลังดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 80 ทุกด้าน และจากการนำกระบวนการ AIC มาใช้ ได้ข้อสรุปที่จะจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา จำนวน 5 โครงการ ประกอบด้วย 1.) โครงการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2.) โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน 3.) โครงการคุยกันสารพันความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกผ่านหอกระจายข่าว 4.) โครงการรณรงค์ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และโครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมชุมชน ด้านภาพรวมการประเมินผล ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น และด้านกระบวนการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด ด้านผลผลิต พบว่า ประชาชนมีการปฏิบัติและมีความรู้ในระดับสูง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

คำสำคัญ : การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การประเมินผล กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
E:mail:por5584_@hotmail.com

Empowerment and participation for developing dengue hemorrhagic disease prevention and control feature in Muang district, Chaiyaphum

Chatuporn lertrit¹

Mixed method research aimed to develop the feature of empowerment and participation for dengue hemorrhagic disease prevention and control in Muang district, Chaiyaphum. Participants were allocated in to two groups, 104 were capacity and collaboration group and 367 were evaluation group. First group were representative of families, communities, school networks, Sub-Sri Tong Sub-district Administration Organizations, Health Promoting Hospitals and Village Health Volunteers. Second group were Administrative Team and Sub-Sri Tong citizens. Data gathering had been done between January – December 2017 via documents, questionnaires, in-depth interview and group process. Frequency, standard deviation and percentage were described general information. In case of mean different between independent two groups, significant level $p < 0.05$ was referenced. Results of study illustrated that factors related to disease distribution were local ecology, agriculture occupation, community rules, ease social economy, environment, knowledge, concern, participation and communication. After empowerment program, score of knowledge, skills and behaviors were higher than 80 percentages. Moreover, all results were evaluated again with an AIC technique. Five projects were agreed to solve disease problem, 1) Establishment of Dengue hemorrhagic fever prevention and control center. 2) Development model of prevention and control via school base program. 3) Learning talks in prevention and control with the village broadcast. 4) Indigenous knowledge bank for prevention and control and community environment improvement. Data analysis illustrated that the over view of evaluation, context, basic factors and working process were the highest level while product dimension was a high level especially disease information.

Keywords: Participation research, evaluation, participatory planning

¹Public Health Technical Officer, Professional Level. Muang Chaiyaphum district public health Office, Chaiyaphum E: mail:por5584_@hotmail.com

บทนำ

การเกิดโรคไข้เลือดออกของประเทศไทยนั้นมีความสัมพันธ์กับฤดูกาล ผู้ป่วยไข้เลือดออกพบได้ตลอดทั้งปีแต่จะพบมากขึ้นในช่วงฤดูฝน ลักษณะการระบาดของโรคในอดีตมีทั้งแบบปีเว้นปี และปีเว้นสองปี แต่ปัจจุบันพบผู้ป่วยได้ทุก ๆ ปีอย่างต่อเนื่อง การวิเคราะห์ความเสี่ยงของการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชนนั้นสามารถวิเคราะห์ได้จากค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย กล่าวคือ ชุมชนที่พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงแสดงถึงความเสี่ยงของประชาชนในการมีโอกาสรับเชื้อไข้เลือดออกและความเสี่ยงในการแพร่กระจายของโรคอยู่ในระดับสูง ทำให้ชุมชนนั้นมีแนวโน้มของการเกิดโรคและการระบาดของโรคสูง¹

จังหวัดชัยภูมิ เป็นจังหวัดที่มีอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกสูงสุดอยู่ในลำดับหนึ่งของเขตสุขภาพที่ 9 ในปีพ.ศ. 2557² พบผู้ป่วยสะสมตลอดทั้งปี จำนวน 676 คน คิดเป็นอัตราป่วย 59.79 ต่อแสนประชากร เสียชีวิตจำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.15 อีกทั้งยังเป็นจังหวัดที่ประสบปัญหาการระบาดของไข้เลือดออกมาเป็นระยะเวลาหลายปีติดต่อกัน แนวโน้มในการเกิดไข้เลือดออกสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปีงบประมาณ 2558 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ จึงได้กำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินโครงการควบคุมโรคไข้เลือดออกครอบคลุมทุกพื้นที่ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิต โดยมีเป้าหมาย ให้ประชาชนมี สุขภาพดี มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งมีส่วนร่วม ร่วมใน

การดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีหน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคอย่างเข้มข้น ทั้งด้านการรักษาพยาบาลในสถานบริการ และงานในชุมชน สำหรับในพื้นที่ตำบลชัยสืทอง เป็นพื้นที่ที่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ระหว่าง ปีพ.ศ.2555 - 2557 โดยมีอัตราป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกอยู่ระหว่าง 131.57 - 696.37 ต่อแสน ประชากร และจากการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index : HI) ปีละ 4 ครั้ง ห่างกัน 3 เดือน พบว่าในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ.2555 - 2557 มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายอยู่ระหว่างร้อยละ 25.38 - 36.84 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือร้อยละ 10³

ดังนั้นในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมให้ประชาชนมี ความรู้เกิดเจตคติที่ดีมีความตระหนักและเห็นความสำคัญจนเกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ผู้วิจัย เชื่อมั่นว่าชุมชนมี ศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ทำงานทางด้านสุขภาพทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่เรียกว่า เครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน ทางด้านสุขภาพต่างๆ ในชุมชน ตลอดจนสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลที่มาจากการเลือกตั้งซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้านที่มีความเข้มแข็ง สามารถทำงานในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชนได้ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะได้เรียนรู้ปัญหา และแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยชุมชนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรและกลุ่มอย่างที่ใช้ในการวิจัยสถานการณ์และปัญหาและการเสริมสร้างสมรรถนะของชุมชน

ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง รายละเอียดดังต่อไปนี้ 1.) ตัวแทนครัวเรือน จำนวน 13 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน รวมจำนวน 39 คน 2.) ตัวแทนผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 13 หมู่บ้าน รวมจำนวน 13 คน 3.) ตัวแทนเครือข่ายโรงเรียน จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 5 คน 4.) ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลชัยทอง จำนวน 5 คน 5.) ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยทอง จำนวน 3 คน 6.) ตัวแทนอส. จำนวน 13 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 3 คน รวมจำนวน 39 คน รวมทั้งสิ้น จำนวนทั้งสิ้น 104 คน

1.2 ประชากรและกลุ่มอย่างที่ใช้ในการประเมินผลในการป้องกันและควบคุมโรค

โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

ประกอบไปด้วยกลุ่มผู้บริหารโครงการ จำนวน 6 คน และกลุ่มประชาชน จำนวน 367 คน รวม 373 คน ใช้แบบจำลอง CIPP Model สำหรับประเมินผล 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัย (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product)

1.3 ประชากรสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้มีส่วนได้เสียภายในชุมชน (Stakeholders) ซึ่งประกอบด้วย

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ 1.) กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 20 คน 2.) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน 3.) กลุ่มตัวแทนครัวเรือนจำนวน 13 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 103 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ตัวผู้วิจัย เนื่องจากต้องศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจน ของประเด็นที่จะเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ และผู้วิจัยเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในพื้นที่ โดยมีประเด็นคำถาม เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม และสังเกต ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับผู้บริหารโครงการฯ ในพื้นที่ตำบลชัยทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

2.3 แบบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน

โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสืทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสำหรับผู้บริหารโครงการฯ ในพื้นที่ตำบลชัยสืทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

2.5 แบบสัมภาษณ์ ใช้สำหรับสัมภาษณ์ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสืทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

3. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) **ขั้นตอนที่ 1** การประเมินสมรรถนะชุมชน ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะ

2) **ขั้นตอนที่ 2** กระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3) **ขั้นตอนที่ 3** การประเมินสมรรถนะชุมชน ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหลังดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะ

4) **ขั้นตอนที่ 4** การประเมินความพึงพอใจของชุมชน ต่อกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) การสังเกต(Observation) แบ่งเป็น 1) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม(Non-

Participant Observation) ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตอยู่วงนอก โดยไม่เข้าไปร่วมกิจกรรมที่ทำอยู่ โดยใช้วิธีในการระยะแรกของการทำการวิจัย 2)

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) ผู้วิจัยเฝ้าสังเกตขณะร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับชุมชน

2) วิธีการสนทนากลุ่ม

(Focus Group Discussion) องค์ประกอบของการสนทนา ประกอบด้วย 1) บุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้เข้าร่วมสนทนา

3) แนวทางการสนทนา 3) อุปกรณ์ต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีนี้หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ในแต่ละครั้งจะใช้กลุ่มละ 6-8 คน

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์อย่างมีจุดมุ่งหมายเป็นหลัก

3.4 สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-test

2) การประเมินโครงการใช้การประเมินตามแบบจำลอง CIPP Model สำหรับประเมินผล 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัย (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product)

