



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 1 ฉบับที่ 2

กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2561

ISSN : 2651-1193

- **ประสิทธิผลการรักษา**ทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel ในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด
- **การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย**ติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู
- **ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์**กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี
- **ปัจจัยการบริหาร**ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดสงขลา
- **ปัญหาสุขภาพจากการทำงาน**ของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม บ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา
- **การพัฒนารูปแบบการสอน**โดยขั้นตอนของกาเยกับการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่อง การดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ, คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด
- **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน**ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์
- **อิทธิพลของวิถีชีวิต** ทูทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย
- **รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสาน**หลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
- **การพัฒนารูปแบบการป้องกัน**ภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- **ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์**ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ



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.นงา สิงห์วีระธรรม	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 ชนบุญ	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 สมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชนที่เคารพทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 2 ของปี 2561 เรามีความพยายามที่จะคัดสรรผลงานทางวิชาการที่มีความหลากหลาย อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย และเพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย ซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่ Website www.scphkk.ac.th/thstj

สำหรับบทความในฉบับนี้ประกอบไปด้วยเรื่อง ประสิทธิผลการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel ในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกรรม บ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา การพัฒนารูปแบบการสอนโดยขั้นตอนของกาเกี่ยวกับการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่อง การดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ, คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ วิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตรื่นยาว อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานพลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู และความรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ทีมงานวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิกจะได้รับความรู้ และนำองค์ความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานหรือการวิจัย ต่อไป

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

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 กองบรรณาธิการจะพิจารณาด้านฉบับ (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 ชื่อผู้เขียนการศึกษา ขนาด 14 point
ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

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

- E-mail address ของผู้เขียนทุกคน (Authors)

- E-mail address ของผู้รับผิดชอบ
ประสานงาน (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)

- ให้ พิมพ์ ต่อท้าย บทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่

เกิน 5 คำ ขนาด 16 point โดยจะต้องไม่เป็นชื่อเดียวกันกับชื่อเรื่อง

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย 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 พร้อมแสดงผลสนับสนุนผลการวิจัย

- 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 จำนงค์กิจ. ผลของการดื่งกระดูกสันหลังส่วนเอวได้น้ำร่วมกับอาการออกกำลังภายในน้ำสำหรับผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. 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.

- จริญญา เลิศธรรมยณณ, เอ็มอร รักษมณณ, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรรณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒติพรรณณ วรกิจโกศาทร, 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)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี, 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)

- กขพร 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 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 พาจันทร โทร 0-98102-8159

สารบัญ	
เรื่อง	หน้า
ประสิทธิผลการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel ในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด	1
The effectiveness of treatment with physical therapy exercise using Shoulder Wheel in patients with persistent shoulder	
ณชกานต์ อินต๊ะรินทร์, สาโรจน์ ประพรมมา	
การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู	15
The development of the homebound patient and bedbound patient care system in	
Tambon Nong Bou, Amphoe Moun, Nong Bua Lamphu Province	
ประหยัด ฐระแพง, ปุริมพรพร มหเสนา, เรืองศิริ ภาณุเวช, ศิริรัตน์ อินทรเกษม	
ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี	30
Knowledge and attitude associated with preventing behavior for Hand Food and Mouth	
disease by parents of pre-school children In Banmo Tambon, Banmo District, Saraburi	
province	
ศิริรัตน์ ปานโต, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	
ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา	41
Administrative Factors and Administrative Process Associated with Practicing for	
Epidemiology Surveillance among Health Personnel in Health Promotion Hospital,	
Songkhla Province	
สมโภช ยอดดี, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	
ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรม บ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา	55
Health Problems in Working among the Agriculture Informal Workers in Ban Mab Krad,	
Mab Krad Sub-District, Phra Thong Kham District, Nakhon-ratchasima Province	
อนัญญา วุฒิพงศ์เดชา, เทพไทย โชติชัย	

สารบัญ(ต่อ)	หน้า
เรื่อง	
การพัฒนารูปแบบการสอนโดยขั้นตอนของกาเยกับการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่อง การดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ, คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด	71
The Development of Gagne’s model with blended learning to improve achievements for emergency medical technician students in the topic mother and neonatal care in normal and emergency delivery	
วรางคณา ชมภูพาน	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครนครสวรรค์	86
Factors Effecting to Prevention of Complication’ Diabetic Mellitus Among Diabetic Mellitus Type 2 at Public Health Center 2, Division of Public Health and Environment, Nakhon Sawan Municipality	
รัชณี ปลั่งกลาง	
วิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตยืนยาว อย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย	102
Life style and Accessibility to health care services associated with longevity and healthy among elderly population in Loei Province	
วันเพ็ญ แก้วสีโส กิตติ ประจันตเสน	
รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานหลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่	115
The Development of Synergetic Outpatient Services System in Reducing the Incidence of Patient Arrest in the Outpatient Department at Nakorping Hospital, Chiang Mai Province	
ปิยะเนตร ทาจวง, ชูศักดิ์ ยืนนาน	

สารบัญ(ต่อ)	
เรื่อง	หน้า
การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	131
Developing Model for the Prevention of Volume Overload of End Stage Renal Disease among Hemodialysis Patients in NongBua Lam Phu Hospital	
สุภาพร ไชยวัฒนตระกูล	
ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ	147
Health Literacy and alcohol consumption in senior secondary school students, Chaiyaphume Province	
ฝนทิवा โคตรนาลา, ลำพึง วอนอก, วรณศรี แววงาม, สุกัญญา ชมารสินธุ์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	

ประสิทธิผลการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกาย โดยใช้ Shoulder Wheel ในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด

ณัฏกานต์ อินตะรินทร์¹สาโรจน์ ประพรมมา²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด ด้วยโปรแกรมทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel ในกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม pain score 10 ระดับ และ Goniometer (เครื่องวัดองศาของข้อต่อ) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด จำนวน 5 ครั้ง คือ ก่อนการได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัด 1 ครั้ง และหลังได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัด จำนวน 4 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ.2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Repeated measure ANOVA

ก่อนได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดเท่ากับ 7.83 (95% CI: 7.51, 8.15) หลังได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัด 4 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.73 (95% CI: 0.41, 1.05), ส่วนการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ก่อนได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 130.30 (95% CI: 125.36, 135.24) หลังได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัด 4 สัปดาห์ เท่ากับ 176.67 (95% CI: 171.73, 181.60) โดยทั้งอาการเจ็บปวดและการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้การรักษาทันทีทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายด้วย Shoulder wheel ที่ประดิษฐ์ขึ้นมา สามารถลดอาการปวดและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดอาการปวดไหล่ในแนวทางของแผนปัจจุบัน และสามารถนำไปประยุกต์ให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้านได้

คำสำคัญ : ภาวะไหล่ติด, กายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกาย

¹ นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

Corresponding author: สาโรจน์ ประพรมมา, sarojana@yahoo.com

The effectiveness of treatment with physical therapy exercise using Shoulder Wheel in patients with persistent shoulder

Nudchagan Intarin¹Sarojn Prapromma²

Abstract

This quasi experimental research aimed to examine effectiveness of physical therapy conjugated with shoulder wheel Exercise among patients with frozen shoulders. Thirty patients of Phakdie Chumphol hospital, Chaiyaphum province were recruited in this study. The pain score questionnaire was used for pain assessment and the goniometer was employed to measure degree of the shoulder movement. Data were collected 5 times: before engaging in the programme and four times (once a week for four weeks) after joining the programme. Data were analysed by repeated measure ANOVA.

The average pain score of the patients before starting the programme was 7.83 (95%CI: 7.51, 8.15). After participating in the programme for four weeks, the average score was decreased to 0.73 (95%CI: 0.41, 1.05). The average degree of shoulder movement increased from 130.30 (95%CI: 125.36, 135.24) before joining the programme to 176.67 (95%CI: 171.73, 181.60) after four-week programme participation. The pain and the degree of shoulder movement before and after engaging in programme were statistically significant, respectively.

Physical therapy and exercise with the shoulder wheel can effectively reduce pain and successfully increase shoulder movement among patients with frozen shoulder. This study suggested that this conjugated programme could be an alternative option for shoulder pain treatment, and it should be promoted for patients' self-care.

Keywords: frozen shoulder, Shoulder wheel, Physical therapy in combination with exercise

¹ Physiotherapist, Practitioner Level, Phakdi Chumphon Hospital, Chaiyaphum

² Public Health Technical Officer, Professional Level, Phakdi Chumphon Public Health Office, Chaiyaphum

Corresponding author: Sarojn Prapromma, sarojana@yahoo.com

บทนำ

ภาวะข้อไหล่ติดแข็ง (Adhesive Capsulitis, frozen shoulder) มีอาการสำคัญ 2 อย่าง คือ อาการปวดไหล่และข้อไหล่ติดจนเคลื่อนไหวได้น้อยลง โดยสาเหตุส่วนใหญ่ยังไม่ชัดเจน แต่ส่วนมากมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่มาก่อน¹ โดยเริ่มแรกมักพบว่ามีอาการจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสะบักเล็กน้อย หรือมีอาการปวดตอนสิ้นสุดมุมของการเคลื่อนไหว บางรายอาจปวดเวลาใช้งาน อาการอาจจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น จนกระทั่งปวดไหล่ตลอดเวลาได้^{2, 3} ส่วนอาการไหล่ติดช่วงแรกอาจเพียงรู้สึกขัดๆ หัวไหล่เวลาขยับหรือยกแขน ต่อมาขยับเคลื่อนไหวข้อไหล่ได้น้อยลง หรือบางรายทำงานในกิจวัตรประจำวันได้ไม่คล่องหรือไม่ถนัดเหมือนเดิม และถ้าอาการเป็นมากขึ้น การกางแขน การยกไหล่ ขยับไหล่ ก็จะสามารถลงอย่างชัดเจน^{4, 5, 6, 7, 8, 9}

ปัจจุบัน พบว่า 1 ใน 50 ของผู้ที่มีอายุระหว่าง 40 – 70 ปี มีภาวะข้อไหล่ติด ผลกระทบของการเกิดข้อไหล่ติด ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่ออาชีพการงาน และภาวะเครียด อันเนื่องจากรายได้ลดลง^{10, 11} ในการรักษา แพทย์นิยมให้ยาลดอาการปวดร่วมกับการทำกายภาพบำบัดเพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวด้วยเทคนิคเฉพาะ เช่น การขยับ เคลื่อนไหวข้อต่อแบบทำให้ (Mobilization) ร่วมกับการออกกำลังกาย (Exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ

รอบๆ ข้อไหล่ซึ่งอ่อนแรงจากการเคลื่อนไหวที่ถูกจำกัด¹² รวมถึงการใช้อุปกรณ์เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ติด หรือ Shoulder wheel ซึ่งอุปกรณ์ดังกล่าวมีขายตามท้องตลาดในราคาประมาณ 12,000 – 15,000 บาท¹³

และเนื่องจากผู้ป่วยภาวะไหล่ติดที่มารับบริการในโรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้ป่วย 68, 117, 119, 138, 145 และ 149 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึง 2559 ตามลำดับ การให้บริการทางกายภาพบำบัดร่วมกับการใช้อุปกรณ์ที่มีราคาค่อนข้างแพงยังเป็นปัญหาหนึ่งของการให้บริการ งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลภักดีชุมพล จึงได้ประดิษฐ์ Shoulder wheels ด้วยอุปกรณ์ที่หาได้ภายในพื้นที่ โดยเริ่มนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2557 และได้ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของกระบวนการดังกล่าวในปี พ.ศ. 2560

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการใช้ Shoulder wheel ในการแก้ปัญหาอาการไหล่ติดในผู้ป่วยจำนวนมาก แต่ยังมีการวิจัยเพียงเล็กน้อยที่อ้างถึงผลสัมฤทธิ์ของการใช้อุปกรณ์ดังกล่าว^{14, 15} การศึกษานี้ หากได้ผลดี จะเป็นการสนับสนุนผลการวิจัยที่ผ่านมา รวมถึงส่งเสริมการใช้นวัตกรรมในพื้นที่ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อลดต้นทุนในการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด ด้วยโปรแกรมทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel ใน

ด้านการลดความเจ็บปวด และการเคลื่อนไหวของ
องศาข้อไหล่

สมมุติฐานการวิจัย

การรักษาด้วยโปรแกรมทางกายภาพบำบัด
ร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder
Wheel สามารถลดความเจ็บปวด และเพิ่มองศา
การเคลื่อนไหวในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติดได้

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติดที่มารับ
การรักษาทางกายภาพบำบัด โรงพยาบาลภักดีชุม
พล จังหวัดชัยภูมิ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.
2560 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์

ภาวะไหล่ติด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความ
จำกัดการเคลื่อนไหวของข้อไหล่น้อยกว่า 120
องศา ในท่ายกแขนและท่ากางแขน ที่มีภาวะไหล่
ติด 2-4 เดือน

Shoulder Wheel หมายถึง นวัตกรรม
งานกายภาพบำบัดเป็นอุปกรณ์การออกกำลังกาย
เพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ มีลักษณะ
เป็นวงกลม มีที่จับบริเวณแกนกลาง ประดิษฐ์จาก
ลัทธิจักรยาน

การรักษาทางกายภาพบำบัด หมายถึง การ
ลดอาการปวดโดยใช้เครื่องให้การรักษาโดยใช้
คลื่นอัลตราซาวด์ (US) และแผ่นประคบร้อน
(Hot pack)

โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดใน
ผู้ป่วยข้อไหล่ติด หมายถึง ได้รับการรักษาด้วยการ

ใช้เครื่องให้การรักษาโดยใช้คลื่นอัลตราซาวด์
(US), แผ่นประคบร้อน (Hot pack) และออก
กำลังกายด้วย Shoulder Wheel สัปดาห์ละ 1
ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi
experimental research) แบบกลุ่มเดียว โดย
เป็นการทดสอบก่อนและหลัง (Pre-Posttest) ใน
ผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไม่จำกัดเพศ อายุ
และโรคประจำตัว เป็นโรคข้อไหล่ติดที่ได้รับการ
วินิจฉัยจากแพทย์ และส่งมารับการรักษาทาง
กายภาพบำบัด โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัด
ชัยภูมิ คัดเลือกเข้าในการศึกษาโดยความสมัครใจ
และเงื่อนไขการคัดเข้า คือ สามารถเข้าร่วม
การศึกษาได้ครบทั้ง 4 สัปดาห์ ไม่มีประวัติเป็น
โรคกระดูกพรุนหรือกระดูกเสื่อม ไม่มีอาการกระดูกของ
แขนหัก หรือมีแผลเปิด โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคข้อ
ไหล่ติดทั้งหมด 67 ราย และผู้วิจัยคัดให้เหลือ 30
คน

สิ่งแทรกแซงในการวิจัย (Intervention)

1. โปรแกรมการรักษาผู้ป่วยข้อไหล่ติด มี
ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4

- ให้การรักษาโดยใช้คลื่นอัลตราซาวด์
(US) บริเวณข้อไหล่ที่มีจุดกดเจ็บ (Tenderness
point) และกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Muscle spasm)

ใช้ Continuous mode, 1 MHz, 1 W/cm², 4 mins

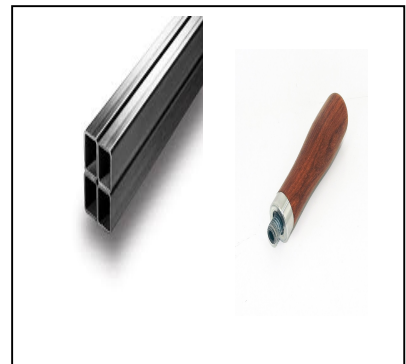
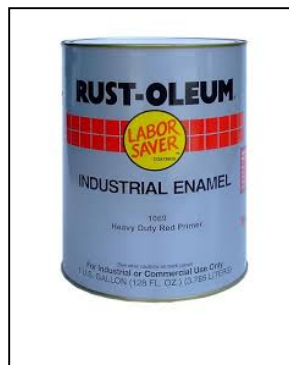
- ประคบแผ่นร้อนบริเวณข้อไหล่ที่มีจุดกดเจ็บ (Tenderness point) และกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Muscle spasm) เป็นระยะเวลา 20 นาที
- ออกกำลังกายด้วย Shoulder Wheel โดยใช้แขนจับและหมุนตามวงล้อ

ท่าที่ 1 ยืนตรงหันหน้าเข้าเครื่อง Shoulder Wheel หมุนไปด้านซ้าย – ขวา ทำ 10 ครั้ง/set ทำ 3 set/วัน

ท่าที่ 2 ยืนหันด้านข้างเข้าเครื่อง Shoulder Wheel หมุนไปด้านหน้า – หลัง ทำ 10 ครั้ง/ set ทำ 3 set/วัน

หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติด ปฏิบัติตามโปรแกรมการรักษาครบ 4 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์

2. คลื่นอัลตราซาวด์ (US) เป็นกระบวนการให้การรักษาตามมาตรฐาน
3. แผ่นประคบร้อน (Hot pack) เป็นกระบวนการให้การรักษาตามมาตรฐาน
4. Shoulder Wheel เป็นอุปกรณ์ประดิษฐ์ขึ้นเอง ซึ่งอ้างอิงมาจากเครื่องมือมาตรฐาน โดยประดิษฐ์จากวงล้อรถจักรยานเหล็ก และไม้ด้ามจับ มาประกอบกัน ในมูลค่าไม่เกิน 700 บาท ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 Shoulder Wheel ที่ประดิษฐ์จากวัสดุภายในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย แบบวัดระดับความเจ็บปวด (Pain scale) ซึ่งมีความยาว 10 เซนติเมตร โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้คะแนน และเครื่อง

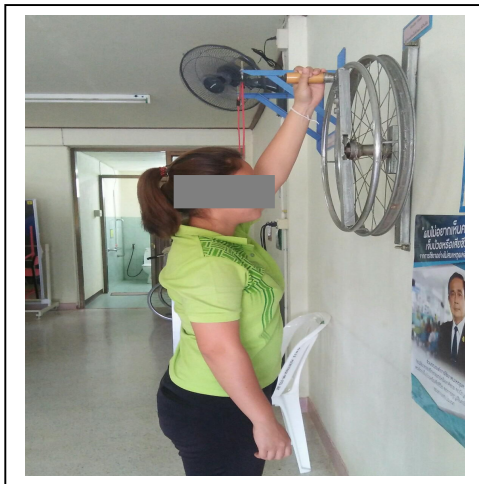
Goniometer ที่ใช้วัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ มีหน่วยเป็นเซนติเมตร นอกจากนั้น ยังมีแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ

การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และ 2) ระดับความเจ็บปวดและมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ก่อนและหลังการรักษา ซึ่งได้จากการใช้เครื่องมือวัด

วิธีดำเนินการ

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยเริ่มในเดือนมกราคม พ.ศ.2560 เก็บข้อมูลพื้นฐาน วัดระดับความเจ็บปวด และวัดมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ ก่อนการให้บริการ จากนั้น ให้การรักษาตามโปรแกรม ดังนี้

ท่าที่ 1 ยืนตรงหันหน้าเข้าเครื่อง Shoulder Wheel หมุนไปด้านซ้าย – ขวา ทำ 10 ครั้ง/set ทำ 3 set/วัน Wheel หมุนไปด้านหลัง – หลัง



สัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ให้การรักษาโดยใช้คลื่นอัลตราซาวด์ (US) บริเวณข้อไหล่ที่มีจุดกดเจ็บ (Tenderness point) และกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Muscle spasm) ใช้ Continuous mode, 1 MHz, 1 W/cm², 4 min. ประคบแผ่นร้อน บริเวณข้อไหล่ที่มีจุดกดเจ็บ (Tenderness point) และกล้ามเนื้อหดเกร็ง (Muscle spasm) เป็นระยะเวลา 20 นาที หลังจากนั้นออกกำลังกายด้วย Shoulder Wheel โดยใช้แขนจับและหมุนตามวงล้อ

ท่าที่ 2 ยืนหันด้านข้างเข้าเครื่อง Shoulder Wheel หมุนไปด้านหน้า – หลัง ทำ 10 ครั้ง/set ทำ 3 set/วัน



ภาพที่ 2 ทำการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel

หลังจากผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติดปฏิบัติตามโปรแกรมการรักษาในแต่ละครั้ง ทำการวัดระดับ

ความเจ็บปวด วัดโดยใช้ Pain scale คะแนน 0-10 และมุมการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ วัดโดยใช้

Goniometer มีหน่วยเป็นองศา และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปผล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ทำการวิเคราะห์โดยเลือกสถิติสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละส่วน โดยใช้คอมพิวเตอร์และโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ แบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด เป็นเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 ส่วนเพศชายร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 60 ปี (Mean=60.13; sd.=13.34) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 จากการดำเนินการ

ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า ระดับความเจ็บปวดในภาพรวม ผลจากการทำกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel ผู้ป่วยมีระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F test = 285.08: p-value < 0.001) โดยก่อนได้รับโปรแกรมกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีค่าความเจ็บปวดเฉลี่ย 7.83 (95% CI: 7.51, 8.15; total score = 10.00) และหลังได้รับโปรแกรมบำบัด มีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 ลดลงตามลำดับ (Mean(pain) = 5.93, 4.50, 2.87 และ 0.73 ตามลำดับ)

1. ข้อมูลทั่วไป

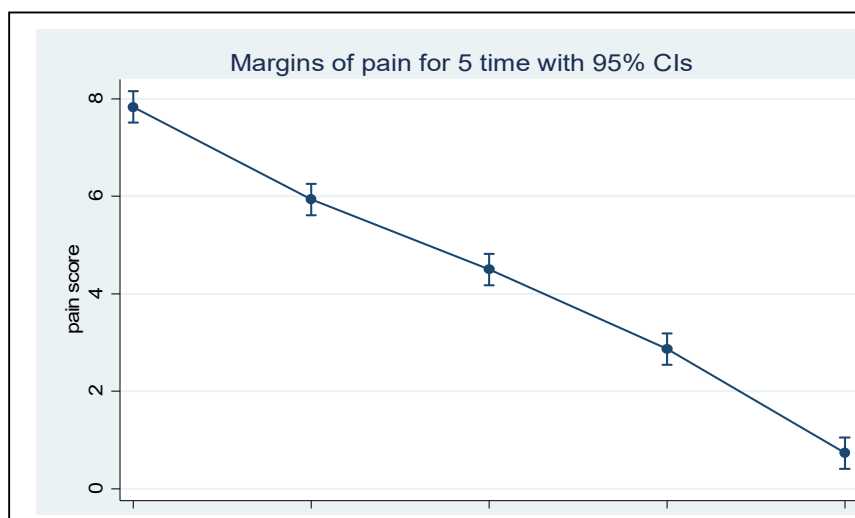
ผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 56.7 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 66.7 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	43.3
หญิง	17	56.7
อายุ (ปี)		
< 50	5	16.7
50-59	11	36.6
≥60	14	46.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	10.0
ประถมศึกษา	23	76.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	3	10.0
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.3
อาชีพ		
เกษตรกร	20	66.7
รับจ้าง	3	10.0
ค้าขาย	1	3.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.3
ไม่ได้ทำงาน	5	16.7
โรคประจำตัว		
มี	21	70
ไม่มี	9	30



ภาพที่ 3 ระดับความเจ็บปวด 5 ครั้ง จากการดำเนินงานในรอบ 4 สัปดาห์

ตารางที่ 2 ระดับความเจ็บปวด 5 ครั้ง จากการดำเนินงานในรอบ 4 สัปดาห์ (2)

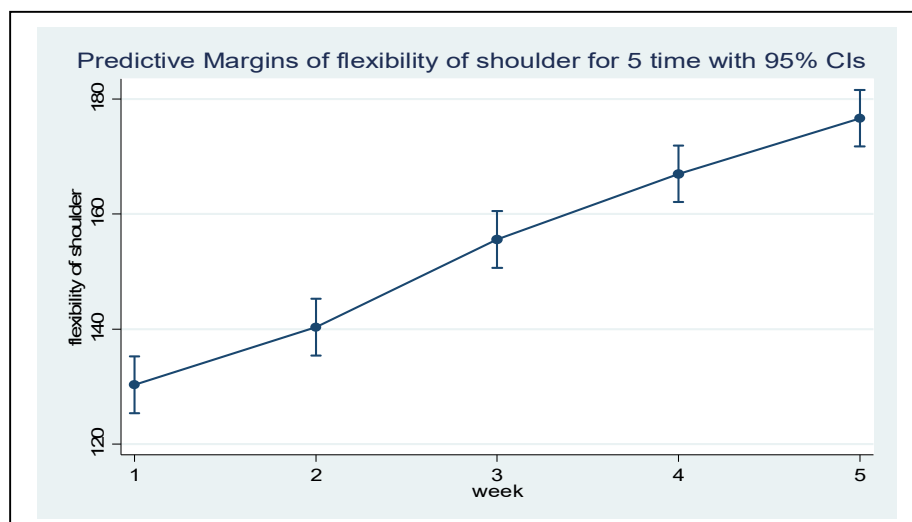
ครั้งที่	Mean	SD.	Lower CI	Upper CI	p-value*
ก่อน	7.83	1.23	7.51	8.15	<0.001
สัปดาห์ที่ 1	5.93	1.31	5.61	6.25	<0.001
สัปดาห์ที่ 2	4.50	1.17	4.18	4.82	<0.001
สัปดาห์ที่ 3	2.87	0.90	2.55	3.19	<0.001
สัปดาห์ที่ 4	0.13	0.83	0.41	0.15	<0.001

* p-value from test overall

2. ความสำเร็จของการเคลื่อนไหวของข้อไหล่

ขณะที่ ความสำเร็จของการเคลื่อนไหวของข้อไหล่
เมื่อก่อนรับโปรแกรมบำบัด วัดค่าเฉลี่ยได้ 130.30
(95% CI: 125.36, 135.24) ภายหลังได้รับ
โปรแกรมบำบัด ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 พบ

ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ทุกทิศทาง
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean(flex) =
140.30, 155.60, 167.00 และ 176.67
ตามลำดับ) ดังรูปภาพที่ 4



ภาพที่ 4 การเคลื่อนไหวขององศาข้อไหล่ จากการดำเนินงานภายใน 4 สัปดาห์

ตารางที่ 3 การเคลื่อนไหวขององศาข้อไหล่ จากการดำเนินงานภายใน 4 สัปดาห์ (2)

ครั้งที่	Mean	SD.	Lower CI	Upper CI	p-value*
ก่อน	130.30	29.36	125.36	135.24	<0.001
สัปดาห์ที่ 1	140.30	31.61	135.36	145.24	<0.001
สัปดาห์ที่ 2	155.60	21.13	150.66	160.64	<0.001
สัปดาห์ที่ 3	167.00	12.42	162.06	171.94	<0.001
สัปดาห์ที่ 4	176.67	7.47	171.73	181.60	<0.001

* p-value from test overall

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่มารับการรักษาอาการไหล่ติด ด้วยการกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder wheel เป็นเพศหญิง และเพศชายจำนวนใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าอาการเหล่านี้เกิดได้กับทุกเพศ ที่มีลักษณะการทำงานที่ต้องใช้การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ และจากการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีโรคประจำตัวมาก่อน ข้อมูลเหล่านี้อาจไม่ได้มีความสัมพันธ์กัน แต่เป็นอีกส่วนหนึ่งที่ต้องพิจารณา และนอกจากนี้ อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 60 ปี ซึ่งตรงกับคำกล่าวอ้างอิงของ ธีระพงษ์ พรรัตน์ และคณะ¹⁰ อาจเนื่องด้วยบุคคลในวัยนี้ กระดูกบริเวณข้อต่อต่างๆ หรือข้อไหล่อาจมีการเสื่อมสภาพ ทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวกเหมือนเดิม หรืออาจเคยผ่านการบาดเจ็บบริเวณข้อไหล่มาก่อน ทำให้ต้องใส่เฝือกหรือจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้มาปรากฏอาการในช่วงอายุที่มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไม่พบงานวิจัยใดที่มีการทดสอบประสิทธิผลของการกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder wheel มีเพียงงานวิจัยบางเรื่องที่ศึกษาในเรื่องที่ใกล้เคียงกัน เช่น งานวิจัยของ ัญญาธิมา กำแพง และคณะ¹⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบแผนการรักษาภาวะไหล่ติดแบบผสมผสานของโรงพยาบาลโนนสุวรรณ อำเภอนโนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา พบว่า การรักษาผู้ป่วยภาวะไหล่ติดด้วยการกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวใช้ระยะเวลานานเฉลี่ย 4 เดือนก่อนจะหายเป็นปกติ และการรักษาทางแพทย์แผนไทยอย่างเดียวใช้ระยะเวลเฉลี่ย 5 เดือน ทางโรงพยาบาลจึงได้พัฒนาแบบแผนการรักษาแบบใหม่ โดยใช้วิธีผสมผสานทั้งการกายภาพบำบัดและแพทย์แผนไทย ผลปรากฏว่า แบบแผนการรักษาภาวะไหล่ติดแบบผสมผสานใช้ระยะเวลาเพียง 2 เดือน ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ โดยทดสอบความสามารถในการยกแขน และเกาหลัง และงานวิจัยของ กฤษฎา สมรัก¹⁷ ที่ศึกษาผลการฟื้นฟู

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่มีภาวะข้อติดแข็งด้วยท่าทางการเคลื่อนไหวข้อต่อที่พัฒนาขึ้น โดยโรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ระหว่างปี พ.ศ.2555 ถึง 2557 ด้วยท่าทางการเคลื่อนไหวข้อต่อที่พัฒนาขึ้น 4 กระบวนท่า ได้แก่ 1) ท่าสอยไข่มดแดง 2) ท่าจับกบออกจากช่อง (ที่ตักปลา) โข้วเพื่อน 3) ท่าเตะตะกร้อ และ 4) ท่าเหยียบขี้หมา ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 146 คน ผลการศึกษา พบว่า อัตราการหายจากอาการข้อติดแข็งในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยมุมองศาข้อต่อร้อยละ 64.0 ใน พ.ศ.2555 เป็นร้อยละ 72.0 และ 83.6 ใน พ.ศ.2556 ถึง 2557 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันจากระดับปานกลางร้อยละ 58.33 ในปี พ.ศ.2555 มาเป็นระดับมาร้อยละ 66.5 และ 72.0 ใน พ.ศ.2556-2557 ตามลำดับ และอัตราความครอบคลุมของการให้บริการทางกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30 ใน พ.ศ. 2555 มาเป็นร้อยละ 42.5 และ 53.0 ใน พ.ศ. 2556-2557 ตามลำดับ

อ้างอิงจากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาประสิทธิผลของการการรักษาอาการข้อไหล่ติดด้วยกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder wheel คือ การรักษาอาการข้อไหล่ติด ไม่ควรทำวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพียงอย่างเดียว ควรใช้หลากหลายวิธีการ เช่น การทำกายภาพบำบัด การรักษาด้วย

ศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการออกกำลังกายโดยใช้เครื่องมือ เช่น Shoulder wheel นอกจากนี้การประดิษฐ์ท่าทางการออกกำลังกายแบบใหม่ๆ เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของมุมองศาข้อต่อที่เพิ่มขึ้น ก็อาจเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ไขปัญหาข้อไหล่ติดได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ 4 ข้อ ดังนี้

1. การรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ Shoulder wheel สามารถลดอาการปวดและเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ได้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะข้อไหล่ติด โดยหลังจากผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้าน อาจแนะนำวิธีการออกกำลังกายลักษณะนี้ไปใช้ต่อบ้านได้ เพื่อป้องกันอาการดังกล่าว โดยประยุกต์ใช้วัสดุอุปกรณ์ในพื้นที่ที่พอหาได้

2. อุปกรณ์ Shoulder wheel ในท้องตลาดมีราคาแพง การประดิษฐ์ใช้ในโรงพยาบาล โดยวัสดุเหลือใช้ ซึ่งให้หน่วยงานช่างประจำโรงพยาบาลเป็นฝ่ายผลิต อาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการปรับลดต้นทุนในการรักษา โดยยังคงประสิทธิผลเช่นเดิม

3. การใช้ Shoulder wheel ในผู้ป่วยข้อไหล่ติด ยังมีข้อจำกัดในกรณีผู้ที่มีระดับการปวดสูงมาก ควรจัดทำโปรแกรมการรักษาแบบอื่นๆ ที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์วิจิต รุ่งพทุธิกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภักดีชุมพล ที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้เข้ารับการอบรมในครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์ชัยสิทธิ์ มัทวานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ และฝ่ายพัฒนากุศลและการวิจัยทุกท่านที่สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและส่งเสริมให้มีโครงการอบรมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติดที่เข้ารับการรักษานานๆ ที่งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ ขอขอบคุณ ดร.สมหมาย คชนาม วิทยากรผู้สอนและที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชวนพิศ บุญเกิด. การแก้ไขปัญหาโรคข้อไหล่ติด[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; มปป [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก:
<http://allied.tu.ac.th/hcsc/wp-content/uploads/sites/23/2016/09/Adhesive-capsulitis.pdf>.
2. ญัฏฐพร มั่นไทรทอง และคณะ. การเคลื่อนไหวของกระดูกสะบักขณะกางแขนในตำแหน่งการวางตัวของกระดูกสะบักที่แตกต่างกัน.

สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ; 2557.

3. ปราการ คลินิก. ภาวะข้อไหล่ติดแข็ง (Frozen shoulder) [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก <http://www.prakarnclinic.com/index.php?ContentID=ContentID-16012017220054117>.
4. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. “ข้อไหล่ติด”. รักษาหายได้ถ้าปฏิบัติอย่างถูกวิธี [อินเทอร์เน็ต]; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก <http://www.pr.chula.ac.th/index.php/15-article/131-2015-01-19-01-47-12>.
5. ผศ.พญ.เสมอเดือน คามวัลย์. ไหล่ติด ทำอย่างไรจึงจะหาย [อินเทอร์เน็ต]; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<https://th.answers.yahoo.com/question/index?qid=20101107063516AAVhiOC>.
6. มนูญ บัญชรเทวกุล. เจ็บไหล่ ไหล่ติด ข้อไหล่ติดแข็ง [อินเทอร์เน็ต]; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.doctor.or.th/article/detail/2351>.
7. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.อาการปวดไหล่ (Shoulder pain) [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 23 มกราคม 2560] เข้าถึงได้

- จาก:
http://med.md.kku.ac.th/site_data/mykku_med/701000019/Shoulder%20pain.doc
8. โรงพยาบาลเวชธานี. ไหล่ติด [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึง เมื่อ 4 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.vejthani.com/web-thailand/Shoulder-contact.php>.
9. สถาบันเวชศาสตร์การกีฬาและออกกำลังกาย กรุงเทพฯ โรงพยาบาลกรุงเทพ. ข้อไหล่ติด ข้อไหล่ยึด [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึง เมื่อ 21 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.bangkokhospital.com/index.php/th/diseases-treatment/osteoarthritis-the-shoulder-anchor>.
10. ชีระพงษ์ พรรัตน์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของกล้ามเนื้อ และกระดูกจากการทำงานกับปัจจัยด้านลักษณะงาน ปัจจัยส่วนจิตสังคมในชาวประมง. สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย : กรุงเทพฯ; 2556.
11. ธโนนิจย์ โชตนฤติ. ภาวะข้อไหล่ติด [อินเทอร์เน็ต]; 2559 [เข้าถึง เมื่อ 10 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<http://www.phyathai.com/medicalarticledetail/1/7/826/th>.
12. ชีรวัฒน์ ตั้งอร่ามวงศ์. วิธีบริหาร ข้อไหล่ ลดอาการปวด [อินเทอร์เน็ต]; 2557 [เข้าถึง เมื่อ 26 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<http://health.mthai.com/howto/health-care/4051.html>.
13. Firstphysio Clinic [Internet]. กรุงเทพฯ: ไหล่ติด (Frozen shoulder); 2014 [cited 2018 May 20]. Available from: <http://www.firstphysioclinic.com/tag/ไหล่ติด/>.
14. รุ่งทิพย์ พันธเมธากุล และคณะ. ผลระยะสั้นของการออกกำลังกายแบบซักรอกต่อภาวะข้อไหล่ติดในผู้ป่วยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]; 2554 [เข้าถึง เมื่อ 10 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaipt.org/images/yootheme/Journal/Journal-File/2554/vol3-54.pdf>.
15. สกุลรัตน์ อัสวโกสินชัย. การเปรียบเทียบผล การขยับข้อต่อร่วมกับการเคลื่อนไหวข้อต่อ ด้วยเทคนิคมูลลิแกน กับการรักษาแบบดั้งเดิมในผู้ป่วยปวดไหล่ที่จำกัดการเคลื่อนไหว [อินเทอร์เน็ต]; 2555 [เข้าถึง เมื่อ 12 มกราคม 2560] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/viewFile/70759/57473>.
16. ฐัญฉิณา กำแพง และคณะ. การพัฒนารูปแบบการรักษาภาวะไหล่ติดแบบ

ผสมผสานของโรงพยาบาลโนนสุวรรณ อ.

โนนสุวรรณ จังหวัดบุรีรัมย์. ภาพภาพบำบัด

เขตนครชัยบุรีรัมย์: บุรีรัมย์; 2558.

17. กฤษณา สมรัก. ผลการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังที่มีภาวะข้อต่อติด
แข็งด้วยท่าทางการเคลื่อนไหวข้อต่อที่
พัฒนาขึ้น โรงพยาบาลละหานทราย
จังหวัดบุรีรัมย์.ภาพภาพบำบัด เขตนครชัย
บุรีรัมย์: บุรีรัมย์; 2558.

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ประหยัด ชูระแพง¹
ปฐมพร มหเสนา²
เรืองศิริ ภาณุเวช³
ศิริรัตน์ อินทรเกษม⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และติดตามศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยติดเตียงที่มี ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ทั้งหมด 35 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Barthel ADL Index ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มศึกษา มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.3 ปี (SD=22.5) มีสาเหตุของการป่วยติดเตียงมากที่สุดคือ สูงอายุเท่ากับ 23 คน (ร้อยละ 65.7) ระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการพัฒนามีกิจกรรมคือ พัฒนาแนวทางปฏิบัติ พัฒนาระบบฐานข้อมูล พัฒนาสมรรถนะของทีมสุขภาพ ครอบครัวและสร้างมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index เพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน (95%CI: 1.4 – 3.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง 11 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดบ้าน, ผู้ป่วยติดเตียง, คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
ตามดัชนี Barthel ADL Index

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม

Corresponding author : ศิริรัตน์ อินทรเกษม e-mail: sirirat.intharakasem@gmail.com

The development of the homebound patient and bedbound patient
care system in Tambon Nong Bou Amphoe Moun
Nong Bua Lamphu Province

Prayad Thurapang¹
Purimpaun Mahasena²
Rueangsiri Panuwet³
Sirirat Intharakasem⁴

Abstract

The purposes of this participatory action research were 1) to develop care system for homebound and bedbound patients living in Nong Bou sub-district, Mueang District, Nong Bua Lamphu and 2) to monitor effectiveness of this developed care system. Thirty-five homebound and bedbound patients with Barthel ADL Index ≤ 11 points were included in this study. Participants' demographic data were collected and presented by descriptive statistics. After implemented this new care system, data were analysed by dependent t-test (paired t-test).

Findings showed that average age of bedbound and homebound patients was 63.3 years old (SD=22.5). The majority of bedbound patients (65.7%) were being elderly. Four main activities to develop the care system for homebound/bedbound system included developing the practical guideline, managing patient database system, setting family care team and building community partnership system. After applying these activities, Barthel ADL Index of participants were increased 2.6 points (95%CI: 1.4 – 3.6, $p<0.001$). In 11 patients (31.4%), complications mainly from urinary tract infections and pneumonia were decreased ($p=0.005$) significantly.