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความ

ครบถ้วน ครบคลุมในเนื้อหา โดยทำการตรวจสอบทุกครั้งที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ 1) การวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic Induction) คือ วิธีตีความ และสร้างข้อสรุปจากปรากฏการณ์ที่เห็น 2) การวิเคราะห์โดยการจำแนกข้อมูล (Typological Analysis) แยกเป็น การกระทำ (Acts) กิจกรรม (Activities) และความหมาย (Meaning) ความสัมพันธ์ (Relationship) การมีส่วนร่วม (Participation) สภาพสังคม (Setting) และวิเคราะห์โดยไม่ใช้ทฤษฎี โดยวิเคราะห์ตามความเหมาะสมของข้อมูล

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์และปัญหาและการเสริมสร้างสมรรถนะของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ทอง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ทอง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการระบาดของโรคมีผลสืบเนื่องมาตั้งแต่ระบบนิเวศวิทยาของพื้นที่ ที่แต่เดิมคนในพื้นที่มีปัญหาเรื่องที่ทำกิน จึงได้อพยพมาตั้งถิ่นฐานใหม่ในปัจจุบัน ซึ่งเป็นพื้นที่ป่าเขา คนรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย ที่ได้ผ่านประสบการณ์ของการไร่ที่ทำกิน ได้ปลูกฝังแนวคิดในเรื่อง การหวงแหนที่ดินที่ทำกิน และต้องสะสมที่ดินให้ได้เป็นจำนวนมากๆ ประกอบกับการประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งโดยมากต้องทำงานในไร่ สวน ที่อยู่บนภูเขา หรืออยู่ในป่ารก ทำให้มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากยุงลายสูงกว่าปกติ วิถีชีวิตของผู้คนในชุมชนก็เริ่ม

มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมอยู่ร่วมกันภายใต้กฎเกณฑ์ของชุมชน แต่จากสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ประชาชนมีหนี้สินเป็นจำนวนมาก และมีภาระที่ต้องใช้จ่ายเป็นประจำ ทำให้ต้องขยันและให้เวลากับการทำมาหากินมากขึ้น ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ประสิทธิภาพการป้องกันและรักษาโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนนิยมรักษาด้วยตนเอง โดยซื้อยาที่มีจำหน่ายในหมู่บ้านมารับประทานก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจึงค่อยตัดสินใจไป รพ.สต.หรือโรงพยาบาล การป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ไม่ยอมกำจัดลูกน้ำยุงลายทางกายภาพ ไม่เชื่อว่ามียุงป่วยโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน และเห็นว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคธรรมดาที่ไม่มีอันตรายร้ายแรง ในด้านมาตรการของหน่วยงานสาธารณสุข พบว่า ได้มีแผนปฏิบัติงานประจำปีเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีการเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลาย มีการประชุมประชาคมปัญหา มีการสร้างกระแสทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก มีการป้องกันโรคในโรงเรียน และมีการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลชัยสิทธิ์ทอง เพื่อจัดหาเครื่องพ่นหมอกควัน และสารเคมี แต่มาตรการดังกล่าวของ รพ.สต.ชัยสิทธิ์ทองได้ผลไม่เต็มที่เนื่องจาก อสม.ไม่มาร่วมกิจกรรมครบทุกคน ปัญหาเรื่องดัชนีลูกน้ำยุงลายมีการสุบกัณเฉพาะในกลุ่ม อสม. ไม่มีการนำเสนอข้อมูลในระดับหมู่บ้าน หรือตำบล และยังพบว่า กิจกรรมต่างๆ ที่ รพ.สต.ชัยสิทธิ์ทองดำเนินการ จะเป็นการ

ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทุกกิจกรรมที่เกิดขึ้นประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ แม้กระทั่งประเมินผล ส่งผลทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเท่าที่ควร

2. การประเมินสมรรถนะชุมชน ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการ

ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกก่อนดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะ

2.1 ระดับสมรรถนะของผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนก่อนดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการทดสอบด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน (N=104)

ระดับสมรรถนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านความรู้		
ต่ำ	104	100.00
ปานกลาง	0	0.00
สูง	0	0.00
ค่าเฉลี่ย = 5.87 S.D. = 1.80		
2. ด้านทักษะ		
ต่ำ	65	62.50
ปานกลาง	8	7.69
สูง	31	29.81
ค่าเฉลี่ย = 8.45 S.D. = 4.73		
3. ด้านพฤติกรรม		
มาก	0	0.00
ปานกลาง	104	100.00
น้อย	0	0.00
ค่าเฉลี่ย = 2.70 S.D. = 0.12		