Keywords: homebound patient, bedbound patient, Bathel Index of Activities of Daily living (Bethel ADL Index)

¹⁻³ Registered Nurse, Moun Nong Bua Lamphu Hospital

⁴ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom

Corresponding author : Sirirat Intharakasem; e-mail: sirirat.intharakasem@gmail.com

บทนำ

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและมีอุบัติการณ์เจ็บป่วยเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีประชากรถึง 40 ล้านคนจาก 56 ล้านคนที่เสียชีวิตมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลางที่มีการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี พบถึงร้อยละ 48 ซึ่งร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ และเบาหวาน เป็นต้น¹⁷ สำหรับประเทศไทยนั้น จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2557 ได้ระบุถึงสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โลหิตจางจากไขกระดูกฝ่อ และโลหิตจางชนิดอื่นๆ ไตวาย ซึ่งโรคทั้งหมดจัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกๆ กลุ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา นอกจากนี้แล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลังเคลื่อนเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัย (Population ageing) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ จะทำให้พบการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น² และเป็นประชากรที่มีแนวโน้มในการเป็นผู้ป่วยติดเตียงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น จากข้อมูลสารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2561 รายงาน ณ ข้อมูล ณ วันที่ 27 มกราคม 2561 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 66,234,000 คน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งหมด 11,770,000

คน คิดเป็นร้อยละ 17.77⁸ ผลการสำรวจล่าสุด มีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่มีสุขภาพไม่แน่นอนติดเตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล คิดเป็นร้อยละ 15 โดยมีประมาณ 960,000 คน ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย¹¹ ในการที่มีกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอยู่ภายในบ้าน จะทำให้เกิดปัญหาทั้งตัวผู้ป่วย เช่น ภาวะการเกิดโรคแทรกซ้อน การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น ปัญหาสำหรับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ และยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพ การดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยนอนติดเตียงเป็นจำนวนมาก ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีทั้งที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และมานอนพักรักษาตัวที่บ้าน ซึ่งถ้าหากนอนในโรงพยาบาลก็จะมีทีมแพทย์และพยาบาลคอยดูแลอย่างใกล้ชิด และมีวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามขั้นตอนทางการแพทย์ แต่สำหรับกรณีที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน บุคคลภายในบ้านจะต้องมีหน้าที่คอยดูแลผู้ป่วยนอนติดเตียงเอง ซึ่งผู้ดูแลจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอันตรายและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะตามมาได้³

สถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชนในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้น มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการ

ช่วยเหลือระยะยาวด้วยระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) จากบุคลากรด้านสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภูมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอนติดบ้านติดเตียงจากภาวะโรคและสาเหตุต่างๆ ที่ต้องติดตามเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านกว่า 2,453 คน คิดเป็นร้อยละ 4.26 การเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง มีความยากลำบากเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลสุขภาพและมีความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย มีต้นทุนสูงในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในเขตชนบทที่ไม่มียานพาหนะของตนเอง ถึงแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการในโรงพยาบาลมานานแล้ว แต่ก็ยังเข้าถึงบริการได้น้อยมาก⁵ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียงเป็นการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากครอบครัวหรือญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดูแลด้วย เช่น ที่นอน พื้นบ้าน สถานที่ขับถ่าย ฯลฯ เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ ทีมสุขภาพจึงจำเป็นต้องออกไปประเมินและให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล รวมถึงการที่ต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแล ความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลแบบองค์รวมและครบวงจรเพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน⁷ และต้องมีการประสานงานกับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย^{4,10,12,13} จากการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตตำบลหนองบัวในระยะที่ผ่านมาพบปัญหาที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) โรงพยาบาลเน้นการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (Acute care) จนผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายแล้วส่งกลับดูแลต่อที่บ้านเพื่อลดวันนอนและความแออัดในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยบางรายยังต้องการการดูแลสุขภาพต่อเนื่องเพื่อป้องกันความพิการหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างทันที่ ทำให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติหรือเกือบปกติ แต่การจัดการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care) หรือการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟู (Subacute care) ในชุมชน ยังขาดความชัดเจนและมาตรฐานในการติดตามดูแล 2) มีระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน (Continuity of Care: COC) แต่ยังขาดระบบบริการที่ชัดเจนครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง กล่าวคือ ยังขาดมาตรฐานและคุณภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจน เป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ ขึ้นอยู่กับสมรรถนะส่วนบุคคล 3) ระบบบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ คือ การดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน มีปัญหาด้านบุคลากรและผู้ดูแล (care giver) ที่ไม่เพียงพอทั้งยังขาดความรู้และทักษะ ขาดการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน รวมทั้งขาดการเชื่อมโยงข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง^{6,14,15,16,18}

ศูนย์แพทย์ชุมชน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู รับผิดชอบพื้นที่เขตตำบลหนองบัว ซึ่งรับผิดชอบ 18 ชุมชน มีประชากรในความรับผิดชอบ 11,243 คน ก่อนทำการศึกษามีผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่รับดูแลต่อเนื่องทุกกลุ่มอายุรวม 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.21 ของประชากรทั้งหมด ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีข้อจำกัดคือ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคม และมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในปัจจุบันยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการจัดการอย่างเป็นระบบในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งในส่วนของ การดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ปัญหาและความต้องการของผู้ให้การดูแล เพื่อให้การให้บริการผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่บ้านได้รับการดูแลเป็นอย่างดีเหมือนการรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ต้องนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เพราะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเตียงเป็นเรื่องที่ลำบากใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายมาก และยังสามารถดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2561 ถึงเดือนมิถุนายน 2561 และติดตามศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกโรคทุกกลุ่มวัยที่มี Barthel ADL Index ≤ 11 ทั้งหมด 35 คน ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

นิยามศัพท์

การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หมายถึง การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยประยุกต์ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักงานการพยาบาล ดังนี้ 1) มีการวางระบบงานที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สะดวกและเป็นปัจจุบัน มีภาคีเครือข่ายจากชุมชน ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ทีมเยี่ยมบ้านโดย นักสุขภาพครอบครัว ได้แก่ พยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว รวมทั้งบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและ

เอกชน 3) มีการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการ กำหนดเป้าหมายการเยี่ยม วางแผนจำหน่าย และบริหารจัดการทีม 4) ทีมเยี่ยมบ้านมีสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ มีความรู้เรื่องโรค ยา และอาการแทรกซ้อน 5) การสร้างการมีส่วนร่วม เน้นการสร้างผู้ดูแล สร้างทีมภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำชุมชน และ อสม. 6) กลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยม กำหนดที่ ADL $\leq$ 11 ทุกกลุ่มวัยและทุกโรคที่มีในพื้นที่ มีข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าถึงได้ง่ายและเป็นปัจจุบัน 7) กระบวนการเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดความถี่ของการเยี่ยมตามมาตรฐานและความจำเป็นเร่งด่วน มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีการประชุมปรึกษาเพื่อร่วมวางแผนอย่างต่อเนื่อง 8) มีศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง เพื่อทำหน้าที่เชื่อมประสานที่การส่งออกและนำเข้าเพื่อความสะดวกและมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน มีการดูแลต่อเนื่อง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี Barthel ADL Index ตั้งแต่ 5/20 – 11/20 และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี Barthel ADL Index ตั้งแต่ 4/20 ลงมาทุกราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับ

บ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวของช่วงชีวิต ไม่มีโรคทางจิต และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อยู่ในระยะวิกฤต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้นำแนวคิดเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล (2557) มาใช้ในการ ดำเนินการพัฒนาซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output) ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ 1) มาตรฐานเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้าน 2) ฐานข้อมูล 3) บุคลากร (Family care team: FCT) 4) เครือข่าย คือ ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2. กระบวนการ ประยุกต์ใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้านของสำนักการพยาบาล⁹ ดังนี้ 1) มีการวางระบบงานที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาล มีฐานข้อมูลผู้ป่วยที่สะดวกและเป็นปัจจุบัน มีภาคีเครือข่ายจากชุมชน ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง 2) ทีมเยี่ยมบ้านโดย นักสุขภาพครอบครัว ได้แก่ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว รวมทั้งบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน 3) มีการทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาล

วิชาชีพเป็นผู้จัดการ กำหนดเป้าหมายการเยี่ยม วางแผนจำหน่าย และบริหารจัดการทีม 4) ทีมเยี่ยมบ้านมีสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถประเมินสภาพปัญหาและความต้องการ มีความรู้เรื่องโรค ยา และอาการแทรกซ้อน 5) การสร้างการมีส่วนร่วม เน้นการสร้างผู้ดูแล สร้างทีมภาคประชาชน ได้แก่ แกนนำชุมชน และ อสม. 6) กลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยม กำหนดที่ $ADL \leq 11$ ทุกกลุ่มวัยและทุกโรคที่มีในพื้นที่ มีข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าถึงได้ง่าย และเป็นปัจจุบัน 7) กระบวนการเยี่ยมบ้าน มีการกำหนดความถี่ของการเยี่ยมตามมาตรฐาน และความจำเป็นเร่งด่วน มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย มีการประชุมปรึกษาเพื่อร่วมวางแผนอย่างต่อเนื่อง 8) มีศูนย์ประสานงานการดูแลต่อเนื่อง เพื่อทำหน้าที่เชื่อมประสานที่การส่งออกและนำเข้าเพื่อความสะดวกและมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน (สำนักการพยาบาล, 2557)

3. ผลลัพธ์ คือ ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์เดิมของระบบดูแลผู้ป่วยติดเตียงเดิม เกี่ยวกับมาตรฐานเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน ระบบฐานข้อมูลบุคลากร (Family care team: FCT) และเครือข่าย คือ ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

2. พัฒนาแนวปฏิบัติของระบบดูแลติดบ้านติดเตียง ชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

3. บันทึกข้อมูลผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติระบบดูแลผู้ป่วยติดเตียงเดิม

4. ชี้แจงแนวทางปฏิบัติระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงใหม่แก่ผู้เกี่ยวข้องและให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะทีมนักสุขภาพ ครอบครัวของงานบริการสุขภาพชุมชน(ศูนย์แพทย์ชุมชน) ตำบลหนองบัว ก่อนใช้แนวทางปฏิบัติใหม่

5. จัดอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนใช้แนวทางปฏิบัติใหม่

6. นิเทศให้คำปรึกษาระหว่างการใช้แนวทางปฏิบัติตามระบบการพัฒนาผู้ป่วยติดเตียงเป็นระยะ รวม 4 ครั้ง

7. ประเมินผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เมื่อครบ 3 เดือน จากผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยม มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

มากกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียง และลดการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงหลัง
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขต

ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัด

หนองบัวลำภู ของการพัฒนากระบวนการ

ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทุกโรคทุกกลุ่มวัยที่มี

ADL ≤ 11 ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอ

เมือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยคำนวณขนาด

กลุ่มศึกษาจากเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

จากการคาดคะเนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน <

5% ควบคุมภาวะโรคและการดูแลตนเองได้

>80 % กำหนดการทดสอบเป็น one –side

ด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง

(significance) ที่ 5% และ power 80% ได้

ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาทั้งหมด 35 คน

กลุ่มศึกษามีลักษณะตามเกณฑ์

ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มี
ข้อจำกัด ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการ
ผู้ดูแล หรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรม
บางส่วน มีการดูแลต่อเนื่อง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี
Barthel ADL Index ตั้งแต่ 5/20 – 11/20

2. ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกลุ่มผู้ป่วย
ที่มี Barthel ADL Index ตั้งแต่ 4/20 ลงมา
ทุกราย เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง หรือ
ผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัด

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย
ตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับ
บ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำ
กิจวัตรประจำวัน มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาว
ของช่วงชีวิต

3. ไม่มีโรคทางจิต

4. สามารถพูด ฟัง และเข้าใจภาษาไทย

5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอยู่ใน
ระยะวิกฤต

2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวปฏิบัติระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียงในเขตชุมชนตำบลหนองบัว อำเภอ
เมือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยประยุกต์ใช้
แนวคิดการพัฒนาจากเกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยม
บ้านของสำนักงานการพยาบาล

2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและแบบ
บันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหา โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน
ทั้ง 3 ท่าน

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มศึกษา ที่มีคุณสมบัติ
ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์และ
มีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือ
ในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามในใบ
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Barthel ADL Index ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยค่าทีแบบจับคู่ (Paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู เอกสารรับรองเลขที่ 06/2561

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะกลุ่มศึกษา (n= 35)

ลักษณะของกลุ่มศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) เฉลี่ย 63.3 ($\pm$ SD=22.5) ต่ำสุด 18 สูงสุด 94		
เพศ		
ชาย	21	60.0
หญิง	14	40.0
สาเหตุการป่วยติดเตียง		
Brain atrophy	2	5.7
Stroke	9	25.7
Accident	8	22.8
Ageing	23	65.7
Abscess	1	2.9
ไม่มีโรคร่วม	12	34.3

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มศึกษา

กลุ่มศึกษา คือ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 63.3 ปี (SD=22.5) ต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 94 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายเท่ากับ 21 คน คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีสาเหตุของการป่วยติดเตียงคือ สูงอายุเท่ากับ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 45.7 วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดตัวผู้ป่วยส่วนใหญ่คือสายสวนปัสสาวะเท่ากับ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 34.3 วัสดุอุปกรณ์เสริมที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านส่วนใหญ่คือรถเข็น เท่ากับ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 65.7 และส่วนใหญ่มีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลเท่ากับ 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลลักษณะกลุ่มศึกษา (n= 35) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มศึกษา	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีโรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	23	65.7
Diabetes mellitus	1	2.9
Hypertension	16	45.7
Heart disease	3	8.6
Hyperlipidemia	5	14.3
Gout	6	17.1
Chronic kidney disease	1	2.9
Thyroid	1	2.9
TB spine	1	2.9
วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วย		
ไม่มี	22	62.9
มี	13	37.1
NG tube	2	5.7
TT tube	1	2.9
Foley's catheter	12	34.3
Condom	1	2.9
วัสดุอุปกรณ์เสริมที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน		
ไม่มี	3	8.6
มี	32	91.4
Bed	19	54.3
Air mattress	6	17.1
Suction portable	2	5.7
Oxygen	4	11.4
Wheelchairs	23	65.7
Crutches	5	14.3
Walkers	12	34.3
มีผู้ดูแล		
เป็นสมาชิกครอบครัว	32	91.4
ไม่เป็นสมาชิกครอบครัว	3	8.6

2. ผลการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติด

บ้านติดเตียงในชุมชนเขตตำบลหนองบัว

อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีดังนี้

2.1 มีแนวปฏิบัติของระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2.2 ระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน โดยประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย ผลการติดตามดูแลที่เชื่อมโยงกับเครือข่ายและสามารถใช้ประโยชน์ได้ต่อเนื่อง

2.3 มีทีมนักสุขภาพครอบครัว (Family care team: FCT) ได้แก่ พยาบาล และ นักวิชาการสาธารณสุขของศูนย์แพทย์ชุมชน ตำบลหนองบัว รวมทั้งบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและ

เอกชน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

2.4 มีเครือข่าย คือ ครอบครัว ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อสม. สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

3. ผลลัพธ์การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

3.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index ก่อนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเท่ากับ 4.6 คะแนน (SD=2.1) หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เท่ากับ 7.2 คะแนน (SD=3.5) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น 2.6 คะแนน (95%CI: 1.4 - 3.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนี Barthel ADL Index และจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

กลุ่มศึกษา	จำนวน (n)	คะแนน เต็ม	Mean $\pm$ S.D.	ความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย	95%CI	P-value
ก่อนการพัฒนา	35	20	4.6 $\pm$ 2.1	2.6	1.4 -3.6	<0.001
หลังการพัฒนา	35	20	7.2 $\pm$ 3.5			

3.2 ก่อนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยสมบูรณ์ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย เท่ากับ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 และไม่มีผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง

ไม่เป็นภาระพึ่งพา หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลยลดลงเท่ากับ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 มีผู้ป่วยภาวะพึ่งพานกลาง

สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องการ
ความช่วยเหลือบ้าง เพิ่มขึ้น เท่ากับ 11 คน
คิดเป็นร้อยละ 31.4 และมีผู้ป่วยที่ไม่เป็นภาระ
ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามภาวะพึ่งพา ก่อนและหลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียง

ดัชนี Barthel ADL Index	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	n	%	n	%
0-4 คะแนน	20	57.1	10	28.6
5-8 คะแนน	13	37.5	10	28.6
9-11 คะแนน	2	5.7	11	31.4
12-20 คะแนน	0	0	4	11.4

3.3 ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มี
ภาวะแทรกซ้อนก่อนการพัฒนาระบบดูแล
ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเท่ากับ 18 คน คิดเป็น
ร้อยละ 51.4 หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียงมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มี
ภาวะแทรกซ้อนเท่ากับ 7 คน คิดเป็นร้อยละ
20 การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลงอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ $p=0.005$ ส่วนใหญ่ผู้ป่วย

ติดบ้านติดเตียงมีภาวะแทรกซ้อนคือ แผลกด
ทับ (bedsore) เท่ากับ 28 คน คิดเป็นร้อยละ
80 รองลงมาคือ การติดเชื้อในระบบทางเดิน
ปัสสาวะ (Urinary tract infection) เท่ากับ
10 คน คิดเป็นร้อยละ 28.6 หลังการพัฒนา
ระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า การ
เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะลดลง
มากที่สุดรองลงมาคือปอดบวม (pneumonia)
ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

ภาวะแทรกซ้อน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		p-value
	n	%	n	%	
Complication	28	80.0	7	20.0	0.005
bedsore	28	80.0	7	20.0	
Urinary tract infection	10	28.6	0	0	
pneumonia	1	2.9	0	0	
Joint attachment	1	2.9	1	2.9	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการศึกษาการพัฒนา
ระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขต
ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัด
หนองบัวลำภู เป็นไปตามแนวโน้มของ
สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศที่มีการ
เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยที่กำลัง
เคลื่อนเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัย
(Population ageing) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความ
เสื่อมของร่างกายที่เป็นไปตามอายุ จะทำให้
พบการเจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น² ซึ่งมี
ผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่มีสุขภาพไม่ดี นอนติด
เตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล เพราะช่วยเหลือ
ตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือ
ตนเองได้เลย⁸ ซึ่งผลศึกษาพบว่า ผู้ป่วยติด
บ้านติดเตียงจำนวน 35 ราย มีอายุเฉลี่ย
เท่ากับ 63.3 ปี (SD=22.5) และมีผู้ป่วยที่มี
อายุสูงสุดถึง 94 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่
มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพ
โดยพบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ
ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือด
หัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมอ
เสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแล
ช่วยเหลือ^{1,4} ผลการศึกษาพบว่ามีสาเหตุของ
การป่วยติดเตียงคือสูงอายุ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม
คือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการที่มีภาวะการ
เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีหลายปัจจัยที่
เกี่ยวข้องทั้งจากพันธุกรรม พฤติกรรม สรีระ
วิทยาและสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิต และมี

เหตุมาจากการเกิดปัญหาเรื้อรังในระบบหัวใจ
และหลอดเลือด^{14,16,17}

การศึกษาลักษณะการพัฒนาระบบดูแล
ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยของ
คะแนนความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน ตามดัชนี Barthel ADL Index
หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ จากการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนา
ระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยส่วน
ใหญ่อยู่ในภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถ
ทำกิจวัตรประจำวันได้เลย และไม่มีผู้ป่วยที่
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่เป็น
ภาระพึ่งพา หลังการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย
ติดบ้านติดเตียง พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะ
พึ่งพาโดยสมบูรณ์ ไม่สามารถทำกิจวัตร
ประจำวันได้เลยลดลง มีผู้ป่วยภาวะพึ่งพาปาน
กลาง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่
ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เพิ่มขึ้นและมี
ผู้ป่วยที่ไม่เป็นภาระพึ่งพา สามารถทำกิจวัตร
ประจำวันได้เอง สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่เป็นการบริการ
พยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล
มาที่บ้านให้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้
ที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพ ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเอง
ไม่ได้ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งยังมีปัญหา
สุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ
อย่างเหมาะสมกับความจำเป็น โดยให้บริการ
ทางการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาด
ทักษะ มีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถ
ช่วยเหลือตนเองได้ เพื่อสร้างความมั่นใจเป็น
กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล

ตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิต
อยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ⁹ แต่
อย่างไรก็ข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับ
ภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดกับผู้ป่วยติดเตียงที่
พบมากคือแผลกดทับ หลังการพัฒนายังมี
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับคงเดิม ซึ่งผู้วิจัย
ต้องนำผลการศึกษาไปวิเคราะห์ถึงสาเหตุและ
แนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดบ้านติด
เตียงอย่างต่อเนื่องต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ
การคัดกรอง_ประเมินผู้สูงอายุ. 2558.
สืบค้น 5 มกราคม 2561, จาก
[http://agingthai.dms.moph.go.th/
agingthai/download](http://agingthai.dms.moph.go.th/agingthai/download).
2. พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ นิสาล นาคกุล และ
วิษญา โรจนรักษ์.สถานการณ์ ปัญหา
และความต้องการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
กลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขต
เทศบาลนคร สุราษฎร์ธานี | Nursing
Journal of The Ministry of Public
Health. 2016. สืบค้น 27 มีนาคม
2018, จาก [https://tcithaijo.org/index.php/tnaph/article
/view/65677](https://tcithaijo.org/index.php/tnaph/article/view/65677)
3. ระพีพร วาโยบุตร และ พิมพา สุตรา . การ
พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วน
ร่วม ของครอบครัวและชุมชน บ้าน
หนองโดน อำเภอเมือง จังหวัด
- มหาสารคาม. Journal of Nursing
Division-วารสารกองการพยาบาล
2561, 41(2). สืบค้น จาก
[http://thailand.digitaljournals.org/
tdj/index.php/JND/article/view/3
038](http://thailand.digitaljournals.org/tdj/index.php/JND/article/view/3038)
4. ศิริรัตน์ ปานอุทัย ทศพร คำผลศิริ และ
ลินจงโปธิบาล. รายงานการวิจัย การ
วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาว
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับ
ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองไม่ได้. คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
; 2553.
5. ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุข
หนองบัวลำภู. ข้อมูลและสถิติ
สาธารณสุขที่สำคัญ จังหวัด
หนองบัวลำภู. 2560. สืบค้น 5
กุมภาพันธ์ 2561, จาก
<http://www.npo.moph.go.th/#>
6. ศูนย์แพทย์ชุมชน. ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน.
2560. สืบค้น 5 มกราคม 2561, จาก
[http://www.govesite.com/Pccnb/
document.php](http://www.govesite.com/Pccnb/document.php)
7. สายพิน เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโร
สนธิ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่ม
เสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *Thai Journal
of Nursing Council*; 2557, 29(4),
22–31.
8. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล. 2561. สืบค้น 25
กุมภาพันธ์ 2018, จาก

- <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/Gazette.aspx>
9. สำนักงานพยาบาล. เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. 2557. สืบค้น 20 กุมภาพันธ์ 2561, จาก http://www.nursing.go.th/Book_nurse/Homevisit/01.pdf
 10. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ดึงคนแก่ "ติดบ้าน" ดูแลผู้ป่วย "ติดเตียง" 2558. สืบค้น 25 มกราคม 2018, จาก <https://www.nationalhealth.or.th/node/485>
 11. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. 2558. สืบค้น 27 มีนาคม 2561 จาก <http://env.anamai.moph.go.th/ewtdadmin/ewt/env/download/bkWeb/book/i002.pdf>
 12. Alhuwail, D., Koru, G., & Nahm, E.-S. How Can Home Care Patients and Their Caregivers Better Manage Fall Risks by Leveraging Information Technology? *Journal of patient experience*; 2016, 3(4), 137–144. <https://doi.org/10.1177/2374373517690286>
 13. Carrier, J. *Managing Long-term Conditions and Chronic Illness in Primary Care : A Guide to Good Practice* (Second edition). London: Routledge; 2016.
 14. Daaleman, T. P., & Helton, M. R. *Chronic Illness Care : Principles and Practice*. Cham, Switzerland: Springer; 2018.
 15. Waverijn, G., Heijmans, M., & Groenewegen, P. P. Chronic illness self-management: a mechanism behind the relationship between neighbourhood social capital and health? *European Journal of Public Health*; 2017, 27(4), 594–599. <https://doi.org/10.1093/eurpub/c kw185>
 16. Welch, G. L., & Harrist, A. W. *Family Resilience and Chronic Illness : Interdisciplinary and Translational Perspectives*. Switzerland: Springer; 2016.
 17. WHO | World Health Organization. 2015. สืบค้น 9 มิถุนายน 2018, จาก <http://www.who.int/gho/ncd/en/>
 18. Withnall, A. Learning to Live with Chronic Illness in Later Life: Empowering Myself. *Australian Journal of Adult Learning*; 2017, 57(3), 474–489

ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

ศิริรัตน์ ปานโต¹อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี กลุ่มประชากร คือ เด็กก่อนวัยเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็กเขตตำบลบ้านหมอ จำนวน 436 คน ประชากรที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 209 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้โรคมือเท้าปาก ส่วนที่ 3 ทัศนคติในการป้องกันโรค ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (38.8%) ($\bar{X}$ =2.10, S.D.=0.777) ระดับทัศนคติการป้องกันโรค ภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (79.4%) ($\bar{X}$ =2.79, S.D.=0.405) และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (82.8%) ($\bar{X}$ =2.82, S.D.=0.378) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้โรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี (r =0.209, P-value=0.002) และทัศนคติการป้องกันโรค ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน (r =0.013, P-value=0.855) ตามลำดับ

คำสำคัญ : โรคมือเท้าปาก, พฤติกรรมการป้องกันโรค, เด็กก่อนวัยเรียน

1 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี, Sirirat-panto@hotmail.co.th

2 อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, Corresponding author, Amornsak1.poum@gmail.com

**Knowledge and attitude associated with preventing behavior for Hand Food and Mouth disease by parents of pre-school children
In Banmo Tambon, Banmo District, Saraburi province.**

Sirirat Panto¹

Amornsak Poum²

Abstract

This study aimed to investigate the association of knowledge about hand-foot-and-mouth disease, attitudes towards its prevention, and preventive behaviours regarding hand-foot-and-mouth disease of pre-school children's guardians in Tambol Banmo, Banmo district, Saraburi province. Totally, 209 out of 436 guardians of pre-school children from primary schools or child care centres were randomly recruited in this study. Data were collected by the questionnaire (with Cronbach's alpha coefficient of 0.91) including four parts: characteristics of respondents, knowledge about hand-foot-and-mouth disease, attitudes towards prevention, and preventive behaviours regarding hand-foot-and-mouth disease. Pearson Product Moment Correlation Coefficient was employed for data analysis.

The results showed that 39% of guardians had the moderate level of average knowledge scores about hand-foot-and-mouth disease ($\bar{X}=2.10$, S.D.=0.777). About 79 % of the guardians had the high level of average scores on attitudes towards hand-foot-and-mouth disease prevention ($\bar{X}=2.79$, S.D.=0.405). Moreover, 83% of guardians had the high level of average scores on preventive behaviours regarding hand-foot-and-mouth disease ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.378). Findings illustrated that guardians' knowledge about hand-foot-and-mouth disease was significantly associated with their preventive behaviour ($r=0.209$, P-value=0.002). There was no correlation between guardians' attitudes towards hand-foot-and-mouth disease prevention and their preventive practices ($r=0.013$, P-value=0.855).

Keywords: Hand food and mouth disease, Prevention behavior, Pre-school children

¹ Public Health Practitioners, Banmo Tambin, Banmo District, Saraburi Province.

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, **Corresponding author**, Amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

โรคมือเท้าปาก (Hand food and mouth disease) เป็นโรคที่มีการระบาดในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน โดยเฉพาะชั้นอนุบาล พบอัตราป่วยมากกว่า 60% สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอนเทอโร (Enterovirus) โดยสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคมือเท้าปากที่พบบ่อยคือ Coxsackievirus ส่วนสายพันธุ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคคือเชื้อเอนเทอโรไวรัส (Enterovirus 71) สาเหตุการติดต่อเกิดจากการกินเชื้อไวรัสเข้าไปทางตรง (Fecal-Oral-Routel) จากการสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย น้ำที่เกิดจากตุ่มพองของผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการแสดงของโรคคือ มีไข้ มีอาการเจ็บบริเวณปาก พบตุ่มแดงที่เหงือกกระพุ้งแก้ม และยังพบตุ่มหนองได้ตามบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า สำหรับการรักษายังไม่มียารักษาโรคด้วยวิธีการเฉพาะ แต่สามารถป้องกันการระบาดของโรคมือเท้าปากได้¹ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการป้องกันโรคโดยใช้วิธีการสร้างสุขนิสัยส่วนบุคคลให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน เช่น การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง ก่อนหยิบจับสิ่งของเข้าปากและก่อน หลังการเข้าห้องน้ำทุกครั้ง และไม่ให้ผู้ป่วยเดินทางไปในสถานที่ที่เป็นแหล่งรวมของกลุ่มเด็กเล็กวัยเดียวกันรวมทั้งสถานที่ที่มีคนจำนวนมากเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้อื่น

จากรายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของโรคมือเท้าปากของจังหวัด

สระบุรี 3 ปี ย้อนหลัง มีผู้ป่วยด้วยโรคมือเท้าปาก ระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 จำนวน 427, 1,929, 985 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 68.09, 304.12 และ 155.29 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เดือนมกราคมถึงสิงหาคม รวม 739 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 115.46 ต่อแสนประชากร² สถานการณ์การเกิดโรคมือเท้าปากเขตอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จำนวน 7, 90 และ 39 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 16.41, 209.53 และ 91.08 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และ ปี พ.ศ.2561 ระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม พบผู้ป่วยจำนวน 45 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 105.14 ต่อแสนประชากร³ สำหรับสถานการณ์โรคมือเท้าปากในเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 พบแนวโน้มของผู้ป่วยโรคมือเท้าปากมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวน 2, 10 และ 15 ราย คิดเป็นอัตราป่วย เท่ากับ 26.04, 64.46 และ 130.51 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากแล้ว จำนวน 8 ราย (อัตราป่วย 104.87 ต่อแสนประชากร) เมื่อพิจารณาข้อมูลการระบาดของโรคเกิดโรคมือเท้าปากจะเห็นว่าแนวโน้มการเกิดโรคที่สูงขึ้นซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลการระบาดของโรคมือเท้าปากของระดับอำเภอบ้านหมอ³

จากข้อมูลสภาพปัญหาข้างต้น โรคมือเท้าปากในเด็กก่อนวัยเรียนถือว่าเป็นปัญหาโรคติดต่อที่เกิดการระบาดในเด็กก่อนวัยเรียนของ

พื้นที่ตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน เพราะหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมอาจทำให้เกิดความรุนแรงถึงชีวิตได้ ดังนั้นการป้องกันควบคุมโรคที่ดีและแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคมือเท้าปากในเด็กก่อนวัยเรียนจึงมีความจำเป็นต้องอาศัยผู้ปกครองที่จะต้องดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนและการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปาก ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการโรคจะดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรมการป้องกันการโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก⁴ ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตพื้นที่ตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี เพื่อนำผลวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคมือเท้าปากต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา,

การประกอบอาชีพ, รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน, บทบาทในการทำหน้าที่ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน 2) ความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ประกอบด้วย อาการของโรค การติดต่อ วิธีการป้องกัน 3) ทัศนคติการป้องกันโรค ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรค การป้องกันการระบาด และ 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ประกอบด้วย การล้างมือ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) ดำเนินการวิจัยระหว่างกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2561 กลุ่มประชากรคือ เด็กก่อนวัยเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนหรือศูนย์เด็กเล็กเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ประกอบด้วย โรงเรียนอนุบาลบ้านหมอ (พัฒนราษฎร์) โรงเรียนมัธยมอนุกุลวิทยาและศูนย์เด็กเล็กเทศบาลบ้านหมอ จำนวน 436 คน ประชากรในงานวิจัยคือ เด็กก่อนวัยเรียน และประชากรที่ใช้ในการสอบถามข้อมูล คือ ผู้ปกครองของเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา คือ เป็นผู้ปกครองที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียน สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁵

โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 209 คน การเลือกรายชื่อของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ด้านความรู้เรื่องโรคมือเท้าปาก ข้อคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลของบลูม (Bloom)⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-79% และระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$ ส่วนที่ 3 ด้านทัศนคติการป้องกันโรค ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำ ส่วนที่ 4 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John W.⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเพื่อหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา

ของครอนบาค⁸ เท่ากับ 0.91 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี มีความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียนในฐานะเป็นพ่อแม่ของเด็กก่อนวัยเรียน (56%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (75.1%) มีอายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี (60.3%) ($\bar{X}=37.86$, S.D.=12.15, Max=80, Min=12) สถานภาพสมรส/แต่งงาน (71.3%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (44.5%) รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี (20.1%) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (25.8%) และเป็นแม่บ้าน (21.5%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (47.8%) ($\bar{X}=14,868.42$, S.D.=9,375.26, Max=55,000, Min=3,000)

ระดับความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ ภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (38.8%) ($\bar{X}=2.10$, S.D.=0.77) ระดับทัศนคติการป้องกันโรคของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ ภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (79.4%) ($\bar{X}=2.79$, S.D.=0.40) และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ ภาพรวมมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (82.8%) ($\bar{X}=2.82$, S.D.=0.37) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี (n=209)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	n	%	n	%	n	%		
ความรู้โรคมือเท้าปาก	75	35.9	81	38.8	53	25.4	2.10	0.77
ทัศนคติการป้องกันโรค	166	79.4	43	20.6	-	-	2.79	0.40
พฤติกรรมการป้องกันโรค มือเท้าปาก	173	82.8	36	17.2	-	-	2.82	0.37

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โรคมือเท้าปาก ทักษะการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 พบว่า ความรู้โรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของ

ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ($r=0.209$, $P\text{-value}=0.002$) และทัศนคติการป้องกันโรคไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี ($r=0.013$, $P\text{-value}=0.855$) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

ความรู้และทัศนคติ	พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)		ระดับความสัมพันธ์
		P-value	
ความรู้โรคมือเท้าปาก	0.209	0.002*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติการป้องกันโรค	0.013	0.855	ไม่มีความสัมพันธ์

*P-value<0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ ประกอบด้วย การล้างมือการรับประทานอาหาร การขับถ่าย สุขวิทยาส่วนบุคคล ในภาพรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.8 เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก เมื่อพบว่าบุตรหลานป่วยด้วยอาการมีไข้ มีตุ่มเล็กที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือ ฝ่าเท้าและในปาก ผู้ปกครองจะรีบนำบุตรหลานไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/หมอ/พยาบาลทันที สำหรับพฤติกรรมด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลพบว่า ผู้ปกครองจะให้เด็กก่อนวัยเรียนใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อมีอาการไอ จาม และน้ำมูกไหล รวมทั้งผู้ปกครองจะสอนให้เด็กก่อนวัยเรียนรู้วิธีการถ่ายอุจจาระลงในส้วม สอดคล้องกับทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพของ Coachman ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติต่างๆ ของบุคคล อาทิ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ความรู้อื่นๆ ซึ่งหมายความว่ารวมถึงลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัยและรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำ และลักษณะนิสัยซึ่งเกี่ยวกับข้อสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกัน⁹

ความรู้โรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.8 ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค การติดต่อของโรคและวิธีการป้องกันโรค โดยผู้ปกครองเด็ก

ก่อนวัยเรียนจะมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมือเท้าปาก ได้แก่ มีไข้สูง ปวดศีรษะ มีตุ่มเล็กที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า ในส่วนความรู้ด้านการติดต่อของโรคมือเท้าปาก พบว่าผู้ปกครองจะทราบว่าโรคมือเท้าปากเกิดจากเชื้อไวรัสเอนเทอโรไวรัส สำหรับความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคคือ ผู้ปกครองทราบว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่เป็นประจำก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่ายจะสามารถป้องกันโรคมือเท้าปากได้ รวมทั้งในปัจจุบันผู้ปกครองสามารถนำเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคมือเท้าปากได้ ความรู้โรคมือเท้าปากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี (P-value=0.002) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนได้รับความรู้จากการแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขและครูผู้ดูแลเด็ก¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹¹⁻¹² พบว่า ศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งพระ ตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว พบว่า ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากและการป้องกันการติดต่อของโรคในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.1 และสอดคล้องกับงานวิจัยบุญเลิศ จันทร์หอม¹³ ศึกษาการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กเล็กด้านสุขภาพอนามัยในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปากของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตอำเภอลับแล

จังหวัดอุดรธานี พบว่า ด้านความรู้ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคมือเท้าปาก โดยมีความรู้ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 85.10 แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา¹⁴ พบว่า ความรู้ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็กเขตอำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ เพราะผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีความรู้เรื่องโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.2

ทัศนคติการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหม้อ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.4 ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรค การป้องกันการระบาด โดยผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนทราบว่าหากบุตรหลานมีอาการของโรคมือ เท้า ปาก ต้องรีบแยกออกและให้หยุดเรียน⁷ วันหรือจนกว่าจะหาย สำหรับการป้องกันการระบาดพบว่า ผู้ปกครองทราบว่าโรคมือเท้าปากสามารถติดต่อจากคนสู่คนและการใช้ภาชนะที่ใช้ร่วมกันได้ เช่น แก้วน้ำ ช้อนหรือของที่ปนเปื้อนน้ำลาย น้ำมูกผู้ป่วยที่เป็นโรคมือเท้าปากสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคได้ ทัศนคติการป้องกันโรคมือเท้าปากไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ($P\text{-value}=0.855$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ทัศนคติเป็นผลมาจากการเรียนรู้ และความรู้สึกเมื่อคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และมี

ความรู้สึกชอบ หรือพึงพอใจต่อสิ่งนั้นแล้ว สิ่งที่มาคือความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ และความรู้สึกต่อสิ่งนั้น หากบุคคลรู้และเชื่อว่าสิ่งใดดีก็จะเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น¹⁵ ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติที่ไม่ดี สอดคล้องกับ Thurstone¹⁶ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein¹⁷ กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวมของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคติย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของพรวิภา เย็นใจ และคณะพบว่าระดับทัศนคติของผู้ปกครองเด็กก่อนวัย

เรียนอยู่ในระดับปานกลางและทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก ตำบลสีบัวทอง จังหวัดอ่างทอง¹⁸ แต่แตกต่างกับงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁹⁻²⁰ พบว่าระดับทัศนคติของผู้ปกครองเด็กในศูนย์เด็กเล็กมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของมารดาเด็ก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าระดับทัศนคติในการป้องกันโรคของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรมุ่งเน้นกิจกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากที่ทำให้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เพื่อเป็นการปรับทัศนคติของผู้ปกครองในการให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค เช่น การรณรงค์ให้ผู้ปกครองเด็กมีการใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร การใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกเมื่อมีอาการไอหรือจาม เป็นต้น เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับเด็กก่อนวัยเรียนให้ปฏิบัติพฤติกรรมตามผู้ปกครอง สำหรับความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขควรเน้นการให้ความรู้โรคมือเท้าปากแก่ผู้ปกครองเด็ก โดยใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับ หรือโปสเตอร์ รวมทั้งการแนะนำให้ผู้ปกครองได้ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมือเท้าปากจากเว็บไซต์ต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำหรับทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2555.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมือเท้าปาก จังหวัดสระบุรี. สถานการณ์โรคมือเท้าปาก. งานควบคุมโรคติดต่อจังหวัดสระบุรี; 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมอ. การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา. รายงานระบาดวิทยาประจำปี. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านหมอ; 2561.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักโรคติดต่อทั่วไป. เรื่องโรคมือเท้าปาก 2555. นนทบุรี: สำนัก; 2555.
5. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
6. Bloom, B.S. Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York; 1975.

7. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3: 455-468.
8. Cronbach, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 1951; 16(3): 297-334.
9. Gochman, D.S. Health behavior : Emerging research perspectives. New York: Plenum Press; 1988.
10. จารุวรรณ แหลมไธสง. ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในศูนย์เด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
11. ดารา สัตยาชัย. พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง กรณีศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านทุ่งพระ ตำบลท่าเกษม อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ]. มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์; 2559.
12. อัจจิมา ชนะกุล. พฤติกรรมของครูต่อการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3: 455-468.
13. บุญเลิศ จันทร์หอม. การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กและเด็กทางด้านสุขภาพอนามัย ในการป้องกันการเกิดโรคมือเท้าปาก ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
14. พัทธกรณ บติรัฐ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2557.
15. อัจจิมา ชนะกุล. พฤติกรรมของครูต่อการควบคุมป้องกันโรคมือเท้าปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3: 455-468.
16. Thurstone, L.L. Reading in Attitude Theory and Measurement. New York: John Wiley and Sons, Inc; 1970.
17. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1980.

18. พรวิภา ใจเย็น, สุทธิโชค ดีเสมอ, ระวีวรรณ แสงฉาย และวราภรณ์ ขัดทาน.
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครอง และ
ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์เด็กเล็ก
ตำบลสีบัวทอง จังหวัดอ่างทอง
[วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต].
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ
ธนบุรี; 2559.
19. สิวารีย์ พิมพ์ประเสริฐ. ปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก
ของมารดาเด็ก กรณีศึกษาศูนย์เด็กเล็ก
ตำบลประชาสุขสันต์ อำเภอลานกระบือ
จังหวัดกำแพงเพชร [วิทยานิพนธ์
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต].
พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2555.
20. รัตติญา เจริญโชคพานิชย์. ความรู้ เจตคติ
และพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้า
ปาก ของผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่าห้าปี ใน
กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
[วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุข]. กรุงเทพมหานคร:
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน
เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

สมโภช ยอดดี¹

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา กลุ่มประชากรคือ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 175 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยบริหาร ส่วนที่ 3 กระบวนการบริหาร ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.975 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยบริหารประกอบด้วย กำลังคน งบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.39) กระบวนการบริหารประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การอำนวยการ การประสานงานและการรายงาน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.92, S.D.=0.27) ระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.88, S.D.=0.33) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.235$, $P\text{-value} = 0.007$, $r = 0.245$, $P\text{-value} = 0.005$) ตามลำดับ

คำสำคัญ : ปัจจัยบริหาร; กระบวนการบริหาร, การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนซันแรด อำเภोजะนง จังหวัดสงขลา:

E-mail: kaunkeerat@gmail.com

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, Corresponding author, Amornsak1.poum@gmail.com

Administrative Factors and Administrative Process Associated with Practicing for Epidemiology Surveillance among Health Personnel in Health Promotion Hospital, Songkhla Province

Sompoch Yoddee¹

Amornsak Poum²

Abstract

This descriptive research aimed to study administrative factors and administrative process associated with practicing for epidemiology surveillance among health personnel in Health promotion hospital, Songkhla Province. Population was 175 health personnel responsible for epidemiology surveillance in Tambol health promoting hospitals in Songkhla province, in fiscal year 2018. Participants were 132 cases calculated by Daniel formula and systematic random sampling was determine to select the participants. Data were collected by questionnaires which composed of: parts 1 characteristic of participants; part 2 administrative factors; part 3 administrative processes; and part 4 epidemiology surveillance practice. Validity of questionnaire was checked by 3 experts and reliability of questionnaire was tested by Cronbach alpha coefficient = 0.975. Pearson product moment correlation coefficient was used to analyze the data.

The results showed that the administrative factors including man, money and material had mean score with high level ($\bar{X}=2.81$, S.D.=0.39), and the administrative process including planning, organizing, directing, co-ordination and reporting had mean score with high level ($\bar{X}=2.92$, S.D.=0.27). Moreover, epidemiology surveillance practice including collection of data, consolidation and presentation, data analysis and interpretation, as well as dissemination of Information had mean score with high level ($\bar{X}=2.88$, S.D.=0.33). Regarding the analyzing of association, it was found that the administrative factors and the administrative process associated with practicing for epidemiology surveillance among health personnel in Tambol health promoting hospitals in Songkhla Province with statistic significant ($r=0.235$, P-value=0.007, $r=0.245$, P-value=0.005, respectively).

Keywords: Administrative factors, Administrative process, Epidemiology surveillance

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Kuankeerat Distric Health Promotion Hospital, Chana District , Songkhla Province. **E-mail:** kaunkeerat@gmail.com

² Lecturer of Master of Public Health Program in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University. **Corresponding author, E-mail:** Amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นกิจกรรมสำคัญกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้ทราบถึงระดับการเกิดโรคในชุมชนที่เรียกว่า โรคประจำถิ่นพร้อมทั้งทราบลักษณะปกติของโรคนั้นๆ เนื่องมาจากการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่มีประสิทธิภาพ1 โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 4 ขั้นตอน ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การเรียบเรียง และการนำเสนอข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลและการกระจายข้อมูลข่าวสาร² ทำให้ระบบเฝ้าระวังโรคซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานและสำคัญที่จะได้มาซึ่งข้อมูลสำหรับใช้ในการควบคุมและป้องกันโรค เพราะการสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชนจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ต้อง ครบถ้วน ทันเวลาและเพียงพอที่จะสะท้อนสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้³ ระบาดวิทยาเป็นสิ่งสำคัญที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมและป้องกันโรคเพื่อให้รู้เท่าทันการเกิดโรคและสามารถควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดำเนินงานระบาดวิทยามีกิจกรรมหลักสำคัญ 3 ด้าน คือ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การสอบสวนทางระบาดวิทยา และการศึกษาทางระบาดวิทยา สำหรับงานสาธารณสุขสมัยใหม่การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นแนวทางป้องกันและควบคุมโรค การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง²

จากสรุปผลการดำเนินงานทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ปีงบประมาณ 2560 พบว่า ข้อมูลการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาด้วยบัตร รง. 506 มีความครบถ้วนเพียง 34.6% ความถูกต้อง 69.8% และความทันเวลา 80.5% บางส่วนไม่มีการจัดทำรายงานทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลไปจากความเป็นจริง ถือเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องตามหลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ศูนย์ข้อมูลระบาดวิทยาระดับอำเภอ จำนวน 4 แห่ง พบว่ามีการส่งรายงานไม่ทันเวลาหรือมีความทันเวลาเพียง 25% (เกณฑ์มาตรฐานต้องไม่น้อยกว่า 50%) นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2559-2560 พบเหตุการณ์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกกลับเป็นซ้ำ (Secondary generation) จำนวน 28 รายและ 21 รายตามลำดับ⁴ เนื่องจากการควบคุมโรคที่ล่าช้าทำให้ไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ จะส่งผลกระทบยาวต่อการควบคุมโรคที่ไม่มีประสิทธิภาพ หากมีโรคที่ระบาดรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชนในวงกว้างได้⁵

การบริหารเป็นเครื่องมือสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ในการผลักดันให้ภาครัฐมีผลการดำเนินงานที่เป็นเลิศ เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลกิจการที่ดีโดยชี้ให้เห็นผลกระทบต่อกิจกรรมที่องค์กรต้องดำเนินการ การบริหารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเพิ่มโอกาสและความสำเร็จลดความล้มเหลวและลดความไม่แน่นอนในผลการดำเนินงานช่วยให้องค์กรสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายตามเป้าประสงค์ พันธกิจ วิสัยทัศน์และประเด็น

ยุทธศาสตร์ที่วางไว้ได้⁶ ปัจจัยการบริหารที่สำคัญประกอบด้วย กำลังคน เงิน วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการปฏิบัติ ปัจจัยดังกล่าวเรียกรวมๆ ว่า “4 M's” ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการบริหารงาน⁷ การบริหารจัดการที่ดีจะต้องอาศัยกระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพซึ่งได้ยึดหลักกระบวนการบริหาร “POSDCoRB” ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์การ การจัดบุคลากรปฏิบัติงาน การอำนวยการ การประสานงาน การรายงาน และการงบประมาณ⁸ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์จะต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพวางแผนการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา โดยศึกษาปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหาร เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นข้อมูลใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในจังหวัดสงขลาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระในการวิจัย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, ตำแหน่งงานในปัจจุบัน, ระยะเวลาในการปฏิบัติงานระบาดวิทยา, และการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา 2) ปัจจัยการบริหาร โดยใช้แนวคิดของ Weihrich, Heinz and Koontz⁷ ประกอบด้วย บุคลากร, งบประมาณ, วัสดุอุปกรณ์ 3) กระบวนการบริหาร โดยใช้แนวคิดของ Luther Gulick, Lyndall Urwick⁸ ประกอบด้วย การวางแผน, การจัดองค์การ, การอำนวยการ, การประสานงาน, การรายงาน และ 4) การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา² ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานหรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ปีงบประมาณ 2561 โดยปฏิบัติงานในหน้าที่มาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 175 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁹ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่า

ความคลาดเคลื่อน สามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 132 คน เลือกรายชื่อของบุคลากรสาธารณสุขเป็นตัวแทนในการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติม
ข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการบริหาร ข้อคำตอบมี
ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับ
ความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็น
ด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
ระดับสูง ปานกลางและต่ำเกณฑ์ การแปลผล
ตามแนวคิดของ Best J.W.10 แบ่งเป็น 3
ระดับ คือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนน
ระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนน
ระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนน
ระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 กระบวนการบริหาร ข้อคำตอบ
มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ
คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็น
ด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำตอบมีลักษณะ
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็น
ด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3
ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลางและต่ำเกณฑ์
การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.10
แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง
คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทาง
ระบาดวิทยา ข้อคำถามเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่าตามระดับการปฏิบัติ 5 ระดับคือ
ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.10
แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความคิดเห็นระดับสูง
คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม
เพื่อหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3
ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และ
คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.975

สถิติวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนาและสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product
moment correlation coefficient) โดย
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.39%) นับถือศาสนาพุทธ (63.64%) มีอายุระหว่าง 28-42 ปี (46.97%) ($\bar{X}$ =35.55, S.D.=8.91, Max=57, Min=21) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (59.85%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (86.36%) ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (60.61%) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาอยู่ระหว่าง 3-11 ปี (55.3%) ($\bar{X}$ =7.84, S.D.=6.05, Max=25, Min=1) ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมด้านระบาดวิทยา 1 ครั้งต่อปี (54.55%)

ระดับปัจจัยการบริหารของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.81, S.D.=0.39) เมื่อพิจารณาปัจจัยการบริหารจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านกำลังคนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.83, S.D.=0.38) ด้านงบประมาณอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.76, S.D.=0.45) และด้านวัสดุอุปกรณ์อยู่ใน

ระดับสูง ($\bar{X}$ =2.86, S.D.=0.37) ตามลำดับ สำหรับกระบวนการบริหาร พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.92, S.D.=0.27) เมื่อพิจารณากระบวนการบริหารจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการวางแผนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.90, S.D.=0.29) ด้านการจัดองค์กรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.90, S.D.=0.31) ด้านอำนวยการอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.34) ด้านการประสานงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.94, S.D.=0.24) ด้านการรายงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.98, S.D.=0.15) ตามลำดับ การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.88, S.D.=0.33) เมื่อพิจารณาปัจจัยการบริหารจำแนกรายด้าน พบว่า การรวบรวมข้อมูล ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.92, S.D.=0.27) การนำเสนอข้อมูล ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.70, S.D.=0.52) การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.32) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =2.89, S.D.=0.31) ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหารและการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา (n=132)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	n	%	n	%	n	%		
ปัจจัยบริหาร	107	81.06	25	18.94	-	-	2.81	0.39
กำลังคน	109	82.58	23	17.42	-	-	2.83	0.38
งบประมาณ	101	76.52	30	22.72	1	0.76	2.76	0.45
วัสดุอุปกรณ์	115	87.12	16	12.12	1	0.76	2.86	0.37
กระบวนการบริหาร	122	92.42	10	7.58	-	-	2.92	0.27
การวางแผน	120	90.91	12	9.09	-	-	2.90	0.29
การจัดองค์การ	121	91.66	10	7.58	1	0.76	2.90	0.31
การอำนวยการ	118	89.39	13	9.85	1	0.76	2.89	0.34
การประสานงาน	124	93.94	8	6.06	-	-	2.94	0.24
การรายงาน	129	97.73	3	2.27	-	-	2.98	0.15
การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา	116	87.88	16	12.12	-	-	2.88	0.33
การรวบรวมข้อมูล	112	92.42	10	7.58	-	-	2.92	0.27
การเรียบเรียงและนำเสนอข้อมูล	97	73.49	31	23.48	4	3.03	2.70	0.52
การวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผล	117	88.64	15	11.36	-	-	2.89	0.32
การกระจายข้อมูลข่าวสาร	118	89.39	14	10.61	-	-	2.90	0.31

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหาร และการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการ

ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.235$, $P\text{-value}=0.007$, $r=0.245$, $P\text{-value}=0.005$ ตามลำดับ) (ตามตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่าง ปัจจัยการบริหาร กระบวนการบริหารและการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา (n=132)

ปัจจัยบริหารและ กระบวนการบริหาร	การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยบริหาร	0.235	0.007**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
กำลังคน	0.319	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
งบประมาณ	0.215	0.013*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
วัสดุอุปกรณ์	0.307	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
กระบวนการบริหาร	0.245	0.005**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการวางแผน	0.448	<0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการจัดองค์กร	0.263	0.002**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการอำนวยการ	0.285	0.001*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการประสานงาน	0.198	0.023*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการรายงาน	0.099	0.258	ไม่มีความสัมพันธ์

* ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.05

** ระดับนัยสำคัญ ที่ระดับ 0.01

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ระบาดวิทยาเป็นการศึกษาการกระจายของโรคหรือปัญหาสุขภาพหรือเหตุการณ์ในชุมชนหนึ่งๆ และศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือเหตุการณ์นั้นๆ โดยวิธีการศึกษา ได้แก่ การเฝ้าระวัง การสังเกต การศึกษาวิเคราะห์ หรือการทดลอง การวิเคราะห์การเกิดโรคหรือเหตุการณ์ในชุมชนนั้นๆ ตามบุคคล เวลา สถานที่ เป้าหมายก็เพื่อหาแนวทางในการป้องกันโรคและเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า⁴ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นกระบวนการติดตามสังเกต

และพินิจพิจารณาลักษณะการเกิดโรคและการกระจายของโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ อย่างเป็นระบบ รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงการเกิดและการกระจายเพื่อนำไปสู่การดำเนินการควบคุมป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาต้องอาศัยการบริหารจัดการด้านข้อมูลที่ดี มีความถูกต้องแม่นยำ มีความครบถ้วนของข้อมูลตามบุคคล เวลา และสถานที่โดยอาศัยเครื่องมือที่สะดวกรวดเร็วและเหมาะสมต่อสถานการณ์เพื่อสามารถนำไปใช้ในการตัดสินใจวางแผนควบคุมและป้องกันโรค การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ได้แก่ การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร²

การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา มีระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับสูง (87.88%) เมื่อพิจารณากิจกรรมการเฝ้าระวังรายด้านจะพบว่า 1) การรวบรวมข้อมูล (Collection of Data) มีการปฏิบัติในระดับสูง (92.42) เป็นการรวบรวมข้อมูลการเกิดโรคจากองค์ประกอบต่างๆของข้อมูล การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาซึ่งได้จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ห้องปฏิบัติการหรือแหล่งข้อมูลอื่นๆที่เป็นจุดเริ่มต้นของข้อมูลในระบบเฝ้าระวังนั้นๆ โดยมีการรายงานโรคหรือเหตุการณ์ที่สนใจจากแหล่งข้อมูลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อจรายงานทันทีโดยโทรศัพท์หรือโทรสาร หรือรายงานเป็นรายสัปดาห์รายเดือนและมีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันและมีฐานข้อมูลหรือนิยามของการรายงานข้อมูลที่แตกต่างกัน 2) การเรียบเรียงและนำเสนอข้อมูล (Consolidation and Presentation) มีการปฏิบัติในระดับสูง (73.49%) เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเรียบเรียงให้เห็นลักษณะของการกระจายการเกิดโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่ แล้วนำเสนอข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติเพื่อให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่ายเหมาะสมสำหรับผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้

ประโยชน์ได้ทันที รูปแบบการเสนออาจเป็นตาราง กราฟ แผนภูมิและรูปภาพ จะใช้รูปแบบใดให้คำนึงถึงความถูกต้องและความเหมาะสมตามลักษณะของข้อมูล 3) การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล (Analysis and Interpretation) มีการปฏิบัติในระดับสูง (88.64%) การวิเคราะห์ข้อมูลต้องคำนึงถึงคุณลักษณะของข้อมูลคือ แหล่งที่มา คุณภาพและความต่อเนื่อง โดยวิเคราะห์ตามบุคคล เวลาและสถานที่ เพื่อแสดงความสัมพันธ์ของการเกิดโรคกับบุคคล เวลาและสถานที่ ทำให้ทราบกลุ่มประชากรและพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฤดูกาลหรือเวลาที่พบผู้ป่วยเป็นจำนวนมากและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคและวิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์การเกิดโรคในปัจจุบันกับในอดีต เพื่อให้เห็นแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปหรือความผิดปกติสำหรับเฝ้าระวังโรค โดยทั่วไปจะวิเคราะห์อย่างน้อยทุกเดือน เว้นแต่มีเหตุการณ์ผิดปกติหรือเกิดการระบาดจะต้องวิเคราะห์ข้อมูลให้ถี่ขึ้นตามความจำเป็นเพื่อการแก้ไขปัญหาให้ทันต่อเหตุการณ์ และข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วจะต้องแปลความหมายเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้ 4) การกระจายและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (Dissemination of Information) มีการปฏิบัติในระดับสูง (89.39%) ข้อมูลข่าวสารที่ได้วิเคราะห์และแปลผลแล้วต้องส่งต่อไปยังผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ใช้ข้อมูลอย่างทั่วถึงและทันการณ์ เพื่อกำหนดนโยบายวางแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การนำเสนอในที่ประชุมของหน่วยงานหรือเผยแพร่

ผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์หรือประจำเดือนของหน่วยงาน หรือวารสารทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ

ปัจจัยการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.007$) อธิบายเหตุผลว่า ทรัพยากรการบริหารมีความสำคัญต่อการบริหารเป็นอย่างมาก เพราะประสิทธิภาพของการบริหารจะขึ้นอยู่กับความพร้อมและคุณภาพของทรัพยากรบริหารเป็นสิ่งสำคัญ ผู้บริหารมีความจำเป็นที่จะต้องใช้ทรัพยากรการบริหารเข้ามาเป็นเครื่องมือในการบริหารงานให้ประสบผลสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของ Weirich, Heinz and Koontz⁷ กล่าวว่า ทรัพยากรการบริหารงานที่สำคัญมีอยู่ 4 ประการได้แก่ คน (Men) เงิน (Money) วัสดุสิ่งของ (Material) และการบริหาร (Management) หรือเรียกสั้นๆว่า 4M's เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้การบริหารงานใดๆ ประสบผลสำเร็จได้โดยง่าย การบริหารงานทุกประเภทจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารเพราะเป็นปัจจัยพื้นฐานของการบริหารงาน รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประจักษ์ บัวผัน¹¹ กล่าวว่า การบริหารเป็นการจัดการอย่างมีระเบียบแบบแผนเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและทำให้งานดำเนินไปอย่างราบรื่นมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วยความร่วมมือของกลุ่มบุคคลซึ่ง

ประกอบด้วยคน (Man) งบประมาณ (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material หรือ Machine) และกระบวนการในการทำงาน (Method หรือ Management) เรียกว่า 4M ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการบริหาร ผลวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา¹² ได้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.046$) และปัจจัยบริหารมีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย ($P\text{-value}<0.001$) โดยปัจจัยบริหารประกอบด้วย ด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ¹³ สามารถอภิปรายจำแนกปัจจัยบริหารรายด้านได้ว่า

1) ด้านกำลังคนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุข ($P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากคนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการบริหารเพราะคนเป็นผู้ใช้ปัจจัยบริหารด้านอื่นๆ และคนมีชีวิตจิตใจ มีความรู้สึกนึกคิดเป็นของตนเองมีความต้องการที่แตกต่างกัน หากหน่วยงานใดหาคนที่มีความรู้และมีความสามารถเข้ามาปฏิบัติงานได้ ก็เป็นที่แน่ใจได้ว่าการบริหารงานในหน่วยงานนั้นจะเจริญก้าวหน้าและสามารถบรรลุเป้าหมายได้

อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด¹⁴ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Wehrich, Heinz and Koontz⁷ ที่ระบุว่าการดำเนินเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลเพื่อให้ได้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถมาปฏิบัติงานให้เหมาะสม รวมทั้งการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรจะทำให้การบริหารงานในหน่วยงานนั้นเจริญก้าวหน้าและสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฝ่ายระวางทางระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.013$) เนื่องจากงบประมาณเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญประการหนึ่งต่อการบริหารคน เพราะการที่ได้มาซึ่งกำลังคนที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ปฏิบัติงานต้องอาศัยเงินหรืองบประมาณเพื่อใช้จ่ายตอบแทน และนอกจากนี้เงินยังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับซื้ออุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้เพื่อการดำเนินงานของสำนักงาน ดังนั้นพอสรุปได้ว่าเงินเป็นทรัพยากรการบริหารอีกประการหนึ่งที่ช่วยให้กลไกอื่นๆในระบบบริหารมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น¹⁵ สอดคล้องกับแนวคิดด้านงบประมาณของ Luther Gulick & Lyndall Urwick⁸ ที่ระบุว่า องค์ประกอบของการบริหารจัดการในเรื่องงบประมาณซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนในการเตรียมขออนุมัติงบประมาณ การพิจารณาให้ความเห็นชอบ การใช้จ่ายงบประมาณ และการตรวจสอบการใช้งบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฝ่ายระวางทางระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}<0.001$) อธิบายได้ว่าวัสดุอุปกรณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะขาดเสียมิได้ประการหนึ่งในการบริหารงานเพราะเป็นเครื่องมือดำเนินงานไปสู่จุดหมายที่กำหนดไว้¹⁴ เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา มีวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมคอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต แบบฟอร์ม เป็นต้น เพียงพอต่อการปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รวมทั้งมีคู่มือแนวทางปฏิบัติงานด้านเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาชัดเจน เข้าใจง่ายและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ

กระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฝ่ายระวางทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.005$) อธิบายเหตุผลได้ว่ากระบวนการบริหารจะช่วยให้การปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สามารถดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพโดยผ่านกระบวนการบริหาร เนื่องจากกระบวนการบริหารเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอนเกี่ยวข้องต่อเนื่อง ผู้บริหารจะเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรขององค์การเพื่อให้บรรลุจุดหมายขององค์การซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้บริหารทุกคนตั้งแต่ระดับสูงสุดถึงระดับต่ำสุดสามารถดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการบริหารประกอบด้วยขั้นตอนที่เรียกว่า POSDCoRB⁸ ได้แก่ 1) การวางแผน เป็นการวางแผนหรือ

วางแผนโครงการอย่างกว้างๆว่ามีงานอะไรบ้างที่จะต้องปฏิบัติตามลำดับ พร้อมด้วยวางแผนวิธีปฏิบัติระบุวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติงานนั้นๆ ก่อนลงมือปฏิบัติการ 2) การจัดองค์การเป็น การจัดรูปโครงสร้างหรือเค้าโครงของการบริหารโดยกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานย่อยหรือของตำแหน่งต่างๆของหน่วยงานให้ชัดเจนพร้อมด้วยกำหนดลักษณะและวิธีการติดต่อประสานสัมพันธ์กันตามลำดับชั้นแห่งอำนาจหน้าที่สูงต่ำลดหลั่นกันไป 3) การจัดบุคลากร เป็นการบริหารงานบุคคลของหน่วยงานตั้งแต่การแสวงหา การบรรจุแต่งตั้ง การฝึกอบรมและพัฒนา การบำรุงขวัญ การเลื่อนขั้นตลอดจนการพิจารณาให้พ้นจากตำแหน่งงาน รวมทั้งการบำรุงรักษาสภาพของการทำงานที่ดีให้มีอยู่ตลอดไป 4) การสั่งการ เป็นการวินิจฉัยสั่งการหลังจากที่ได้วิเคราะห์และพิจารณาโดยรอบคอบแล้วรวมทั้งการติดตามและให้มีการปฏิบัติงานตามคำสั่งนั้นๆ ในฐานะผู้บังคับบัญชาของหน่วยงาน 5) การประสานงานหรือสื่อสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานย่อยหรือตำแหน่งต่างๆภายในองค์การให้เข้ากันได้ เพื่อให้งานเกิดประสิทธิภาพไม่มีการทำงานซ้ำซ้อนหรือขัดแย้งกัน ทำให้ทุกหน่วยงานประสานกลมกลืนกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หลักขององค์การร่วมกัน 6) การรายงาน เป็นการเสนอรายงานให้ผู้บริหารที่รับผิดชอบทราบความเคลื่อนไหวความเป็นไปเป็นระยะๆทั้งผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชาได้ทราบความก้าวหน้าของงานของตนอยู่เสมอ การเสนอรายงานจำเป็นต้องมีการบันทึกไว้เป็น

หลักฐานมีการศึกษา การประเมินผลและมีการตรวจสอบเป็นระยะๆเพื่อการปรับปรุงได้ทันที หรือการปรับปรุงในอนาคต 7) การงบประมาณ เป็นการจัดทำงบประมาณการเงิน การวางแผนหรือโครงการใช้จ่ายเงิน การทำบัญชี และการควบคุมดูแลการใช้จ่ายเงินโดยรอบคอบและรัดกุม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับวิจัยที่ผ่านมา^{12,13} ได้ข้อค้นพบว่ากระบวนการบริหารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.038$) และปัจจัยด้านกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงที่มีผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ

ข้อเสนอแนะ

แม้ว่าผลการดำเนินงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขจะอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีกิจกรรมย่อยหลายกิจกรรมที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับการพัฒนาในด้านการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การวิเคราะห์และการแปลผลข้อมูล การเรียบเรียงและนำเสนอข้อมูล เป็นต้น ดังนั้นเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดการพัฒนาดียิ่งขึ้น ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญต่อการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นสำหรับการใช้ในการดำเนินงานอย่างครบถ้วนและเพียงพอ เช่น การจัดให้มีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีคุณลักษณะที่สามารถสนับสนุนการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการช่วยเหลือสนับสนุนในการ

แก้ปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันในระดับอำเภอ รวมทั้งการรายงานผลการปฏิบัติงานหรือสรุปผลการปฏิบัติงานในเรื่องข้อเท็จจริงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานให้แก่ผู้บังคับบัญชาหรือผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูล รวมถึงการประชาสัมพันธ์หน่วยงานและการให้ข้อมูลแก่ผู้สนใจ

เอกสารอ้างอิง

1. สุพรรณิ ศรีอำพร. วิทยาการระบาด: ความรู้พื้นฐาน, ขอนแก่น: ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2547.
2. กองระบาดวิทยา. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานทางระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2542.
3. เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. แนวคิดองค์ประกอบและรูปแบบการเฝ้าระวังโรค. ในเอกสารการดำเนินงานวิทยาการระบาดในบริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา, 2547.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. สรุปผลการดำเนินงานทางระบาดวิทยาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาปี 2560, 2560.
5. มาวิน ทับแสง. การพัฒนาความรู้และคุณภาพของข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ ปริญญา
- สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2548.
6. สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. หลักการบริหารสำหรับทันตแพทย์. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
7. Weihrich, Heinz and Koontz, Harold. Manage. A Global Perspective Mcgraw Hill.[n.p]., 1993.
8. Luther Gulick, Lyndall Urwick. Papers On The Sciences of administration. New York: Institute of Public administration, 1973.
9. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons, 2010.
10. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall, 1977.
11. ประจักษ์ บัวผัน. การบริหารโครงการสุขภาพ. ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2550.
12. ชัยณรงค์ ไชยสัตย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดมุกดาหาร.

วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559; 3-4: 63-

70.

13. สมศักดิ์ บุญเนา. ปัจจัยทางการบริหารที่มี

ผลต่อการดำเนินงานควบคุมโรค

ไข้เลือดออกของทีมเฝ้าระวังสอบสวน

เคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอในจังหวัดเลย.

วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรม

หาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.

14. ศศิวิมล ปุจฉาการ. องค์ประกอบการ

บริหารที่มีอิทธิพลต่อความต่อเนื่องและ

ไม่ต่อเนื่องของโครงการผู้นำนักเรียนฝ่าย

ส่งเสริมอนามัยในเขตภาคกลาง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร

มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร

สาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

15. ทองหล่อ เดชไทย. หลักการบริหารงาน

สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชา

บริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุข

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

ปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกร บ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา

อนัญญา วุฒิพงศ์เดชา¹
เทพไทย โชติชัย²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงาน และสิ่งคุกคามการทำงานกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกร จำนวน 110 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัยระหว่างควอลิตี้ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจากการทำงานในระดับต่ำ ร้อยละ 72.7 โดยปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ ปวดหลัง เอว ร้อยละ 78.3 รองลงมามีอาการเหนื่อยจากอากาศร้อน ร้อยละ 70.9 และปวดมือ ข้อมือ นิ้วมือ ร้อยละ 67.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพและสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.35$, $p\text{-value} < 0.001$) สิ่งคุกคามการทำงานด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ และด้านกรายศาสตร์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.48$, $p\text{-value} < 0.001$; $r_s = 0.45$, $p\text{-value} < 0.001$; $r_s = 0.39$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r_s = 0.48$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนสิ่งคุกคามด้านจิตสังคมพบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.19$, $p\text{-value} = 0.04$) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังทางสุขภาพ การดูแลในเรื่องอาชีวอนามัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานเพื่อคุณภาพการทำงาน of เกษตรกรที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ความเสี่ยง, แรงงานนอกระบบ, การเกษตร, สุขภาพและความปลอดภัย

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² วิทยาจารย์ชำนาญการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, Corresponding author, tepthaichot@hotmail.com

**Health Problems in Working among the Agriculture Informal Workers
in Ban Mab Krad, Mab Krad Sub-District, Phra Thong Kham District,
Nakhon-ratchasima Province**

Ananya Wutipongdecha ¹

Tepthai Chotchai ²

Abstract

This descriptive study aimed to study health problems and association between working behaviors and working conditions and also between threats of working and health problems of 110 agriculture Informal workers. Data were collected by using questionnaires and analyzed by frequency, percentage, mean, median, standard deviation, interquartile range, minimum, maximum and also Pearson Product Moment Correlation Coefficient and Spearman Correlation Coefficient.

The results found that most of workers had health problems from their working at low level (72.7%) which their health problems included low back pain and waist pain (78.3%), tiredness from heat (70.9%) and hands, wrists, fingers pain (67.3%). The correlation analysis found that behavioral health and working conditions of the participants was negatively correlated at moderate level to health problems from working with statistical significance ($r_s = -0.35$, $p\text{-value} < 0.001$). The threats of physical functioning, chemical and biological aspects of ergonomics had positive correlation at moderate level to health problems from working with statistical significance ($r_s = 0.48$, $p\text{-value} < 0.001$; $r_s = 0.45$, $p\text{-value} < 0.001$; $r_s = 0.39$, $p\text{-value} < 0.001$ and $r_s = 0.48$, $p\text{-value} < 0.001$, respectively). Regarding the psychosocial threats, there was a positive correlation at low level with health problems from working with statistical significance ($r = 0.19$, $p\text{-value} = 0.04$). This study suggests that health surveillance, caring of occupational health for reducing risks of illness and injury should be concerned in order to improve quality of the work among working farmers.

Key words: Risk, Informal sector, Agriculture, Health and Safety

¹ Community public health student, Siridhorn College of Public Health, Khon Kaen

² Lecturer, professional level, Siridhorn College of Public Health, Khon Kaen, **Corresponding author**,
tepthaichot@hotmail.com

บทนำ

การพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้ามีความมั่นคง ยั่งยืน ประชาชนอยู่ดีกินดีย่อมเป็นความปรารถนาสูงสุดของทุกชาติ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังพัฒนา ผลจากความสำเร็จของการพัฒนาประเทศไทยคือการพัฒนาอย่างรวดเร็วของอุตสาหกรรมไทยทั้งอุตสาหกรรมหนัก อุตสาหกรรมเบา ตลอดจนอุตสาหกรรมทางการเกษตร ซึ่งมีทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบอยู่ แรงงานสำคัญที่ช่วยขับเคลื่อนอุตสาหกรรมของไทยนั้นส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบ¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ให้ความหมายของแรงงานนอกระบบไว้ว่า แรงงานนอกระบบหมายถึงผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง หรือไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีถึงสถานการณ์ด้านแรงงานนอกระบบล้วนมีข้อจำกัดต่างๆ มากมาย และเป็นอุปสรรคในการพัฒนามาตรฐานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของกลุ่มแรงงาน จากผลการสำรวจตั้งแต่ ปี 2554 - 2559 พบว่า ในช่วงปี 2554-2556 แรงงานนอกระบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 24.6 ล้านคน ในปี 2554 เป็น 25.1 ล้านคน ในปี 2556 ในขณะที่ปี 2557 เป็นต้นมา แรงงานนอกระบบมีแนวโน้มลดลงจาก 22.1 ล้านคน ในปี 2557 เป็น 21.3 ล้านคน ในปี 2559

รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญและได้กำหนดมาตรการ นโยบาย รวมทั้งออกกฎหมายคุ้มครองและจัดสวัสดิการให้แก่แรงงานนอกระบบ เช่น การประกันสังคมตามมาตรา 40 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ใช้แรงงานรับใช้ในบ้าน เป็นต้น ถึงแม้ว่าแรงงานนอกระบบจะมีแนวโน้มลดลง แต่แรงงานที่ยังเป็นแรงงานนอกระบบอยู่นั้นก็ยังมีอยู่จำนวนมาก แรงงานนอกระบบเป็นแรงงานที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ต้องทำงานหนักและต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ค่าตอบแทนจากการทำงานต่ำ มีงานทำไม่ต่อเนื่อง ขาดหลักประกันทางสังคม มีความเสี่ยงจากการประกอบอาชีพ ที่อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาหนึ่งในแรงงานนอกระบบนั้นก็คือเกษตรกรซึ่งเป็นอาชีพของประชากรไทยส่วนใหญ่ เป็นแรงงานที่มีสัดส่วนสูงที่สุดของประเทศ¹ และจากข้อมูลทางสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ดำเนินการสำรวจแรงงานนอกระบบ ปี 2559 พบว่ามีแรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งหนึ่งทำงานในภาคเกษตรกรรมโดยมีจำนวนถึง 11.7 ล้านคนหรือร้อยละ 54.8 โดยเป็นแรงงานที่สำคัญของประเทศในฐานะผู้ผลิตอาหารเลี้ยงดูสังคม อาชีพเกษตรกรในมิติด้านแรงงานถือว่าเป็นอาชีพอิสระที่มีสถานภาพค่อนข้างหลากหลายและซับซ้อน เป็นนายจ้างตัวเอง ไม่ว่าจะ

สภาพภาพของเกษตรกรจะอยู่ในรูปแบบไหน เกษตรกรส่วนใหญ่ก็ขาดความมั่นคงทั้งต่อชีวิต รายได้และสวัสดิการ ต้องเผชิญความเสี่ยงจาก สภาพแวดล้อม และอันตรายจากสารเคมีเป็น พิษและตกค้าง จากการสำรวจปัญหาความไม่ ปลอดภัยของแรงงานนอกระบบของสำนักงาน สถิติแห่งชาติ ในปี 2559 พบว่าส่วนใหญ่ คือ ได้รับสารเคมีเป็นพิษร้อยละ 60.6 เครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตราย ร้อยละ 22.1 และ ได้รับอันตรายต่อระบบหู/ระบบตา ร้อยละ 4.6 โดยมีความแตกต่างกันตามลักษณะงานที่ทำ สภาพการทำงาน ระยะเวลาการทำงาน อายุ เพศ สภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงของ คนทำงาน² ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ จากการงานนั้นมีมาจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะ เป็น ปัจจัย จาก ตัว บุ ค คล ปัจจัย สภาพแวดล้อม หรือปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วน เกี่ยวข้อง

ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา มีแรงงานนอกระบบกว่า 315 คน จากประชากร 1,213 คน ข้อมูล ณ วันที่ 21 สิงหาคม 2560 ส่วนใหญ่ประกอบ อาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นเกษตรกรที่มีที่ดิน เป็นของตนเอง และเป็นผู้รับจ้างโดยไม่ได้มี ที่ดินเป็นของตนเอง จากข้อมูลปัญหาด้าน สุขภาพอนามัยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลมาบกราด ในปี 2560 พบว่า เมื่อถึงฤดูทำ

การเกษตรแรงงานนอกระบบในหมู่บ้านมี ปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน จำนวน 19 คน เกิดอาการระคายเคืองทาง ผิวหนังและระบบหายใจเมื่อสัมผัสกับสารเคมี กำจัดศัตรูพืชหรือการพ่นยาฆ่าแมลงจำนวน 4 คน การปวดเมื่อยทางระบบโครงร่างของ ร่างกายที่มีสาเหตุมาจากการใช้เวลาในการ ทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมงหรือท่าทางในการ ยกสิ่งของหรืออุปกรณ์ในการทำงานที่หนัก เกินไปจำนวน 13 คน และอุบัติเหตุที่เกิดจาก ของมีคม เช่น ถูกใบเลื่อยตัดไม้ขณะปฏิบัติงาน อยู่บาดเจ็บนิ้วมือ จำนวน 2 คน ซึ่งปัญหา ทางด้านสุขภาพที่กล่าวมานั้นมีความสำคัญต่อ การทำงานของแรงงานนอกระบบเป็นอย่างมาก เนื่องจาก แรงงานนอกระบบในหมู่บ้านมีอาชีพ ในภาคเกษตรกรรมเพียงอาชีพเดียวเมื่อเกิด ปัญหาทางด้านสุขภาพส่งผลให้ขาดรายได้ และ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตการเป็นอยู่ตามปกติ ของแรงงานนอกระบบ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัญหาสุขภาพ ระดับของปัญหาสุขภาพจากการ ทำงาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงาน และสิ่งคุกคามการทำงานด้านกายภาพ ด้าน เคมี ด้านชีวภาพ ด้านการยศาสตร์และด้านจิต สังคมกับการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงาน ของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพ เกษตรกรรม เพื่อจะได้ทราบถึงสภาพการ

เจ็บป่วยหรือปัญหาของประชาชนในหมู่บ้าน และสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบในกลุ่มเกษตรกรของหมู่บ้านได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรครั้งนี้เป็นแรงงานนอกระบบในกลุ่มเกษตรกรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในบ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 315 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นแรงงานนอกระบบในกลุ่มเกษตรกรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในบ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 110 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากร⁴

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกร ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ปัจจัยคุณภาพการเจ็บป่วย และบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานกลุ่มเกษตรกร ปลุกข้าวโพดฝักอ่อนที่พัฒนาโดยชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมานุกุล⁵ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงาน ข้อคำถามเป็นการระบุ

พฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงานเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวม 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 สิ่งคุกคามการทำงาน ข้อ

คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวม 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาสุขภาพจากการทำงาน

ข้อคำถามเป็นการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ข้อคำถามเป็นเชิงลบทั้งหมด รวม 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา และด้านการใช้ภาษาที่ถูกต้องเหมาะสม ความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่าทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.50 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนบ้านโค้งเจริญ หมู่ที่ 7 ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีลักษณะต่างๆ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าโดยรวมเท่ากับ 0.89

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

ติดต่อประสานงานและทำหนังสือไปยังผู้ใหญ่บ้านเพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ชี้แจง ถึงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงอธิบายการตอบในแต่ละส่วนให้เข้าใจตรงกันและมอบแบบสอบถามไว้ พร้อมกำหนดวันไปรับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยจนครบทุกชุดเพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์หากพบว่ามีไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจะสอบถามเพิ่มเติมให้ครบสมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสตรวจสอบความสมบูรณ์และความสอดคล้องของข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอและสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

การพรรณนาข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ สภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมการทำงาน และปัญหาสุขภาพจากการทำงาน โดยใช้ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นแบบปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient และหากไม่สามารถใช้ได้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้สถิติ Spearman's rank correlation coefficient แทน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัย โดยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงรายละเอียดวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย มีมาตรการในการรักษาความลับโดยในแบบสอบถามจะไม่มีมีการระบุ ชื่อและนามสกุลที่อยู่ สถานที่ หรือข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาหรือมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับนำมาใช้ในรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีสิทธิ์นำเสนอข้อมูลรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ทั้งนี้งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ 021/2561 เลขที่ HE 612011

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.7 ค่ามัธยฐานของอายุ 50 ปี (IQR = 12.25) สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.7 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.6 มีรายได้ไม่เกิน 150,000 บาท ร้อยละ 68.2 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 99.1 เคยตรวจคัดกรองภาวะทางสุขภาพ ร้อยละ 62.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.6

ทำการเกษตรมากที่สุดคือปลูกมันสำปะหลัง ร้อยละ 31.8 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม 20 ปี (IQR = 27) และค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการทำงานต่อวัน 7 ชั่วโมง (IQR = 2)

พฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงาน

เมื่อศึกษารายชื่อ พบว่าการปฏิบัติตัว “เป็นประจำ” มากที่สุด คือ “แต่งกายรัดกุม

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ การปฏิบัติพฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

พฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงาน	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ตีเครื่องตีแอลกอฮอล์ขณะทำงาน	-	13(11.8)	97(88.2)
2. สูดบุหรี่ขณะทำงาน	14(12.7)	13(11.8)	83(75.5)
3. สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน เช่น รองเท้าบูท ถุงมือ ผ้าปิดจมูก	72(65.5)	34(30.9)	4(3.6)
4. แต่งกายรัดกุมเหมาะสมกับงานขณะที่ปฏิบัติงาน	80(72.7)	28(25.5)	2(1.8)
5. ใช้สารเคมีในการทำงาน	7(6.4)	73(66.4)	30(27.3)
6. สภาพการทำงานของท่านมักจะเร่งรีบทำงาน	8(7.3)	85(77.3)	17(15.5)
7. สภาพการทำงานของท่านมักจะทำงานกับอุปกรณ์มีคม เช่น มีด เคียวเกี่ยวข้าว จอบ เสียม	49(44.5)	57(51.8)	4(3.6)
8. สภาพการทำงานของท่านมักจะทำงานกับเครื่องมือ/เครื่องจักรที่มีความสั่นสะเทือน	13(11.8)	44(40.0)	53(48.2)
9. สภาพการทำงานของท่านมักจะทำงานด้วยความร้อนตลอดเวลา	30(27.3)	66(60.0)	14(12.7)
10. สภาพการทำงานของท่านมักจะทำงานกับเสียงดังตลอดเวลา	5(4.5)	56(50.9)	49(44.5)
11. สภาพการทำงานของท่านมักจะทำงานในที่สูง	2(1.8)	19(17.3)	89(80.9)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ การปฏิบัติพฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง
(n=110) (ต่อ)

พฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงาน	ระดับการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)		
	ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
12. สภาพการทำงานของท่านมักจะตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือหรือวัสดุอุปกรณ์ก่อนทำงาน	50(45.5)	51(46.4)	9(8.2)
13. สภาพการทำงานของท่านมักจะทำงานในที่ชื้น มีน้ำขัง	5(4.5)	62(56.4)	43(39.1)
14. สภาพการทำงานของท่านมักจะนั่งกับพื้นตลอดเวลาการทำงาน	2(1.8)	76(69.1)	32(29.1)
15. สภาพการทำงานของท่านมักจะยืนทำงานเป็นเวลานานๆ	22(20.0)	72(65.5)	16(14.5)
16. สภาพการทำงานของท่านมักจะใช้มือหรือใช้แขนทำงานซ้ำๆ	47(42.7)	51(46.4)	12(10.9)
17. สภาพการทำงานของท่านมักจะบิดเอี้ยวตัว ก้มตัวขณะทำงาน	36(32.7)	61(55.5)	13(11.8)
18. สภาพการทำงานของท่านมักจะยกของหนักหรือออกแรงเกินกำลัง	15(13.6)	71(64.5)	24(21.8)
คะแนนพฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงาน			
<i>Median : 2.2, IQR : 0.2, Min : 1.8, Max : 2.8</i>			

สิ่งคุกคามการทำงาน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งคุกคามการทำงานรายชื่อ ใน “ระดับมากที่สุด” 3 ลำดับแรก คือ “อากาศถ่ายเทได้สะดวก” ร้อยละ

25.5 รองลงมา “สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านได้” ร้อยละ 20.0 และ “มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน” ร้อยละ 18.2 สำหรับสิ่งคุกคามการทำงานในด้านต่างๆ มีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อสิ่งคุกคามการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

สิ่งคุกคามการทำงาน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านกายภาพ					
1. เสียงดังรบกวนการได้ยิน	-	6 (5.5)	37 (33.6)	53 (48.2)	14 (12.7)
2. อากาศร้อนอบอ้าว	13 (11.8)	28 (25.5)	45 (40.9)	24 (21.8)	-
3. แสงสว่างไม่เพียงพอ	1 (0.9)	7 (6.4)	40 (36.4)	48 (43.6)	14 (12.7)
4. อากาศถ่ายเทได้สะดวก	28 (25.5)	60 (54.5)	13 (11.8)	7 (6.4)	2 (1.8)
5. พื้นผิวบริเวณที่ทำงานขรุขระ	3 (2.7)	13 (11.8)	40 (36.4)	38 (34.5)	16 (14.5)
คะแนนด้านกายภาพ <i>Median : 2.4, IQR : 0.6, Min : 1.8, Max : 3.6</i>					
ด้านเคมี					
6. สัมผัสฝุ่นจากฟางข้าว	1 (0.9)	10 (9.1)	29 (26.4)	47 (42.7)	23 (20.9)
7. สัมผัสฝุ่นจากดิน	4 (3.6)	32 (29.1)	47 (42.7)	17 (15.5)	10 (9.1)
8. สัมผัสฝุ่นจากไม้	-	8 (7.3)	30 (27.3)	56 (50.9)	16 (14.5)
9. สัมผัสฟอยละอองจากการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	-	8 (7.3)	20 (18.2)	53 (48.2)	29 (26.4)
10. ได้รับควันจากการเผาไหม้	2 (1.8)	6 (5.5)	21 (19.1)	44 (40.0)	37 (33.6)
คะแนนด้านเคมี <i>Median : 2.4, IQR : 0.6, Min : 1.8, Max : 3.6</i>					