2.2 การเสริมสร้างสมรรถนะของผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยจัดกิจกรรมในลักษณะ Walk Rally จำนวน 4 ฐานปฏิบัติการ โดยแบ่งผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะออกเป็น

กลุ่มย่อย แล้วให้แต่ละกลุ่มหมุนเวียนไปเข้ารับการความรู้ในแต่ละฐาน การเสริมสร้างสมรรถนะด้านทักษะ ผู้วิจัยได้นำเทคนิคกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ AIC (Appreciation Influence Control) โดยผู้วิจัยได้นำเข้าข้อมูลสนับสนุน ซึ่งเป็นข้อมูลจากการวิจัยในระยะที่ 1 และ 2 เพื่อสะท้อนสภาพปัญหาและสถานการณ์ปัจจุบัน ให้ผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะได้รับทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจ จนนำมาสู่การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหาจำนวน 5 โครงการ ประกอบด้วย 1.) โครงการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ทอง 2.) โครงการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน 3.) โครงการคุยกันสารพันความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกผ่านหอกระจายข่าวในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ทอง 4.) โครงการธนาคารภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ทอง 5.) โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมชุมชนในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ทอง ซึ่ง อบต.ชัยสิทธิ์ทอง ได้รับโครงการทั้งหมดไปบรรจุในแผนพัฒนา 3 ปี (พ.ศ.2558-2560) และจัดสรรงบประมาณให้ดำเนินโครงการในชุมชน การเสริมสร้างสมรรถนะด้านพหุคุณนิสัย ภายหลังจากการได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้

และด้านทักษะแล้ว ผู้วิจัยได้จัดเวทีอภิปรายกลุ่มเพื่อให้ผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันว่าได้นำเอาความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติด้วยตนเองอย่างไร โดยสรุปได้ว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติส่วนใหญ่จะมีการนำไปบอกกล่าวกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้านให้ นอกจากนี้ยังสามารถชักนำให้เกิดแนวร่วมในการปฏิบัติ กล่าวได้ว่า ผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะที่ผ่านกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ด้านทักษะ และด้านพหุคุณนิสัยได้กลายเป็นแกนนำที่สำคัญของระดับหมู่บ้านและตำบล สามารถทำตนเป็นแบบอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตลอดจนสามารถเชื่อมประสานระหว่างชุมชนกับหน่วยราชการเพื่อ ขับเคลื่อนกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เกิดเป็นรูปธรรมมีความต่อเนื่องยั่งยืนได้

2.3. การประเมินสมรรถนะของ

ผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพหุคุณนิสัยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หลังกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ

หลังดำเนินการครบทุกขั้นตอน ได้มีการประเมินสมรรถนะ และพบว่า ผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะมีระดับสมรรถนะดีขึ้นอย่างชัดเจน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการทดสอบด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพหุคุณนิสัยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน หลังการเสริมสร้างสมรรถนะ (N=104)

ระดับสมรรถนะ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านความรู้		
ต่ำ	8	7.69
ปานกลาง	26	25.00
สูง	70	67.31
ค่าเฉลี่ย = 13.16 S.D. = 2.36		
2. ด้านทักษะ		
ต่ำ	0	0
ปานกลาง	17	16.35
สูง	87	83.65
ค่าเฉลี่ย 14.05 S.D. = 1.39		
3. ด้านพฤติกรรม		
ต่ำ	0	0.00
ปานกลาง	0	0.00
สูง	104	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับสมรรถนะ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะ หลังดำเนินการเสริมสร้างสมรรถนะ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 80 ทุกด้าน ซึ่งข้อมูลจากตารางร่วมกับข้อมูลจากการสังเกตในขณะดำเนินการกระบวนการ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะที่นำมาใช้นั้นสามารถทำให้ ผู้เข้าร่วมเสริมสร้าง

สมรรถนะมีระดับสมรรถนะทุกด้านสูงขึ้นจากเดิมอย่างชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจาก ในการดำเนินการผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการปฏิบัติจริงโดยผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบผลของการเสริมสร้างสมรรถนะก่อนและหลังการดำเนินการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดัง แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรม ก่อนและหลังการเสริมสร้างสมรรถนะ (N=104)