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อสิ่งคุกคามการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=110) (ต่อ)

สิ่งคุกคามการทำงาน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านชีวภาพ					
11. มีสัตว์มีพิษ ได้แก่ งู ตะขาบ ผึ้ง แมงป่อง	-	3 (2.7)	16 (14.5)	64 (58.2)	27 (24.5)
12. บริเวณที่ทำงานเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค	-	3 (2.7)	13 (11.8)	60 (54.5)	34 (30.9)
13. มีแมลงและสัตว์นำโรคอยู่รอบๆ เช่น ยุง แมลงวัน หนู	-	13 (11.8)	33 (30.0)	43 (39.1)	21 (19.1)
14. บริเวณที่ทำงานมีเชื้อรา	-	2 (1.8)	18 (16.4)	50 (45.5)	40 (36.4)
15. มีการสะสมของเศษอาหารรอบๆ ที่ทำงาน	-	2 (1.8)	7 (6.4)	58 (52.7)	43 (39.1)
คะแนนด้านชีวภาพ <i>Median : 2, IQR : 0.8, Min : 1, Max : 3.6</i>					
ด้านการยศาสตร์					
16. แรงสั่นสะเทือนจากเครื่องจักร เช่น รถไถนา เครื่องสูบน้ำ	2 (1.8)	16 (14.5)	20 (18.2)	47 (42.7)	25 (22.7)
17. อุปกรณ์น้ำหนักมาก เช่น ถังบรรจุสารเคมี ปุ๋ยเคมี	3 (2.7)	10 (9.1)	26 (23.6)	42 (38.2)	29 (26.4)
18. ดำจอบ/เสียม สั้นหรือยาวเกินไป	4 (3.6)	10 (9.1)	40 (36.4)	40 (36.4)	16 (14.5)
19. บริเวณที่ทำงานมีผิวขรุขระ	4 (3.6)	12 (10.9)	29 (26.4)	42 (38.2)	23 (20.9)
20. อุปกรณ์ในการทำงานไม่เหมาะสม เช่น ด้ามจับของอุปกรณ์ไม่มีปุ่มในการยึดจับ	-	4 (3.6)	26 (23.6)	59 (53.6)	21 (19.1)
คะแนนด้านการยศาสตร์ <i>Median : 2.2, IQR : 0.9, Min : 1, Max : 3.6</i>					

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นต่อสิ่งคุกคามการทำงานของกลุ่มตัวอย่าง (n=110) (ต่อ)

สิ่งคุกคามการทำงาน	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านจิตสังคม					
21. สามารถขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านได้	22 (20.0)	57 (51.8)	24 (21.8)	6 (5.5)	1 (0.9)
22. มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของชุมชน	20 (18.2)	66 (60.0)	18 (16.4)	5 (4.5)	1 (0.9)
23. รายได้ไม่แน่นอน	2 (1.8)	21 (19.1)	48 (43.6)	36 (32.7)	3 (2.7)
24. ราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ	7 (6.4)	17 (15.5)	43 (39.1)	35 (31.8)	8 (7.3)
25. กัดดันจากเพื่อนร่วมงาน	-	1 (0.9)	33 (30.0)	48 (43.6)	28 (25.5)
คะแนนด้านจิตสังคม $\bar{x} : 2.4, SD : 0.5, Min : 1, Max : 3.6$					

ปัญหาสุขภาพจากการทำงาน

เมื่อจัดระดับของปัญหาสุขภาพจากการทำงานออกเป็น 3 ระดับพบว่าส่วนใหญ่ปัญหาสุขภาพจากการทำงานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 72.7 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.3

เมื่อพิจารณาปัญหาสุขภาพจากการทำงานรายข้อ พบว่า ปัญหาสุขภาพจากการทำงานในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ที่ส่วนใหญ่พบในระดับมากที่สุด คือ “มีอาการเหนื่อยจากอากาศร้อน” ร้อยละ 9.1 ระดับมาก “ มีอาการเหนื่อยจากอากาศร้อน” ร้อยละ 21.8 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ปัญหาสุขภาพจากการทำงานรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง (n=110)

ปัญหาสุขภาพจากการทำงาน (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. หูอื้อหรือได้ยินเสียงพูดคุยไม่ชัด	-	1 (0.9)	33 (30.0)	48 (43.6)	28 (25.5)
2. ระคายเคืองตาจากการสัมผัสสารเคมีในการทำ การเกษตร	-	3 (2.7)	31 (28.2)	55 (50.0)	21 (19.1)
3. หอบหืดหรือหายใจลำบาก	2 (1.8)	4 (3.6)	7 (6.4)	62 (56.4)	35 (31.8)
4. น้ำมูกไหล/ไอ/จาม จากฝุ่นในไร่นา	1 (0.9)	9 (8.2)	38 (34.5)	43 (39.1)	19 (17.3)
5. มองเห็นไม่ชัด ตาพร่ามัว	-	8 (7.3)	24 (21.8)	59 (53.6)	19 (17.3)
6. คันตามผิวหนัง บริเวณมือ แขน ลำตัว	-	10 (9.1)	25 (22.7)	57 (51.8)	18 (16.4)
7. ปวดกล้ามเนื้อคอ ไหล่ แขน	4 (3.6)	16 (14.5)	53 (48.2)	29 (26.4)	8 (7.3)
8. ปวดมือ ข้อมือ นิ้วมือ	6 (5.5)	15 (13.6)	53 (48.2)	28 (25.5)	8 (7.3)
9. ปวดหลัง เอว	7 (6.4)	18 (16.4)	61 (55.5)	21 (19.1)	3 (2.7)
10. ปวดกล้ามเนื้อขา เท้า นิ้วเท้า	4 (3.6)	14 (12.7)	48 (43.6)	38 (34.5)	6 (5.5)
11. สัตว์มีพิษกัดต่อย	-	-	10 (9.1)	62 (56.4)	38 (34.5)
12. มีอาการเหนื่อยจากอากาศร้อน	10 (9.1)	24 (21.8)	44 (40.0)	21 (19.1)	11 (10.0)
13. คลื่นไส้จากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	2 (1.8)	5 (4.5)	16 (14.5)	48 (43.6)	39 (35.5)
14. ถูกชน กระแทกโดยวัตถุหรือของหนัก	-	-	2 (1.8)	43 (39.1)	65 (59.1)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ปัญหาสุขภาพจากการทำงานรายชื่อของกลุ่มตัวอย่าง (n=110) (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพจากการทำงาน (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)	ระดับความคิดเห็น (จำนวน/ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
15. หกล้ม ลื่นล้ม	-	-	4 (3.6)	52 (47.3)	54 (49.1)
16. ข้อมือคัมทิ่ม แทะ บาด	-	-	12 (10.9)	47 (42.7)	51 (46.4)
17. พลัดตกจากที่สูง	-	-	-	34 (30.9)	76 (69.1)
18. อุบัติเหตุจากการทำงานกับเครื่องจักรกลทางการเกษตร	-	1 (0.9)	2 (1.8)	49 (44.5)	58 (52.7)
19. เครียดจากการมีรายได้ที่ไม่แน่นอน	4 (3.6)	11 (10.0)	37 (33.6)	35 (31.8)	23 (20.9)
20. เครียดจากการทำงานเร่งรีบ	1 (0.9)	3 (2.7)	28 (25.5)	45 (40.9)	33 (30.0)
คะแนนปัญหาสุขภาพจากการทำงาน $\bar{x} : 2.2, SD : 0.4, Min : 1, Max : 3$					

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

ปัญหาสุขภาพจากการทำงาน

พบว่า พฤติกรรมสุขภาพและสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.35$, $p\text{-value} < 0.001$) สิ่งคุกคามการทำงานด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ และด้านการยศาสตร์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.48$, $p\text{-value} < 0.001$; $r_s = 0.45$, $p\text{-value} < 0.001$; $r_s = 0.39$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r_s = 0.48$, $p\text{-value} < 0.001$

ตามลำดับ) ส่วนสิ่งคุกคามด้านจิตสังคมพบว่ามี ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.19$, $p\text{-value} = 0.04$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ปัญหาสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 72.7 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.3 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการทำงานและสภาพการทำงานที่ดี เช่น แต่งกายเหมาะสมรัดกุมกับงานขณะที่ปฏิบัติงานเป็นประจำ มากถึงร้อยละ 72.7 อีกทั้งยังสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน เช่น รองเท้าบูท ถุงมือ ผ้าปิด

จุมก ร้อยละ 65.5 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าตามแนวคิดทฤษฎีปัจจัยมนุษย์ ได้อธิบายไว้ว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการขาดความประมาท และความไม่ระมัดระวังหรือขาดความเอาใจใส่ของมนุษย์ อุบัติเหตุส่วนใหญ่มีสาเหตุเนื่องมาจากการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยของบุคคล และการปฏิบัติที่ไม่ปลอดภัยเกิดจากองค์ประกอบภายในของแต่ละบุคคลคือการมีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นเมื่อผลการศึกษาปัญหาสุขภาพจากการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการทำงานที่เหมาะสมและมีความระมัดระวังในการทำงาน จึงทำให้ลดการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานที่ตามมา

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงาน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพและสภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสาเหตุของอุบัติเหตุ โดยได้กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานสามารถแบ่งออกเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ สาเหตุจากการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นการกระทำที่ไม่ปลอดภัยของคนงานในขณะที่ปฏิบัติงานเป็นผลทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ถึงร้อยละ 88 ของอุบัติเหตุ สาเหตุจากสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย คือสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยโดยรอบตัวของผู้ปฏิบัติงานขณะทำงานซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุได้ ซึ่งในการศึกษานี้ถือว่ากลุ่มตัวอย่างมี

พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการทำงานที่ดี เนื่องจากจะช่วยป้องกันตนเองแล้วยังช่วยลดปัญหาสุขภาพที่ตามมาด้วย

ปัจจัยสิ่งคุกคามการทำงานด้านกายภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการเหนื่อยจากอากาศร้อน ร้อยละ 70.9 ซึ่งอาจเกี่ยวกับบริเวณที่ทำงานมีอากาศร้อนอบอ้าว โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.2 ระบุสัมผัสกับอากาศร้อนอบอ้าวขณะทำงานเนื่องจากอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพที่ต้องทำงานกลางแจ้งอยู่ในพื้นที่ที่มีอุณหภูมิสูง ปัจจัยสิ่งคุกคามการทำงานด้านเคมีมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการน้ำมูกไหล/ไอ/จาม จากฝุ่นในไร่นา ร้อยละ 43.6 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สัมผัสฝุ่นจากดิน ร้อยละ 75.4 สอดคล้องกับจิ๋ว เชาว์ถาวร ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวรัณธรณ์ จรุงโรจน์สกุล³ และการศึกษาของ ธวัชชัย ฉันทวัฒน์² ที่พบความสัมพันธ์เหมือนกัน

ปัจจัยสิ่งคุกคามการทำงานด้านชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่าอาการหรือปัญหาจากการทำงานในเรื่องการมีสัตว์มีพิษกัดต่อย อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 90.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งคุกคามการทำงานด้านชีวภาพ มีสัตว์มีพิษ ได้แก่ งู ตะขาบ ผึ้ง แมงป่อง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 82.7 จึงส่งผลทำ

ให้เกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานในด้านนี้น้อยโดยแสดงให้เห็นว่าปัจจัยสิ่งคุกคามการทำงานด้านชีวภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพเมื่อมีสิ่งคุกคามมากก็จะมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นตามมาเช่นกัน

ปัจจัยสิ่งคุกคามการทำงานด้านการยศาสตร์มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดหลังเอว ร้อยละ 78.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทำงานกับอุปกรณ์ที่ลักษณะไม่เหมาะสมกับการทำงาน ดำจอบ/เสียม สันหรือยาวเกินไป ร้อยละ 49.1 อุปกรณ์น้ำหนักมาก เช่น ถังบรรจุสารเคมี ปุ๋ยเคมี ร้อยละ 35.4 สำนักงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม อธิบายว่าการออกแรงทำงานที่มากเกินไปทำให้เกิดแรงดึงและแรงกดต่อข้อต่อเอ็น กล้ามเนื้อ เกิดการตึงตัว และเมื่อยล้า และท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดการปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อและข้ออื่นๆ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มักเกิดขึ้นในเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ และจากผลการสำรวจในสวีเดน ฝรั่งเศส พบว่า สาเหตุใหญ่ของการปวดหลังส่วนล่างเกิดจากการยกของหนัก เคลื่อนไหวในท่าซ้ำๆ ขณะยก และได้รับการสั่นสะเทือน ขณะปฏิบัติงานกับรถแทรกเตอร์6 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ ธานี แก้วธรรมมานุกูล5 ที่พบเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อนมีอาการปวดหลัง เอว ร้อยละ 69.23

ปัจจัยสิ่งคุกคามการทำงานด้านจิตสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.3 เครียดจากรายได้ที่ไม่แน่นอน อีกร้อยละ 29.1 เครียดจากการทำงานเร่งรีบ ความเครียดดังกล่าวอาจเนื่องจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพจิตสังคมโดยเฉพาะรายได้ที่ไม่แน่นอน ความเร่งรีบของงาน รายได้หรือชั่วโมง ในการทำงานที่ยาวนาน ราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทำให้เกิดโรคของสำนักงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความเครียดนี้มักเกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น ราคาผลผลิตตกต่ำ ไม่ได้ผลผลิตตามที่คาดหวังไว้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิว เซวาร์ถาวร ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวรินทร์ จรุงโรจน์สกุล³ ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรปลูกหอมแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.47 เครียดจากรายได้ที่ไม่แน่นอน อีกร้อยละ 52.08 เครียดจากการทำงานที่เร่งรีบ

ข้อเสนอแนะ

ควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่มีส่วนรับผิดชอบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ในเรื่องของการคัดกรองภาวะสุขภาพเข้ามาดำเนินการตรวจคัดกรองเพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนดูแลสุขภาพ การแนะนำให้เกษตรกรมีการพักในระหว่างวันเนื่องจากสภาพการทำงานนั้นต้องทำงานกลางแจ้ง และอยู่ในสภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าว มีการจัดกิจกรรมการอบรมการปฏิบัติตัวในการทำงานที่

เหมาะเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจากการทำงาน มีการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้ เป็นต้น และควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี หรือกิจกรรมป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ

เจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน พฤติกรรมการทำงานของแรงงานนอกระบบ : กรณีศึกษากลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพดฝักอ่อน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2553; 5(2). 40-50.

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: [เข้าถึง เมื่อ 7 กันยายน 2560 เข้าถึงได้จาก <http://www.service.nso.go.th/nso/nsopublish/workerOutReport59.pdf>].
2. ธวัชชัย ฉันทวุฒินันท์. ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2555; 2(3), 238-247.
3. จิว เซวี่ถาวร ชวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์ และวรินทร์ จรุงโรจน์สกุล. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงานของเกษตรกรปลูกหอมแดง ตำบลจำปาหวาย อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลสาร, 2558; 41(2), 35-47.
4. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์เพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒนา; 2552.
5. ชวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมานุกุล. ปัจจัยคุกคามสุขภาพ การ

การพัฒนารูปแบบการสอนโดยขั้นตอนของกาเยกับการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่อง การดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ, คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด

วรางคณา ชมภูพาน¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาการเรียนการสอน โดยการใช้ขั้นตอนการจัดเรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเยกับการเรียนแบบผสมผสานสำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (ปวส.ฉพ.) ชั้นปีที่ 2 เรื่องการดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด 2) เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเรียนการสอน การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาการเรียนการสอน กลุ่มตัวอย่างอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติ 4 คน และนักศึกษาหลักสูตร ปวส.ฉพ. จำนวน 30 คน ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2559 พบว่า ใช้การเรียนการสอนแบบบรรยายในชั้นเรียนและเอกสารเป็นส่วนใหญ่ ระยะที่ 2 การตรวจสอบและปรับปรุงรูปแบบการเรียนการสอน แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงภายในรูปแบบการสอนของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คนคือด้านเนื้อหา ด้านหลักสูตรรวมถึงการเรียนการสอน และประเมินผล ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบความตรงภายนอกรูปแบบการสอนใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นการศึกษากลุ่มเดียว ความสอดคล้อง 0.75 ค่าความเชื่อมั่น 0.82 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตร ปวส.ฉพ. จำนวน 30 คน ในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2560 ตั้งแต่เดือน กันยายน 2560 – ธันวาคม 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่รูปแบบการเรียนการสอน แบบทดสอบก่อนและหลังเรียน แบบสอบถามความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า 1. รูปแบบการเรียนการสอน โดยการใช้ขั้นตอนการจัดเรียนการสอน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการจัดการเรียนการสอน แบ่งเป็น 2 ขั้น ได้แก่ ขั้นเตรียมการก่อนจัดการเรียนการสอน และขั้นการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนของกาเย 5) การวัดและประเมินผล 2. นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียน โดยค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเรียน 4.89 (95% CI: 4.33-5.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ 3. นักศึกษามีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการเรียนการสอน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: รูปแบบการเรียนการสอน การเรียนรู้แบบผสมผสาน การดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด

¹ พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการ ภาควิชาเวชกิกฉุกเฉิน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author: วรางคณา ชมภูพาน, Email: warangkana@scphkk.ac.th

The Development of Gagne's model with blended learning to improve achievements for emergency medical technician students in the topic mother and neonatal care in normal and emergency delivery

Warangkana Chompoopan¹

Abstract

This research aimed to: 1) develop learning course of Gagne's model with Blended learning for Emergency medical technician students in the topics of mother and neonatal care in normal and Emergency delivery; 2) compare achievements of students' learning; and 3) assess the satisfaction of learning in Gagne's model with Blended learning. The research design was divided into two phases: 1) model development; and 2) model validation of the Gagne's model with Blended learning. The first phase used survey study and documentary analysis. In this phase, the samples included 4 Emergency medical technician instructors and 30 Emergency medical technician students in the academic year of 2017. The results of this phase found that the instructors mostly used "Lecture and Handout" as the major teaching materials for teaching. The second phase was model validation of the Gagne's model with Blended learning, including two steps, step one: internal validation checked by 3 experts (content, curriculum & instruction and evaluation); and step two: external validation (index of Item objective (IOC)=0.75 and reliability=0.82) conducted by using action research in one group pre-posttest design. This phase was conducted in 30 students who enrolled in the first semester of the academic year of 2018 (September – December 2018). The research instruments included pre-posttest assessments and questionnaires. The statistics used in analysis were percentage, mean, standard deviation (S.D.) and Paired t-test.

The results revealed that: 1) the development of Gagne's model with Blended learning in the topic mother and neonatal care in normal and Emergency delivery consisted of five main learning components, including principle, objective, content, process of learning (divided into two steps: preparation of teaching and implementation of teaching covering 9 steps of Gagne's model) and evaluation; 2) learner's learning post-test achievements were greatly improved than pre-test indicated by mean difference 4.89 (95% CI: 4.33-5.46) and statistical significance ($p<0.001$); and 3). the students' satisfaction of developed teaching course was at a high level.

Keywords: Gagne's model, Blended Learning, Emergency medical technician students

¹ Nurse Lecturer, Professional level, Department of Emergency Medical Technician, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen. **Corresponding author:** Warangkana Chompoopan, Email: warangkana@scphkk.ac.th

บทนำ

สภาพการณ์ในปัจจุบันการเรียนการสอนจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแบบรวมวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงได้มากขึ้นรวมถึงสามารถที่จะศึกษาหาความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมรวมทั้งยังสามารถทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลาทุกสถานที่ เพื่อส่งเสริมการศึกษาในศตวรรษที่ 21 โดยจะต้องพัฒนาโครงสร้างและสภาพแวดล้อมสิ่งสนับสนุนในด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร¹ ด้านเทคโนโลยี ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2542 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2545 ได้ให้หลักการไว้ว่าเพื่อเป็นการศึกษาตลอดชีวิต ทั้งให้สังคมมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา และมีการพัฒนาสาระและกระบวนการเรียนรู้ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในหมวด 1 ได้กล่าวถึงความมุ่งหมาย และหลักการศึกษา โดยสถานศึกษาจะต้องจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคนไทยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และในหมวด 4 แนวการจัดการศึกษากำหนดให้การจัดการศึกษาต้องยึดหลักว่า ผู้เรียนทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด ซึ่งผู้เรียนสำคัญที่สุดหมายความว่า ครูต้องสร้างบทบาทให้การศึกษามีพลังที่จะสามารถสร้างคนหรือกำลังของชาติให้พัฒนาด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัยตามสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป มิได้หมายความว่าครูต้องลดบทบาทการสอน หากแต่ครูต้องจัดการเรียนการสอนมีรูปแบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันโดยการปฏิรูปการศึกษาโดยต้องมีการรับรู้ของผู้เรียนและผู้สอน ต่อการจัดการเรียนการสอนที่

ตรงกันเพื่อการส่งเสริมการเรียนรู้² หัวใจของการปฏิรูปการเรียนรู้ คือการปฏิรูป จากการยึดวิชาเป็นตัวตั้งมาเป็นยึดตัวผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง หรือที่เรียกว่าผู้เรียนสำคัญที่สุดนั่นเอง โดยสาระทุกหมวดในพระราชบัญญัติการศึกษา 2542 ปรากฏอยู่หลายหมวดมาตรา เช่น หมวดที่ 1 ความมุ่งหมายและหลักการ ได้ยึดจัดการศึกษาตลอดชีวิต หมวด 2 สิทธิและหน้าที่ทางการศึกษา ต้องจัดให้ทุกคนมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐาน หมวด 3 ระบบการศึกษา มี 3 รูปแบบคือ การศึกษาในระบบ นอกกระบบ และตามอัธยาศัย หมวดที่เป็นหัวใจคือ หมวด 4 แนวการจัดการศึกษา ซึ่งว่าด้วยหลักการ สาระ และกระบวนการการเรียนรู้ ส่วนหมวด 5 การบริหารและการจัดการศึกษา หมวด 6 มาตรฐานและการประกันคุณภาพการศึกษา หมวดที่ 7 ครู ศึกษานิเทศก์ และบุคลากรทางการศึกษา หมวด 8 ทรัพยากรและการลงทุนเพื่อการศึกษา และหมวด 9 เทคโนโลยีทางการศึกษา ซึ่งในแต่ละหมวดเป็นองค์ประกอบและเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้กระบวนการจัดการศึกษาเป็นไปอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ และมีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งสู่แนวทางการจัดการศึกษาที่ “ผู้เรียนเป็นสำคัญที่สุด” ดังนั้นการปรับปรุงแบบการสอนโดยการปรับให้ทันสมัย ต่อเทคโนโลยีจึงเป็นสิ่งที่สถาบันการศึกษาต้องมีการเปลี่ยนแปลง โดยครูต้องเป็นผู้ที่สนับสนุน ส่งเสริมและแนะนำการใช้สื่อ การติดตามการเรียนการสอน รวมถึงการตรวจสอบผลการเรียนของผู้เรียนในรูปแบบที่เหมาะสมกับการศึกษายุคปัจจุบัน รวมถึงการผสมผสานการเรียนการสอนที่ใช้รูปแบบ การ

เรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) เป็นการรวมกันหรือนำรูปแบบการเรียนการสอนมาผสม โดยที่สิ่งที่ถูกผสมนั้น คือ รูปแบบการเรียนการสอน รวมวิธีการเรียนการสอน รวมการเรียนแบบออนไลน์ (e-learning) ซึ่งผู้สอน ได้จัดหาให้แก่ผู้เรียนซึ่งผู้เรียนมีหน้าที่ในการใช้เวลาส่วนใหญ่ศึกษาเนื้อหาด้วยตนเอง เพื่อทำการปรับเปลี่ยน เนื้อหาสารสนเทศที่ผู้สอนเตรียมไว้ให้เกิดเป็นความรู้³ ให้เข้ากับรูปแบบการเรียนการสอนในชั้นเรียนการเติบโตของการเรียนแบบผสมผสานตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และอนาคตการเรียนรู้แบบผสมผสาน โดยในอดีตนั้น การเรียนแบบผสมผสานคือส่วนที่ได้มีการรวมเข้าหากันจาก 2 รูปแบบ สภาพแวดล้อมของการเรียนแบบเดิม นั่นก็คือการเรียนแบบเผชิญหน้าในชั้นเรียนกับการเรียนแบบออนไลน์ ซึ่งในอดีตนั้นการเรียนทั้ง 2 รูปแบบจะมีช่องว่างหรือความแตกต่างกันค่อนข้างมาก คือจะมีการจัดการเรียนการสอนเฉพาะของตัวเองมีรูปแบบ และการดำเนินการในรูปแบบที่ต่างกันเนื่องจากการใช้สื่อการสอน และเครื่องมือที่แตกต่างกัน และมีสถานที่ในการเรียนที่แตกต่างกันเพราะมีกลุ่มผู้เรียนที่ต่างกันด้วย สำหรับในรายวิชาการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency care of Medical Patients) ในหัวข้อการดูแลมารดาและทารก โดยจำแนกเป็นการดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด เป็นสิ่งที่นักศึกษาต้องประสบกับปัญหา ในการจดจำรายละเอียดซึ่งมีทั้งเอกสารหนังสือซึ่งเป็นภาษาอังกฤษจำนวนมาก ทำให้นักศึกษาไม่สามารถจดจำ รายละเอียดได้ทั้งหมดในการช่วยเหลือและการดูแลใน

ระยะเวลาที่จำกัด และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอน จึงมีความสำคัญในการเพิ่มช่องทาง และวิธีการที่หลากหลายที่จำเป็นต้องใช้รูปแบบการผสมผสานโดยยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ เพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา และช่วยเพิ่มความจำในระยะยาวสำหรับการทำคลอดปกติ คลอดภาวะฉุกเฉิน รวมถึงการดูแลทารกแรกเกิด อีกทั้งการประเมินผลสัมฤทธิ์ในการเรียนหัวข้อนี้ มีการเรียนรู้ในหลายรูปแบบเพื่อเป็นการเตรียมความรู้ ความพร้อมก่อนการปฏิบัติจริงอีกทั้งในยุคปัจจุบันอินเทอร์เน็ตถือว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากในโลกออนไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มหลักในการใช้สื่อ อินเทอร์เน็ต เพราะสามารถเข้าถึงและรับข้อมูลข่าวสารได้จากทุกมุมโลกจากการสำรวจการมีและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่ใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี มีสัดส่วนการใช้อินเทอร์เน็ตสูงกว่ากลุ่มอื่น จากร้อยละ 39.7 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 51.9 ในปี 2554 และคาดว่าจะการใช้อินเทอร์เน็ตของกลุ่มวัยรุ่นนี้น่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2550-2554⁴ สำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นที่ยอมรับว่าอินเทอร์เน็ตมีบทบาทต่อการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชนมาก หากแต่พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนรู้และการเลือกใช้ประโยชน์ โดยพบว่ารูปแบบของการสื่อสาร กลยุทธ์การสื่อสารและเน้นการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต

เป็นสิ่งที่สื่อสารได้มีประสิทธิภาพในกลุ่มเยาวชนไทย⁵ หรือการค้นคว้าหาข้อมูลเป็นสิ่งที่ต้องมีการแนะนำและเพื่อให้มีการเพิ่มความสามารถด้านการใช้เพื่อการศึกษาให้มากขึ้น⁶ เช่นการค้นคว้าหาข้อมูลที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องและใช้ในการส่งเสริมความเข้าใจประกอบกับรัฐบาลณรงค์ให้ภาครัฐรวมทั้งสถาบันการศึกษาต่างๆ นำเทคโนโลยีเข้ามาสนับสนุนการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาเด็กและเยาวชนให้มีศักยภาพด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร เพื่อเป็นการเพิ่มขีดความสามารถในการเรียนรู้ของเยาวชนไทยให้สามารถแข่งขันกับนานาชาติได้ อินเทอร์เน็ตจึงถูกใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการศึกษาไม่ว่าจะเป็นการศึกษาออนไลน์ (e-Learning) การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ต่างๆ ในสื่อออนไลน์ ซึ่งสามารถติดต่อสื่อสารระหว่างกันได้ทั่วทุกมุมโลก รวมทั้งด้านนโยบายการศึกษาของรัฐบาลเพื่อกระจายโอกาสทางการศึกษา และการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รวมทั้งการใช้กระบวนการสนับสนุนเพื่อให้เกิดระบบการจัดการเรียนที่ช่วยให้การเรียนทางออนไลน์ส่งเสริมในระดับการศึกษาที่สูงขึ้น⁷ ดังนั้นการพัฒนาการเรียนการสอนโดยการใช้ขั้นตอนการสอนของกาเย่ ร่วมกับการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) ในรายวิชาการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินเรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถศึกษาข้อมูล และเรียนรู้ร่วมกับผู้สอน⁸ รวมถึงมีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เหมาะสม ที่ส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ถูกต้อง และสามารถ

ต่อยอดองค์ความรู้จากการเรียนรู้แบบผสมผสานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยการใช้ขั้นตอนการจัดเรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเย่กับการเรียนแบบผสมผสานเรื่องการดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉิน และการดูแลทารกแรกเกิดสำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2

2. เพื่อเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนแบบผสมผสาน

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ที่เรียนด้วยรูปแบบการใช้ขั้นตอนการจัดเรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเย่กับการเรียนแบบผสมผสาน เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนแบบผสมผสาน

สมมุติฐานของการวิจัย

1. นักเรียนที่เรียนด้วยรูปแบบการเรียนการสอนฯ มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. นักเรียนที่เรียนด้วยรูปแบบการเรียนการสอนฯ มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ การเรียนโดยการใช้รูปแบบการเรียนการสอนโดยการใช้ขั้นตอนกาเย่กับการเรียนแบบผสมผสาน เรื่องการดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด

ตัวแปรตาม คือ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่องการดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะตาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาวิเคราะห์ และ

สังเคราะห์หลักการ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนโดยการใช้ขั้นตอนกาเย่กับการเรียนแบบผสมผสาน

ขั้นที่ 1 ศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน

1.1 ศึกษาหลักการและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียนการสอนโดยการใช้ขั้นตอนกาเย่กับการเรียนแบบผสมผสานจากเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ศึกษาสาระพระราชบัญญัติการศึกษา หมวด 9 เทคโนโลยีทางการศึกษา

1.3 วิเคราะห์ผู้เรียน วัตถุประสงค์ของรูปแบบและเนื้อหาวิชาชีพ

1.4 วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักการหรือแนวคิดในประเด็นที่กำหนด

ขั้นที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการเรียนการสอน

2.1 สร้างร่างรูปแบบการเรียนการสอนตามองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนที่สังเคราะห์ได้

2.2 นำร่างรูปแบบการเรียนการสอนเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อปรึกษาความถูกต้องในเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขกระบวนการ

2.3 วิเคราะห์ผลการประเมินและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

ขั้นที่ 3 สร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

3.1 แผนการจัดการเรียนรู้

3.2 แบบทดสอบก่อนเรียนและหลังเรียน

3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของนักเรียน

3.4 คู่มือการเรียนรู้สำหรับนักเรียน

ขั้นที่ 4 ทดลองใช้นำร่อง ร่างรูปแบบการเรียนการสอน

4.1 ประสานวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และภาควิชาเวชกีดฉุกเฉินในการทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2559

4.2 เตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์

4.3 เตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการพยาบาลการคลอด

4.4 ดำเนินการตามขั้นตอนในขั้นการเตรียมก่อนจัดการเรียนการสอน เช่น ปฐมนิเทศและการแนะนำการเข้าสมัครในระบบ

4.5 ดำเนินการจัดการเรียนการสอน

ตามแผนการจัดการเรียนการสอนโดยการใช้ขั้นตอนของกาเย่พร้อมกับสังเกตปฏิกิริยาในการเรียนการสอน และความคิดเห็นของผู้เรียนระหว่างการจัดการเรียนการสอน

4.6 ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบหลังเรียน

4.7 ปรับปรุงแก้ไขร่างรูปแบบการเรียนการสอน

ระยะที่ 2 การศึกษาผลการใช้รูปแบบการเรียนการสอนฯ ตั้งแต่เดือน กันยายน 2560 – ธันวาคม 2560

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ประสานวิทยาลัยและภาควิชาในการทดลองใช้รูปแบบการจัดการเรียนการสอนฯ ในนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2560 ตั้งแต่เดือน กันยายน 2560 – ธันวาคม 2560

1.2 เตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์

1.3 เตรียมความพร้อมของห้องปฏิบัติการพยาบาลการคลอด

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

2.1 ดำเนินการตามขั้นตอนในขั้นเตรียมการจัดการเรียนการสอนของรูปแบบการสอนฯ เช่น การใช้ E-learning การใช้สถานการณ์จำลอง การเรียนในชั้นเรียน การเรียนในห้องปฏิบัติการคลอด

2.2 ให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบหลังเรียนและประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบการเรียนการสอนในกระบวนการจัดการเรียนการสอนโดย e-learning

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปีที่ 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 จำนวน 30 คน โดยมีคุณสมบัติในการเลือกดังนี้ 1) หลักสูตรมีรายวิชาที่ต้องให้การดูแลมารดาในการคลอด 2) วิทยาลัยและภาควิชาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3) ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์มีความพร้อมในการใช้งาน 4) ห้องปฏิบัติการคลอดมีความพร้อมในการใช้งาน

เครื่องมือในการวิจัย

1. แผนการจัดการเรียนรู้ สร้างขึ้นโดยยึดตาม รูปแบบการเรียนการสอนฯ จำนวน 5 แผนการสอนโดยใช้เวลาภาคทฤษฎีและปฏิบัติทั้งสิ้น 32 ชั่วโมงคิดเป็น 8 คาบ คาบละ 4 ชั่วโมง ผลการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า แผนการจัดการเรียนรู้ทั้ง 6 แผนโดยภาพรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับ มากที่สุดและได้มีการนำไปทดลองใช้เพื่อหาข้อบกพร่องและปรับปรุงแก้ไข

2. ระบบการจัดการบนเว็บ (LMS) โดยการจัดการเรียนรู้แบบ Open source ที่ชื่อว่า มูเดิล (Moodle) ผลการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า ระบบการจัดการเรียนรู้มีคุณภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$ S.D. = 0.73) และได้มีการนำไปทดลองใช้เพื่อหาข้อบกพร่องและปรับปรุงแก้ไข

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการเรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเย่กับการเรียนแบบผสมผสาน เรื่องการดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ

คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด
สำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร
วิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ชั้นปี
ที่ 2 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักการ เป็นส่วนที่
แสดงสาระสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการออกแบบ
กระบวนการเรียนการสอน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การจัดการเรียนรู้แบบ
ผสมผสาน ประกอบด้วย 1) จัดให้มีการเรียนรู้
แบบเผชิญหน้า 2) จัดให้มีการสาธิตและการ
สาธิตย้อนกลับ 3) จัดให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน
แบบกลุ่มย่อย 4) จัดให้มีการเรียนโดยใช้
สถานการณ์จำลอง 5) จัดให้มีการเรียนรู้ด้วย
ตนเองแบบออนไลน์รวมถึงการสื่อสารผ่าน
กระดานสนทนา

ส่วนที่ 2 การจัดการเรียนรู้โดยใช้
ขั้นตอนของกาเย่ ประกอบด้วย 1) การกระตุ้น
และดึงดูดความสนใจของผู้เรียน 2) การแจ้ง
วัตถุประสงค์ของบทเรียนให้ผู้เรียนทราบ 3)
การกระตุ้นให้ระลึกถึงความรู้เดิม 4) การ
นำเสนอสิ่งเร้าหรือเนื้อหาสาระใหม่ 5) การให้
แนวการเรียนรู้ หรือการจัดระบบข้อมูล 6) การ
กระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงความสามารถ 7) การให้
ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการให้การเสริมแรงแก่
ผู้เรียน 8) การประเมินผลการแสดงออกของ
ผู้เรียน 9) การส่งเสริมการคงทนและการถ่าย
โอนการเรียนรู้

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสนับสนุนการเรียนบน
เว็บคือการเลือกใช้ระบบการจัดการเรียนรู้บน
เว็บ (LMS) ชื่อ มูเดิล (Moodle) เพื่อให้ผู้สอน
สามารถจัดบัญชีกลุ่มของผู้เรียน เพิ่มกิจกรรม
ต่างๆ เช่น กระดานสนทนาดังกล่าว ติดตามการส่ง
งาน เพิ่มหรือลดกิจกรรมและทรัพยากรได้ อีก

ทั้งยังสามารถดูคะแนนต่างๆ ของตนเองได้
คะแนนส่งงาน คะแนนการทำแบบทดสอบ
ออนไลน์ รวมถึงการทบทวนบทเรียนทั้งเนื้อหา
และวิดีโอสาธิตการปฏิบัติการต่างๆ ได้ด้วย

ส่วนที่ 4 เครื่องมือสนับสนุนการเรียน
คือ ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์ที่มีส่วนที่เป็น
ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์มีรายละเอียด หน่วย
ประมวลผล Intel Core i3 ความเร็ว 3.60
GHz หน่วยความจำ 4 GB ฮาร์ดดิสก์ความจุ
55 GB ระบบปฏิบัติการ Windows 7 ระบบ
ทำความสะอาด การจัดการฐานข้อมูลและเว็บ
เซิร์ฟเวอร์ xampp และซอฟต์แวร์ Moodle

ส่วนที่ 5 วิธีปฏิสัมพันธ์บนเว็บ
ประกอบด้วย 1) วิธีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียน
กับผู้เรียนและ 2) การปฏิสัมพันธ์ระหว่าง
ผู้เรียนกับผู้สอน

ส่วนที่ 6 บทบาทของผู้เรียน
ประกอบด้วย 1) บทบาทของผู้เรียนที่ต้องมี
ความรับผิดชอบในการเรียนรู้ตามรูปแบบรวบ
ถึงการทบทวน การส่งงาน การสอบ 2) บทบาท
ของนักเรียนในกลุ่ม คือการเรียนรู้ร่วมกัน ใน
การหาคำตอบและการสื่อสารในเนื้อหาที่ได้รับ
มอบหมาย

ส่วนที่ 7 บทบาทผู้สอน ได้แก่ การให้
คำปรึกษา สนับสนุน ประเมิน ตรวจสอบและ
กระตุ้น

องค์ประกอบที่ 2 วัตถุประสงค์ คือ เพื่อ
พัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยรูปแบบการ
เรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเย่กับการเรียน
แบบผสมผสาน เรื่องการดูแลมารดาและทารก
ในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการดูแล
ทารกแรกเกิดซึ่งครอบคลุมด้านพุทธรักษา
(ความรู้ ความเข้าใจและการวิเคราะห์) และ

ด้านปฏิบัติในการดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด

องค์ประกอบที่ 3 เนื้อหา แบ่งออกเป็น 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การปฏิสนธิ 2) สรีระวิทยาของหญิงตั้งครรภ์ 3) การคลอดปกติ 4) การคลอดฉุกเฉิน 5) การดูแลทารกแรกเกิด ใช้เวลาทั้งหมด 32 ชั่วโมง จำนวน 8 คาบคาบละ 4 ชั่วโมง หน่วยการเรียนรู้ละ 4 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 4 กระบวนการจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนจัดการเรียนการสอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 1) การปฐมนิเทศ 2) จัดแบ่งกลุ่มผู้เรียน 3) ฝึกปฏิบัติการใช้งานในระบบการจัดการเรียนรู้บนเว็บ (LMS) 4) ทดสอบก่อนเรียน และขั้นตอนจัดการเรียนการสอนประกอบประกอบด้วย 9 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

1) การกระตุ้นและดึงดูดความสนใจของผู้เรียน ผู้สอนได้ให้ดูคลิปวิดีโอการคลอดปกติและการคลอดฉุกเฉิน เพื่อสร้างความสนใจของผู้เรียนเพื่อสื่อถึงการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

2) การแจ้งวัตถุประสงค์ของบทเรียนให้ผู้เรียนทราบ เพื่อให้ผู้เรียนทราบถึงความคาดหวังในการเรียนโดยยึดเป้าหมายคือลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

3) การกระตุ้นให้ระลึกถึงความรู้เดิม เชื่อมโยงประสบการณ์หรือความรู้ที่มี เช่น การดูแลมารดาหลังคลอดที่ถูกวิธี การดูแลทารกแรกเกิดเพื่อให้เข้าใจผลลัพธ์

4) การนำเสนอสิ่งเร้าหรือเนื้อหาสาระใหม่ โดยเปรียบเทียบสาระเดิมและเชื่อมเข้ากับ

ความรู้ใหม่ที่กำลังจะเรียนรู้ในขั้นตอนการสอน โดยใช้ขั้นตอนของกาเย ผู้สอนได้สอนเนื้อหาด้วยวิธีการที่หลากหลายปริมาณเนื้อหาที่สอนด้วยการบรรยาย สาธิต สถานการณ์จำลอง การบันทึกวิดีโอในขั้นตอนการปฏิบัติทุกขั้นตอนเพื่อให้สามารถทบทวนได้ทุกที่ทุกเวลา ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสาระด้านความรู้ความเข้าใจและด้านการปฏิบัติเพื่อให้ผู้เรียนมีพื้นฐานความรู้และสามารถฝึกปฏิบัติได้เพิ่มเติมรายบุคคล

5) การให้แนวการเรียนรู้ หรือการจัดระบบข้อมูล ซึ่งจัดเรียงตามลำดับของการดูแลมารดาและทารกเพื่อให้เข้าใจกับสาระการเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น โดยในหน่วยการเรียนรู้จะเรียงลำดับเนื้อหาการดูแลมารดาและทารกตามลำดับขั้นเพื่อให้ทราบถึงความสำคัญก่อนหลัง

6) การกระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงความสามารถซึ่งสามารถกระทำได้เมื่อมีการแบ่งกลุ่ม ผู้สอนจะทำหน้าที่กระตุ้นผู้เรียนให้ตอบสนองต่อสิ่งเร้า เช่น การสาธิตย้อนกลับ การแสดงสถานการณ์จำลอง ผู้เรียนร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์นั้นและมีการอภิปรายกลุ่มเพื่อค้นคว้าหาความรู้และแนวทางการแก้ไขปัญหา

7) การให้ข้อมูลป้อนกลับ เป็นการให้การเสริมแรงแก่ผู้เรียน โดยแจ้งผลการปฏิบัติในสิ่งที่สามารถกระทำการดูแลมารดาและทารกได้ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงสิ่งที่ต้องปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยการทดสอบย่อยในทุกหน่วยการเรียนรู้ทั้งก่อนและหลังการเรียนรายคาบ ทั้งนี้ ผู้สอนคอยควบคุมการสอบให้อยู่ในความ

เรียบร้อยและมีกำหนดระยะเวลาในการทำแบบทดสอบย่อย

8) การประเมินผลการแสดงออกของผู้เรียน ซึ่งสามารถประเมินตนเองได้จากกระบวนการจัดการเรียนรู้บนเว็บซึ่งจะแสดงผลคะแนนการตอบคำถาม การส่งงาน การสอบปากเปล่า (Oral test) โดยเฉพาะสถานการณ์จำลองในภาวะคลอดฉุกเฉินซึ่งมีการจัดการประเมิน ด้วยรูปแบบ Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) รวมถึงการสนทนาหรือสื่อสารบนเว็บ

9) การส่งเสริมการคงทนและการถ่ายโอนการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนในสถานการณ์ที่หลากหลายที่ผู้สอนจัด ทั้งนี้มีการสรุปเนื้อหาการเรียนรู้และให้นักเรียนร่วมสรุปเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้เรียนในเนื้อหาได้อย่างถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 5 การวัดและ

ประเมินผล เน้นด้านปฏิบัติเป็นส่วนมาก ซึ่งประกอบด้วย 1) การทดสอบก่อนเรียน 2) การ

ฝึกปฏิบัติบุคคล 3) การทดสอบย่อย 4) การทดสอบหลังเรียน

2. ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด หลังใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน $\bar{x}=9.62$, $SD.=3.86$ สูงกว่าก่อนเรียน $\bar{x}=4.73$ $SD.=2.28$ แตกต่างกัน 4.89 คะแนน แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด (n=30)

การทดสอบ	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI of mean diff		p
				lower	upper	
การทดสอบก่อนเรียน	4.73	2.28	4.89	4.33	5.46	<0.001
การทดสอบหลังเรียน	9.62	3.86				
ผลการศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ที่เรียนด้วยรูปแบบการใช้ขั้นตอนการเรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเยกับการ			เรียนแบบผสมผสาน เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสานพบว่าความพึงพอใจของ			

นักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง และเมื่อแยกพิจารณารายด้านจะพบว่าด้านที่มี
 ปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่องการช่วยทำ
 คลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉิน
 และการดูแลทารกแรกเกิด สามารถสรุปผลการ
 วิเคราะห์ได้ดังนี้ ความพึงพอใจโดยรวมของ
 ผู้เรียนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=4.26$, S.D. = 0.57)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ความพึงพอใจของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉิน
 การแพทย์ เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านกระบวนการจัดการเรียนรู้			
1.1 กระบวนการนำเข้าสู่บทเรียนมีความน่าสนใจ	4.16	0.64	มาก
1.2 การมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน	4.35	0.75	มาก
1.3 กระบวนการจัดการเรียนการสอนทำให้เกิดแนวคิดใหม่ๆ	4.29	0.59	มาก
1.4 สามารถเรียนรู้ได้ทุกที่ทุกเวลานอกเหนือจากในชั้นเรียน	4.17	0.52	มาก
1.5 กระบวนการเรียนการสอนโดยการใช้รูปแบบผสมผสานมี ความเหมาะสม	4.23	0.56	มาก
1.6 การจัดการเรียนการสอนในรูปแบบผสมผสานทำให้เกิด ความเข้าใจในเนื้อหา	4.32	0.54	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.25	0.60	มาก
2. ด้านสื่อการเรียนรู้			
2.1 การใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยสอนทำให้เข้าใจในเนื้อหา มากขึ้น	4.26	0.58	มาก
2.2 สื่ออุปกรณ์ที่ทันสมัยทำให้การเรียนรู้เข้าใจเนื้อหา มากขึ้น	4.35	0.55	มาก
2.3 สื่อภาพนิ่งช่วยสอนทำให้เกิดความเข้าใจใน บทเรียนมากขึ้น	4.23	0.43	มาก
2.4 การใช้สื่อและอุปกรณ์สาธิตทำให้มีความเข้าใจ มากขึ้น	4.35	0.61	มาก
2.5 สามารถเข้าถึงสื่อการเรียนการสอนได้ง่าย	4.19	0.60	มาก
2.6 สามารถเข้าถึงแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องได้	4.29	0.53	มาก
2.7 เนื้อหาเหมาะสมกับการนำเสนอและสื่อความ หมายชัดเจน	4.26	0.58	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.28	0.55	มาก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ ความพึงพอใจของนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉิน
 การแพทย์ เรื่องการช่วยทำคลอดปกติ การช่วยทำคลอดในภาวะฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด (ต่อ)

รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
3. ด้านกิจกรรมการเรียนรู้			
3.1 นักศึกษามีความสนใจในกิจกรรมสาธิตการเข้ากลุ่มปฏิบัติ	4.19	0.54	มาก
3.2 มีการใช้กิจกรรมการเรียนรู้หลากหลายเช่น การฝึกปฏิบัติ สถานการณ์จำลอง	4.10	0.40	มาก
3.3 นักศึกษาชอบการจัดการเรียนการสอนแบบผสมผสาน	4.32	0.60	มาก
3.4 จัดการเรียนการสอนแบบผสมผสานมีความสะดวกและง่าย ต่อการทบทวน	4.26	0.58	มาก
3.5 เพิ่มโอกาสการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างครูผู้สอนและนักศึกษา	4.29	0.59	มาก
3.6 ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ผ่านการเรียนปฏิบัติหลังจากการใช้ สื่อคอมพิวเตอร์	4.16	0.45	มาก
ค่าเฉลี่ย	4.22	0.53	มาก
4. ด้านการวัดและประเมินผลการเรียนรู้			
4.1 ครูวัดผลการเรียนตรงตามเนื้อหาที่เรียน	4.52	0.63	มากที่สุด
4.2 การประเมินผลการเรียนมีความสำคัญต่อการเรียน	4.19	0.54	มาก
4.3 นักศึกษาสามารถนำผลการเรียนมาปรับปรุงตนเองได้	4.13	0.62	มาก
4.4 การวัดผลเพื่อให้ผู้เรียนพัฒนาความรู้และการปฏิบัติได้	4.06	0.57	มาก
4.5 แบบทดสอบสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของ บทเรียน	4.13	0.62	มาก
4.6 การวัดผลการเรียนเป็นระยะช่วยให้ทราบระดับความรู้ของ ตนเอง	4.61	0.50	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย	4.27	0.61	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.26	0.57	มาก

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

รูปแบบการเรียนการสอนที่ได้พัฒนาขึ้น
ทั้งนี้ได้จากการศึกษา วิเคราะห์วิเคราะห์ สรุป
และสังเคราะห์จากข้อมูลต่างๆ หลักฐานการ
วิจัยและนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้กับ
กลุ่มเป้าหมาย โดยมีประเด็นการอภิปรายดังนี้
รูปแบบการเรียนการสอน โดยการใช้ขั้นตอน

การจัดเรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเกี่ยวกับการ
เรียนแบบผสมผสาน เรื่องการดูแลมารดาและ
ทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการ
ดูแลทารกแรกเกิดสำหรับนักศึกษาหลักสูตร
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉิน
การแพทย์ชั้นปีที่ 2 มีองค์ประกอบ 5
องค์ประกอบซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยมีรายละเอียด

ของแต่ละองค์ประกอบดังนี้ 1) หลักการเป็นองค์ประกอบของรูปแบบการเรียนการสอนที่เชื่อมโยงแนวคิดเข้าด้วยกัน 2) วัตถุประสงค์เป็น องค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบการเรียนการสอนที่คาดหวังให้เกิดจากการใช้รูปแบบการเรียนการสอน 3) เนื้อหา สอดคล้องโดยกำหนดให้เนื้อหาของรูปแบบการสอนรวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ 4) กระบวนการจัดการเรียนการสอนเป็นส่วนที่ระบุถึงขั้นตอนและวิธีการเรียนซึ่งผสมผสานหลากหลาย 5) การวัดและประเมินผลเป็นส่วนที่ทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการเรียนการสอน โดยดูจากผลของการวัดและการประเมิน ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์และสอดคล้องของรูปแบบการจัดการเรียนการสอน กระบวนการจัดการเรียนการสอน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนมีลักษณะกิจกรรมที่ผสมผสาน คือมีการเรียนแบบเผชิญหน้าในชั้นเรียน (face to face) และกิจกรรมแบบออนไลน์ (E-learning) ในการจัดการเรียนการสอนซึ่งประกอบด้วย 9 ขั้นตอนย่อยซึ่งใช้หลักการของกายในการจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานและได้กำหนดสัดส่วนการผสมผสานโดยใช้ปริมาณเนื้อหาเป็นเกณฑ์ คือ ปริมาณเนื้อหาที่สอนในชั้นเรียนประมาณ 60 % ของเนื้อหาทั้งหมดของหน่วยการเรียนรู้ ส่วนอีก 40% เป็นเนื้อหาในส่วนของการปฏิบัติซึ่งถูกนำเสนอผ่านออนไลน์ สำหรับการฝึกปฏิบัติเพิ่มเติม โดยพบว่า

1. ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นไปตามสมมุติฐานของการวิจัย

1.1 เนื้อหา ถูกเรียบเรียงขึ้นมาโดยเรียงลำดับ เนื้อหาที่ควรศึกษา ก่อน-หลังและ

แบ่งเป็น 5 หน่วยการเรียนรู้ ซึ่งมีคลิปวิดีโอประกอบในส่วนของเนื้อหา รวมถึงขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจมากขึ้น

1.2 กระบวนการจัดการเรียนการสอนในขั้นเตรียมการก่อนการจัดการเรียนการสอนมีการปฐมนิเทศเพื่อให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการจัดการเรียนการสอน ซึ่งมี 9 ขั้นตอนได้แก่ 1) การกระตุ้นและดึงดูดความสนใจของผู้เรียน 2) การแจ้งวัตถุประสงค์ของบทเรียนให้ผู้เรียนทราบ 3) การกระตุ้นให้ระลึกถึงความรู้เดิม 4) การนำเสนอสิ่งเร้าหรือเนื้อหาสาระใหม่ 5) การให้แนวการเรียนรู้ หรือการจัดระบบข้อมูล 6) การกระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงความสามารถ 7) การให้ข้อมูลป้อนกลับ เป็นการให้การเสริมแรงแก่ผู้เรียน 8) การประเมินผลการแสดงออกของผู้เรียน 9) การส่งเสริมการคงทนและการถ่ายโอนการเรียนรู้

1.3 การวัดและประเมินผลในระหว่างเรียน เน้นการวัดและประเมินผลด้านความสามารถในการปฏิบัติ ดังนั้นในทุกหน่วยการเรียนรู้จะมีการทดสอบก่อนเรียนในทุกหน่วยการเรียนรู้ เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจและสามารถทราบในส่วนบกพร่องในเนื้อหา เพื่อปรับปรุงในหน่วยการเรียนการสอน

1.4 การจัดการเรียนรู้แบบผสมผสานซึ่งมีทั้งการเรียนในชั้นเรียนแบบเผชิญหน้า และเรียนแบบออนไลน์รวมทั้งมีการเรียนรู้ร่วมกันช่วยสนับสนุนการโดยการเรียนรู้แบบกลุ่มย่อยช่วยให้ผู้เรียนได้ทบทวนเนื้อหาและฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ ผลการวิจัย พบว่า ใช้ขั้นตอนการจัดเรียนการสอนโดยขั้นตอนกาเ่ยกับการเรียนแบบผสมผสาน สามารถพัฒนาให้

ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้มากขึ้นกว่าการเรียนในห้องแบบดั้งเดิมเพียงอย่างเดียว เนื่องจากได้มีการเสริมและใช้การจัดการเรียนที่ หลากหลายรูปแบบอันก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ยิ่งขึ้น

1.5 การเรียนแบบร่วมมือ (Collaboration) เพื่อเพิ่มพูนให้ผู้เรียนมี ปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น ในกลุ่มย่อยในการเรียน แบบเผชิญหน้าจะได้เพิ่มโอกาสการแลกเปลี่ยน ความรู้ระหว่างผู้สอน และเพื่อนร่วมชั้นเรียนอีก ทั้งยังเสริมกิจกรรมอื่นทางออนไลน์ด้วยการ สร้างห้องสนทนา และกระดานเสวนา รวมถึง การให้โจทย์คิดสถานการณ์และให้กลุ่มหา คำตอบส่งใน e-learning และใช้เทคนิคการคิด ร่วมกัน

2. ผลการเรียนรู้ของผู้เรียนของผู้เรียน เป็นรายบุคคลแล้ว พบว่าผู้เรียนจำนวนหนึ่งมี คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์การสอบแสดงให้เห็นว่า ผู้เรียนยังขาดความเข้าใจในการทำข้อสอบ ทั้งนี้ อาจเกิดจากสาเหตุที่เป็นไปได้ ดังนี้ 1) ผู้เรียน บางคนไม่มั่นใจในการสอบทั้งภาคทฤษฎีและ การฝึกปฏิบัติ เพราะขาดความรับผิดชอบใน การศึกษาเนื้อหาอย่างลึกซึ้งทำให้กระบวนการ กลุ่มเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ไม่สามารถเกิด ประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ 2) ผู้เรียนบางคนมุ่งเน้น ในเรื่องการสอบปฏิบัติ โดยอาจไม่ได้ใส่ใจใน เนื้อหาเนื่องจากเป็นเนื้อหาที่ต้องทำความเข้าใจ และบางอย่างต้องการประสบการณ์ในการ เรียนรู้เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้สอนที่จะนำรูปแบบการเรียนการสอนไปใช้ควรศึกษาขั้นตอนในการจัดการเรียน

การสอนเนื่องจากกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ ตามขั้นตอนของกาเย สามารถทำได้หลากหลาย วิธีและยังคงให้เหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไป อีกทั้งการวัดและประเมินผลจะสามารถสะท้อน ถึงประโยชน์ที่เกิดจากการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการนำไปใช้

2. ผู้สอนควรควบคุมกิจกรรมกลุ่มทั้งใน ส่วนของผู้สอนและผู้เรียนที่เน้นการมี ปฏิสัมพันธ์การเรียนแบบร่วมมือกันเนื่องจาก สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพให้เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในรายวิชาการฝึกปฏิบัติเพื่อเป็นการ เก็บประสบการณ์จริงเรื่องการดูแลมารดาและ ทารกในภาวะคลอดปกติ คลอดฉุกเฉินและการ ดูแลทารก ดังนั้นการศึกษาข้อมูลในแหล่งฝึก ปฏิบัติงานจะสามารถทำให้มีข้อมูลด้านการใช้ งานจริง สำหรับปรับปรุงพัฒนารูปแบบการ เรียนการสอนฯ ให้สอดคล้องกับผู้ใช้บัณฑิต

2. การศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยใช้หุ่นจำลองคลอดปกติ, การคลอดในภาวะ ฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด โดยมุ่งเน้น การสร้างสมรรถนะหลัก สำหรับการดูแลที่ เหมาะสมมากขึ้นยังคงเป็นประเด็นที่ควร ศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, & จรัสศรี เพ็ชรคง. ทักษะแห่งศตวรรษ ที่ 21: สำคัญที่ ต้องรู้สำหรับการจัดการศึกษาพยาบาล.

- Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 26(1), 1-15.
2. Holmes, K. A., & Prieto-Rodriguez, E. (2018). Student and Staff Perceptions of a Learning Management System for Blended Learning in Teacher Education. Australian Journal of Teacher Education, 43(3), 21-34.
3. ญาดา ลือสัตย์ (2558). ผลการเรียนรู้ด้วยอีเลิร์นนิ่ง โดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้แบบวัฏจักรการเรียนรู้ 7E วิชาชีววิทยาที่มีต่อความสามารถในการคิดวิเคราะห์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. Veridian e-Journal ฉบับภาษาไทยสาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ และฉบับ International Humanities, Social Sciences and arts, 8(2), 2369-2384.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ National Statistical Office Thailand สำรวจมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ.2550-2554 สืบค้นจาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/new_internet_teen.jsp
5. ศิณัฐนันท์ ศิริเจริญ, กมลรัฐ อินทรทัศน์, & ปิย ฉัตร ล้อมฆาการ. รูปแบบการสื่อสารเพื่อการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศจากสื่อ อินเทอร์เน็ตของ เยาวชน ไทย. Sripatum Review of Humanities and Social Sciences, 15(1), 46-57.
6. Murray, M. C., Pérez, J., Geist, D., & Hedrick, A. (2012). Student interaction with online course content: Build it and they might come. Journal of Information Technology Education: Research, 11, 125-140.
7. Klobas, J. E., & McGill, T. J. (2010). The role of involvement in learning management system success. Journal of Computing in Higher Education, 22(2), 114-134.
8. Cottrell, D. M., & Robison, R. A. (2003). Case 4: Blended learning in an accounting course. Quarterly Review of Distance Education, 4(3), 261-69.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์

รัชณี ปลั่งกลาง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มประชากรคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 131 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โดยมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรยืนยัน ชุมชนในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการถ่วงน้ำหนักจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel จำนวน 113 ราย สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.962 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย สถานภาพสมรส, รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน, สิทธิด้านการรักษาพยาบาล, ระบบบริการสุขภาพ, การรับรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ สำหรับอายุมีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.043$) ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ, การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ, รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สามารถทำนายได้ร้อยละ 40.10 ผู้วิจัยจะนำตัวแปรจากผลการวิจัยมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชนในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ เพื่อพัฒนาเป็นโมเดลพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ติดตามเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย มีการนัดผู้ป่วยมารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกระตุ้นการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการจัดกิจกรรม self-help group และพัฒนาทักษะการสร้างการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์, E-mail: Yingsense@gmail.com

**Factors Effecting to Prevention of Complication' Diabetic Mellitus Among
Diabetic Mellitus Type 2 at Public Health Center 2,
Division of Public Health and Environment, Nakhon Sawan Municipality.**

Ratchanee Plangklang¹

Abstract

This descriptive research aimed to study factors affected to prevention of complication of diabetic mellitus type 2 patients. Population was 131 diagnosed as the diabetic mellitus type 2 patients who had fasting plasma glucose higher than 140 mg/dl and registered in the Public Health Center 2, Division of Public Health and Environment, Nakhon Sawan Municipality, in fiscal year 2017. Participants were 113 cases calculated by using Daniel formula and were selected by systematic random sampling. Questionnaires were employed to collect data which composed of 5 parts including characteristics of participants, health service system, health perceptions, cue to action factors and prevention of complications' diabetic mellitus. In addition, to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and reliability was tested by using Cronbach's coefficient alpha ($=0.962$). Pearson product moment correlation coefficient and Stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data. The results revealed that marital status, average of income per month, health insurance, health service system, health perceptions and cue to action had positive association with prevention of complications with statistic significant level of 0.05. Moreover, age group had significantly negative association with the prevention of complications ($p\text{-value}=0.043$). Prediction model analyzed reported that overall selected factors had accounting for 40.10%. The three selected factors including cue to action, accessibility of health care center and referral system, and average income per month still significantly predicted the prevention of complication of the patients. The influent factors received from this study can be modified and developed to be a model for preventing complications of diabetic mellitus type 2 patients registered in the Public Health Center 2, Division of Public Health and Environment, Nakhon Sawan Municipality. In addition, follow up, patient appointment for continuous health checking, offering health promotion activities, encouraging proper health perceptions in using self-help and sharing groups, and also promotion of self-efficacy and self-management should be concerned and provided for diabetic mellitus type 2 patients.

Keywords: Diabetic mellitus type 2, Blood sugar level control

¹ Profession Nursing, Public Health Center 2, Division of Public Health and Environment, Nakhon Sawan Municipality

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจเนื่องจากมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดและสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้ สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยส่วนมากเกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากสถิติขององค์การอนามัยโลกโดย American Diabetes Association: ADA พ.ศ. 2543 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 171 ล้านคน คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปี ข้างหน้า (พ.ศ. 2573) จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 438 ล้านคน พบมากในแถบเอเชียโดยเฉพาะในประเทศอินเดีย และประเทศจีน พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุดคือ 50 ล้านคน และ 43 ล้านคน ตามลำดับ¹ พบในประชากรวัยทำงานและในประเทศที่ยากจนถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ จากการสำรวจข้อมูล พ.ศ. 2552 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่า 285 ล้านคน และเสียชีวิต 4 ล้านคน¹

สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดในระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 35-60 ปี (กลุ่มเสี่ยง) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ มีร้อยละเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.81, 2.29, และ 2.44 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานจะได้รับการบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงทำให้ผู้ป่วย

โรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจนมีอัตราเพิ่มขึ้นก็ตาม (ร้อยละ 11.68, 15.64, และ 19.80 ตามลำดับ) แต่ยังพบว่า จากผลการประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 34.38, 20.34, และ 41.76 ตามลำดับ² จังหวัดนครสวรรค์ ในช่วงปี พ.ศ.2557-2559 สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของประชาชนในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ จะมีลักษณะคล้ายๆกับสถานการณ์ของประเทศ ไทย พบว่า อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มประชากรอายุ 35-60 ปี (กลุ่มเสี่ยง) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่มีร้อยละเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.98, 2.39, และ 2.54 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจะมีอัตราเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 11.01, 15.98, และ 28.86 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลผลการประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ 19.67, 15.64, และ 38.15 ตามลำดับ²

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน และ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้นอย่าง

รวดเร็ว ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะมีอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะคีโตนคั่งในเลือด สำหรับภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังพบได้ในอวัยวะเกือบทุกส่วนของร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงชนิดนี้จะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ตา ไต ประสาท หัวใจและหัวใจ ความผิดปกติที่ตา คือ สายตามัวจากการเป็นต้อกระจก เบาหวานลูกกลมขึ้นตา ความผิดปกติที่หัวใจคือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจะตีบและทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน³ ความผิดปกติที่ไต คือ มีโปรตีนออกมาในปัสสาวะ ส่วนระบบประสาทนั้นพบว่าจะมีอาการชาและเกิดอัมพาต ความผิดปกติที่เท้าเกิดจากการที่หลอดเลือดไปเลี้ยงเท้าน้อยลง อาจเกิดเนื้อตายหรือเกิดแผลแล้วหายยาก หรือมีการติดเชื้อได้ง่ายและแผลลูกกลมจนต้องตัดขาทิ้ง⁴ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงกับระดับปกติจะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ เหล่านี้ได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานนอกจากจะเป็นอันตรายต่อผู้ที่เป็โรคเบาหวานโดยตรงแล้ว อาการต่างๆ ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนยังทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่และทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ตามมา นอกจากนี้ความเรื้อรังของโรคอาจทำให้ต้องใช้เงินค่ารักษาพยาบาลจำนวนมากส่งผลให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้าน

จิตใจและปัญหาในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้โรคหรือพยาธิสภาพลุกลามมากขึ้นเป็นวงจรไม่สิ้นสุด ด้านผลกระทบต่อครอบครัวจะเห็นได้ว่าทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องนำไปรักษาสมาชิกที่เจ็บป่วยและอาจเป็นภาระสำหรับครอบครัวที่มีผู้เป็นเบาหวานแล้ว ยังมีภาวะแทรกซ้อนจนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ทำให้สมาชิกอื่นต้องขาดรายได้ตามไปด้วย ส่วนด้านชุมชนและสังคมนั้น โรคเบาหวานมีผลต่อการใช้งบประมาณของประเทศเพื่อรักษาดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นยังต้องใช้ค่าใช้จ่ายเพื่อจัดการปัญหาเหล่านี้มากขึ้นตามไปด้วย⁵ จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชนในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย (คุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่

2 ชุมชนในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์

กรอบแนวคิดวิจัย

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของครอบครัว 2) ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย การบริการสุขภาพ การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การให้สุขศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การได้รับการเยี่ยมบ้าน การได้รับบริการหัตถการ 3) การรับรู้ด้านสุขภาพ⁶ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน 4) ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ⁶ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนภายในครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และการส่งต่อ การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา, การพบแพทย์ตามนัด, การรับประทานยา, การรับประทานอาหาร

, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การไม่สูบบุหรี่, การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชุมชนในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์ ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 131 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยมีผลการตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาจากหลอดเลือดดำหลังอดอาหารมากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรยืนยัน ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ขาดยาและไม่ได้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้คุณค่าอื่นมารับยาแทน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน ได้แก่ ตา ไต เท้า หัวใจ เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Daniel⁷ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 113 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามให้
ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล
ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส,
ระดับการศึกษา, การประกอบอาชีพ, รายได้
ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน, สิทธิ์ด้านการ
รักษาพยาบาล, ระยะเวลาป่วยเป็น
โรคเบาหวาน, ประวัติญาติสายตรงเป็น
โรคเบาหวาน, ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของ
ครอบครัว ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ
และเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ระบบบริการสุขภาพของสถาน
บริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ระบบบริการ
สุขภาพ, การได้รับการตรวจคัดกรอง
ภาวะแทรกซ้อน, การให้สุขศึกษา, การได้รับ
ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ, การได้รับการเยี่ยม
บ้าน, การได้รับบริการหัตถการ มีข้อคำถามทั้ง
ด้านบวกและด้านลบ ลักษณะคำถามแบบ
ประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็น
ด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John
W.⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง
คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 3 การรับรู้ด้านสุขภาพ
ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ
ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของ
ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์การป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้อุปสรรคการป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและ
ด้านลบ ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5
ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปล
ผลตามแนวคิดของ Best John W.⁸ แบ่งเป็น
3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนน
ระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนน
ระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ คะแนน
ระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ
ประกอบด้วย แรงสนับสนุนภายในครอบครัว,
แรงสนับสนุนจากภายนอก, การเข้าถึงสถาน
บริการสุขภาพ, การส่งต่อ, การใช้สมุนไพรและ
แพทย์ทางเลือก ลักษณะคำถามแบบประมาณ
ค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่
แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์
การแปลผลตามแนวคิดของ Best John 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 พฤติกรรมการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การปฏิบัติตาม
แผนการรักษา, การพบแพทย์ตามนัด, การ
รับประทานยา, การรับประทานอาหาร, การ
ออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การไม่
สูบบุหรี่, การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
ลักษณะคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ
ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best John
W.⁸ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การปฏิบัติระดับสูง

คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 และระดับต่ำ
คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษา
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของ
เนื้อหาแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณค่า
ความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอล
ฟา ของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient)⁹ เท่ากับ 0.962

สถิติวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's
Product Moment correlation coefficient
และ Stepwise Multiple Regression
Analysis

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(66.40%) มีอายุระหว่าง 50-69 ปี (59.50%)
($\bar{X}$ =63.05, S.D.=10.824, Min=34, Max=88)
มีสถานภาพสมรส/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (65%)
จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (66.40%) มี
เพียงร้อยละ 1.7 ที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับ
ปริญญาตรี สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่
ระหว่าง 5,000–20,000 บาท จำนวน 54 คน
(ร้อยละ 46.60) ($\bar{X}$ =13,968.97,
S.D.=15,955.96, Min=600, Max=90,000)
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย
เท่ากับ 6.42 ปี ($\bar{X}$ =6.42, S.D.=4.637,
Min=1, Max=30) ผู้ป่วยมีสิทธิ์ด้านการ
รักษาพยาบาลประเภทบัตรสวัสดิการด้าน

รักษาพยาบาล (บัตรทอง) (51.70%) มีเพียง
ร้อยละ 0.90 ที่ใช้สิทธิ์บัตรผู้พิการ สำหรับผู้ที่
ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก
คือ สามีและ/หรือภรรยา (45.70%) รองลงมา
คือ บุตรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (32.80%)
และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีผู้ดูแล (อยู่คน
เดียว) 16.40%) ประวัติของสมาชิกใน
ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วย
ที่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน (51.0%)

ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการ
สาธารณสุข ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความ
คิดเห็นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.20 ($\bar{X}$ =2.86,
S.D.=0.346) เมื่อพิจารณาระบบบริการสุขภาพ
จำแนกรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง
ได้แก่ การบริการสุขภาพ (88.80%), การให้สุข
ศึกษา (87.90%), การได้รับการเยี่ยมบ้าน
(85.30%), การได้รับการหัตถการ (84.50%)
การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
(78.40%), การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
(75.60%), ตามลำดับ การรับรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมการ
รับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.50
 $\bar{X}$ = (2.65, S.D.=0.477) เมื่อพิจารณาการรับรู้
ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การรับรู้ด้าน
สุขภาพที่มีคะแนนความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง
ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน (78.40%), การรับรู้โอกาส
เสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (60.30%)
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด
ภาวะแทรกซ้อน (55.20%) สำหรับการรับรู้
อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ใน

ระดับปานกลาง (55.20%) ตามลำดับ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.20 ($\bar{X}=2.86$, S.D.=0.346) เมื่อพิจารณาปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติจำแนกรายด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ (82.80%) การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก (74.10%) แรงสนับสนุนจากภายนอก (64.70%) แรงสนับสนุนภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (56.90%) ตามลำดับ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.50 ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.477) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมจำแนกรายด้าน พบว่า พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ (95.70%), การมาพบแพทย์ตามนัด (68.10%), การรับประทานยา (63.80%), การปฏิบัติตามแผนการรักษา (56.90%) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย (75%), การจัดการความเครียด (69%), การรับประทานอาหาร (58.60%) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนด้านระบบบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=113)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	n	%	n	%	n	%		
ระบบบริการสุขภาพ	100	86.2	16	13.8	-	-	2.86	0.346
การบริการสุขภาพ	103	88.8	13	11.2	-	-	2.88	0.316
การได้รับการตรวจคัดกรอง	91	78.4	25	21.6	-	-	2.78	0.412
ภาวะแทรกซ้อน								
การให้สุขศึกษา	102	87.9	14	12.1	-	-	2.87	0.327
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	87	75.0	29	25.0	-	-	2.75	0.434
ด้านสุขภาพ								
การได้รับการเยี่ยมบ้าน	99	85.3	17	14.7	-	-	2.85	0.355
การได้รับบริการหัตถการ	98	84.5	18	15.5	-	-	2.84	0.363
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	141	46.7	154	51.0	7	2.3	2.44	0.542

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนด้านระบบบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n=113) (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับคะแนน						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	n	%	n	%	n	%		
การรับรู้ด้านสุขภาพ	76	65.5	40	34.5	-	-	2.65	0.477
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	70	60.3	46	39.7	-	-	2.60	0.491
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน	64	55.2	52	44.8	-	-	2.55	0.499
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	91	78.4	25	21.6	-	-	2.78	0.419
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	47	40.5	64	55.2	5	4.3	2.36	0.565
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	85	73.3	31	26.7	-	-	2.73	0.444
แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	49	42.2	66	56.9	1	0.9	2.41	0.511
แรงสนับสนุนจากภายนอก	75	64.7	41	35.3	-	-	2.64	0.481
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ	96	82.8	20	17.2	-	-	2.82	0.379
การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก	86	74.1	28	24.1	2	1.7	2.72	0.486
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	76	65.5	40	34.5	-	-	2.65	0.477
การปฏิบัติตามการรักษา	66	56.9	49	42.2	1	0.9	2.56	0.515
การพบแพทย์ตามนัด	79	68.1	37	31.9	-	-	2.68	0.468
การรับประทานยา	74	63.8	40	34.5	2	1.7	2.62	0.521
การรับประทานอาหาร	48	41.4	68	58.6	-	-	2.41	0.494
การออกกำลังกาย	29	25.0	87	75.0	-	-	2.25	0.434
การจัดการความเครียด	35	30.2	80	69.0	1	0.9	2.29	0.475
การไม่ดื่มแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่	111	95.7	5	4.3	-	-	2.95	0.203

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพ การรับรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดการปฏิบัติ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r = -0.189$, $P\text{-value} = 0.043$), สถานภาพสมรส ($r = 0.184$, $P\text{-value} = 0.048$), รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($r = 0.215$, $P\text{-value} = 0.020$), สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล ($r = 0.258$, $P\text{-value} = 0.005$) ตามลำดับ สำหรับระบบบริการสุขภาพที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การบริการสุขภาพ ($r = 0.375$, $P\text{-value} < 0.001$), การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ($r = 0.193$, $P\text{-value} = 0.038$), การให้สุขศึกษา ($r = 0.399$, $P\text{-value} < 0.001$), การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ($r = 0.461$, $P\text{-value} < 0.001$), การได้รับการเยี่ยมบ้าน ($r = 0.469$, $P\text{-value} < 0.001$),

การได้รับบริการหัตถการ ($r = 0.290$, $P\text{-value} = 0.002$) ตามลำดับ การรับรู้ด้านสุขภาพที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = 0.376$, $P\text{-value} < 0.001$), การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = 0.258$, $P\text{-value} = 0.005$), การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r = 0.502$, $P\text{-value} < 0.001$), การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r = 0.209$, $P\text{-value} = 0.025$) ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดการปฏิบัติที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ แรงสนับสนุนภายในครอบครัว ($r = 0.233$, $P\text{-value} = 0.012$), แรงสนับสนุนจากภายนอก ($r = 0.374$, $P\text{-value} < 0.001$), การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ ($r = 0.533$, $P\text{-value} < 0.001$), การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก ($r = 0.336$, $P\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
อายุ	-0.189	0.043	สัมพันธ์ทางลบ
สถานภาพสมรส	0.184	0.048	สัมพันธ์ทางบวก
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.215	0.020	สัมพันธ์ทางบวก
สิทธิ์ด้านการรักษาพยาบาล	0.258	0.005	สัมพันธ์ทางบวก

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ระบบบริการสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข การรับรู้ด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปรต้น	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ระบบบริการสุขภาพ	0.446	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
บริการสุขภาพ	0.375	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	0.193	0.038	สัมพันธ์ทางบวก
การให้สุศึกษา	0.399	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ	0.461	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การได้รับการเยี่ยมบ้าน	0.469	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การได้รับบริการหัตถการ	0.290	0.002	สัมพันธ์ทางบวก
การมาพบแพทย์ตามนัด	0.115	0.045	สัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.428	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	0.376	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน	0.258	0.005	สัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ประโยชน์การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.502	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้อุปสรรคการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	0.209	0.025	สัมพันธ์ทางบวก
ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	0.546	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนภายในครอบครัว	0.233	0.012	สัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนจากภายนอก	0.374	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ/การส่งต่อ	0.533	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก	0.336	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ร้อยละ 40.10 ($R^2 = 0.401$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($P\text{-value} < 0.001$), การเข้าถึง

สถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ ($P\text{-value} = 0.001$), รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($P\text{-value} = 0.009$) ตามลำดับ โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ ดังนี้

$$Y = 0.744 + [0.083 * \text{ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ}] + [0.388 * \text{การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ}] + [-0.136 * \text{รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน}] \quad (\text{ตารางที่ 3})$$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายผลพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	P-value
1. ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	0.083	0.098	0.357	3.900	<0.001
2. การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ	0.388	0.115	0.309	3.369	0.001
3. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	-0.136	0.051	-0.194	-2.646	0.009
Constant	0.744	0.290	-	2.561	0.012
ค่าคงที่ = 0.744, F = 24.991, P-value < 0.001, R = 0.633, R² = 0.401					

Note: R = 0.633, R² = 0.401, R adj = 0.385

B = unstandardized beta coefficient, Beta = standardized beta coefficient

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การปฏิบัติตามแผนการรักษา, การพบแพทย์ตามนัด, การรับประทานยา, การรับประทานอาหาร, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การไม่สูบบุหรี่, การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานถือว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) อย่างหนึ่ง เพราะพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลใน

การกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด เจตคติและการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม¹⁰ สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพของโอเร็ม (Orem)¹¹ ที่กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เป็นพฤติกรรมที่จะช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วยสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขและพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี

การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพประจำปี อันเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคเบาหวานในภาพรวมมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง (65.50%) โดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม จำแนกรายด้าน ดังนี้

1) การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/ไม่สูบบุหรี่ มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 95.70% ได้แก่ผู้ป่วยพยายามที่จะไม่ดื่มสุรา หรือเลิกดื่มสุราเหลือได้อย่างเด็ดขาด 2) การจัดการความเครียด มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 69% คือ เมื่อมีอาการเครียดหรือกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะพยายามพูดคุยเพื่อระบายสิ่งต่างๆให้คนที่ไวใจฟัง และเมื่อมีอาการปวดศีรษะหรือคิดมากในเรื่องต่างๆ ผู้ป่วยจะพักผ่อนเพื่อการผ่อนคลาย 3) การออกกำลังกาย มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 75% พบว่า ก่อนออกกำลังกายผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีระยะอบอุ่นร่างกาย/ ระยะการออกกำลังกาย/ ระยะผ่อนคลาย รวมทั้งมีการสำรวจเท้าก่อน/ หลังออกกำลังกายเพื่อดูรอยถลอก หรือรอยข้ำบวมที่เท้า 4) การพบแพทย์ตามนัด มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 68.10% พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความศรัทธาในแพทย์ผู้ทำการรักษาและมีความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยสามารถไปรับการตรวจเลือดตามที่ได้รับการนัดหมายได้อย่างสม่ำเสมอ 5) การ

รับประทานยา มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 63.80% พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง และไม่มี การปรับเปลี่ยนหรือปรับลดขนาดยาด้วยตนเอง รวมทั้งมีการสังเกตอาการแพ้ยาภายหลังการรับประทานยา 6) การรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 63.80% พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรับประทานอาหารในแต่ละวัน ตรงต่อเวลาและครบ 3 มื้อ และท่านได้จัดเมนูอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพอยู่เสมอ โดยลดการ รับประทานอาหารที่ใส่กะทิมันๆเช่น แกงมัสมั่น แกงกะทิ 7) การปฏิบัติตามแผนการรักษา มีพฤติกรรมที่เหมาะสม 56.90% พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา และผู้ป่วยจะพกยาโรคเบาหวาน ลูกอมหรือน้ำตาลก้อนติดตัวไปด้วยเวลาออกจากบ้านหรือเมื่อเดินทางไกล เพราะถ้ามีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หน้ามืด ตัวสั่นคล้ายจะเป็นลม ผู้ป่วยจะสามารถแก้ไขอาการดังกล่าวได้ด้วยตนเอง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ศึกษาสามารถร่วมทำนายผลพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 40.10 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายผลได้ ประกอบด้วย ปัจจัยสี่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ, การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และการส่งต่อ, รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดปัจจัยสี่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ แรงสนับสนุนภายใน ครอบครัว แรงสนับสนุนจากภายนอก การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและการส่งต่อ การ

ใช้สมุนไพรและแพทย์ทางเลือก โดยปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($P\text{-value} < 0.001$) และเป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งสอดคล้องกับ Becker¹² ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น และสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender)¹³ ที่ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ ซึ่งจะส่งผลทางบวกหรือเสริมแรงของการกระทำนั้น ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องมาจากการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นมักคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และจะปฏิบัติพฤติกรรมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทำให้

ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตามพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ดี

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($P\text{-value} = 0.020$) และเป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสม ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender)¹³ ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองและเอื้ออำนวยให้สามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมอื่นๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ให้กับตนเอง ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีให้กับตนเองได้เพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานควรดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้แก่ การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยการจัดทีมสุขภาพเพื่อติดตามผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ อย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามและประเมินสภาพร่างกายและระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องจะทำให้สามารถลดปัญหาและอุปสรรคต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนทั้งจากภายในครอบครัวและจากบุคลากรสาธารณสุข เช่น การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและการรับรู้ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและการสนับสนุนให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือนโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยการจัดกิจกรรม Self-help group ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและญาติของผู้ป่วย การพัฒนาทักษะการจัดการรับรู้ความสามารถและทักษะการจัดการตนเอง โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Diabetes : Cost. Retrieved November 12, 2016 <http://WWW.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/>. 2009.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (8 มีนาคม 2554). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563. สืบค้นเมื่อ 12 มกราคม 2560 จาก <http://bps.ops.moph.go.th/THLSP2011-2020/index.html>
3. ฉวีวรรณ ทองสาร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการตนเองในการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2550.
4. Gordon, N.F., Scott, C.B., Levine, B.D. Comparison of single versus multiple lifestyle interventions: Are the antihypertensive effects of exercise training and diet-induced weight loss additive?. The American Journal of Cardiology; 1997, 79(15): 763-767.
5. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง มโนมติสำคัญ. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์; 2537.

6. Rosenstock. History origins of the health belief model: Health Education Monograph; 1974.
7. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
8. Best, John W. Research is Evaluation. (3rded). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
9. Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New york: Harper and Row; 1997.
10. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2543.
11. Orem, D.E. Nursing: Concepts of practice (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book; 1991.
12. Becker, Marshall H. The Health Belief Model and Preventive Behavior. Health Education Monographs; 1974.
13. Pender.NJ, Walker SN, Sechrist KR, Strombory MF. Predicting Health-Promotion Lifestyle In the Workplace. Nurs Res 1990 Nov – Dec; 1990, 39(6): 326-32.

วิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตยืนยาว

อย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

วันเพ็ญ แก้วสีโส¹

กิตติ ประจันตเสน²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 615 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างเป็นหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression analysis

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.89 (95%CI 34.04-41.85) ระดับวิถีชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 67.15 ประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การยอมรับความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ =4.22, S.D. = 0.62) รองลงมา ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งบริการ ($\bar{X}$ =4.14, S.D. = 0.60) และความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X}$ =4.08, S.D. = 0.71) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การปฏิบัติการทางโภชนาการระดับสูง (Adj.OR=1.89; 95% CI: 1.26 - 2.85; p-value <0.002) แบบแผนการนอนหลับ (Adj.OR=2.54; 95% CI: 1.71 - 3.78; p-value <0.001) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Adj.OR=3.55; 95%CI: 2.48 - 5.37; p-value <0.001) และความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย (Adj.OR=1.94; 95% CI: 1.35 - 2.79; p-value <0.001) การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงกับวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทของผู้สูงอายุ การใช้พลังและกลไกทางสังคมเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการ รวมถึงการพัฒนาขีดความสามารถในการให้บริการของหน่วยบริการควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาวควบคู่ไปกับการมีสุขภาวะอย่างแท้จริง

คำสำคัญ : วิถีชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ การมีชีวิตยืนยาวอย่างมีสุขภาวะ

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย E-mail: seesowan@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย E-mail: kitti3846@gmail.com

Life style and Accessibility to health care services associated with longevity and healthy among elderly population in Loei Province

Wanpen Keawseeso¹

Kitti Prachuntaen²

ABSTRACT

This study aimed to investigate the association between life style and accessibility to health care services and longevity and Healthy among the elderly in Loei Province. Participants were 615 elderly persons aged 80 years old and older. Multistage random sampling was performed to select the participants. Data were collected by questionnaires with Cronbach alpha coefficient about 0.96. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics in terms of multiple logistic regression analysis.

The results revealed that health status of the elderly was at a good level (37.89%) (95%CI 34.04-41.85), the average of lifestyle was at the highest level (66.67%). The accessibility to health care services issue related to the acceptability of health care providers had the highest average ($\bar{x}$ =4.22, S.D. = 0.62), and then the convenience of accessibility to health care setting ($\bar{x}$ =4.14, S.D. = 0.60) and the availability of health care services ($\bar{x}$ =4.08, S.D. = 0.71). Factors associated with the longevity and healthy of the elderly in Loei Province with statistical significant were high level of nutrition practice (Adj.OR = 1.89; 95% CI: 1.26 - 2.85; p-value = 0.002), sleeping pattern (Adj.OR = 2.54; 95%CI: 1.71 - 3.78; p-value < 0.001), health service accessibility (Adj.OR = 3.55; 95%CI: 2.48 – 5.37; p-value < 0.001) and sufficiency of revenue per expenditure (Adj.OR = 1.94; 95% CI: 1.35 – 2.79; p-value < 0.001) respectively. Therefore, health promotion for longevity and healthy of the elderly should consider the lifestyle context of the elderly in each area and also social strength and mechanism to drive the process of health promotion. In addition, the development of service capabilities and quality may help to support living a long life with true wellbeing of the elderly.

Keywords: Life style, Accessibility to health care services, longevity

¹ Plan and Policy Analyst (Professional level), Loei Provincial Public Health Office, **E-mail:** seesowan@gmail.com

² Public Health Technical Officer (Professional level), Loei Provincial Public Health Office, **E-mail:** kitti3846@gmail.com

บทนำ

การคาดการณ์โครงสร้างประชากรหรือการฉายภาพประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ (United Nation) บ่งชี้ว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประชากรทุกกลุ่มอายุ และจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2693¹ เช่นเดียวกับประชากรไทยที่อัตราเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นจาก 1.5 ล้านคน ในปี 2503 เป็น 10.7 ล้านคนในปี 2558 หรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 7 เท่าตัว คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด มีการประมาณการว่า ในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุมากกว่า 20 ล้านคน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่อัตราเกิดของประชากรไทยในภาพรวมกลับมีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น²

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นถือเป็นปรากฏการณ์ที่มีนัยยะบ่งชี้ว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาและความท้าทายที่แตกต่างไปจากอดีตที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นความมั่นคงทางสังคม ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและความไม่เสมอภาคและเท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มวัย เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในประเทศส่วนใหญ่ในตะวันตก การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการ

จัดการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นความท้าทายหลักของภาครัฐ และทุกภาคส่วนของสังคมโดยรวม ภาครัฐได้ให้ความสำคัญและเตรียมความพร้อมเผชิญกับปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ก่อให้เกิดภาระและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมดุลเป็นปกติสุข ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (old-old age group) อาจมีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและปัญหาการเสื่อมลงของภาวะสุขภาพรวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ กระดูกพรุน ความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ ตาบอด และหูหนวก อันเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและเกิดความพิการของผู้สูงอายุไทย³

ความยืนยาวของชีวิต ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น ลักษณะทางพันธุกรรม เพศ วิธีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ สภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมรวมถึงระบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งความยืนยาวของชีวิตจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของปัจจัยในแต่ละบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการดำเนินชีวิตหรือวิถีชีวิต (Lifestyle) ซึ่งตามนิยามของ Hetzel and McMichael ให้นิยามและจำกัดความไว้ว่าวิถีชีวิต หมายถึงพฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตซึ่งบุคคลแสดงออกมาโดยมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของบุคคลนั้นได้ทั้งทางบวกและทางลบ วิถีชีวิตถือเป็นส่วนหนึ่ง

ของพลวัตรความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบบแผนชีวิตนี้จะเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ตลอดจนสังคมและวัฒนธรรม⁴ หรืออาจกล่าวได้ว่า วิถีชีวิตเป็นการแสดงออกเชิงพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำรงชีวิตที่สะท้อนถึงความคิดและทัศนคติที่บุคคลใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเชื่อมโยงถึงการมีปฏิสัมพันธ์และการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นซึ่งสามารถส่งผลต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งเชิงส่งเสริมป้องกันและเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเมเร็งและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน นันทนาการ การบริโภคอาหาร สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยและประเพณีวัฒนธรรม โดยหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบความเชื่อมโยงการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ⁵ ในขณะที่มีบุคคลที่การรับประทานอาหารและมีกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดรวมถึงยังสามารถช่วยให้ด้านสารอนุมูลอิสระได้ดีขึ้น⁶

นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องมาจากต้องเผชิญกับสภาพความเสื่อมตามวัยโอกาสที่จะเกิดความเจ็บป่วย

และปัญหาด้านสุขภาพย่อมสูงกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น การเข้าถึงบริการสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะช่วยช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุชียยืนยาวควบคู่ไปกับการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งแนวความคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพตามกรอบทฤษฎีของ Penchansky and Thomas การเข้าถึงบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้านหลัก คือ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงสถานบริการ การอำนวยความสะดวก และการยอมรับบริการ⁷ ซึ่งประเด็นเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพได้ แม้ว่าประชาชนจะได้รับความครอบคลุมของการมีสิทธิประกันสุขภาพก็ตาม

จังหวัดเลยถือเป็นหนึ่งในหลายจังหวัดของประเทศที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบันจังหวัดเลยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 64,606 คน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมดและหนึ่งในห้าเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากและมีอายุยืนยาว⁸ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจจะศึกษาสถานะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลกับการมีชีวิตที่ยืนยาวควบคู่ไปกับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาวิถีในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถ

ช่วยเหลือตัวเองได้ตามอัตภาพและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในจังหวัดเลย
2. เพื่อระบุความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2561 ถึง กันยายน 2561 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในจังหวัดเลย จำนวน 12,341 คน⁸ โดยมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้รวมถึงผู้ที่อาศัยอยู่ลำพังและไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ แบบ Multivariate ใช้สถิติ Multiple logistic regression ของ Hsieh⁹ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 615 คน โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) และสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายเพื่อเลือกตำบลที่เป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอ เมื่อได้ตำบลตัวอย่างแล้วสุ่มแบบกลุ่มให้หมู่บ้านเป็นกลุ่มหรือ Cluster มากำหนดกรอบในการเลือกมาเป็นตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุแต่ละอำเภอจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปฏิบัติการทางโภชนาการ กิจกรรมนันทนาการและศาสนา แบบแผนการนอนหลับและความพึงพอใจในชีวิต ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas⁷ ประกอบด้วย ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงสถานบริการ การอำนวยความสะดวก และการยอมรับบริการ เป็นข้อคำถามมีลักษณะของมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลตามแนวความคิดของ Best¹⁰ ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านสุขภาวะโดยการวัดระดับสถานะสุขภาพทั้งมิติทางกายที่พิจารณาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน) ด้านจิตใจประเมินจากภาวะความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สำหรับมิติสังคมเป็นข้อคำถามมีลักษณะของมาตรประมาณค่า 5 ระดับเกณฑ์การแปลผลตามแนวความคิดของ Best¹⁰ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีจะต้องมาจากระดับสุขภาพทั้งมิติทางกาย มิติทางจิตใจ และมิติทางสังคมรวมกันโดยผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพโดยรวมดีจะต้องมีระดับสุขภาพทั้ง 3 มิติอยู่ในระดับดี หากมีระดับสุขภาพในมิติใดมิติหนึ่งอยู่ในระดับไม่ดีถือว่าไม่มีสถานะสุขภาพโดยรวมไม่ดีและผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพโดยรวมดีจะถือว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาวะดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 30 คน ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและคุณลักษณะด้านประชากร ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สำหรับกรณีสถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านวิถีชีวิตกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย โดยใช้ Multiple logistic regression ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ผู้วิจัยสนใจการมีสุขภาวะที่ดี (สถานะสุขภาพโดยรวมที่ดี) จึงได้ทำการสร้างเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยกำหนดให้ระดับสถานะสุขภาพไม่ดี เท่ากับ 0 ระดับสถานะสุขภาพดี เท่ากับ 1

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 61009 วันที่ 23 พฤษภาคม 2561

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวในจังหวัดเลยเกินกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.91 อายุเฉลี่ย 85.84 ± 4.20 ปี อายุสูงสุด 105 ปี ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวเกิน ($23.00 - 24.99 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 13.33 และอ้วน ($\text{BMI} > 25.00 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 10.57 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 72.03 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 34.47 ผู้สูงอายุมีค่ามัธยฐานรายได้ 800 บาทต่อเดือน (ต่ำสุด 700 บาทต่อเดือน, สูงสุด 24,000 บาทต่อเดือน) เกินกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 51.54 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 6.83 ปัจจุบันมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.24 ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 4.55 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 62.28 ผู้ที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 10.44 มีกิจกรรมนันทนาการ/งานอดิเรก ร้อยละ 29.43 และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 55.61

ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.89 ดังตารางที่ 1 หากพิจารณาถึงสถานะสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่า ด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ร้อยละ 55.61 โรคประจำตัวที่สำคัญประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุร้อยละ 96.91 สามารถพึ่งพาตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้มีเพียงร้อยละ 0.81 ที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ใน

ระดับดี ร้อยละ 85.53 หากพิจารณารายประเด็น พบว่า ผู้สูงอายุมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 12.36 และ 1.46 ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงและรุนแรง ตามลำดับ และพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ

97.56 มีเพียงร้อยละ 0.49 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ด้านสุขภาพสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพสังคมโดยรวม ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 50.57 ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.20 และค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 4.23

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับสถานะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย (N=615)

ระดับสถานะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
สุขภาพดี	233	37.89	34.04-41.85
สุขภาพไม่ดี	382	62.11	58.15-65.15

ปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีวิถีชีวิตเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 67.15 และระดับปานกลาง ร้อยละ 32.85 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปัจจัยด้านวิถีชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูง

ที่สุด ได้แก่ แบบแผนการนอนหลับ ($\bar{X}$ =4.14, S.D. = 0.62) รองลงมา คือ การปฏิบัติการทางโภชนาการ ($\bar{X}$ =4.01, S.D. = 0.53) และความพึงพอใจในชีวิตเป็นปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ =3.71, S.D. = 0.70) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับปัจจัยวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเลยจำแนกรายด้าน (n=615)

วิถีชีวิต	ระดับวิถีชีวิต (จำนวน/ร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
การปฏิบัติการทางโภชนาการ	420 (68.29)	193 (31.38)	2 (0.33)	4.01	0.53
แบบแผนการนอนหลับ	460 (74.80)	154 (25.04)	1 (0.16)	4.14	0.62
ความพึงพอใจในชีวิต	465 (75.61)	141 (22.93)	9 (1.46)	3.71	0.70
วิถีชีวิตในภาพรวม	436 (70.89)	179 (29.11)	- (0.00)	3.97	0.46

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีการ

เข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ระดับปานกลาง ร้อย

ละ 33.12 และผู้สูงอายุ ร้อยละ 0.21 มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพจำแนกรายด้าน พบว่า ประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การยอมรับความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ ($\bar{X}$ =4.22, S.D. = 0.62) รองลงมา ได้แก่ ความสะดวกในการ

เข้าถึงแหล่งบริการ ($\bar{X}$ =4.14, S.D. = 0.60) และความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ ($\bar{X}$ =4.08, S.D. = 0.71) สำหรับความสามารถในการจ่ายค่าบริการเป็นประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีค่าน้อยที่สุด ($\bar{X}$ =4.08, S.D. = 0.71) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ปัจจัยการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย
จำแนกรายด้าน (n=471)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ	ระดับการเข้าถึงบริการ (จำนวน/ร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่	367 (77.92)	92 (19.53)	12 (2.55)	4.08	0.71
ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่ง บริการ	290 (61.57)	170 (36.09)	11 (2.34)	4.03	0.77
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	229 (48.62)	139 (29.51)	103 (21.87)	3.61	1.16
ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่ง บริการ	350 (80.46)	77 (17.70)	8 (1.84)	4.14	0.60
การยอมรับความรู้ความสามารถ ของผู้ให้บริการ	387 (82.17)	84 (17.83)	- (0.00)	4.22	0.62
การเข้าถึงบริการโดยรวม	314 (66.67)	156 (33.12)	1 (0.21)	4.04	0.60

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย ผู้วิจัยได้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิธีการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัว

แปรอิสระแบบทีละคู่ โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบที่เกิดจากตัวแปรอื่น ซึ่งจะได้ค่า Crude OR และค่า p value มาพิจารณาลักษณะของตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีค่า p-

value น้อยกว่า 0.25 เข้าโมเดลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อทำการควบคุมปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วิถีชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติการทางโภชนาการ

ระดับสูง (Adj.OR=1.89; 95% CI: 1.26 - 2.85; p-value =0.002) แบบแผนการนอนหลับ (Adj.OR=2.54; 95%CI: 1.71 - 3.78; p-value <0.001) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (Adj.OR=3.55; 95%CI: 2.48 – 5.37; p-value <0.001) และความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย (Adj.OR=1.94; 95% CI: 1.35 – 2.79; p-value <0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย (วิเคราะห์แบบหลายตัวแปร) (n=615)

ปัจจัย	n	% Good Health	Crude OR	Adj.OR (95% CI)	P- value
การปฏิบัติการทางโภชนาการ					0.002
ต่ำถึงปานกลาง	195	28.21	1	1	
สูง	420	42.38	1.87	1.89 (1.26 - 2.85)	
แบบแผนการนอนหลับ					<0.001
ต่ำถึงปานกลาง	155	26.45	1	1	
สูง	460	41.74	1.99	2.54 (1.71 - 3.78)	
การเข้าถึงบริการสุขภาพ					<0.001
ไม่เคยรับบริการ/ต่ำถึงปานกลาง	314	28.34	1	1	
สูง	301	47.84	2.32	3.65 (2.48 – 5.37)	
ความเพียงพอของรายได้ต่อรายจ่าย					<0.001
ไม่เพียงพอ	317	31.55	1	1	
เพียงพอ	298	44.63	1.75	1.94 (1.35 – 2.79)	

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุในจังหวัดเลยมีสถานะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 37.89 การที่ผู้สูงอายุที่มีสถานะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีน้อยกว่าครึ่ง เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นระบบภูมิคุ้มกันจะลดประสิทธิภาพลง¹¹ ในขณะที่ร่างกายไม่สามารถสร้างแอนติบอดีทดแทนได้อย่างเพียงพอ¹² ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในพื้นที่และบริบทใกล้เคียงกัน พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.10¹³ แตกต่างกับผู้สูงอายุในต่างประเทศโดยเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ เศรษฐกิจและสังคมสูงที่ช่วยส่งเสริมประชากรกลุ่มดังกล่าวมีสถานะทางสุขภาพดีถึงดีเยี่ยมมากกว่า ร้อยละ 80.00^{14,15}

วิถีชีวิตด้านการปฏิบัติการทางโภชนาการ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย เนื่องจากผู้สูงอายุในช่วงปลายจะมีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเป็นผลให้กระบวนการเผาผลาญพลังงานลดประสิทธิภาพลง¹⁶ การบริโภคอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยให้ระบบการทำงานของร่างกายเกิดความสมดุลช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค ลดระยะเวลาของการเจ็บป่วยในบั้นปลายของชีวิต¹⁷ นอกจากนี้การมีโภชนาการที่เหมาะสมยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพะที่ดีและการมีอายุยืนในวัยผู้สูงอายุ¹⁸

วิถีชีวิตด้านแบบแผนการนอนหลับพบว่า แบบแผนการนอนหลับที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การนอนหลับที่เหมาะสมจะส่งประสิทธิภาพการเผาผลาญพลังงานของร่างกายดีขึ้นโดยผู้สูงอายุที่มีแบบแผนการนอนหลับที่ดีจะมีปริมาณไขมัน HDL ในระดับสูงในขณะที่ระดับไตรกลีเซอไรด์จะต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการนอนหลับ¹⁹ เนื่องจากในขณะที่นอนหลับร่างกายจะมีการเผาผลาญพลังงานได้อย่างเต็มที่ ช่วยลดระดับไขมันส่วนเกินที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากนี้การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอจะทำให้ร่างกายเกิดความสมดุลและยังพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีสุขภาพดีรวมถึงการอายุขัยที่ยืนยาว ในขณะที่การนอนไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและการเริ่มมีสุขภาพโดยรวมแย่ลง²⁰

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพะของผู้สูงอายุ เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การบริการสุขภาพที่เหมาะสมและมีคุณภาพจะช่วยป้องกันและลดปัญหาสุขภาพรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมลงได้ นอกจากนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพยังส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุข มีอัตราความยืนยาวของชีวิตเพิ่มขึ้น²¹

ความเพียงพอของรายได้มีมีความสัมพันธ์กับการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพของผู้อยู่สูงอายุนั้น เนื่องจากระดับรายได้จะส่งผลต่อความสามารถในการตอบสนองความต้องการปัจจัยในการดำเนินชีวิตและพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมถึงความสามารถในการแสวงหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี ของผู้อยู่สูงอายุนั้น ความแตกต่างของรายได้ อาจทำให้การเข้าถึงความคุ้มครองและสวัสดิการสังคมย่อมมีความแตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลโดยตรงต่อระดับสถานะสุขภาพ ในทางกลับกัน การลดลงของรายได้จะส่งผลต่อเนื่องส่งผลให้ระดับสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลงไปด้วย²²

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ประโยชน์

1. บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้อยู่สูงอายุนั้น เพื่อให้ผู้อยู่สูงอายุนั้นมีอายุยืนยาวควบคู่กับการมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน
2. การส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้อยู่สูงอายุนั้นที่มีอายุยืนยาว ควรคำนึงถึงกับวิถีการดำเนินชีวิตในบริบทของผู้อยู่สูงอายุนั้นในแต่ละพื้นที่ การใช้พลังและกลไกทางสังคมเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการจะช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้อยู่สูงอายุนั้นที่มีอายุยืนยาวรวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้อยู่สูงอายุนั้นกลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้อยู่สูงอายุนั้นที่ติดบ้านติดเตียง ผู้อยู่สูงอายุนั้นที่โดดเดี่ยว เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและทุนทางสังคมรวมถึงการนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้อยู่สูงอายุนั้นที่มีอายุยืนยาว

เอกสารอ้างอิง

1. United Nation [UN]. The world population situation in 2014: A concise report. New York: UN; 2014.
2. Prachuntas K, Laohasiriwong W, Luenam A. Social capital associated with quality of life among late adults and elderly population in the Northeast of Thailand. F1000Research. 2018.
3. Jitapunkul S, Bunnag S. Ageing in Thailand FACT SHEET-Family Planning and Population. Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine. 1999; 2(6).

4. Hetzel B, McMichael T. The LS factor: Lifestyle and Health. Ringwood. Victoria: Penguin; 1987.
5. Helmrigh, Susan P., et al. "Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus." New England journal of medicine 1991; 325(3): 147-152.
6. De Groot, L. C., Verheijden, M. W., De Henauw, S., Schroll, M., & Van Staveren, W. A. Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study. The Journals of Gerontology series A: Biological sciences and Medical sciences 2004; 59(12): 1277-1284.
7. Penchansky R and Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care. 1981 Feb 1:127-40.
8. คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดเลย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. รายงานจำนวนประชากรจังหวัดเลย ปี 2561.เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย; 2561.
9. Hsieh YF, Bloch AD, Larsen DM.A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Stat Med. 1998;17(14):1623-34.
10. Best, John W. Research is Evaluation.(3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977
11. Jin, K. Modern Biological Theories of Aging. Aging and Disease. 2010; 1(2):72-74.
12. Cornelius, E. A. Rapid viral induction of murine lymphomas in the graft-versus-host reaction. Journal of Experimental Medicine. 1972; 136(6): 1533-1544.
13. ณัฐธิดา เพชรประไพ. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2558; 33(1): 21-30.
14. Blackwell DL, Lucas JW, Clarke TC.(2016) Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2015. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat Series 10.2016;260: 1-161.
15. Paez, A., Mercado, R. G., Farber, S., Morency, C., & Roorda, M. Accessibility to health care facilities in Montreal Island: an application of relative accessibility indicators from the perspective of

- senior and non-senior residents. International journal of health geographics. 2010; 9(1): 52.
16. Evans, W. J., & Cyr-Campbell, D. Nutrition, exercise, and healthy aging. Journal of the American Dietetic Association. 1997; 97(6): 632-638.
17. Szic, K. S., Declerck, K., Vidaković, M., & Berghe, W. V. From inflammaging to healthy aging by dietary lifestyle choices: is epigenetics the key to personalized nutrition?. Clinical epigenetics. 2015; 7(1): 33.
18. Willcox, D. C., Scapagnini, G., & Willcox, B. J. Healthy aging diets other than the Mediterranean: a focus on the Okinawan diet. Mechanisms of ageing and development. 2014; 136: 148-162.
19. Mazzotti, D. R., Guindalini, C., Moraes, W. A. D. S., Andersen, M. L., Cendoroglo, M. S., Ramos, L. R., & Tufik, S. Human longevity is associated with regular sleep patterns, maintenance of slow wave sleep, and favorable lipid profile. Frontiers in aging neuroscience. 2014; 6: 134.
20. Ohida, T., Kamal, A. M. M., Uchiyama, M., Kim, K., Takemura, S., Sone, T., & Ishii, T. The influence of lifestyle and health status factors on sleep loss among the Japanese general population. Sleep. 2001; 24(3): 333-338.
21. Martin, B. I., Deyo, R. A., Mirza, S. K., Turner, J. A., Comstock, B. A., Hollingworth, W., & Sullivan, S. D. Expenditures and health status among adults with back and neck problems. Jama. 2008; 299(6): 656-664.
22. Datta, D., Datta, P. P., & Majumdar, K. (2015). Association of quality of life of urban elderly with socio-demographic factors. International Journal of Medicine and Public Health. 2015; 5(4).

รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสานพลังลดอุบัติเหตุการผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ปิยะเนตร ทาจง¹ชูศักดิ์ ยืนนาน²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสานพลังลดอุบัติเหตุการผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โดยศึกษาในผู้มารับบริการที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกในการลดอุบัติเหตุการภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (Arrest) ในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก การดำเนินการโครงการวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ (system theory) และโดยใช้วงจรของเดมมิง (Deming cycle) นี้ ให้สำคัญในการลดอัตราผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หัวหน้าแผนกให้บริการผู้ป่วยนอก และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยนอก เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) กระบวนการประชุม ระดมสมอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2) แบบประเมินแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบสถิติ Likelihood ratios (LRs) ผลการศึกษา 1) รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสานพลังลดอุบัติเหตุการภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย การสังเกตผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้าบริเวณหน่วยบริการ การจัดโซนผู้มีความเสี่ยง ความตื่นตัวในการให้บริการ ประสานพลังร่วมประเมิน และการยอมรับการมีส่วนร่วม ประสิทธิภาพของแบบประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น 2) จากการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อประเมินความแม่นยำ หรือความน่าเชื่อถือ โดยพิจารณาจากค่า Likelihood ratio of positive ซึ่งมีค่า 11.59 เท่า แสดงว่าผู้ป่วยที่ถูกประเมินโดยแบบประเมิน พบว่ามีอาการอย่างหนึ่งอย่างได้ เพิ่มโอกาสในการเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤติ เป็น 11.59 เท่าเมื่อเทียบกับก่อน pre-test probability ขณะที่ likelihood ratio of negative test พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ จะลดโอกาสที่จะเป็นผู้ป่วยวิกฤติ เหลือ 0.52 เท่าเมื่อเทียบกับก่อนการประเมิน และเมื่อพิจารณาพื้นที่ใต้โค้ง อาร์ โอ ซี (Area under ROC curve; AUC) พบว่า แบบประเมินสามารถทำนายการเกิดภาวะวิกฤติของผู้ป่วยได้ถูกต้องร้อยละ 73.12

คำสำคัญ : บริการผู้ป่วยนอก การช่วยฟื้นคืนชีพ การผสมผสานพลัง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่,

Corresponding author, choosak@bcnc.ac.th

The Development of Synergetic Outpatient Services System in Reducing the Incidence of Patient Arrest in the Outpatient Department at Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

Piyanet Thajuang ¹Choosak Yuennan ²

Abstract

The study of the development of synergetic outpatient services system to reduce the incidence of outpatient services was carried out in the outpatient department at Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. This study aimed to develop a synergetic model of outpatient services in reducing the incidence of cardiopulmonary arrest at Outpatient Department. The Deming cycle circuit for developing the system in conjunction with a thematic analysis was employed in this study. In addition, the cardiac risk assessments for patient arrest by implementing procedures to reduce the incidence of cardiac arrest were used in this study. Participants consisted of the head of the outpatient department, nurses and outpatient care workers. Research tools included 1) group discussion and brainstorming sessions and 2) the risk assessment tool for respiratory arrest and cardiac arrest. The Likelihood ratios (LRs) were applied. The results revealed that 1) the Outpatient Service Model to reduce incidence of respiratory arrest and cardiac arrest at Nakornping Hospital, Chiang Mai province involved patient observing from the beginning of the service, zoning of risk patients, alertness of health staff in service, collaboration to assess and acceptance of participation and 2) the statistical analysis for evaluation accuracy or reliability of the risk assessment tool was considered by Likelihood ratio of positive at 11.59. The result shown the patients were evaluated by the assessment form had at least one symptom referred to the signs of cardiac arrest. The prediction is able to increase the chance of being as a crisis patient at 11.59 times compared to before the pre-test probability. While, likelihood ratio of negative test, the patients without symptoms may reduce the chance of becoming a critical patient to 0.52 times compared to before the assessment. According to the area under the ROC curve (AUC), it indicated that the assessment model can accurately predict the occurrence of the crisis of patients at 73.12 percent.

Keywords: Outpatient department services, Cardiopulmonary resuscitation, Collaboration

¹ Registered Nurse (nursing), head of outpatient department, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province

² Registered Nurse(teaching), Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

บทนำ

ทั่วโลกผู้ป่วยระหว่าง 250,000 ถึง 300,000 คนมีประสบการณ์การหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrest; OHCA) ทุกปี¹ มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease; CVDs) 17.9 ล้านคน ทุกปีผู้ป่วยทั่วโลกร้อยละ 31 เสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ กัน ซึ่งความดันโลหิตเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเสี่ยงอันตรายต่อการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ WHO² ได้สนับสนุนรัฐบาลทั่วโลกในการขยายความพยายามในการป้องกันและควบคุมผลกระทบจากความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพควรปรับการบริการที่เหมาะสม เพื่อลดอุบัติการณ์และรักษาชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้กับความพยายามจัดการให้บริการที่ดีขึ้น การป้องกันภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น^{3,4} อาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งการป้องกันโดยการมีส่วนร่วมนั้นเกิดการสร้างสัมพันธภาพในการทำงานร่วมกัน และ เข้าใจซึ่งกันและกัน โดยนำไปสู่ความเข้าใจปัญหาและแก้ปัญหาได้ความสำเร็จ ทั้งนี้การประเมินแบบร่วมมือร่วมใจ มีการดำเนินงาน⁵ ดังนี้ 1) การริเริ่มการประเมินหรือการสำรวจ 2) การ ประชุมเพื่อนิยามปัญหา 3) การพัฒนารูปแบบหรือวิธีการประเมิน 4) การประชุมวางแผนงาน และแผนการประเมิน 5) การประชุมกำหนดภาระหน้าที่ 6) การดำเนินการตามแผน 7) การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับผล

การประเมิน เพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ และ ข้อเสนอแนะเพื่อ การปรับปรุงรูปแบบและวิธีการประเมิน และปรับปรุงแผนการดำเนินงานหรือแผนการประเมิน 8) การรายงานผลการประเมิน และ 9) การนำผลการประเมินไปใช้ โดยมีพฤติกรรมที่สำคัญ 4 ประการ คือ การเรียนรู้จากซึ่งกันและกัน การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังร่วมกัน การเจรจาต่อรอง และการพัฒนา ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง รูปแบบของการประเมินในปัจจุบันที่ใช้แนวคิดของการประเมินแบบร่วมมือรวมพลัง ได้แก่ การประเมินเชิงปฏิบัติการ (action evaluation) ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ชั้น ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน การติดตามความก้าวหน้า และการประเมินสรุปรวมแบบร่วมมือรวมพลังขึ้นในระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลนครพิงค์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปทุติยภูมิ ขนาด 609 เตียง มีบุคลากรจำนวนคน มีเครือข่าย 24 แห่ง รับผิดชอบประชากรซึ่งเป็นประชากรในเขตอำเภอแม่ริม ในปัจจุบันการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมีความซับซ้อน และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 2500 คน (ฝ่ายนโยบายและแผนงานโรงพยาบาลนครพิงค์) และตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 ได้ดำเนินการขยายพื้นที่บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งรองรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงรวมถึงถึงผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยซับซ้อน และรุนแรง การให้บริการผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ความแออัด และการรอ

คอยบริการนาน ประกอบกับสภาพแวดล้อมที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการโดยสามารถเข้าพื้นที่บริการให้หลายทาง การมีมุมอับสายตาของเจ้าหน้าที่ และความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่มีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเกิดภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ในพื้นที่บริการของแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งในระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2556 ถึงปี 2560 มีผู้ป่วย arrest ในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 7 ราย โดยแบ่งเป็นแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมจำนวน 4 ราย แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมจำนวน 3 ราย รวม 7 ราย ซึ่งส่งผลเสียด้านงบประมาณ การฟ้องร้องดำเนินคดี และการเสียขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

การดำเนินการโครงการวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยโดยการวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ระบบการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ (system theory) และโดยใช้วงจรของเดมมิง (Deming cycle) นี้ ให้สำคัญในการลดอัตราผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ด้วยการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานหลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest และเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานหลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โดย

ศึกษาในผู้มารับบริการที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

คำจำกัดความ

ในการวิจัยครั้งนี้มีคำจำกัดความดังต่อไปนี้

การบริการผู้ป่วยนอกในการลดอุบัติเหตุหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (Arrest) หมายถึง การจัดระบบบริการหน่วยบริการผู้ป่วยนอก และ การใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

บริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสาน หมายถึง การให้บริการที่มีความร่วมมือภายในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้มารับบริการ ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ชั้น ได้แก่ การกำหนด เป้าหมายร่วมกัน การติดตามความก้าวหน้า และการประเมินสรุปรวมแบบร่วมมือรวมพลัง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานหลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์

สถานที่ดำเนินการวิจัย

หน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานหลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ในแผนกผู้ป่วย

นอก โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เจ้าหน้าที่พยาบาลและผู้ให้บริการโรงพยาบาลนครพิงค์แผนกผู้ป่วยนอกพยาบาลจำนวน 49 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 และผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 52 พนักงานเปล 27 คน รวม 129 คน

2. ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่รอรับบริการ อายุไม่น้อยกว่า 15 ปี ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่แสดงถึงความต้องการการดูแลแบบฉุกเฉิน จำนวน 1,000 คน

การได้มาของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลนครพิงค์ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2561 โดยเฉลี่ยผู้มารับบริการวันละ 2,500 คน (ประมาณ 912,500 คนต่อปี) โดยใช้ตารางเลขสุ่มของทาโร ยามาเน่ ที่มีความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เชิงคุณภาพ

1. การประชุมกลุ่ม (Group Discussion)
2. ระดมสมอง
3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้

เชิงปริมาณ

1. แบบประเมินการป้องกันผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนการวิจัย

1. ขั้นตอนการศึกษาความเสี่ยงที่ผู้มารับบริการเกิดภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

1.1 ขั้นตอนการศึกษาและวิเคราะห์สภาพหน่วยบริการผู้ป่วยนอก

1.1.1 ศึกษาสภาพปัญหาทางผู้ป่วยนอกที่เกี่ยวข้องกับปัญหาผู้ป่วยที่มาใช้บริการแล้วมีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น รวมถึงการเสียชีวิต

1.1.2 วิเคราะห์สถานการณ์รูปแบบการป้องกันผู้มารับบริการที่มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

1.2 ขั้นตอนพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

1.2.1 นำผลการศึกษาสภาพหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมาสร้างเป็นแบบประเมินผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (Arrest)

1.2.2 หาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินโดยพยาบาล อายุรแพทย์ และแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉิน

1.3 ขั้นตอนการทดลองใช้แบบประเมิน

1.3.1 ประชุมชี้แจงอธิบายวิธีการใช้และฝึกการใช้แบบประเมินผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

1.3.2 ส่งแบบประเมินให้แผนกต่างๆ ในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกเพื่อทดลองใช้แบบประเมิน

2. การสร้างแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

2.1 แจกแบบประเมินให้ห้องตรวจผู้ป่วยนอก 11 แผนก ประกอบด้วย แผนก ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ, ห้องตรวจอายุรกรรม, สูติ นารีเวช, ตา, ออร์โธปิดิกส์, หู คอ จมูก, ฝากครรภ์, ห้องตรวจสุขภาพ, ห้องเวชศาสตร์ และ จุดคัดกรองงานผู้ป่วยนอก

2.2 ชี้แจงการเก็บข้อมูลให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคนในงานผู้ป่วยนอก

2.3 ชี้แจงผู้มารับบริการให้ทราบวิธีการประเมินตนเอง โดยการอธิบายวิธีการประเมินตามแบบประเมินผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น และติดป้ายแสดงอาการสำคัญอยู่ในบริเวณหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ทุกชั้น ทุกแผนก

2.4 ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึงเวลา 16.00 น.

2.5 ตรวจสอบความถูกต้องของการประเมิน โดยการประเมินซ้ำของพยาบาล

2.6 ถ้าพบความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น (Arrest) ให้การรายงานสิ่งที่พบ ซึ่งจะดำเนินการโดย

2.6.1 ให้พยาบาลประเมินซ้ำอีกครั้ง เพื่อจำแนกผู้ป่วยว่าเป็นรหัสใด ดังนี้ รหัสสีแดง (ได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน) รหัสสีเหลือง (ต้องได้รับการเฝ้าระวัง) รหัสสีเขียว (ทั่วไป รอดตรวจตามปกติ)

1) ถ้าพบผู้ป่วยรหัสสีแดง ให้ส่งต่อห้องฉุกเฉินทันที

2) ถ้าพบผู้ป่วยรหัสสีเหลือง ให้ส่งมีการเฝ้าระวัง ตามขั้นตอน ต่อไปนี้

ก) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซนเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยจัดให้อยู่ใกล้กับพยาบาล

ข) จัดช่องทางพิเศษเพื่อเร่งดำเนินการตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อนำส่งพบแพทย์โดยด่วน

ค) ติดตามประเมินอาการทุก 15 นาที จนกว่าจะได้พบแพทย์

3) ถ้าพบผู้ป่วยรหัสสีเขียว ให้เข้าช่องทางการบริการตามปกติ

4) ติดตามประเมินผลหลังการส่งต่อ ไปยังแผนกที่เกี่ยวข้อง

3. ขั้นตอนการกำกับดูแล

3.1 กำกับดูแลให้มีความพร้อมโดยการดำเนินการตามระบบ

3.2 ตรวจสอบความพร้อมของบุคลากรในการใช้แบบประเมิน และเครื่องมือช่วยชีวิต รวมถึงความพร้อมในการประสานงาน เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

3.3 กำกับดูแลโดยประเมินการปฏิบัติงานประจำวัน

4. ขั้นตอนการประเมินผล

4.1 ดำเนินการประเมินผล

4.1.1 โดยการติดตามผลการรับบริการ

4.1.2 วิเคราะห์ผลการดำเนินการ

4.2 ปรับแผนการดำเนินการการป้องกันภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ให้สอดคล้องกับสถานการณ์นำผลการประเมินปัญหาและอุปสรรคมาปรับปรุงและพัฒนาระบบงานบริการแผนกผู้ป่วยนอกป้องกันภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis)
2. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ การวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อประเมินความแม่นยำ หรือความน่าเชื่อถือประกอบด้วย การหาพื้นที่ใต้โค้ง ROC (The area under Receiver Operating Characteristic curve : AUC) และ 95% CI ในการหาค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) และ การประเมินค่าทำนายหรือค่าพยากรณ์ (Predictive Value) และการวิเคราะห์หาค่า Likelihood Ratio

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ มีการดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้แก่ผู้ให้ข้อมูลทราบสิทธิและข้อจำกัดของการวิจัย รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามและการรับบริการ การลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม

วิจัย การนำเสนอข้อมูลในรูปแบบรหัสและข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานพลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งได้เป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยที่มีารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกมีอาการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

1.1 สถานการณ์หน่วยบริการผู้ป่วย

การบริการโดยผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพปรากฏว่า สถานการณ์ของการบริการรูปแบบการป้องกันผู้มารับบริการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น โรงพยาบาลนครพิงค์ มีลักษณะการดำเนินการ ดังนี้ 1) วิธีการประเมินอาการ 2) การประเมินอาการและการป้องกันผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น และ 3) วางแผนการดูแลและการประสานทีมงานในการดูแลร่วมกัน

1.2 การวิเคราะห์รูปแบบการให้บริการ

รูปแบบบริการที่ได้จากการศึกษารูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานพลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นรูปแบบที่ประกอบด้วย

1.2.1 วิธีการประเมินอาการ

ระดับสมรรถนะของพยาบาลในจุดบริการแผนกต่างๆ มีความใกล้เคียงกันโดยที่

ทักษะการสังเกตและการประเมินสภาพของผู้มารับบริการและการตอบสนองต่อสถานการณ์ เป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยมีลักษณะดังนี้

- การสังเกตอาการ

พยาบาลได้บรรยายลักษณะการบริการผู้ป่วยนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับการผ้องกันภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นดังนี้ “สังเกตผู้มารับบริการหากเป็นลื้อนัง เพลนอน ควรรับประเมินก่อนผู้ป่วยอื่น” “กรณีผู้ป่วยทั่วไปสังเกตจากอาการหรือรับประเมินอาการตามทีญญาติแจ้ง”

- การประสานงานระหว่างแผนก

เมื่อพยาบาลสังเกตอาการของผู้มารับบริการแล้ว ขั้นตอนต่อไปเป็นการแสดงให้เห็นจากผลการศึกษาว่าการประสานงานหลังจากการสังเกต มีการพยาบาลด้วยความมุ่งหวังที่จะให้เกิดความปลอดภัยกับผู้มารับบริการ เป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้มีวิธีการประเมินอาการที่ชัดเจน

“กรณีมีผู้ป่วยบริเวณใกล้เคียงก็รีบแจ้งเจ้าของแผนก พร้อมกับให้การช่วยเหลือก่อนโดยไม่คำนึงว่าเป็นผู้ป่วยแผนกอื่น”

1.2.2 กระบวนการการป้องกันผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

กระบวนการที่เด่นชัดในการป้องกันผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นนั้นสะท้อนให้เห็นจากการเอาใจใส่ด้วยการบริการเชิงรุกมากกว่าการบริการแบบตั้งรับ ซึ่งแสดงให้เห็น

ด้วยการมอบหมายหน้าที่และการทำงาน ที่ประสานกันในทีมบริการในหน่วยบริการผู้ป่วยนอก

- บริการเชิงรุก

พยาบาลได้ดำเนินการให้บริการเชิงรุก โดยที่การคัดกรองเบื้องต้นจะทำโดยพยาบาลเดินสังเกตผู้มารับบริการในบริเวณที่รอตรวจ โดยที่ไม่ได้รอให้ผู้มารับบริการเข้ามารับบริการตามคิวที่โต๊ะ

“พยาบาลคัดกรองในแผนกกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานต้องดูแลตั้งแต่เดิน round ผู้ป่วยโดยรอบผู้ช่วยเหลือคนไข้และ จนท. ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่รอตรวจ ระหว่างตรวจ และหลังตรวจโดยสังเกตลักษณะท่าทาง อาการ การหายใจ หากพบผู้ป่วยที่ไม่แน่ใจว่าผิดปกติหรือไม่ให้แจ้งพยาบาล หรือแพทย์ทันที”