ระดับ สมรรถนะ	ก่อนเสริมสร้าง		หลังเสริมสร้าง		M.D	S.D. _{M.D.}	t	p-value	95% CI
	สมรรถนะ		สมรรถนะ						
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรู้	5.87	1.80	13.16	2.36	7.28	1.03	72.13	0.000	7.48 - 7.08
ทักษะ	8.45	4.73	14.05	1.39	5.60	3.94	14.50	0.000	4.83 - 6.37

พฤตินิสัย	2.70	0.12	4.86	0.16	2.15	0.09	236.52	0.000	2.14 - 2.17
-----------	------	------	------	------	------	------	--------	-------	-------------

ผลจากการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ก่อนและหลังการเสริมสร้างสมรรถนะ ดังแสดงใน ตารางที่ 5 พบว่า ผู้เข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะ มีผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านพฤติกรรม หลังการเสริมสร้างสมรรถนะสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การประเมินผลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ของอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

3.1 ด้านบริบท พบว่า ความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการ ต่อการดำเนินโครงการในด้านบริบท ในด้านความต้องการจำเป็นให้มีโครงการ พบว่ามีความคิดเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.21, S.D. = 1.27$) ในด้านความเป็นไปได้ของโครงการ พบว่ามีความคิดเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.69, S.D. = 1.76$) ในส่วนของความเหมาะสมและสมเหตุสมผลของตัวโครงการ พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64, S.D. = 1.95$)

3.2 ด้านปัจจัยเบื้องต้น พบว่า ความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการต่อการดำเนินโครงการ ในด้านบุคลากร พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.75, S.D. = 1.31$) ในด้านงบประมาณและสิ่งสนับสนุน พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.06, S.D. = 1.37$) ในด้านกิจกรรมดำเนินงาน พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87, S.D. = 1.82$) และในด้านการจัดการ พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51, S.D. = 1.30$)

3.3 ด้านกระบวนการดำเนินงาน พบว่าความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการต่อการดำเนินโครงการ ในด้านการดำเนินงาน พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 3.88, S.D. = 1.04$) ในด้านการประสานงาน พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.31, S.D. = 1.52$) ในด้านแก้ไขปัญหา พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.96, S.D. = 1.63$) และในด้านการติดตามประเมินผล พบว่ามีความเห็นด้วยมากที่สุด ($\bar{X} = 4.87, S.D. = 1.41$)

3.4 ด้านผลผลิต ซึ่งมีผลการวิจัยดังต่อไปนี้

การได้รับข่าวสารความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุด ($\bar{X} = 3.45, S.D. = 0.42$) รองลงมา คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X} = 3.19, S.D. = 0.56$) เสียงตามสาย ($\bar{X} = 2.89, S.D. = 0.97$) ตามลำดับ

การปฏิบัติและประเภทกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสิทธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 99.82 มีการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้าน วิธีที่ใช้มากที่สุด คือ ปิดภาชนะบรรจุน้ำ ร้อยละ 92.45 รองลงมาคือ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และ เปลี่ยนถ่ายน้ำ ร้อยละ 90.21 และ 87.93 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สำหรับประชาชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.24 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.12 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 1.64

การดำเนินโครงการ ซึ่งเป็นผลผลิตของโครงการ ประกอบด้วย บริบท กิจกรรมที่เกิดขึ้น ความพึงพอใจ พบว่า ในด้านบริบทกลุ่มเป้าหมาย ตอบใช่ ร้อยละ 98.78 ในด้านกิจกรรมที่เกิดขึ้น กลุ่มเป้าหมาย ตอบใช่ ร้อยละ 47.56 และในด้านความพึงพอใจ กลุ่มเป้าหมาย ตอบใช่ ร้อยละ 89.76

ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ตำบลชัยสีทอง พบว่า เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการ มีผลการสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ดังนี้ 1.) ค่าดัชนี HI ในภาพรวมของตำบลชัยสีทอง เท่ากับ 2.65 2.) ค่าดัชนี CI ในภาพรวมของตำบลชัยสีทอง เท่ากับ 1.24 และ 3.) ค่าดัชนี BI ในภาพรวมของตำบลชัยสีทอง เท่ากับ 3.47

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์และปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนในพื้นที่ตำบลชัยสีทอง เกิดจากสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม เช่น บริบทของชุมชน ระบบนิเวศวิทยาในการก่อตั้งที่อยู่อาศัย วิถีชีวิต อาชีพ ประสบการณ์ในการป้องกันและรักษาโรคของประชาชน ตลอดจนมาตรการของ รพ.สต. ในพื้นที่ ก็เป็นส่วนประกอบที่สำคัญทำให้สถานการณ์ และปัญหาการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกดำเนินต่อไป โดยพบว่า การดำเนินกิจกรรมต่างๆ

ของ รพ.สต. เป็นการกำหนดมาจาก รพ.สต. ไปยัง อสม. โดยประชาชนไม่ได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ มีเพียงขอความร่วมมือจากประชาชนให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม ผลจากการจัดกิจกรรมประชาชนเป็นเพียงผู้รับผลประโยชน์ แต่ไม่ได้ร่วมประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับ Cohen และ Uphoff ⁴

ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะ จากผลการวิจัยสามารถสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ 2 ประการ คือ ประการที่ 1 ก่อนขั้นตอนการเสริมสร้างสมรรถนะ ผู้วิจัยได้สร้างศูนย์ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลชัยสีทอง ซึ่งได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ในการศึกษาข้อมูลในชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าในกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ ประการที่ 2 ในขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างสมรรถนะ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation :A) เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และมีโอกาสแสดงออกอย่างเท่าเทียมกัน ยอมรับในความคิด เห็นของเพื่อนสมาชิก และหาข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาขยะอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตย จนนำมาสู่ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence : I) ซึ่งเป็นขั้นตอนการหาวิธีการและกำหนดทางเลือก เป้าหมาย กำหนดกิจกรรมในการ และขั้นตอนสุดท้ายคือ การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) เป็นการนำเอาโครงการหรือกิจกรรม ต่างๆ ที่วางแผนไว้มาสู่การปฏิบัติแบบ

มีส่วนร่วมกับชุมชน หน่วยงาน ภาควิชาหรือฝ่ายต่างๆ โดย ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ในการดำเนินงานมุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความยั่งยืนในที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่พบว่า ก่อนการเสริมสร้างสมรรถนะนั้น ในพื้นที่ตำบลซับสีทอง ไม่ได้มีกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับการให้ความรู้ พัฒนาทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนแต่อย่างใด ทำให้ชุมชนยังขาดความรู้ ทักษะ และยังมีพฤติกรรมในป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ไม่ถูกต้อง แต่ภายหลังได้ รับการพัฒนา ชุมชนมีสมรรถนะทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจนไปสู่พฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง ประกอบกับผู้วิจัยได้มีการคืนข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้แก่ชุมชนเป็นระยะ ๆ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ กระทบมาตรการ กฎเกณฑ์ต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่เป็นแรงกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการพัฒนาศักยภาพได้ดียิ่งขึ้น

ด้านการประเมินผล จากผลการศึกษาพบว่า ผู้บริหารโครงการมีระดับความคิดเห็นด้านบริบทของโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการของผู้บริหารในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านกระบวนการทำงานโครงการของผู้บริหารในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สันติภาพ โพธิมา⁵ ที่ศึกษาเรื่องการประเมินผลโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

โดยรูปแบบ CIPP Model⁶ และพบว่า ระดับความรู้ของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ด้านความร่วมมือของประชาชนในกิจกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสำเนียง วงศ์วาน⁷ ศึกษาเรื่องระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในอำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการมีส่วนร่วมของประชากรในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอจังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นิยามโรคติดต่อประเทศไทย 2544. กระทรวงสาธารณสุข;2544.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. Annual Report Chaiyaphum Public Health Office รายงานประจำปี 2557. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2557.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. Annual Report Chaiyaphum Public Health Office รายงานประจำปี 2558. ชัยภูมิ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2558.
4. Cohen, J.M., & Uphoff, N.T.. Rural Development Participation: Concept and Measure for Project Design Implementation and Evaluation: Rural development Committee Center for

international Studies. New York:
Cornell University Press;1981.

5. สันติภาพ โพธิมา.การประเมินผลโครงการ
ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอ
กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี[วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น;2551.
6. Stufflebeam, Daniel L..The CIPP
MODEL for Program Evaluation in
Evaluation Model : Viewpoints on
Evaluation and Human Service
Evaluation. U.S.A. : Kluwer Academic
Publishers;1986.
7. สำเนียง วงศ์วาน. ศึกษาเรื่องระดับการมี
ส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุม
โรคไข้เลือดออกในอำเภोजังหาร จังหวัด
ร้อยเอ็ด [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงาน
สาธารณสุข] .ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น
โทรศัพท์ : 0-4322-2741, 0-4322-3898, 0-4322-1770
โทรสาร : 0-4322-3898, 0-4322-1770 ต่อ 102
Email : jhscph@scphkk.ac.th