- การใช้เครื่องมือคัดกรอง

จากการวิเคราะห์สถานการณ์หน่วยบริการผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้ปฏิบัติงานระบุว่า การประเมินอย่างรวดเร็วจะช่วยลดอุบัติการณ์หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้ และต้องการเครื่องมือที่ช่วยการลดข้อจำกัดของการให้บริการในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราที่สูงที่ต้องให้บริการด้วยความรวดเร็ว

ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ทำงานง่าย มีความแม่นยำ เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยในการประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ให้ผู้รับและผู้ให้บริการ ใช้เครื่องมือนี้ประเมินการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นทำได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งการใช้แบบประเมิน New score

“ใช้แบบประเมิน New score หรือ Progress note” “ไม่มีแบบคัดกรองอย่างง่าย”

จากสภาพการให้บริการ พบว่ามีสิ่งที่ทำให้มีข้อจำกัดบางประการนั้นทำให้ผู้บริการหาวิธีการพัฒนาคุณภาพการป้องกันผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จากเหตุการณ์ดังต่อไปนี้

“จนท.ไม่เพียงพอ ทำงานรีบเร่ง ทำให้ดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง” “ไม่มี วิธีการดำเนินการให้ข้อมูลข่าวสาร การ Arrest ทั้งเอกสารและป้ายประกาศ”

- ตอบสนองความต้องการด้วย

ความรวดเร็ว

การจัดระบบงานตามแนวปฏิบัติ ดั้งเดิม ถูกคาดหวังว่าจะให้บริการได้อย่างรวดเร็ว และเป็นธรรมชาติ ผู้รับบริการ โดยมีขั้นตอนที่จำเป็น ดังนี้

“ซักประวัติ วัดสัญญาณชีพ จัดให้ผู้ป่วย เพลนอน ล้อนั่ง ให้อยู่เข้านตรวจก่อน”

“ประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ระหว่างรอซักประวัติ รอตรวจ ระหว่างตรวจ หลังตรวจ ระหว่างรอใบสั่งยา”

การดำเนินการตามระบบนี้สะท้อน ถึงความพยายามในการพัฒนาระบบบริการให้มี คุณภาพ และทำให้ผู้มารับบริการเกิดความพึง พอใจ แต่การป้องกันภาวะหยุดหายใจและหัวใจ หยุดเต้นยังมีความจำเป็นอยู่ ดังนั้นบุคลากรจึง ต้องมีความพร้อมในการประเมินโดยจัดเตรียม ความพร้อมในการประเมินอย่างต่อเนื่อง

- การเตรียมความพร้อมของทีม

บริการ

การทำงานเป็นทีมของบุคลากรใน หน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีการให้บริการครอบคลุม ทุกช่วงวัยและความเจ็บป่วย เป็นหน่วยบริการ หลักและมีความสำคัญในการให้บริการเชิงรุกเพื่อ การป้องกันภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

“บุคลากรแต่ละคนต้องรู้หน้าที่ตนเองหาก เกิดเหตุการณ์ หัวหน้าทีมและผู้ร่วมงานต้องรู้ว่า เจ้าหน้าที่คนไหนทำหน้าที่อะไร เพื่อสั่งการได้”

- ความร่วมมือของผู้มารับบริการ ให้การประเมินเบื้องต้น

จากการขยายขีดความสามารถของ การบริการด้านสุขภาพและการรักษาของ โรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้ให้บริการคาดว่า การ ประเมินอาการเบื้องต้นของผู้มารับบริการจะช่วย ลดเวลาในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะ หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้ แต่การประเมิน อาการเบื้องต้นควรมีเครื่องมืออย่างง่ายที่เหมาะสม กับผู้มารับบริการและช่วยให้ผู้ให้บริการ ตรวจสอบได้

“ถ้าผู้ป่วยหรือญาติประเมินตัวเองได้ว่ามี ความเสี่ยง จะช่วยให้พยาบาลทำงานได้เร็วขึ้น”

1.2.3 รูปแบบการประสานพลังป้องกัน

ภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

จากการศึกษาการประสานพลังภายในกลุ่มงานเพื่อลดอุบัติเหตุ ผลของออกมาจากการประชุมกลุ่มย่อยโดยที่แต่ละแผนกมีความเห็นพ้องต้องกันว่า การดำเนินงานโดยการร่วมกันและประสานงานระหว่างแผนก การดำเนินการเฝ้าระวังเป็นการประสานพลังภายในกลุ่มงาน

“การช่วยเฝ้าระวัง ทำได้ไม่ยากถ้า ห้องตรวจอยู่ชั้นเดียวกัน”

“เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มาตรวจในหน่วยงานของตนเอง”

“เฝ้าระวังผู้ป่วยที่มาตรวจแผนกใกล้เคียง”

การประสานพลังประกอบด้วยให้การเฝ้าระวังโดยเริ่มตั้งแต่การสังเกตผู้ป่วยอย่างรวดเร็วโดยไม่จำเพาะเจาะจงว่าจะเข้าตรวจแผนกใด

- การสังเกตผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มเข้า

บริเวณหน่วยบริการ

การเริ่มให้ความสำคัญกับการสังเกตในการเริ่มกระบวนการป้องกันผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น เพิ่มโอกาสความสำเร็จในกระบวนการประเมิน โดยปรับกระบวนการให้สอดคล้องกับ การที่ผู้มารับบริการเข้ามารับบริการหลายทิศทาง กระจายไปยังแผนกต่าง ๆ และแยกย้ายไปยังชั้นของการให้บริการ โดยลดการมีมุมอับทางสายทาง โดย

- การจัดโซนผู้มีความเสี่ยง

“จัดโซนตามรหัสสี ให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ๆ

พยาบาล”

“แต่ละแผนกช่วยกันสอดส่องดูว่าผู้มารับบริการ อาจนั่งกระจายกันทั่วไป เมื่อพบผู้ป่วยหรือได้รับแจ้งจากญาติว่ามีภาวะเสี่ยงน่าจะเกิดการหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น ให้การดูแลเสมือนเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกของตนเอง”

- ความตื่นตัวในการให้บริการ

ความตระหนักของพยาบาลต่อการให้การดูแลผู้รับบริการที่มีภาวะเสี่ยงต่อการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นพยาบาลและทีมบริการ มีความตื่นตัวและให้บริการด้วยความรอบคอบ โดยให้การดูแลมุ่งเน้นถึงมาตรการความปลอดภัยของผู้ป่วย

- ประสานพลังร่วมประเมิน

ความร่วมมือในการประเมินเป็นการให้โอกาสผู้มารับบริการร่วมประเมินอาการ โดยมีพยาบาลและทีมบริการช่วยตรวจสอบ การมีส่วนร่วมโดยประเมินตนเองนั้น สามารถสังเกตอาการได้อย่างความแม่นยำ และสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

“ถ้าผู้ป่วยประเมินตัวเอง แล้วพบว่าเป็นรหัสสีเขียว เราก็ไม่วางใจ ยังไงก็ต้องประเมินซ้ำตอนที่ซักถามอาการก่อนเข้าตรวจ”

- การยอมรับการมีส่วนร่วม

การยอมรับศักยภาพในการประเมิน
อาการของผู้มารับบริการ พยาบาลและทีมบริการ
ให้ความเห็นว่า ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการ
ประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ควร
ทำการประเมินซ้ำ หลังจากที่คุณมารับบริการ
ประเมินตนเอง

“ถ้าเขาดูแล้วรู้สึกว่าการไม่ดี เขาจะ
บอกเราอยู่แล้ว แต่เราจะใช้แบบประเมิน
มาจับด้วย”

การจัดรูปแบบการให้บริการ ในทาง
ปฏิบัติการจัดรูปแบบโดยซึ่งได้รับความร่วมมือ
จากบุคลากรทุกกลุ่ม ไม่ใช่เฉพาะจากกลุ่ม
พยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือดังนี้ พนักงาน
เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้รับผิดชอบและดำเนินการ
ให้บริการโดยการ

“จัดโซนผู้ป่วยเฝ้าระวัง ล้อเข็น เพลนอน
อยู่ใกล้พยาบาลซักประวัติ”

ดังเห็นได้จากข้อมูลที่สะท้อน
ออกมาว่าระบบการให้บริการโดยที่มีความร่วมมือ
แบบสานพลังได้ส่งผลเชิงบวกกับผู้มารับบริการ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลการประเมินระหว่างผู้มารับบริการประเมินตนเองกับเจ้าหน้าที่ประเมิน

	การจำแนกความรุนแรง		รวม
	พบอาการสำคัญ	ไม่พบอาการสำคัญ	
มีความเสี่ยง	10	10	20
ไม่มีความเสี่ยง	43	954	997
	53	964	1017

และยังไปส่วนสำคัญในการสังเกตและประเมิน
ภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นได้

ระยะที่ 2 การสร้างแบบประเมินความ เสี่ยงภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

การสร้างแบบประเมินแบบประเมินภาวะ
หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ได้ผลการ
ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินดังต่อไปนี้

1.2.1 ค่าความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ
(IOC) ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันที่ระดับ
1.0

1.2.2 ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้อง
ของความเป็นปรนัยของการแปลความหมาย
คะแนน ที่มีความชัดเจนในการนำคะแนนที่ได้
จากการให้คะแนนไปใช้ได้อย่างสอดคล้องกับ
เกณฑ์มาตรฐานการให้คะแนน NEW Score ของ
โรงพยาบาลนครพิงค์

1.2.3 การทดลองใช้แบบประเมินได้ผล
การศึกษาครั้งนี้

จากการใช้แบบประเมินภาวะหยุดหายใจ
และหัวใจหยุดเต้น ได้ผลการใช้แบบประเมินดังนี้

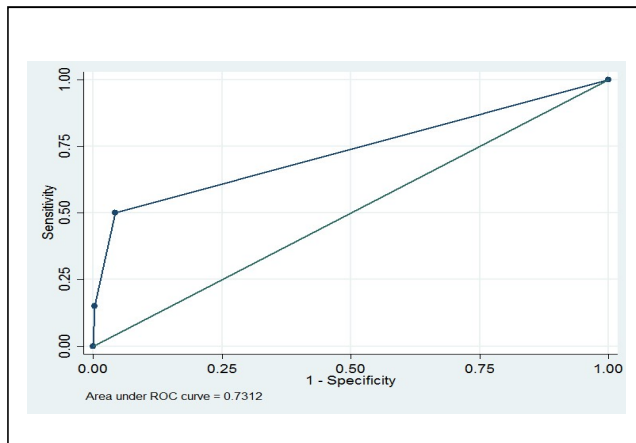
จากตารางที่ 1 พบว่า พยาบาลประเมิน แล้วอยู่ในภาวะต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำนวน 20 คน แต่ผู้มารับบริการ ประเมินได้ 10 คน คิดเป็น ร้อยละ 50 ของผู้ที่มีความผิดปกติและต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

ผลการศึกษาพบว่า การใช้แบบประเมิน ภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น สามารถเพิ่มโอกาสในการประเมินอาการเบื้องต้นของภาวะหยุดหายใจหัวใจหยุดเต้นได้โดยพิจารณาจากค่า Likelihood ratio of positive ซึ่งมีค่า 11.59 เท่า แสดงว่าผู้ป่วยที่ถูกประเมินโดยแบบประเมิน

ถ้าพบว่ามีอาการอย่างหนึ่งอย่างใด จะเป็นเพิ่มโอกาสในการเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤติ เพิ่มเป็น 11.59 เท่า เมื่อเทียบกับก่อน pre-test probability ขณะที่ likelihood ratio of negative test พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการตามแบบประเมินจะลดโอกาสที่จะเป็นผู้ป่วยวิกฤต เหลือ 0.52 เท่า เมื่อเทียบกับก่อนการประเมิน และเมื่อพิจารณาพื้นที่ใต้โค้ง อาร์ โอ ซี (Area under ROC curve; AUC) พบว่าแบบประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น สามารถทำนายการเกิดภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วย ได้ถูกต้องร้อยละ 73.12 (ตารางที่ 2, รูปที่ 1)

ตารางที่ 2 คุณลักษณะเฉพาะของแบบประเมินป้องกันภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น

Diagnostic Index	value	95% confidence Interval	
Pretest Probability	2.0 %	1.2%	3.0 %
Sensitivity ของแบบประเมิน	50.0 %	27.2%	72.8%
Specificity	95.7 %	94.2 %	96.9%
ROC Area	0.73	0.62	0.84
Likelihood ratio (+)	11.59	6.85	19.63
Likelihood ratio (-)	0.52	0.34	0.81
Odd Ratio	22.19	8.98	54.89
Positive predictive value	18.9%	9.4%	32.0%
Negative Predictive value	99.0%	98.1%	99.5%



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ค่าความไว และ 1- ค่าจำเพาะของข้อมูล

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การอภิปรายผลการศึกษการพัฒนา รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสานพลังลด อุบัติการณ์ผู้ป่วยหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น โรงพยาบาลนครพิงค์ มีดังนี้

จากการศึกษาพบว่าหลักการมีส่วนร่วม ของทีมและผู้รับบริการโดยเริ่มวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหา และความเป็นไปได้ในการ ปรับระบบ การหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันและ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ แสดงความเห็นในการพัฒนา และมีแบบการประเมินรูปแบบบริการผู้ป่วยนอก แบบผสมผสานพลังลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และญาติ รวมถึงการปรับปรุงระบบการป้องกันที่ มีความชัดเจน การสื่อสาร การปฏิบัติตามระบบ และนำแบบประเมินไปใช้ ได้อย่างดี การรับรู้

บทบาทและสมรรถนะของตนเองซึ่งสอดคล้องกับ ศึกษาของ โรห์และอิสเซนเบอร์ก⁶

การพัฒนาการรูปแบบบริการในหน่วย บริการผู้ป่วยนอก เป็นการศึกษาในสถานที่บริการ สุขภาพที่มีโอกาสเกิดเหตุฉุกเฉินสูง เพื่อให้เกิด การตัดสินใจเลือกและลงมือการปฏิบัติการ พยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและช่วยในการ กำหนดขอบเขตการดูแล โดยที่การศึกษาระบบ การให้บริการเพื่อให้การบริการสุขภาพ ด้วยการ พัฒนารูปแบบบริการและการประเมินการเกิด ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ด้วยใช้แบบประเมินภาวะ วิกฤตและมีการกำหนดคะแนนในการประเมิน⁷ จากการศึกษาครั้งนี้การปรับแบบประเมินเดิม New Score มาจัดระบบคะแนนเพื่อให้การ ประเมินที่มีคุณภาพ ทำให้ประเมินการภาวะ วิกฤตได้แม่นยำขึ้น การปรับปรุงเครื่องมือสำหรับ การศึกษาภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพิงค์

ได้ผลเป็นที่น่าเชื่อถือได้ รูปแบบการบริการโดยมีแบบประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น มีประสิทธิภาพในการที่จะประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยที่พยาบาลมีความสามารถในการประเมินได้โดยใช้สัญญาณชีพ ซึ่งมีความรวดเร็วในการประเมิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรออาร์กี้และคณะ⁸ ที่ใช้สัญญาณของชีพจร ความดันโลหิตของร่างกายอัตราการหายใจ อัตราการอิมตัวของออกซิเจน ในการประเมินอาการเตือน (Early warning scores: EWS) ประเมินผู้เข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจหยุดเต้นและระยะเวลาในการเข้าพักในโรงพยาบาล การมีเครื่องมือประเมินนั้นเพิ่มศักยภาพในแผนกฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยทาง การแพทย์ที่มีอาการป่วยเฉียบพลัน การพัฒนาขั้นตอนการบริการหน่วยผู้ป่วยนอก ได้ปรับกระบวนการเข้าไปในการบริการโดยการเปิดโอกาสให้ผู้มารับบริการประเมินตนเองในระหว่างรอตรวจ ซึ่งการประเมินตนเอง เป็นขั้นตอนการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นความสำคัญ ดียและฮาริฮาราน⁹ ได้นำวิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะไปประยุกต์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดและหอผู้ป่วยหนัก มีขั้นตอนการปฏิบัติซึ่งมุ่งเน้นการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินควรมีพยาบาลช่วยประเมินซ้ำในเพื่อช่วยยืนยันผลการประเมินโดยผู้มารับบริการและเป็นการลดอัตราเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่ง

พิจารณาได้จากการใช้แบบประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น สามารถเพิ่มโอกาสในการประเมินอาการเบื้องต้นของภาวะหยุดหายใจหัวใจหยุดเต้นได้โดยได้ 11.59 เท่า แสดงว่าการใช้แบบประเมินถ้าพบว่ามีอาการอย่างหนึ่งอย่างใด จะเป็นเพิ่มโอกาสในการเกิดอาการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น เพิ่มขึ้น 11.59 เท่า และผู้ป่วยที่ไม่มีอาการตามแบบประเมินจะลดโอกาสที่จะเป็นผู้ป่วยวิกฤต เหลือ 0.52 เท่า เมื่อพิจารณาประสิทธิภาพการทำนายแล้ว พบว่าแบบประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นสามารถทำนายการเกิดภาวะวิกฤติ ของผู้ป่วย ได้ถูกต้องร้อยละ 73.12 ทั้งนี้การประเมินจะมีประสิทธิภาพถ้ามีการอบรมการใช้แบบประเมินในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ

จากการตรวจสอบผลการประเมินตนเองของผู้มารับบริการโดยพยาบาลประจำการพบว่า ร้อยละร้อยละ สามารถประเมินได้อย่างถูกต้อง โดยสามารถประเมินสภาพร่างกายและอาการที่ได้จากการแบ่งเป็น 3 ระดับ เช่น การให้คะแนนระดับความเสี่ยงระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง เพื่อให้การประเมินทำได้ง่ายขึ้นโดยที่ระดับคะแนนเป็นเกณฑ์การกำหนดความความเสี่ยง และความเร่งด่วนของการบริการ ซึ่งมี จินนะรัตน์^{10,11} แนะนำให้จัดการอบรมในบุคลากรทุกระดับ ทั้งการฝึกประเมินระหว่างปฏิบัติงาน และการจัดให้มีเรียนการสอนทางพยาบาล จึงควรพัฒนารูปแบบการสอนโดยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการ เช่น การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (simulated case

scenario) เพื่อให้พยาบาลได้มีโอกาสปฏิบัติในเหตุการณ์เสมือนจริงสามารถฝึกปฏิบัติได้จนเกิดความคล่องแคล่ว ซึ่งรูปแบบการสอนดังกล่าวสามารถทำให้พยาบาลเกิดความรู้และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติได้ดี เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์จริงสามารถตัดสินใจที่จะปฏิบัติและนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์การบริการที่ดี

ข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบการป้องกันผู้มารับบริการที่มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นนี้มีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. นำผลวิจัยรูปแบบการบริการและการใช้แบบประเมินประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นไปใช้ในหน่วยบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

2. จัดหลักสูตรการอบรมการใช้แบบประเมินภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นสำหรับพยาบาลประจำการในหน่วยบริการสุขภาพ

3. จัดการเสริมหลักสูตรการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นการสอนในรายวิชาสาขาการพยาบาลสำหรับพยาบาลนักศึกษาพยาบาลศาสตร์

บรรณานุกรม

1. Berdowski J, Berg R, Tijssen J, Koster R. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: systematic review of 67 prospective

studies. Resuscitation. 2010 November; 81(11): p. 1479–1487.

2. Organisation WH. World Health Organisation. [Online].; 2018 [cited 2018 July 10. Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day/en/.

3. Weaver SJ, Dy SM, Rosen MA. Team-training in healthcare: A narrative synthesis of the literature. British Medical Journal of Quality and Safety 2014;23(5):359–372.

4. Knafelj R, Radsel P, Ploj T, Noc M. Primary percutaneous coronary intervention and mild induced hypothermia in comatose survivors of ventricular fibrillation with ST-elevation acute myocardial infarction. Resuscitation 2007; 74:227–234.

5. Keskomon T. A Research and Development of The Evaluation System of Student Nurses' Learning Based on The Collaborative Evaluation Approach. Journal of Research Methodology 2003 July-September; 16:545-562.

6. Roh YS, Issenberg B, Chung HS, Kim SS, Lim TH. A survey of nurses' perceived competence and

- educational needs in performing resuscitation. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2013 May 1; 44(5): 230-236.
<https://doi.org/10.3928/00220124-20130301-83>
7. Miller R.T., Nazir N., McDonald T., Cannon C.M. The modified rapid emergency medicine score: A novel trauma triage tool to predict in-hospital mortality. *Injury* 2017; 48(9):1870-1877.
8. Groarke, J. D., Gallagher, J., Stack, J., Aftab, A., Dwyer, C., McGovern, R., & Courtney, G. Use of an admission early warning score to predict patient morbidity and mortality and treatment success. *Emergency Medicine Journal* 2008; 25(12): 803–806.
<https://doi.org/10.1136/emj.2007.051425>
9. Dey, K. P., & Hariharan, S. Integrated approach to healthcare Quality management: A case study. *The TQM Magazine* 2006; 18(6), 583-605.
10. จินนระรัตน์ ศรีภักทธิญา. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อความคุ้มค่าคุ้มทุน. พิมพ์ครั้งที่ 2.-- กรุงเทพฯ : สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์; 2551.
11. David Lyon, Gillian A Lancaster, Steve Taylor, Chris Dowrick, Hannah Chellaswamy; Predicting the likelihood of emergency admission to hospital of older people: development and validation of the Emergency Admission Risk Likelihood Index (EARLI). *Family Practice* 2007; 24(2):158–167,
<https://doi.org/10.1093/fampra/cml069>

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

สุภาพร ไชยวัฒนตระกูล*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ระยะเวลาในการวิจัย มีนาคม 2561 ถึง มิถุนายน 2561

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.6 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48.4 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 35.5 ค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 บาท รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ร่วมกับการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและการให้ความรู้ โดยพยาบาลหน่วยไตเทียม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การตั้งเป้าหมายในการควบคุมภาวะน้ำเกิน 3) การวางแผนและการปฏิบัติ ด้านการจัดการด้านการบริโภคอาหาร การควบคุมจำกัดน้ำดื่ม การจัดการยา และการควบคุมน้ำหนัก 4) การประเมินผล ตรวจสอบระดับน้ำหนัก เมื่อกลับมาฟอกเลือดในแต่ละครั้งร่วมกับการให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินตนเองถึงพฤติกรรมการจัดการต่อภาวะน้ำเกิน ประเมินปัญหาและอุปสรรค รวมถึงตรวจสอบสมุดบันทึกรายการอาหาร และให้คำแนะนำการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินที่ถูกต้องและเหมาะสม ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้พบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะน้ำเกินได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 38.46 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} \pm S.D. : 63.11 \pm 13.26$) ด้านความพึงพอใจภาพรวมของผู้ป่วยและญาติ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D. : 4.71 \pm 0.34$) และทีมสหสาขาวิชาชีพ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} \pm S.D. : 4.06 \pm 0.31$)

การกระตุ้นและส่งเสริมการทากิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะน้ำเกิน จะสามารถป้องกันปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ภาวะน้ำเกิน, โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย, การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม,
คุณภาพชีวิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู, Email: supaporn2858@gmail.com

Developing Model for the Prevention of Volume Overload of End Stage Renal Disease among Hemodialysis Patients in NongBua Lam Phu Hospital

Supaporn Chaiwattanatrakul*

Abstract

An action research aimed to study the developing model for the prevention of volume overload of end stage renal disease among hemodialysis patients in NongBuaLam Phu Hospital. Data collection was done between March to June 2018.

Research outcomes showed that more than half of patients were female (59.60%), married 75.60%, highest education was junior secondary school level (48.40%), Civil servant was 35.50% and a median of salary was 15,000 Thai Baht. There were four steps in Model for the Prevention of Volume Overload. First is Self management reflection with behavior evaluation and health education by Hemodialysis nurses and Multidisciplinary team. Second, volume overload control goal. Third, behavior plan such as food consumption control, drinking water control, medicine intake control and weight control. Final is an evaluation step, not only weight will be investigated when patients come back for hemodialysis also volume overload control and struggles will be assessed by patients and their family members, more than that taking note of food consumption and appropriate volume overload management will be supported by profession team. After participate the new model, patients can control their volume overload better than the past around 38.46%. Quality of life was appeared in a moderate level ($\bar{X} \pm S.D. : 63.11 \pm 13.26$). In term of satisfaction dimension, patients and families were at the high level ($\bar{X} \pm S.D. : 4.71 \pm 0.34$) and profession team was at the high level ($\bar{X} \pm S.D. : 4.06 \pm 0.31$)

Encouraging and raising ways will be continue for patients and families understand especially an insignificant volume overload control. This successful solution will sustain a normal volume.

Keywords: Volume Overload, End Stage Renal Disease, Hemodialysis, Quality of life.

*Dialysis unit, NongBua Lam Phu Hospital, NongBua Lam Phu Province. , Email: supaporn2858@gmail.com

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease; CKD) เป็นปัญหาสำคัญที่ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เพราะมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลปี 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากร หรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 แสนคน ป่วยเพิ่มปีละกว่า 7,800 ราย หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือการล้างไตทางช่องท้อง โดยแต่ละปี ได้ใช้งบประมาณในการบำบัดทดแทนไตในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี และในปี 2561 ได้ใช้งบประมาณกว่า 8,165 ล้านบาท ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตมีเพียงปีละ 400 รายเท่านั้น ในขณะที่มีผู้ป่วยรอการผ่าตัดเปลี่ยนไตใหม่ประมาณ 40,000 ราย ซึ่งมีขั้นตอนยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละประมาณ 2 ล้านบาทต่อคน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จะมีภาวะที่ร่างกายสะสมพิษ น้ำ และสารอิเล็กโทรไลต์ที่ไม่สามารถขับออกได้ ส่งผลให้เกิดภาวะยูรีเมียและภาวะน้ำเกินตามมา การรักษาภาวะของสารน้ำ (fluid status) ของร่างกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (normohydration) มีความสำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเนื่องจากภาวะการมีสารน้ำเกินในร่างกาย

ในผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) หายใจหอบ นอนราบไม่ได้ และมีภาวะทุพโภชนาการ¹ เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจะต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปีพ.ศ.2556-2560 พบว่าภาวะน้ำเกินเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด คือ มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือมีอาการบวมบริเวณใบหน้า แขน ขา ซึ่งส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 6.23 ,7.99,7.18,7.79 ,7.76 ตามลำดับ และขณะทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่งผลให้เกิดความดันโลหิตต่ำ คิดเป็นร้อยละ 8.11,10.8,10.48,7.23,9.06 ตามลำดับมีอาการตะคริว คิดเป็นร้อยละ 1.2 ,1.8,1.78,0.02,1.59 ตามลำดับ² จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ในระยะยาว จะทำให้หัวใจทำงานหนักเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการของหน่วยไตเทียม ที่ไม่สามารถควบคุม และป้องกันความเสี่ยงจากภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยไตเทียม ซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ไตวาย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จากการไม่สามารถควบคุมภาวะน้ำเกินของตนเองได้

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การจัดการด้านการบริโภคอาหาร การฝึกการควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การจัดการเรื่องยา การควบคุมน้ำหนัก ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ไม่สามารถควบคุมภาวะน้ำเกินได้ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยของหน่วยไตเทียม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนด้านต่างๆ ตามมาและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว รวมถึงพยาบาลผู้ให้บริการ จะต้องมีการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่เป็นแนวทางเดียวกัน รวมถึงพัฒนาศักยภาพ และคุณภาพการพยาบาลของหน่วยไตเทียม ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงผู้ป่วยได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพและพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยไตเทียม รวมถึงพัฒนาระบบบริการด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่ายให้ได้ประโยชน์สูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

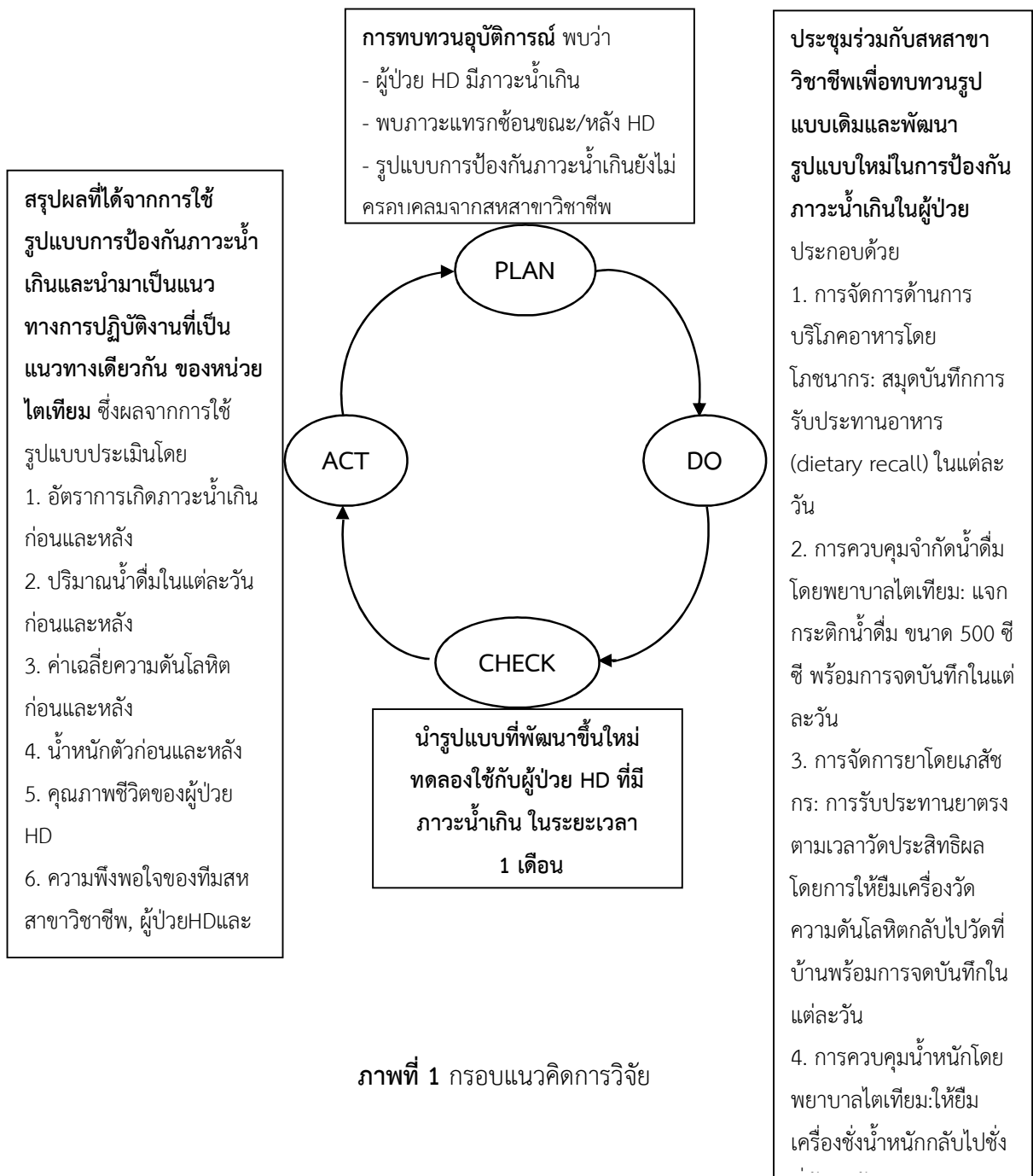
2.1 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

2.2 เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู โดยระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่เดือน มีนาคม 2561 ถึงเดือน มิถุนายน 2561

กรอบแนวคิดของการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ทีมสหวิชาชีพ หน่วยไตเทียม
โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จำนวน 10 คน ดังนี้

แพทย์ 1 คน พยาบาลไตเทียม 7 คน เภสัชกร

1 คน นักโภชนากร 1 คน

2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีภาวะน้ำเกินจำนวน 26 ราย และมีคุณลักษณะ ดังนี้ 1) เป็น

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีภาวะน้ำเกินที่เข้ารับการรักษาในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู 2) สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีภาวะน้ำเกิน คือ ผู้ดูแลหรือญาติ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 26 ราย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) โดยมี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) **ระยะเตรียมการ** ใช้ระยะเวลา 1 เดือน ทีมพยาบาลหน่วยไตเทียม ร่วมกันศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ข้อมูลการรักษาพยาบาล การฟอกเลือดภาวะแทรกซ้อน ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย โดยการทบทวนจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มารับการฟอกเลือดของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ย้อนหลัง 3 ปี เดือน ทบทวน CPG, ทบทวนตัวชี้วัดและผลการปฏิบัติที่ผ่านมา และสรุปเพื่อหาแนวทางใน

การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

2) ระยะดำเนินการ ใช้ระยะเวลา 2

เดือน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

2.1) แต่งตั้งคณะกรรมการทีมสห

วิชาชีพหน่วยไตเทียม ประกอบด้วยพยาบาลไตเทียม แพทย์ เภสัชกร และนักโภชนาการ กำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ ของแต่ละตำแหน่ง

2.2) ประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แก่ทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม คือ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักโภชนาการ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และนำแนวทางการดูแลไปปฏิบัติ

2.3) ติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สังเกต สัมภาษณ์ สทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม เพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ปัจจัยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการใช้แนวทางปฏิบัติ และนำเสนอข้อมูลทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม เพื่อสะท้อนความคิดและร่วมกันปรับปรุงแนวปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) **ระยะประเมินผล** ประเมินผลโดยประเมินคุณภาพชีวิตและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม หลังจากนั้นสรุปและประเมินผลโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื้อหาประกอบด้วย 1) เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย 2) แนวทางการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม 3) แบบบันทึก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสนทนากลุ่ม ทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม

2.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (KDQOL-36)

2.3) แบบประเมินภาวะน้ำเกิน ปริมาณน้ำดื่ม ความดันโลหิต และน้ำหนักของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.4) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และญาติต่อการให้บริการของหน่วยไตเทียม

2.5) แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม ต่อรูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถาม ในกลุ่มของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ญาติหรือผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) แสดงจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลส่วนอื่นๆ และแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูล ผู้วิจัยนำผลการวิจัยในแต่ละประเด็นเสนอต่อกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทราบ และได้ร่วมกันยืนยัน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล พร้อมกับเสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อสร้างข้อสรุปผลการวิจัย

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหนองบัวลำภู เลขที่ 05/ 2561 วันที่ 30 มีนาคม 2561

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.6 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.6 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 48.4 อาชีพรับราชการ ร้อยละ 35.5 ค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 บาท

รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากการให้บริการในรูปแบบเดิม คือ ดำเนินการโดยพยาบาลหน่วยไตเทียม ร่วมกับผู้ป่วย โดยมีกิจกรรมคือ 1) พยาบาลไตเทียมให้ความรู้เรื่อง โรคไตเรื้อรัง การจัดการอาหารและยา การควบคุมน้ำหนัก 2) ประเมินผลโดยการดูน้ำหนักเมื่อกลับมาฟอกเลือดในแต่ละครั้ง โดยไม่มีการจดบันทึก เมื่อพบปัญหาที่ยังคงอยู่ ก็อธิบายซ้ำ และ 3) ไม่ได้จัดหา ขวดตวงน้ำดื่ม เครื่องชั่งน้ำหนัก และเครื่องวัดความดันโลหิต ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้าน

รูปแบบใหม่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสะท้อนความคิด เกี่ยวกับการจัดการตนเอง โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเล่าประสบการณ์ วิธีการจัดการตนเองด้านสารน้ำและอาหารที่รับประทานประจำ ความเชื่อ เพื่อทำการประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ผู้วิจัยสะท้อนถึงปัญหาการจัดการตนเองที่บกพร่องและอุปสรรคต่อการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 2 ตั้งเป้าหมายในการควบคุมภาวะน้ำเกิน จัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการสาร

น้ำและอาหาร โดยตั้งเป้าหมายตามปริมาณน้ำที่สามารถดื่มในแต่ละวัน ร่วมกับการตั้งเป้าหมายปริมาณน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดต่อวัน แนะนำวิธีแบ่งสัดส่วนน้ำดื่มประจำวัน เมนูอาหาร การเลือกวัตถุดิบ วิธีการปรุงอาหารหรือวิธีการเลือกซื้ออาหารที่ปรุงแล้ว

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและการปฏิบัติ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันฝึกปฏิบัติการจัดการด้านสารน้ำและอาหาร ด้วยการบันทึกรายการอาหารและปริมาณน้ำดื่มประจำวัน ในสมุดบันทึกที่จัดเตรียมให้ และติดตามน้ำหนักตัวด้วยการชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวัน วัดความดันโลหิตทุกวันในรายที่มีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน จดบันทึกรายการอาหารที่รับประทานทุกมื้อในแต่ละวัน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินตนเองถึงพฤติกรรม การจัดการต่อภาวะน้ำเกิน ประเมินปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งทบทวนเนื้อหาสารน้ำและอาหารในชีวิตประจำวัน และตรวจสอบสมุดบันทึกรายการอาหาร และให้คำแนะนำในการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินที่ถูกต้องเหมาะสม ดังสรุปเปรียบเทียบขั้นตอนของรูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกิน ดังนี้

การเปรียบเทียบขั้นตอนของรูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกิน
รูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

ขั้นตอนการให้บริการรูปแบบเดิม	ขั้นตอนการให้บริการรูปแบบใหม่
ดำเนินการโดยพยาบาลหน่วยไตเทียม ร่วมกับผู้ป่วย 1. ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง 2. การให้ความรู้ โดยพยาบาลหน่วยไตเทียม 2.1 เรื่องโรคไตเรื้อรัง 2.2 การจัดการด้านการบริโภคอาหาร 2.3 การควบคุมจำกัดน้ำ 2.4 การจัดการยา 2.5 การควบคุมน้ำหนัก 3. ประเมินผลโดยการดูน้ำหนักเมื่อกลับมาฟอกเลือดในแต่ละครั้ง โดยพยาบาลหน่วยไตเทียม	ดำเนินการโดยพยาบาลหน่วยไตเทียม ร่วมกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 1 การสะท้อนความคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ร่วมกับ 1.1 ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง 1.2 การให้ความรู้ โดยพยาบาลหน่วยไตเทียม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 2 ตั้งเป้าหมายในการควบคุมภาวะน้ำเกิน ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและการปฏิบัติ 3.1 การจัดการด้านการบริโภคอาหาร: โดยใช้สมุดบันทึกการรับประทานอาหาร (dietary recall) ในแต่ละวัน 3.2 การควบคุมจำกัดน้ำดื่ม: การควบคุมปริมาณน้ำ โดยการแจกกระติกน้ำดื่ม ขนาด 500 ซีซี 3.3 การจัดการยา: ควบคุมเรื่องการรับประทานยาตรงตามเวลา และควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิต ของหน่วยไตเทียม กลับไปวัดความดันโลหิตของตนเองที่บ้าน 3.4 การควบคุมน้ำหนัก: ควบคุมโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก ของหน่วยไตเทียม กลับไปชั่งน้ำหนักที่บ้าน ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล โดยการดูน้ำหนักเมื่อกลับมาฟอกเลือดในแต่ละครั้ง ร่วมกับการให้ผู้ป่วยและครอบครัวประเมินตนเองถึงพฤติกรรม การจัดการต่อภาวะน้ำเกิน ประเมินปัญหาและอุปสรรค และตรวจสอบสมุดบันทึกการอาหาร และให้คำแนะนำในการจัดการตนเองต่อภาวะน้ำเกินที่ถูกต้องเหมาะสม

ผลที่ได้จากการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินและนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน ของหน่วยไตเทียม พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำเกินควบคุมได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 38.46 มีค่าเฉลี่ยร้อยละน้ำเกินลดลงเหลือ 6.90 ± 2.99 ปริมาณน้ำดื่มเฉลี่ย

ต่อวัน ลดลงเหลือ 6.90 ± 2.99 ซีซี ระดับความดันโลหิต Systolic(mmHg.) ลดลงเหลือ 146.05 ± 29.63 ระดับความดันโลหิต Diastolic (mmHg.) ลดลงเหลือ 73.31 ± 12.67 และมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นลดลง เหลือ 3.69 ± 1.65 กิโลกรัม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการป้องกันภาวะน้ำเกินก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ (n=26)

รายด้าน	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
1. การเกิดภาวะน้ำเกิน		
ควบคุมได้	0(0.0)	10(38.46)
ควบคุมไม่ได้	26(100)	16(61.54)
2. ค่าเฉลี่ยร้อยละน้ำเกิน		
$\bar{X} \pm S.D.$	7.11 ± 2.58	6.90 ± 2.99
Median (Min:Max)	7.35(2.92:13.08)	7.12(2.73:13.75)
3. ปริมาณน้ำดื่มเฉลี่ยต่อวัน (ซีซี)		
$\bar{X} \pm S.D.$	$1,165.39 \pm 388.75$	938.46 ± 257.02
Median (Min:Max)	1,000(600:2,000)	850(600:1,500)
4. ระดับความดันโลหิต		
4.1 Systolic (mmHg.)		
$\bar{X} \pm S.D.$	150.72 ± 23.03	146.05 ± 29.63
Median (Min:Max)	152.12(109.40 :194.10)	141.63(98.60 :247.50)
4.2 Diastolic (mmHg.)		
$\bar{X} \pm S.D.$	77.31 ± 12.67	73.31 ± 12.67
Median (Min:Max)	74.91(59.20 :118.20)	70.31(56.50:105.50)
5. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น (กิโลกรัม)		
$\bar{X} \pm S.D.$	3.81 ± 1.45	3.69 ± 1.65
Median (Min:Max)	3.54(1.98 : 8.24)	3.51(1.78 : 8.66)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ สุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนดำเนินการ
อยู่ในระดับปานกลาง (60.98 ± 16.14) หลัง
ดำเนินการมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นแต่อยู่ใน
ระดับปานกลาง (64.98 ± 17.85)

ภาพรวมของสุขภาพด้านโรคไต (SF-36) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ก่อน
ดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ (55.75 ± 11.55) หลัง
ดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง
(63.11 ± 13.26)

ก่อนดำเนินการ รายด้านที่มีคะแนน
เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก จำนวน 5 ด้าน คือ
ด้านอาการทางร่างกาย (Symptoms)
(24.43 ± 11.73) ด้านความรู้สึกเป็นอิสระ
(Freedom) (45.64 ± 23.52) ด้านการนอนหลับ
(Sleep) (45.76 ± 15.45) ด้านสุขภาพทั่วไป
(General health) (46.52 ± 30.45) และด้าน
การทำงาน (Work) (48.95 ± 36.78)

หลังดำเนินการ รายด้านที่มีคะแนน
เฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำมาก จำนวน 2 ด้าน คือด้าน
อาการทางร่างกาย (Symptoms)
(19.89 ± 10.82) และด้านการนอนหลับ (Sleep)
(45.64 ± 14.53) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (KDQOL-36)

สุขภาพด้านโรคไต	ก่อนดำเนินการ (n=26)			หลังดำเนินการ (n=26)		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 บทบาททางด้านร่างกาย (Role physical)	68.31	25.23	ปานกลาง	71.87	31.66	สูง
ด้านที่ 2 สุขภาพด้านจิตใจ (Mental health)	62.22	15.99	ปานกลาง	71.50	21.16	สูง
ด้านที่ 3 สุขภาพทั่วไป (General health)	46.52	30.45	ต่ำมาก	67.77	27.99	ปานกลาง
ด้านที่ 4 ความรู้สึกเป็นอิสระ (Freedom)	45.64	23.52	ต่ำมาก	58.12	24.28	ต่ำ
ด้านที่ 5 อิสระในการเดินทาง (Travel restrictions)	65.27	26.58	ปานกลาง	72.91	27.75	สูง
ด้านที่ 6 สมาธิและความจำ (Cognitive functioning)	52.36	20.28	ต่ำ	60.18	18.82	ปานกลาง
ด้านที่ 7 ด้านการเงิน (Financial)(1ข้อ)	53.38	32.58	ต่ำ	69.79	33.81	ปานกลาง

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (KDQOL-36) (ต่อ)

สุขภาพด้านโรคไต	ก่อนดำเนินการ (n=26)			หลังดำเนินการ (n=26)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 8 อีสุระในการรับประทาน อาหารและน้ำดื่ม Restriction on diet and fluid)	50.38	26.15	ต่ำ	51.38	26.50	ต่ำ
ด้านที่ 9 การพักผ่อนหย่อนใจ (Recreation)	58.68	23.01	ต่ำ	64.58	26.11	ปานกลาง
ด้านที่ 10 การทำงาน (Work)	48.95	36.78	ต่ำมาก	64.23	39.09	ปานกลาง
ด้านที่ 11 ภาพลักษณ์ (Body Image)	71.26	24.89	สูง	78.47	23.47	สูง
ด้านที่ 12 อาการทางร่างกาย (Symptoms)	24.43	11.73	ต่ำมาก	19.89	10.82	ต่ำมาก
ด้านที่ 13 เพศสัมพันธ์ (Sex)	74.94	33.52	สูง	78.81	31.98	สูง
ด้านที่ 14 การนอนหลับ (Sleep)	45.76	15.45	ต่ำมาก	45.64	14.53	ต่ำมาก
ด้านที่ 15 Access	62.98	21.18	ปานกลาง	69.58	23.70	ปานกลาง
ด้านที่ 16 คุณภาพชีวิต (Quality of life)	60.98	16.14	ปานกลาง	64.98	17.85	ปานกลาง
ภาพรวม	55.75	11.55	ต่ำ	63.11	13.26	ปานกลาง

**ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายและญาติ**

ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ระยะสุดท้ายและญาติต่อการให้บริการของ
หน่วยไตเทียม ก่อนดำเนินการ พบว่า รายด้าน
ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวมอยู่

ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.39$, S.D.=0.98) หลัง
ดำเนินการ พบว่า รายด้านทุกด้านอยู่ใน
ระดับสูง คือด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการ
ให้บริการ ความพึงพอใจต่อทีมสหวิชาชีพ และ
ความพึงพอใจด้านผลการให้บริการ ภาพรวมมี
ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.71$,
S.D.=0.34) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและญาติต่อการให้บริการของหน่วยไตเทียม

รายด้าน	ก่อนดำเนินการ (n=52)			หลังดำเนินการ (n=52)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านกระบวนการ / ขั้นตอนการให้บริการ	3.34	0.94	ปานกลาง	4.58	0.42	สูง
2. ความพึงพอใจ ต่อทีมสหวิชาชีพ	3.45	1.05	ปานกลาง	4.82	0.32	สูง
3. ความพึงพอใจ ด้านผลการให้บริการ	3.39	1.01	ปานกลาง	4.71	0.42	สูง
ภาพรวม	3.39	0.98	ปานกลาง	4.71	0.34	สูง

ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม

ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม ก่อนดำเนินการพบว่า รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$, S.D.=0.49) หลัง

ดำเนินการ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความคล่องตัวในการทำงาน อยู่ในระดับสูง คือ ด้านการมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ด้านการทำงานร่วมกัน และด้านการส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร ภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.06$, S.D.=0.31) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียม ต่อรูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

รายด้าน	ก่อนดำเนินการ (n=10)			หลังดำเนินการ(n=10)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านการมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน	3.45	0.62	ปานกลาง	4.65	0.41	สูง
2. ด้านการทำงานร่วมกัน	3.22	0.66	ปานกลาง	4.30	0.53	สูง
3. ด้านความคล่องตัวในการทำงาน	3.13	0.39	ปานกลาง	3.63	0.29	ปานกลาง
4. ด้านการส่งเสริมการพัฒนาบุคคล	3.35	0.61	ปานกลาง	4.60	0.39	สูง
ภาพรวม	3.09	0.49	ปานกลาง	4.06	0.31	สูง

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

รูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าหลังจากดำเนินการ ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 61.54 ซึ่งการป้องกันปัญหาภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยต้องฝึกทักษะ การตวงปริมาณน้ำดื่ม การตวงปัสสาวะ การชั่งน้ำหนัก และการบันทึกปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน³ รวมถึงพยาบาลหน่วยไตเทียม ควรให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาโดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง⁴ ประกอบด้วย การจัดการด้านการบริโภคอาหาร การฝึกการ ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การจัดการเรื่องยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การฝึกทักษะการติดตามและการสังเกตตนเอง การมาตรวจตามแพทย์นัด การฝึกทักษะ การสื่อสาร การสนับสนุนด้านจิตใจ และการ สนับสนุนทางสังคม จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และหากไม่สามารถควบคุมสมดุลน้ำได้จะทำให้เกิดภาวะฮอริโมนบกพร่อง ส่งผลให้หัวใจทำงานหนัก และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ รวมถึงส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ⁵ จึงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา และยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถี่ขึ้นกว่าแผนการรักษาที่ควรจะเป็น และส่งผลให้สุขภาพและร่างกายทรุดโทรมเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะน้ำเกิน เมื่อผู้ป่วยโรค

ไตเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีกำลังในการดูแลตนเอง และได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและญาติ ทีมสหวิชาชีพและพยาบาลหน่วยไตเทียม ที่ช่วยกระตุ้นเตือนให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง^{6,7}

จากผลการดำเนินงานพบว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทั้งในรายด้านและในภาพรวม สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ควบคุมและป้องกันภาวะไม่ให้เกิดภาวะน้ำเกิน รวมถึงการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ได้ในระยะยาว⁸

ความพึงพอใจ ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและญาติต่อการให้บริการของหน่วยไตเทียม และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพหน่วยไตเทียมต่อรูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่าความพึงพอใจในภาพรวมหลังให้ดำเนินการเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการบำบัดทดแทนไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หลังใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ จะเพิ่มสูงขึ้น และความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในศูนย์ไตเทียมเอกชนใน

เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยรวม และทุกด้านอยู่ในระดับมาก ($X=4.09$, $S.D.=.45$)^{9,10} เป็นผลสืบเนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำและความร่วมมือของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเอง รวมถึงสหวิชาชีพที่ทราบถึงข้อปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน จึงส่งผลให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดกิจกรรมกระตุ้นและส่งเสริมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะน้ำเกิน จะสามารถป้องกันปัญหานี้ได้อย่างยั่งยืน

2. การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะน้ำเกิน ควรปรับกิจกรรมให้สอดคล้องวิถีชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินสภาพจริงของปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละราย ระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมสหวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ญาติหรือผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพและหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ รวมถึงครอบครัว ที่ได้ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจ ทำให้การศึกษานี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมพยาบาลโรคไต - ข้อเสนอแนะเวช

ปฏิบัติ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

พ.ศ. 2557 [Internet]. [cited 2018

Apr 1]. Available from:

<http://www.tnnsnurse.org/download/tnns-1/270--2557-15.html>

2. โรงพยาบาลหนองบัวลำภู. รายงานผลการดำเนินงานหน่วยหน่วยไตเทียม

โรงพยาบาลหนองบัวลำภู ปี 2561.

หนองบัวลำภู: 2561.

3. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการ

บำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ:

หจก.สำนักพิมพ์เบอร์ลิงเกอร์ อินเทลไฮม์

(ไทย).; 2552.

4. Creer LT. Self-management of chronic illness. Handbook of self-regulation. California: Academic; 2000. 601–629 p.

5. พัทธมนต์ คัมภีร์พร. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 2. กรุงเทพฯ: ฮายาบุสะกราฟฟิกส์; 2550.

6. วลี กิตติรักษ์ปัญญา, นิภาวรรณ สามารถกิจ, เขมรดี มาสิงบุญ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการทางคลินิกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารสภาการพยาบาล. 2556;28(2):109–22.

7. ชัชวาล วงศ์สารี. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบเข้มข้นต่อความรู้เรื่องการจำกัดน้ำ ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพฯ. 2557.
8. กิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือดและล้างไตทางช่องท้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา. ยโสธรเวชสาร. 2557;16(1):18–24.
9. อมรรัตน์ ศรีวานดี, อรนนท์ หาญยุทธ. ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการของผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในศูนย์ไตเทียมเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. 1. 2560;9(1):187–96.
10. นพมาศ ขำสมบัติ, กัญญดา ประจุศิลป์. ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังต่อภาวะน้ำหนักเกินและความพึงพอใจในบริการพยาบาล. 2014;15(2):405–13.

ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ฝนทิwa โคตรนาลา¹

ลำพึง วอนอก²

วรรณศรี แวงงาม²

สุกัญญา ฆารสินธุ์³

กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความรอบรู้ทางสุขภาพกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 349 ราย โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ในการอธิบายปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความรอบรู้ทางสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.45 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.90 และมีเพศชายร้อยละ 34.10 มีอายุเฉลี่ย 16.48 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ต่ำสุด 14 ปี การศึกษาของชั้นมัธยมศึกษาปลาย ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้น ม.6 แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาส่วนใหญ่ได้จากบิดา มารดา ร้อยละ 85.10 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โดยส่วนมาก ร้อยละ 31.52 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 36.96 รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง ส่วนมากร้อยละ 56.73 ได้รับรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านความรู้ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 49.28) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.26) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการสื่อสารพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.00) ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการตัดสินใจพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.83) และความฉลาดทางสุขภาพด้านทักษะการจัดการตนเอง พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.87)

ข้อเสนอแนะ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับสูง ควรจัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นภายในสถานศึกษา ในการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ได้แก่ การกีฬา การดนตรี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

² อาจารย์ประจำ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

³ อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

Health Literacy and alcohol consumption in senior secondary school students, Chaiyaphume Province

Fontiva Khotnala¹

Lampung Vonok²

Wanasri Wawngam²

Sukanya Kansin³

Kritkantorn Suwannaphant²

Abstracts

A descriptive cross-sectional study aimed to expressive alcohol consumption problem, health literacy and alcohol consumption in senior secondary school student, Chaiyaphume Province. 349 participants were recruited by a systematic random sampling and collected data via questionnaires. Results of the study be presented as mean, standard deviation, median, minimum and maximum.

Study outcomes illustrated that more than half of students ingested alcohol (58.4%). Girls participated close to double of boys (1.9:1). Age average was 16.48 years, maximum was 18 years and minimum was 14 years. Most of members were highest senior students who were supported living cost from their parents (58.10%) and more than half (56.73%) were support monthly less than 3,000 Thai baht. One-third (31.52%) of family salary was between 10,000 – 19,999 Thai baht. Turn to health literacy; knowledge dimension was presented in high level (49.28%), health service and health data accessibility was moderate rate (39.26%), communicable skills were moderate rate (49.00%), decision making was moderate rate (41.83%) and heal management dimension was moderate rate (5.87%)

Suggestion: An appropriate alcohol consumption campaign and adequate activities such a music plying and any sport should be arranged for students who were high alcohol consumption group.

Keywords: Health Literacy, alcohol consumption, senior secondary school students

¹ Community public health student, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen.

² Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen.

³ Lecturer, Rtachatani University, Udon Thani campus.

บทนำ

จากการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า เด็กรุ่นใหม่มีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และเริ่มดื่มในช่วงอายุที่น้อยลง โดยมีอัตราการดื่มประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และร้อยละ 44 ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี ตามลำดับ¹ จากแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มดังกล่าวจะทำให้เกิดผลกระทบต่ออนาคตของประเทศ เนื่องจากร้อยละ 20-50 ของเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำได้รับผลกระทบต่อร่างกาย ชีวิต และการเรียนในทางใดทางหนึ่ง ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ระบุว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่คนไทยนิยมดื่ม ได้แก่ เบียร์ ร้อยละ 60.9 สุราขาวหรือสุรากลั่น ร้อยละ 42.7 สุราสียี่ห้อไทย ร้อยละ 23.6 สุราสียี่ห้อต่างประเทศ ร้อยละ 4.7 ขณะที่กลุ่มเยาวชน 15 -19 ปี นิยมดื่มเบียร์ ร้อยละ 74.5 สุราขาวหรือสุรากลั่น ร้อยละ 37.6 สุราสียี่ห้อไทยร้อยละ 25 สุราสียี่ห้อต่างประเทศ ร้อยละ 2.8 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความนิยมบริโภคของทั้งสองกลุ่มนี้พบว่า เยาวชน นิยมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมสมัยมากขึ้น และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีภาพลักษณ์ทางวัฒนธรรมดั้งเดิมลดลง จะเห็นได้อย่างเด่นชัดมากขึ้นคือในช่วงต้นเดือนพฤศจิกายนของทุกปี จะมีลานเบียร์หรือหลายๆ คนอาจเรียกว่า เทศกาลเบียร์การ์เดน เกิดขึ้นตามใจกลางเมือง ห้างสรรพสินค้า และสถานที่ช้อปปิ้งตามสถานที่ต่างๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นยอดขายและกระตุ้นตลาดในช่วงท้ายปีแต่เนื่องจากเทศกาลนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับแอลกอฮอล์จึงทำให้ไม่สามารถจะโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อได้จึงต้องอาศัยการบอกต่อ โดยกลุ่มเป้าหมายหลัก

ของเทศกาลนี้ คือ นักเรียน นักศึกษาและคนวัยทำงาน ซึ่งอาศัยช่วงเลิกเรียน เลิกงาน มานั่งดื่มเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด และถือเป็นจุดนัดพบสังสรรค์พูดคุยกันอีกที่หนึ่ง นอกจากจะมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลากหลายยี่ห้อให้ได้เลือกดื่มกันแล้วยังมีการจัดคอนเสิร์ตจากศิลปินที่เปลี่ยนหมุนเวียนกันมาตลอด เพื่อเป็นการเรียกลูกค้าและคืนกำไรให้กับผู้ที่มาใช้บริการ²

การดื่มสุราทำให้ประชากรไทยเกิดการสูญเสียด้านสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเพศชายมีความสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.3 เท่า³ ทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม และยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่างๆ ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและเจ็บป่วยกว่า 60 โรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง, การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร, เบาหวาน, การติดสุรา, โรคเอดส์, โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, มะเร็งตับ และโรคมะเร็งลำไส้ สุราเป็นสาเหตุของการสูญเสียสูงสุดในเพศชาย ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน คิดเป็นร้อยละ 12 การสูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในเพศชาย คือ ภาวะติดสุราสูงถึงร้อยละ 22.6 ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรไทยเพศชายถึง 20,842 คน คิดเป็นร้อยละ 8.6 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การดื่มสุราได้ทำให้ประชากรไทยตายก่อนวัยอันควรถึง 408,839 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 มีความพิการถึง 504,046 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 มีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ร้อยละ 56 รองลงมา คือ บาดเจ็บ ร้อยละ 23 และเป็นโรคตับแข็ง คิดเป็นร้อยละ 9 (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) มีผู้ได้รับผลกระทบจากการใช้ความรุนแรง

นอกจากผลระยะสั้น คือ เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง ครอบครัวแตกแยกแล้ว การเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจะเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวต่อไปในอนาคตด้วย⁴

ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ปัจจุบันที่พบ เช่น อายุที่เริ่มดื่มลดลง ความตระหนักถึงโทษของการดื่มแอลกอฮอล์น้อย รวมถึงการควบคุมตนเองเพื่อลดละเลิกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพหลายด้าน วัยรุ่นที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง โดยสมองส่วนที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ ฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) ซึ่งเป็นส่วนที่ ควบคุมระบบการเรียนรู้และ ระบบความทรงจำ ทำให้การเรียนรู้และความทรงจำลดลงนอกจากนี้ ยังเกิดความเสียหายกับสมองส่วนหน้าสุด (Prefrontal cortex) ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีมาตรการกับการดำเนินการเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น

หน่วยงานต่างๆ พยายามให้ข้อมูลและพัฒนามาตรการต่างๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ความสามารถของประชาชนในการนำ ข้อมูลด้านสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องมีการปฏิรูปเพื่อให้ประชาชนสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆ ไปใช้จนเกิดประโยชน์สูงสุด ความสามารถข้างต้น เรียกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับ

ความสามารถของบุคคลที่เกิดจากกระบวนการทำความเข้าใจข้อมูล สุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็น สำหรับประกอบการตัดสินใจเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัว สำหรับประเทศไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความรู้และความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือการสูบบุหรี่หรือสุรา จะพบว่า กลุ่มที่ความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า

ผู้วิจัยจึงต้องการทราบระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับการแก้ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพกับปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ในปีการศึกษา 2560 ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 1,124 คน กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง

สำหรับการใช้สถิติ Multiple logistic regression (Hsieh, et al, 1998) ได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 349 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และพัฒนาตามกรอบแนวคิดงานวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดา มารดา การพักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน (โดยเวลาส่วนใหญ่) ค่าใช้จ่ายในการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว รายได้เฉลี่ยที่ได้รับจากผู้ปกครอง การสูบบุหรี่ การใช้เวลาว่าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- เพศ หมายถึง คุณลักษณะที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิง หรือชาย มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) วัดเป็น 1)ชาย, 2)หญิง เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- อายุ หมายถึง อายุของประชากรนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขนับจำนวนเต็มเป็นปี วัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- ระดับการศึกษา หมายถึง ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 1)ม.4 2)ม.5 3)ม.6 มีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- สถานภาพสมรสของบิดา มารดา หมายถึง สถานะความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา แบ่งเป็น 1)อยู่ด้วยกัน 2)แยกกันอยู่ 3)หย่า 4)ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต 5)ถึงแก่กรรม ทั้งคู่ มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- การพักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน หมายถึง เวลาส่วนใหญ่ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่หรือสถานที่หลับนอนเป็นเวลาส่วนมาก ของเวลา ก่อนและหลังมาโรงเรียน 1)บ้านบิดา มารดา 2)บ้านญาติ 3)บ้านเพื่อน 4)บ้านเช่า/บ้านพัก 5)วัด 6)บ้านผู้ปกครองที่มีโชญาติ 7)อยู่หอพัก (กลับบ้านเสาร์-อาทิตย์) 8)อื่นๆ ระบุ มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษา หมายถึง ค่าใช้จ่ายเฉพาะที่เกี่ยวกับการศึกษา เช่น ค่าเทอม ค่าชุดนักเรียน ค่าหนังสือ ให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลข มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- รายได้เฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยทั้งหมดของคนในครอบครัวทุกคนต่อระยะเวลา 1 เดือน ให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขมีหน่วยเป็นบาท มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว หมายถึง รายจ่ายเฉลี่ยทั้งหมดของคนในครอบครัวทุกคนต่อระยะเวลา 1 เดือน ให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขมีหน่วยเป็นบาท มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- รายได้เฉลี่ยที่ได้รับจากผู้ปกครอง หมายถึง รายได้ตลอดเวลา 1 เดือนที่คุณได้รับทั้งหมดจากผู้ปกครองให้กรอกข้อมูลเป็นตัวเลขมีหน่วยเป็นบาท มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- การสูบบุหรี่ หมายถึง นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สูบบุหรี่หรือไม่ แบ่งเป็น 1)ไม่สูบ 2)เคยสูบแต่เลิกแล้ว 3)สูบบุหรี่ จำนวน... มวน/วัน มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data) และในส่วนของจำนวนมวน บุหรี่มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- การใช้เวลาวาง หมายถึง ในเวลาวางนักเรียนทำกิจกรรมอะไรบ้าง ซึ่งสามารถตอบได้หลายข้อ แบ่งเป็น 1)อ่านหนังสือ 2)เล่นกีฬา 3)เล่นเกมส์ 4)ทำงานบ้าน 5) อื่นๆ โปรดระบุ มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์

ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก โอกาสที่ดื่มครั้งแรก ความสำเร็จของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สถานที่ส่วนใหญ่ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์แล้วมีเหตุจำเป็นต้องเดินทาง เคยขับรถจักรยานยนต์/รถยนต์หรือไม่ เคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ โดยมีรายละเอียดของตัวแปร ดังนี้

- การดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์นั้น ได้ดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ แบ่งเป็นคือ 1)เคยดื่ม, 2)ไม่เคยดื่ม (หากตอบไม่เคยดื่ม ให้ยุติการตอบคำถามในส่วนที่ 2 และข้ามไปตอบ ในส่วนที่ 3) มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก หมายถึง ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรกซึ่งแบ่งได้ 3 ชนิด ดังนี้ 1)แอลกอฮอล์แช่ เช่น เบียร์ ไวน์ แชมเปญ สาโท กระแช่ สาเก ยาดอง เป็นต้น, 2)แอลกอฮอล์กลั่น เช่น วิสกี้ บรั่นดี วอดก้า สุราขาว เป็นต้น, 3)แอลกอฮอล์ผสม เช่น ยิน ลิเคียว 285 หงส์ทอง แสงทิพย์ เป็นต้น มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งสามารถตอบได้หลายคำตอบ ดังนี้ 1)อยากลองดื่ม, 2)ถูกชักชวน, 3)เพื่อเข้าสังคม, 4)ดื่มตามประเพณี, 5)เชื่อว่าเป็นยารักษาโรค, 6)มีปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- โอกาสที่ดื่มครั้งแรก หมายถึง โอกาสที่ครั้งแรกของผู้แบบสอบถาม ซึ่ง

สามารถตอบได้ ดังนี้ 1)ในวาระพิเศษ เช่น วันเกิด งานเลี้ยงรุ่น ขึ้นบ้านใหม่ แต่งงาน, 2)ดื่มเมื่อไปท่องเที่ยวสถานที่ต่างๆ เพื่อพักผ่อน, 3)เที่ยวสถานที่เรีงรมย์ในเวลาว่างคืน มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- ความถี่ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามนั้นดื่มบ่อยแค่ไหน ซึ่งสามารถตอบได้ดังนี้ 1)น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์, 2)ดื่มอยู่ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์, 3)ดื่มอยู่มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์, 4)อื่นๆ โปรดระบุ... มีระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (Ratio) เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (Continuous data)

- สถานที่ในการดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สถานที่ส่วนใหญ่ที่ผู้ตอบแบบสอบถามใช้ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ใน 1 ปีที่ผ่านมา) ซึ่งมีคำตอบในการเลือก ดังนี้ 1)ที่บ้าน/ที่พักของตัวเอง, 2)ร้านค้า, 3)ที่ทำงาน, 4)ร้านอาหาร, 5)สถานบันเทิง, 6)อื่นๆ โปรดระบุ.... มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- ภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์แล้วมีเหตุจำเป็นต้องเดินทาง เคยขับรถยนต์/รถยนต์หรือไม่ หมายถึง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์แล้วผู้ตอบแบบสอบถามมีเหตุจำเป็นต้องเดินทาง เคยขับรถยนต์/รถยนต์หรือไม่ ซึ่งสามารถตอบได้ ดังนี้ 1)ขับเป็นประจำ, 2)บ่อยครั้ง, 3)ขับบางครั้ง, 4)นานๆ ครั้ง, 5)ไม่เคยขับ, 6)อื่นๆ โปรดระบุ.....

มีระดับการวัดเป็นเรียงอันดับ (Ordinal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

- เคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ หมายถึง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาผู้ตอบแบบสอบถามเคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ซึ่งสามารถตอบได้ดังนี้ 1)เคย, 2)ไม่เคย มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) เป็นข้อมูลแบบแจกนับ (Category data)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ประกอบด้วย

1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแอลกอฮอล์ เป็นการวัดความรู้ ของนักเรียนที่มี โดยเป็นการถาม เลือกตอบใช่กับไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ให้เป็น 1 ถ้าตอบไม่ถูก ให้เป็น 0 ทั้งหมดมีข้อคำถาม 15 ข้อ ซึ่งมีการแบ่งระดับความรู้ไว้ 3 ระดับ และต้องตอบคำถามให้ถูกต้องนี้

ก) ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ตอบถูก 12-15 ข้อ

ข) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ตอบถูก 9-11 ข้อ

ค) ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) ตอบถูกน้อยกว่า 11 ข้อ

2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง มีการวัดเป็น Rating scale โดยลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองมี 4 ตัวเลือกและให้คะแนน ดังนี้ ยากมากให้เป็น 1 ค่อนข้างยากให้เป็น 2 ค่อนข้างง่ายให้เป็น 3 ง่ายมาก ให้เป็น 4 มีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ มีการแบ่งระดับไว้ดังนี้

ระดับสูง (3.10-4.00) ระดับปานกลาง (2.10-3.00) ระดับต่ำ (1.00-2.00)

การแปลผลคะแนน การแปลผลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจและการจัดการตนเอง นำมาจัด 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1977)⁶ โดยระดับที่แบ่ง คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ปานกลางและน้อย

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในการสร้างและทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ทบทวนมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอข้อเสนอแนะ คำแนะนำในการไขปรับปรุง ก่อนที่จะเริ่มสร้างแบบสอบถาม

2. นำเครื่องมือฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยคัดเลือก ข้อคำถามที่มีค่า ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา

4. นำเครื่องมือมาตรวจสอบความสมบูรณ์และตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือเพื่อหาค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยวิธีการวัดแบบสอดคล้องภายในชุดเดียวกัน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient)⁷ ได้ ค่า ความ เชื่อ มั่น ของแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.75 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ กรณีข้อมูลแจกแจงใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้การรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE 612007

ผลการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล

นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.90 และมีเพศชาย ร้อยละ 34.10 มีอายุเฉลี่ย 16.48 ปี อายุสูงสุด 18 ปี ต่ำสุด 14 ปี การศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 6 ร้อยละ 33.81 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4 ร้อยละ 33.52 และมัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 5 ร้อยละ 32.66 สถานภาพสมรสของบิดามารดา ร้อยละ 73.64 บิดา มารดาอยู่ด้วยกัน รองลงมา คือ บิดา มารดา หย่าร้าง ร้อยละ 15.47 การพักอาศัยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พักบ้านบิดา มารดา ร้อยละ 78.51 รองลงมา คือ พักที่บ้านญาติ ร้อยละ 10.32 แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษาส่วนใหญ่ได้จากบิดามารดา ร้อยละ 85.10 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โดยส่วนมาก ร้อยละ 31.52 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง

10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ที่ระหว่าง 10,000 บาท ถึง 19,999 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 36.96 รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง ส่วนมากร้อยละ 56.73 ได้รับรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน รองลงมา ร้อยละ 37.25 ได้รับรายได้จากผู้ปกครอง 3,000 บาท ถึง 4,999 บาท/เดือน การสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.70 ไม่สูบบุหรี่ การใช้เวลาว่าง (1 คนเลือกการใช้เวลาว่างได้หลายกิจกรรม) ร้อยละ 49.00 ใช้เวลาว่างในการเล่นเกมส์ รองลงมาคือการทำงานบ้าน ร้อยละ 42.12 อ่านหนังสือร้อยละ 38.68 เล่นกีฬา ร้อยละ 37.54 อื่นๆ ร้อยละ 19.77 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	119	34.10
หญิง	230	65.90
อายุ(ปี)		
≤15	65	18.91
16	109	30.37
17	118	33.81
18	59	16.91
Mean ± S.D. = 16.48 ± 0.99, Median (Min : Max) = 17 (14 : 18)		
ปัจจุบันกำลังเรียนอยู่ชั้น		
ม.4	117	33.52
ม.5	114	32.66
ม.6	118	33.82

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
อยู่ด้วยกัน	257	73.64
หย่า	54	15.47
แยกกันอยู่	25	7.16
ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต	13	3.73
การพักอาศัยในปัจจุบัน		
บ้านบิดา มารดา	274	78.51
บ้านญาติ	36	10.32
อยู่หอพัก (กลับบ้านเสาร์-อาทิตย์)	32	9.17
บ้านผู้ปกครองที่ไม่ใช่ญาติ	5	1.43
บ้านเช่า/บ้านพัก	2	0.57
แหล่งทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการศึกษา		
จากบิดา มารดา	297	85.10
จากผู้ปกครอง	52	14.90
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท)		
ต่ำกว่า 10,000	67	19.20
10,000 ถึง 19,999	110	31.52
20,000 ถึง 29,999	86	24.64
30,000 ขึ้นไป	86	24.64
Mean $\pm$ S.D. = 22,457.02 $\pm$ 19,852.72		
Median (Min : Max) = 18,000 (3,000 : 150,000)		
รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	117	33.52
10,000 ขึ้นไป	232	66.48
Mean $\pm$ S.D. = 16,582.52 $\pm$ 13,433.32		
Median (Min : Max) = 13,000 (2,500 : 100,000)		
รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาท)		
ต่ำกว่า 3,000	198	56.73
3,000 ถึง 4,999	130	37.25
5,000 ขึ้นไป	21	6.02
Mean $\pm$ S.D. = 2,584.728 $\pm$ 1,446.803		
Median (Min : Max) = 2,500 (500 , 15,000)		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	327	93.70
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	16	4.58
สูบบุหรี่	6	1.72
การใช้เวลาว่าง (1 คนเลือกได้หลายกิจกรรม)		
อ่านหนังสือ	135	38.68
เล่นกีฬา	131	37.54
เล่นเกม	171	49.00
ทำงานบ้าน	147	42.12
อื่นๆ	69	19.77

การดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.45 ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก ได้แก่ แอลกอฮอล์แช่ ร้อยละ 39.96 รองลงมา คือ แอลกอฮอล์ผสม ร้อยละ 14.61 เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก คือ อยากลองดื่ม ร้อยละ 36.39 โอกาสที่ดื่มครั้งแรก คือ ดื่มในวาระพิเศษต่างๆ เช่น งานวันเกิด งานปีใหม่ ร้อยละ 43.84 ความถี่ของการ

ดื่ม ส่วนใหญ่ ดื่มน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 51.86 สถานที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ดื่มน้ำ/ที่พักรับประทาน ร้อยละ 43.84 ความถี่ของการขับยานพาหนะหลังดื่มแอลกอฮอล์ หลังดื่มแอลกอฮอล์ไม่เคยขับ ร้อยละ 33.81 รองลงมา คือ ขับบางครั้ง ร้อยละ 8.60 การประสบอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.44 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เคยดื่ม	204	58.45
ไม่เคยดื่ม	145	41.55
ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งแรก		
แอลกอฮอล์แช่	129	36.96
แอลกอฮอล์ผสม	51	14.61
แอลกอฮอล์กลั่น	24	6.88
เหตุผลที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรก		
อยากลองดื่ม	127	36.39
ถูกชักชวน	35	10.03
เพื่อเข้าสังคม	19	5.44
ดื่มตามประเพณี	16	4.58
เชื่อว่าเป็นยารักษาโรค	5	1.43
มีปัญหาครอบครัว	2	0.57
โอกาสที่ดื่มครั้งแรก		
ในวาระพิเศษ เช่น วันเกิด งานปีใหม่	153	43.84
ดื่มเมื่อไปเที่ยวสถานที่พักผ่อนต่างๆ	39	11.17
สถานเริงรมย์ในเวลาว่าง	12	3.44
ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์		
น้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์	181	51.86
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	13	3.72
มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์	10	2.86
สถานที่ส่วนใหญ่ที่ดื่ม (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา)		
ที่บ้าน/ที่พักตัวเอง	153	43.84
สถานบันเทิง	19	5.44
ร้านค้า	7	2.01
ร้านอาหาร	6	1.72
อื่นๆ	19	5.44

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการขับยานพาหนะหลังดื่มแอลกอฮอล์		
ขับเป็นประจำ	13	3.72
ขับบ่อยครั้ง	17	4.87
ขับบางครั้ง	30	8.60
นานๆ ครั้งถึงขับ	26	7.45
ไม่เคยขับ	118	33.81
เคยประสบอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยจากการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	190	54.44
เคย	14	4.01

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะความรู้

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความรู้ พบว่า มีระดับความรู้ระดับสูง ร้อยละ 49.28 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.54 และระดับต่ำอยู่ที่ ร้อยละ 11.17 ดังตารางที่ 3

2. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า ส่วนมากอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.61 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 25.79 และระดับต่ำอยู่ที่ร้อยละ 10.60 ดังตารางที่ 4

3. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.26 รองลงมาอยู่ที่ระดับต่ำ ร้อยละ 32.38 ดังตารางที่ 5

4. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.00 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 35.24 และระดับสูง ร้อยละ 15.76 ดังตารางที่ 6

5. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.83 รองลงมาคือ ระดับต่ำ 36.68 และระดับสูง ร้อยละ 21.49 ดังตารางที่ 7

6. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง พบว่า ส่วนมากอยู่ที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 55.87 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.24 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.89 ดังตารางที่ 8

7. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะ ร้อยละ 50.72 รองลงมาอยู่ที่ระดับต่ำ 15.19
การรู้เท่าทันสื่อ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความรู้ (รายรวม) ของนักเรียน
ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ทักษะความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	172	49.28
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	138	39.54
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	39	11.17
Mean $\pm$ S.D. = 11.05 $\pm$ 1.83 , Median (Min : Max) 11 (5 : 13)		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ
บริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการ
รู้เท่าทันสื่อ (รายรวม) ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียนแห่งหนึ่งใน
จังหวัดชัยภูมิ (n=349)

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการ สื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการ รู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	37	10.60
ระดับปานกลาง (2.1-3)	222	63.61
ระดับสูง (3.1-4)	90	25.79
Mean $\pm$ S.D. = 2.82 $\pm$ 0.55 , Median (Min : Max) = 2.83 (1.34 : 4)		

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ
บริการสุขภาพ

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	113	32.38
ระดับปานกลาง (2.1-3)	137	39.26
ระดับสูง (3.1-4)	99	28.37
Mean $\pm$ S.D. = 2.83 $\pm$ 0.96 , Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร

ทักษะการสื่อสาร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	123	35.24
ระดับปานกลาง (2.1-3)	171	49.00
ระดับสูง (3.1-4)	55	15.76
Mean $\pm$ S.D. = 2.74 $\pm$ 0.81, Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ

ทักษะการตัดสินใจ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	128	36.68
ระดับปานกลาง (2.1-3)	146	41.83
ระดับสูง (3.1-4)	75	21.49
Mean $\pm$ S.D. = 2.79 $\pm$ 0.85, Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง

ทักษะการจัดการตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	38	10.89
ระดับปานกลาง (2.1-3)	195	55.87
ระดับสูง (3.1-4)	116	33.24
Mean $\pm$ S.D. = 2.90 $\pm$ 0.62, Median (Min : Max) = 2.90 (1.09 : 4)		

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ

ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1-2)	119	34.10
ระดับปานกลาง (2.1-3)	177	50.72
ระดับสูง (3.1-4)	53	15.19
Mean $\pm$ S.D. = 2.76 $\pm$ 0.76, Median (Min : Max) = 3 (1:4)		

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

โดยภาพรวมของปัญหาการบริโภค แอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของโรงเรียน

แห่งหนึ่งในจังหวัดชัยภูมิ มีการบริโภค ร้อยละ (95%CI : 47.71 to 67.80) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า เด็กวัยรุ่นมีแนวโน้มการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น และเริ่มดื่มในช่วงอายุที่น้อยลงคือ 15-19 ปี

เป็นกลุ่มที่มีความชุกของผู้ดื่มแบบประจำมากที่สุด โดยมีอัตราการดื่มประจำเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่ชอบทดสอบสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นในครอบครัวที่มีปัญหา และในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาขึ้น ในวัยที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ⁸ และผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติยังพบว่า วัยรุ่นที่เริ่มบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ครั้งแรกอายุ 15 ปี มีความสัมพันธ์กับการติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Alcohol dependent) มากกว่าวัยรุ่นที่บริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปี ถึง 5 เท่า¹ แต่แตกต่างจากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รายจังหวัด พ.ศ. 2554 ความชุกของนักดื่มในประชากรวัยรุ่น ในที่นี้หมายถึงประชากรวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 15-19 ปี ของประเทศไทย จังหวัดชัยภูมิมีดื่มอยู่ที่ร้อยละ 14.0 อยู่ลำดับที่ 30 ของประเทศไทย

ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้พบว่า มีระดับความรู้ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายได้รับการให้ศึกษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ทำให้มีความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทราบว่ากฎหมายห้ามผู้ที่มีระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือดมากกว่า 50 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ขับขี่ยานพาหนะ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมฤทัย พรหมพิมพ์⁹ ในปี 2559 ที่ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ พบว่าอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 64.06) ความฉลาดทางสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพและบริการสุขภาพพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อ้อมฤทัย พรหมพิมพ์ ที่ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.91 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการสื่อสาร พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง คำถามที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการตัดสินใจว่าท่านจะป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยตามคำแนะนำจากครอบครัวและเพื่อนและขอความยากง่ายในการส่งอิทธิพลของสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตต่อสุขภาพและสุขภาวะของท่าน ที่เข้าถึงค่อนข้างง่ายร้อยละ 51.28 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการตัดสินใจ (รายรวม) ของกลุ่มตัวอย่าง 349 คน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.83 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 36.68 และระดับสูง ร้อยละ 21.49 ดังข้อความที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร ที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 48.71 และข้อความเกี่ยวกับความยากง่ายในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 47.85 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการจัดการตนเอง (รายรวม) ของกลุ่มตัวอย่าง 349 คน พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.87 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 33.24 และระดับต่ำ ร้อยละ 10.89 ดังข้อความที่ถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 51.58 และข้อความเกี่ยวกับความยากง่ายในการเข้าใจ

คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 47.85 ความฉลาดทางสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.72 รองลงมาอยู่ที่ระดับต่ำ ร้อยละ 34.10 และระดับสูงร้อยละ 15.18 ดังข้อความคำถามที่ถามเกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจว่าสถานที่ที่ทานอาศัย เช่น ชุมชน ละแวกบ้าน ส่งผลต่อสุขภาพและสุขภาวะของท่านอย่างไร ที่เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 51.86 และข้อความคำถามเกี่ยวกับความยากง่ายในการตัดสินใจว่าเชื่อถือในคำเตือนเรื่องสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกายน้อยและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เข้าถึงค่อนข้างง่าย ร้อยละ 51.29

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจพฤติกรรม การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
2. กัณฑ์กนิษฐ์ ผลแจ้ง. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
3. World Health Organization. (2014) Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization.
4. ยุพา จิวพัฒนกุล และคณะ. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของครอบครัวไทย. กรุงเทพฯ: วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2).
5. Hsieh, Y.F., Bloch, A.D., & Larsen, D.M. (1998). A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Statistics in Medicine, 17,1623-1634.
6. Best, John W. 1977. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.
7. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika. 16, 297-334.
8. ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ ในเครือบริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน). (2557). ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์. ค้นเมื่อ 5 กันยายน 2560. จาก <http://www.bangkokhealth.com/health/article/>
9. อ้อมฤทัย พรหมพิมพ์. (2559). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราของชายวัยทำงานในเขตอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 1 ฉบับที่ 2

กรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2561

ISSN : 2651-1193

- **ประสิทธิผลการรักษา**ทางกายภาพบำบัดร่วมกับการออกกำลังกายโดยใช้ Shoulder Wheel ในผู้ป่วยที่มีภาวะไหล่ติด
- **การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย**ติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู
- **ความรู้และทัศนคติ**ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเขตตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี
- **ปัจจัยการบริหาร**ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดสงขลา
- **ปัญหาสุขภาพจากการทำงาน**ของแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรม บ้านมาบกราด ตำบลมาบกราด อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา
- **การพัฒนารูปแบบการสอน**โดยขั้นตอนของกาเยกับการเรียนแบบผสมผสาน (Blended learning) เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เรื่อง การดูแลมารดาและทารกในภาวะคลอดปกติ, คลอดฉุกเฉินและการดูแลทารกแรกเกิด
- **ปัจจัยทำนายพฤติกรรม**การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 ส่วนบริการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครนครสวรรค์
- **วิถีชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพ**ที่มีความสัมพันธ์กับการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเลย
- **รูปแบบบริการผู้ป่วยนอกแบบผสมผสาน**หลังลดอุบัติเหตุผู้ป่วย Arrest ของหน่วยบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
- **การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะน้ำเกิน**ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
- **ความฉลาดทางสุขภาพกับการบริโภค**เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชัยภูมิ

