



การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ทางสุขภาพ The Application of the Health Belief Model with Group Process in Health Education Program

กิตติศักดิ์ เมืองหนู วท.ม. (Kitisak Muangnoo, M.Sc.)¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่างคือ แม่บ้านจำนวน 150 คน เป็นกลุ่มทดลอง 75 คน และกลุ่มควบคุม 75 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาใช้เวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่เข้าร่วมในกิจกรรมดังกล่าว ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสถิติด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t-test และ t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 %

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน ที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างอื่นในพื้นที่อื่น หรือนำไปใช้กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในด้านอื่นและกลุ่มเป้าหมายอื่น แล้วนำผลการวิจัยมาเปรียบเทียบซึ่งกันและกัน เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนางานวิจัยในโอกาสต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมสุขศึกษา, พฤติกรรมการเลือกซื้อ, การบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร, กระบวนการกลุ่ม, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
เบอร์โทรศัพท์ 081-3886822 E-mail: Kitimuang@yahoo.com



Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effectiveness of a health educational program developed by the researcher that applied the Health Belief Model and Group Process in order to promote healthy purchasing behaviors and food product consumption among housewives in the Srinakarin District of Phatthalung Province, Thailand. The sample was 150 housewives. It was divided into the experimental group and the control group (75 people each group). The experimental group received the 12-week the health educational program. A questionnaire was employed for data collection before and after intervention. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, means, standard deviation, paired sample t-test and independent sample t-test.

The results of this study revealed that after the experiment, the mean score of 1) knowledge regarding food products, 2) perceived susceptibility and perceived severity of diseases caused by food consumption, 3) perceived benefit of compliance to the recommendation regarding healthy purchasing behavior and food consumption, and 4) behavior of healthy purchasing and food consumption was statistically significant higher than before the experiment.

The study suggested that this program should be implemented in other group of people in different areas. And the program should be applied in other kinds of behaviors, and make a cross-check over results for further program development.

Keywords: Health Belief Model, Group Process, Healthy Purchasing Behaviors, Food Product Consumption, Health Education Program

บทนำ

ปัญหาสุขภาพในปัจจุบันนี้ มีแนวโน้มที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มากยิ่งขึ้น ทั้งด้านการออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และนับวันยิ่งทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น โดยปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมของประชาชนผู้บริโภค เช่น รับประทานอาหารที่ไม่สะอาด วิธีการล้างผักและผลไม้ที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถลดปริมาณยาฆ่าแมลงที่ปนเปื้อนอยู่ได้ รวมทั้งการบริโภคอาหารจานด่วน การบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่ไม่ได้มาตรฐาน ตลอดจนการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่า การปนเปื้อนของอาหารจากสารเคมี และโรคไร้เชื้อที่เกิดจากการบริโภคอาหาร เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง



ยังคงมีความเสี่ยงต่อผู้บริโภคเพิ่มมากขึ้น ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่สะท้อนถึงความปลอดภัยของอาหาร ตั้งแต่ขั้นตอนการผลิต การขนส่ง และการจำหน่ายของสถานที่ผลิต การปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารของร้านขายอาหาร ตลอดจนการปรุงอาหารเพื่อการบริโภคในครัวเรือน

จังหวัดพัทลุงเป็นจังหวัดในภาคใต้ ที่ยังพบปัญหาในเรื่องโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพมากเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย จากข้อมูลสาเหตุการตายของประชากรจังหวัดพัทลุง ปี พ.ศ. 2556 พบว่ากลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก คือ เนื้องอกชนิดร้าย (C00-D48) อัตราตายต่อแสนประชากร เท่ากับ 74.26 รองลงมาคือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99) อัตราตาย 72.31 โลหิตเป็นพิษ (A40-A41) อัตราตาย 19.24 ถูกผู้อื่นทำร้าย (X85-Y09) อัตราตาย 16.72 และอุบัติเหตุการขนส่ง (V01-V99) อัตราตาย 16.33 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ส่วนสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในที่มีรับบริการในสถานบริการของรัฐในจังหวัดพัทลุง 5 อันดับแรกคือ ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์/ภาวะโภชนาการบกพร่อง/ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม อัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,599.82 รองลงมาคือ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีได้มีรหัสระบุไว้ อัตราป่วย 1,174.49 โรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วย 1,055.14 โรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การเจ็บครรภ์และการคลอด/สภาวะการคลอด อัตราป่วย 1,038.03 และโรคอื่นของระบบย่อยอาหาร อัตราป่วย 677.25 นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปีงบประมาณ 2557 จัดให้ 4 โรคดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของจังหวัดพัทลุง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2557)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตายและสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในที่มีรับบริการในสถานบริการของรัฐ ตลอดจนปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในจังหวัดพัทลุง มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเกือบทั้งสิ้น โดยเฉพาะในเรื่องพฤติกรรมบริโภคอาหารและผลิตภัณฑ์ที่นำมาประกอบอาหาร จากการสำรวจร้านขายของชำ และร้านค้าในหมู่บ้านที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหาร พบว่ามีร้านขายของชำซึ่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐานเป็นจำนวนมาก ประกอบกับความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของคนพัทลุง ที่อยู่แบบเรียบง่าย ทำให้การปรุงอาหารเพื่อบริโภคในแต่ละวันยังขาดความเอาใจใส่ในเรื่องของคุณภาพและความปลอดภัย นอกจากนี้การที่ผู้วิจัยมีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมและทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคกับกลุ่มแม่บ้านในจังหวัดพัทลุง ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการบริโภคอาหารและการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารมาใช้ในการปรุงอาหาร ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม่บ้านในชนบทยังขาดความตระหนักในเรื่องของความปลอดภัยในการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะขาดความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้มีการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตราย จากการซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐานขาดความระมัดระวังในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์มาบริโภค ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพต่อตัวแม่บ้านเอง สมาชิกครอบครัว และชุมชน ซึ่งการที่จะดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาให้สำเร็จ ต้องมีการ



สร้างความเข้าใจกับกลุ่มแม่บ้าน และ ผู้ประกอบการร้านค้า โดยการถ่ายทอดความรู้ให้ทราบ เพื่อบุคคลเหล่านี้ได้ตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐานมาบริโภค โดยทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความสนใจในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้ความรู้แก่กลุ่มแม่บ้านในชุมชน ซึ่งแม่บ้านในชุมชนถือได้ว่าเป็นศูนย์รวมของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัว และการที่สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนจะได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพหรือมีประโยชน์ต่อร่างกายหรือไม่นั้น ก็ขึ้นอยู่กับว่าแม่บ้านซึ่งบางคนก็เป็นผู้ประกอบการร้านค้าในชุมชนด้วย ซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานมาจำหน่ายและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานมาบริโภคหรือประกอบอาหารในครัวเรือนหรือไม่ โดยในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษา ได้มีการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแจนส์และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ได้พัฒนารูปแบบมาใช้ทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยหลักการสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะยึดแนวคิดเรื่องการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ ได้เข้าใจตนเอง รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น เกิดความร่วมมือในการช่วยกันแก้ปัญหา ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านในชุมชน นำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมลดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร ของแม่บ้านอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

วัตถุประสงค์รอง

เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองเกี่ยวกับ

1. ความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้

มาตรฐาน



4. การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน

5. พฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการใช้โปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนและความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในด้าน 1) ความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน 4) การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน และ 5) พฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง โดยมีการศึกษาผลิตภัณฑ์อาหาร 5 ชนิด ได้แก่ ขอสแดง น้ำส้มสายชู น้ำหวานใส่สี น้ำปลา และอาหารกระป๋อง ซึ่งระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 - พฤษภาคม พ.ศ. 2556

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาให้แก่กลุ่มทดลองและรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม (The Pretest – Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มแม่บ้านวิสาหกิจชุมชนที่มีอายุระหว่าง 20 – 50 ปี และผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนในอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มแม่บ้านวิสาหกิจชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนอำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดพัทลุง จำนวน 150 คน โดยคัดเลือกแม่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของการวิจัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีการจับฉลาก โดยให้กลุ่มที่จับได้ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง คือกลุ่มวิสาหกิจชุมชนป่าเขียว ส่วนการจับฉลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม คือกลุ่มวิสาหกิจชุมชนบ้านหนองเหียง



ได้แม่บ้านในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 75 คนต่อกลุ่ม และให้ทุกคนลงลายมือชื่อเพื่อยินดีให้ความร่วมมือและเป็นการพิทักษ์สิทธิของบุคคลในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งใช้ในการรวบรวมข้อมูลทั้งในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร สื่อที่ได้รับข้อมูล และช่องทางที่สามารถร้องเรียนเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภค

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร พืชภัยของวัตถุเจือปนในผลิตภัณฑ์อาหาร และการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน เป็นคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 23 ข้อ โดยมีคำตอบที่ถูกเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 23 คะแนน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลคะแนน โดยประยุกต์ตามเกณฑ์ของ เสรี ลาซโรจน์ (2537) ซึ่งกำหนดไว้ 5 ระดับ แต่ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับเกณฑ์ความรู้ จาก 5 ระดับ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่า	ร้อยละ 60
ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่าง	ร้อยละ 60 – 80
ระดับสูง	ได้คะแนนมากกว่า	ร้อยละ 80 ขึ้นไป

โดยค่าคะแนนในส่วนของความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร พืชภัยของวัตถุเจือปนในผลิตภัณฑ์อาหารและการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน แบ่งได้ดังนี้

คะแนน 0 – 13 คะแนน	หมายความว่า ระดับความรู้ต่ำ
คะแนน 14 – 18 คะแนน	หมายความว่า ระดับความรู้ปานกลาง
คะแนน 19 – 23 คะแนน	หมายความว่า ระดับความรู้สูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 10 ข้อ (คะแนนเต็ม 30) มีทั้งข้อความที่เป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ ตามแบบการวัดเจตคติของ Rensis Likert กำหนดคำตอบไว้ 5 ตัวเลือก ตามเกณฑ์ Likert Scale คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับ



ประถมศึกษา ทำให้ยากต่อการจำแนกตัวเลือก ผู้วิจัยจึงปรับเกณฑ์จาก 5 ระดับ เป็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล มีดังนี้

ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement) เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement) เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยการประยุกต์ตามเกณฑ์การประเมินของเสรี ลาขโรจน์ (2537) ซึ่งแบ่งระดับการรับรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60

ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 – 80

ระดับสูง ได้คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ดังนั้นจะได้ค่าของคะแนนในส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

คะแนน 10 – 18 คะแนน หมายความว่า ระดับการรับรู้ต่ำ

คะแนน 19 – 24 คะแนน หมายความว่า ระดับการรับรู้ปานกลาง

คะแนน 25 – 30 คะแนน หมายความว่า ระดับการรับรู้สูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นคำถามทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบจำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเหมือนกับแบบสอบถามในส่วนที่ 3

ส่วนที่ 5 การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน เป็นคำถามทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบจำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลเหมือนกับแบบสอบถามในส่วนที่ 3

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ โดยถ้าตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 12 คะแนน ผู้วิจัยประยุกต์ในการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม เช่นเดียวกับการแบ่งระดับในส่วนที่ 2 ดังนั้นจะได้ค่าของคะแนนในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม ดังนี้คือ

คะแนน 0 – 7 คะแนน หมายความว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 8 – 9 คะแนน หมายความว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 10 – 12 คะแนน หมายความว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับสูง



2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยสื่อประกอบการสอนในโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่
 - 2.1. โมเดลผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน และผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งจัดทำโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
 - 2.2. สไลด์ภาพผลิตภัณฑ์อาหารในชุมชนที่พบจริง จากการออกดำเนินงานตามโครงการอาหารปลอดภัยจังหวัดพัทลุง ซึ่งจัดทำโดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
 - 2.3. วิดีทัศน์ เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานและการเลือกผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
 - 2.4. เอกสารแผ่นพับผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานและการเลือกผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อการบริโภคที่ปลอดภัย จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
 - 2.5. แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา จัดทำโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย
 - 2.5.1. แผนกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 1 เรื่อง ผลิตภัณฑ์อาหารและอันตรายจากวัตถุเจือปนในผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที
 - 2.5.2. แผนกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 2 เรื่อง บริโภคผลิตภัณฑ์อาหารให้ปลอดภัย มีทักษะอย่างไรในการเลือกซื้อ ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที
 - 2.5.3. แผนกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 3 เรื่อง เลือกซื้อถูกวิธี ชีวีปลอดภัย ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที
 - 2.5.4. แผนกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 4 เรื่อง กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง
3. การสร้างเครื่องมือในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้
 - 3.1. ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน จากเอกสารตำรา งานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ที่เข้าร่วมโครงการ
 - 3.2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหา สร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมเนื้อหาวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย รวมทั้งกำหนดเกณฑ์ต่าง ๆ ให้ถูกต้อง
 - 3.3. นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การใช้ภาษาและความชัดเจนของประโยคเพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปทดสอบ
 - 3.4. การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับแม่บ้านของชุมชนที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน ตำบลตำนาน อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จำนวน 30 คน แล้วนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์รายข้อ ถ้าค่า Corrected Item Total Correlation ติดลบหรือมีค่า



น้อยกว่า 0.2 พิจารณาคัดคำถามทิ้งหรือปรับปรุงคำถามใหม่ และหาค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ได้ดังนี้

3.4.1. ความรู้เรื่องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร พืชภัยของวัตถุเจือปนในผลิตภัณฑ์อาหาร และการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน จำนวน 23 ข้อ = 0.70

3.4.2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ = 0.59

3.4.3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ = 0.61

3.4.4 การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 10 ข้อ = 0.73

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีนครินทร์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำสินธุ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนา ตลอดจนผู้นำชุมชนในเขตรับผิดชอบ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการทำวิจัย และเพื่อขอความร่วมมือในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้

2. ประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอสนับสนุนสื่อทัศนูปกรณ์ เตรียมเอกสารแบบสอบถาม สถานที่ในการจัดกิจกรรมสุศึกษา ตลอดจนวิทยากรและผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นวิทยากรประจำกลุ่มและการจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ตลอดจนระยะเวลาในการจัดกิจกรรมกลุ่ม

3. ทำหนังสือแจ้งกลุ่มตัวอย่าง และประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตำบลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญ และเข้าร่วมโครงการอย่างมีความพร้อมและความภาคภูมิใจ

4. แบ่งเป็นการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยจัดให้มีโปรแกรมสุศึกษาในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการจัดโปรแกรมสุศึกษาแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบตามเป้าหมายแล้ว ได้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม แล้วมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Sample t – test และ t – test

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 41-50 ปี การศึกษาในระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 4 คน ส่วนใหญ่



ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ 1,000 – 2,000 บาทต่อเดือน สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการบริโภคในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และเมื่อมีปัญหาหรือต้องการที่จะร้องเรียนเรื่องการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ส่วนใหญ่จะไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเปรียบเทียบคะแนนในด้านต่าง ๆ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร พืชภัยของวัตถุเจือปนในผลิตภัณฑ์อาหาร และการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 7.39 (74), P < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 8.42 (148), P < 0.001$)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 6.78 (74), P < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงในกลุ่มทดลอง มีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 5.68 (148), p < 0.001$)

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 4.90 (74), P < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลอง มีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 6.28 (148), p < 0.001$)

4. การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 4.73 (74), P < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนนการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในกลุ่มทดลอง มีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 6.99 (148), p < 0.001$)

5. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 4.62 (74), P < 0.001$) ส่วนในกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่าง และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ย



ของผลต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานในกลุ่มทดลอง มีผลต่างของคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(df) = 4.80 (148)$, $p < 0.001$)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมในการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นในทุกด้าน จากการได้รับความรู้จากโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายประกอบสไลด์ ทำให้กลุ่มทดลองได้เห็นสภาพของผลิตภัณฑ์อาหารในชุมชนที่สามารถซื้อบริโภคในชีวิตประจำวัน ทั้งที่ได้มาตรฐานและไม่ได้มาตรฐาน การสังเกตฉลากอาหารจากสไลด์ การวิเคราะห์และเลือกผลิตภัณฑ์อาหาร โดยใช้สื่อโมเดลผลิตภัณฑ์อาหาร กลุ่มทดลองได้วิเคราะห์และเลือก แล้วทำการประเมินความถูกต้องโดยการอภิปรายร่วมกัน จากนั้นมีการอภิปรายประกอบวิดีโอ โดยเน้นถึงความรู้เกี่ยวกับวัตถุเจือปนในผลิตภัณฑ์อาหาร และพิษภัยของวัตถุเจือปนในผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น อีกทั้งการจัดกิจกรรมการสาธิต การให้รู้จักสังเกตและตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน การได้ทดลองฝึกปฏิบัติจริง และการแจกแผ่นพับความรู้ไปอ่านเพิ่มเติม รวมทั้งภายหลังการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้จัดให้มีการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นการทบทวนความรู้และสรุปประเด็นที่ต้องการให้เข้าใจตรงกันมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้วิจัย เพื่อกระตุ้นให้มีการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน

เมื่อสังเกตจากการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มทดลองให้ความสนใจและร่วมกันแสดงความคิดเห็น ในช่วงกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม ซึ่งทำให้เกิดความรู้ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีความสนใจและเกิดการรับรู้ใหม่ ๆ ทำให้เกิดความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานมากขึ้น สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Janz & Becker, 1984) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีสิ่งกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติ จะทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จตุรงค์ คงไพศาล (2544) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรม การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารของแม่บ้านในอำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดีและ



อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมในการเลือกบริโภคอาหารที่ได้มาตรฐาน อีกทั้งยังพบว่า ความรู้ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุสิต ภัทรพงศ์พันธ์ (2551) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในการสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิจัย

การจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาในครั้งนี้ ได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดโปรแกรมสุขศึกษา รวมทั้งการนำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการทำงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มแม่บ้านมาเป็นการรอบในการกำหนดเนื้อหา การจัดกิจกรรมและวิธีการทางสุขศึกษาที่เหมาะสมให้กับกลุ่มทดลอง ซึ่งประกอบด้วย การอภิปรายประกอบสไลด์ การสังเกต ฉลากอาหารจากสไลด์ การวิเคราะห์และเลือกผลิตภัณฑ์อาหารโดยใช้สื่อโมเดลผลิตภัณฑ์อาหาร การสาธิต การสังเกต และตรวจสอบฉลากผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน การได้ทดลองฝึกปฏิบัติจริง การแจกเอกสารแผ่นพับ และการอภิปรายกลุ่ม ตลอดจนการติดตามเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้วิจัย เพื่อกระตุ้นให้มีการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน เป็นผลให้แม่บ้านกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อาหาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน และความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐานที่ถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรนำกลวิธีการให้ความรู้จากโปรแกรมสุขศึกษาจากการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มอื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน เช่น การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียน ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มนักเรียน แม่ค้าขายอาหารในโรงเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ควบคุมการดำเนินกิจกรรมได้สะดวกและไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินภารกิจประจำวันหรือการประกอบอาชีพของกลุ่มเป้าหมายมากนัก แต่ทั้งนี้ต้องควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจจะมีผลกระทบต่อการจัดโปรแกรมสุขศึกษา

2. การจัดโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วางแผนล่วงหน้าโดยมีการประสานงาน ประชุมชี้แจงกับผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ชุมชนตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม คัดกรองผู้บริโภคในชุมชน ทำให้การดำเนินกิจกรรมสุขศึกษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากจะมีการทำวิจัยในชุมชนในกลุ่มต่าง ๆ ผู้ที่ทำวิจัยควรได้มีการประสานงาน ประชุมชี้แจงกับผู้เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เพื่อให้ชุมชนและกลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักเห็นความสำคัญของปัญหา และเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วยความสมัครใจ

3. หากจะทำการศึกษาวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการติดตามอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อติดตามความคงทนของพฤติกรรม

4. ควรทดลองศึกษาโดยการเลือกกลวิธีและรูปแบบอื่น ๆ ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เช่น การสร้างพลังในชุมชน การสร้างความสามารถในตนเอง เพื่อจะทำให้แม่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ และพฤติกรรมการเลือกซื้อ และบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้มาตรฐาน

5. การทำการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านที่เลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเท่านั้น ควรให้ผู้เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อยานตรายจากเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมสุขศึกษาด้วย น่าจะทำให้ได้รับประสิทธิผลมากกว่าการจัดกิจกรรมเฉพาะกลุ่มอย่างเดียว แต่ต้องดูความเหมาะสมของงบประมาณและเวลาด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สาธารณสุขอำเภอศรีนครินทร์ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคุ้มครองบริโภค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอศรีนครินทร์ ทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้ ที่สำคัญขอขอบคุณแม่บ้านและผู้นำชุมชนในอำเภอศรีนครินทร์ทุกท่าน ที่สละเวลาและให้ความร่วมมืออย่างดี จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- จตุรงค์ คงไพศาล. (2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ของแม่บ้านในอำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. ปริญญาานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ดุสิต ภัทรพงศ์พันธ์. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ของ เกษตรกรอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. วารสารสาธารณสุขเขต 12, 19(21): 1-15
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2557). สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เสนอคณะผู้ตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2557. (อัดสำเนา)



- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). สรุปรายงานการป่วยตาย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- เสรี लाखโรจน์. (2537). **หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน**
เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการวัดและประเมินผลการศึกษาหน่วยที่ 3.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Janz, N. K. & Becker, M. H. (Spring, 1984). The Health Belief Model a Decade Later.
Health Education Quarterly, 11(1): 44.



การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
กรณีศึกษา: ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้
Integrated Self-Care of Diabetes Patients: A Case Study in
the Southern Thai Socio-Cultural Context (Songkhla Province)

วรวรรณ จันทวิเมือง พย.บ. (Vorawan Juntaveemueng, B.N.S.)¹

บุษยา สังขชาติ วท.ม. (Bussaya Sungkachat, M.Sc.)²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้: กรณีศึกษา ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interviews) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participative Observation) การบันทึกภาคสนาม (Field Notes) มีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 15 ราย โดยสัมภาษณ์ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา 6 ประเด็น ดังนี้ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน ด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ ด้านจิตใจ รู้สึกไม่เครียด ทำใจได้แล้ว 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานแตกต่างกันตามความเชื่อส่งผลให้มีวิธีการดูแลตนเองที่หลากหลาย 3) การดูแลตนเองแบบผสมผสานเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานเน้นควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ปรับวิธีรับประทานยา ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและงานประจำ และมีการแสวงหาวิธีการดูแลตนเองโดยนำสมุนไพรมาทดลองใช้ได้แก่ สมุนไพรเดี่ยว สมุนไพรตำรับ สมุนไพรผิอบอก และมีการใช้การนวดแผนไทยฤาษีตัดตน และโนราบิค ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ระยะเวลาที่ใช้ ตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 8 ปี อุปสรรคที่พบ คือ ขาดจำกัดเรื่องเวลา ภาระงาน รสชาติของสมุนไพร ผลดีที่รับรู้ได้ ส่วนใหญ่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ ผลเสียคือ ทำให้น้ำตาลลดลงมากเกินไป รู้สึกกลัว จึงหยุดใช้ 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัว และสังคมทุกรายได้รับการดูแลอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว 5) การได้รับประโยชน์/ให้ประโยชน์

¹พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สงขลา เบอร์โทรศัพท์ 095-6491246 E-mail: worawan1986@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี สงขลา



ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เกิดเมื่อมาตรวจตามนัด หรือทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน 6) การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข ทุกคนได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขเมื่อไปตรวจตามนัด เข้าร่วมโครงการหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเวลา เจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน โดยประเด็นที่ให้ความสำคัญมากที่สุดคือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายโดยจัดอบรมโนราบิค กะลาบิค และฤาษีดัดตน

คำสำคัญ: การดูแลตนเองแบบผสมผสาน, สังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้, การแพทย์ทางเลือก, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, ผู้ป่วยเบาหวาน

Abstract

Based on qualitative research methods, this study aimed to investigate the experience of people with diabetes mellitus who were taking integrated self-care in the southern Thailand socio-cultural context (tambon Chalaе, Singhanakorn district, province of Songkhla). Data were collected by using in-depth interviews, non-participation observations and field notes taking. Participants of the 15 cases were interviewed between November 2009 and June 2010. Data were analyzed using content analysis.

Results revealed six (6) main themes as following.

1. Perceptions of the diabetes patients regarding their own health status were divided into physical and mental health. The majority of the diabetes patients were able to control their blood sugar, accept the illness and cope with stress. Most of them had more than two complications that were hypertension, heart disease, numbness of hands and toes, and eyes blur. They mainly used modern medicine services when a complication occurred.

2. Beliefs about the causes of Diabetes Mellitus: most said that the dietary habits caused Diabetes Mellitus. There were different beliefs about the integrated self-care of participants with diabetes, resulting in a variety of ways to take care of themselves.

3. Integrated self-care of diabetes patients: most of them were strict on diet, often practice exercise alone in the morning after waking up and taking medication to lower blood sugar levels by adjusting the dose according to their lifestyles and routine jobs. They also took care of themselves using Thai herbs and other methods were used to control symptoms besides treatment with modern medicine, namely single herbs,



recipe herbs, supernatural herbs, yoga, Norabic exercise (dancing with Southern music), and Kalabic exercise (dancing with Southern music and using coconut shells). The reasons to use those alternative methods were getting advices from someone in their family. The methods used were different from one patient to another. The average time of using those methods was 1 month up to 8 years. The most common barriers of using those methods were time constraints, workload, the unpleasant taste of herbs and decision making depending on their disorder symptoms. The advantage of taking integrated self-care was a stable blood sugar level. The disadvantage was some herbs made dropping of blood sugar level so they were afraid to stop using those herbs.

4. The level of involvement of family and society to take care for diabetes patients: Every participant had been cared by members of family about diet, taking them to doctor appointments and searching of herbs to use.

5. The benefit for diabetes patients when they followed up at clinic or did group activities together: it was a chance providing for diabetes patients to exchange health care information.

6. Obtaining health care from health personnel: All diabetes patients got advices from health personnel when they followed up the treatment at a clinic, participated in program or training on health care and home visit. The most important issues provided were diet and exercise by training Norabic, Kalabic and Yoga exercise.

Keywords: Integrated Self-care, Southern Socio-cultural Context, Alternative Medicine, Diabetes Patients

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่เป็นภาพตัวแทนความน่ากลัวที่เกิดขึ้นในโลกยุคปัจจุบัน และกำลังท้าทายอำนาจของการแพทย์ที่ไม่สามารถใช้ทฤษฎีทางการแพทย์มาอธิบายได้อย่างเบ็ดเสร็จ และรักษาได้หายขาดเหมือนกับโรคติดเชื้อในอดีต (ประชาติป กะทา, 2551) เป็นโรคที่พบได้บ่อย มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการคาดการณ์ทางสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานใน พ.ศ. 2668 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกถึง 300 ล้านคน อัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงสุดอยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.9 ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่า



ผู้ชาย และเพิ่มขึ้นตามอายุ ความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 70-79 ปีในผู้ชาย และ 60-69 ปีในผู้หญิง (วิชัย เอกพลากร, 2553)

การรักษาโรคเบาหวานต้องใช้เวลายาวนาน อาการเป็น ๆ หาย ๆ คาดการณ์ไม่ได้ว่าอาการจะบรรเทาหรือทรุดหนัก (ประชาติป กะทา, 2551) ซึ่งต้องยอมรับว่าการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถรักษาโรคเบาหวานที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังให้หายขาดได้เหมือนโรคติดเชื้อในอดีต ดังนั้น ผู้ป่วยและญาติจึงเกิดความท้อแท้และกังวลใจเกี่ยวกับการรักษาที่ไม่สิ้นสุด การค้นหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพจึงเกิดขึ้นเพื่อเข้ามาเสริมจุดอ่อนของระบบการแพทย์สมัยใหม่ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2551) ทั้งนี้ เนื่องจากในชุมชนแต่ละแห่งไม่ได้มีความว่างเปล่าในด้านภูมิปัญญา แต่กลับมีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ไหลเวียนอยู่ในชีวิตประจำวัน แบบแผนการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่สั่งสมสืบทอดกันมา ตลอดจนมีหมอพื้นบ้าน หมอนวดแผนโบราณ หมอสมุนไพร ซึ่งล้วนแต่มีความเชี่ยวชาญการรักษาอยู่เป็นจำนวนหนึ่ง (ประชาติป กะทา, 2551) หากมองด้านดีเราสามารถดึงทุนส่วนสุขภาพเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เป็นอย่างดี

จังหวัดสงขลามีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก จากสรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2554 งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า อัตราป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 2243.41 ต่อแสนประชากร (ปรารธนา วิชาญรักษ์ และธัญญรัตน์ เดชพิชัย, 2554) และการสำรวจปัญหาและวินิจฉัยชุมชนใน ตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 25.68 ต่อพันประชากร (สถานีนามัย ตำบลชะแล, 2552) อีกทั้งชุมชนชะแลเป็นแหล่งภูมิปัญญาท้องถิ่นที่น่าสนใจ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในท้องถิ่นภาคใต้ยังมีอยู่ไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการศึกษานี้ขึ้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัยเพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วยเบาหวานในท้องถิ่นภาคใต้ได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานในตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานในตำบลชะแล อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลาที่มีการดูแลตนเองแบบผสมผสาน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และมีระยะเวลาการเป็นโรคไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ได้รับการรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันและนำวิธีการ

อันมาใช้ในการดูแลตนเองร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ชนิดขึ้นไป และมีระยะเวลาในการนำมาใช้ ตั้งแต่ 1 เดือน ขึ้นไป 3) มีความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) สามารถสื่อสารกับผู้อื่นเข้าใจ 5) มีความยินยอมให้ บันทึกบทสัมภาษณ์ การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturated Data) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 15 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบท ของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ โดยผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่นกับโรคเบาหวาน แล้วส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยคุณภาพ จากนั้นนำ แนวคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 5 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามแล้วนำมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริงโดยแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ 6 ประเด็น ดังนี้

- 1) ท่านรู้สึกว่าคุณณนี้สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
- 2) ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานอย่างไร
- 3) เมื่อทราบว่าท่านเป็นเบาหวานท่านมีวิธีการดูแลตนเองแบบผสมผสานอย่างไร
- 4) ครอบครัวและสังคมรอบข้างมีส่วนร่วมในการดูแลท่านอย่างไรบ้าง
- 5) ท่านได้รับประโยชน์/ให้ประโยชน์แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกันอย่างไรบ้าง
- 6) ท่านเคยได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews) ของผู้ให้ข้อมูล แต่ละราย ผู้วิจัยได้นำบทสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) และใส่ชื่อสมมติไว้เพื่อเป็นการ พิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล โดยในการค้นหาข้อสรุปเพื่อตอบ คำถามวิจัย โดยใช้การตีความ (Interpretation) จากข้อมูลที่สามารถเก็บรวบรวมได้ รวมทั้งข้อมูลจากการ จดบันทึกของผู้บันทึก และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการตีความแบบบรรยายเพื่ออธิบาย ความสัมพันธ์ของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพยายามดึงความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่ โดยเริ่มจากการหาความ เชื่อมโยงของข้อมูล ดูความสัมพันธ์ต่างๆ ที่ปรากฏมาตั้งเป็นประเด็นคำถาม หรือสมมติฐาน แล้วพยายาม



อ่านข้อมูลที่รวบรวมมาจากคำอธิบายในการสนทนาของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย และจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย มาพิสูจน์เพื่อสร้างข้อสรุปตอบประเด็นคำถาม ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมโยง สัมพันธ์ของข้อมูล สร้างข้อสรุปจากข้อมูลเป็นชุด เพื่ออธิบายความหมายข้อมูลให้ถูกต้องและชัดเจน อันจะนำไปสู่กรอบแนวคิดของการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ได้ ซึ่งการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็น 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานและการปฏิบัติตัวต่ออาการแทรกซ้อนนั้น 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานและการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน 3) การดูแลตนเองแบบผสมผสานเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน 5) การได้รับประโยชน์/ให้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 6) การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข

การสร้างข้อสรุป (Drawing Themes) ผู้วิจัยได้อ่านทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดในแต่ละกลุ่มข้อมูลที่مرتبطกับคำถามวิจัยแล้วสรุปเป็นหัวข้อย่อย ๆ พร้อมระบุจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่มีคำสนทนาหรือคำอธิบายในแต่ละกลุ่ม จากนั้นอ่านทบทวนแต่ละหัวข้อย่อยอีกครั้งเพื่อพิสูจน์ว่าผู้วิจัยสร้างหัวข้อย่อยนั้นได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล และนำหัวข้อย่อยที่ถูกต้องมาสรุปเป็นหัวข้อหลัก เพื่อเขียนสรุปเป็นข้อค้นพบเบื้องต้น จำแนกเป็นชุด ๆ ของความหมายของการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ จากนั้นอ่านทบทวนข้อมูลของแต่ละข้อค้นพบเบื้องต้นทั้งหมดตามแบบเนื้อหา เพื่อพิสูจน์ว่าข้อค้นพบเบื้องต้นที่ผู้วิจัยเขียนสรุปและจำแนกเป็นชุด ๆ นั้นเป็นข้อค้นพบที่ถูกต้องตรงกับข้อมูลจริงที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล แล้วนำข้อค้นพบไปสร้างข้อสรุปเชิงอุปนัย โดยนำข้อค้นพบมาหาความเหมือนและ/หรือความแตกต่างของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย แล้วมาหาความเชื่อมโยงอธิบายความสัมพันธ์เพื่อตอบคำถามการวิจัย

การพิสูจน์ข้อสรุป ผู้วิจัยพิสูจน์ว่าข้อสรุปที่สร้างขึ้นจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลเป็นข้อสรุปที่ต้องสมบูรณ์ ตรงตามความเป็นจริงของคำอธิบายความหมายของการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวานในบริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้โดยนำข้อสรุปมาตรวจสอบกับตำรา เอกสาร และปรากฏการณ์ต่าง ๆ จากงานวิจัยที่มีความหมายคล้ายคลึงกัน พร้อมทั้งตรวจสอบกับที่ปรึกษาวิจัยอีกครั้ง และนำข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบเพื่อยืนยันในความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

จริยธรรมการวิจัย

มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ ขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยให้อิสระในการตัดสินใจเพื่อให้คำตอบ ไม่เป็นการบังคับ หลีกเลี่ยงการเจาะลึกในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องละเอียดอ่อน และให้ความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการที่จะไม่เข้าร่วมหรือออกจากการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา จากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อยินยอมในเอกสารพิทักษ์สิทธิ์



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 ซึ่งอยู่ในช่วงกลุ่มอายุตั้งแต่ 45-82 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 93.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีรายได้อยู่ในช่วง 3,000-14,000 บาท พักอาศัยกับคู่สมรสและบุตรหลาน ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ ช่วง 2-20 ปี เมื่อทราบว่าเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด
2. การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ วิเคราะห์ได้ 6 ประเด็น ดังนี้



ลำดับ	ประเด็น	ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล
1.	1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน	1.รู้สึกปกติ มีกำลังมากขึ้น รู้สึกสบายตัว ไม่อ่อนเพลีย เนื่องจากระดับน้ำตาลคงที่ สามารถควบคุมน้ำตาลได้ จากการควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและได้ออกแรงในการทำงาน	6 ราย
	1.1.1 ด้านร่างกาย	2.ดีขึ้นจากการใช้ยาสมุนไพร	4 ราย
		3.รู้สึกเพลียไม่ค่อยมีแรง มีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น ความดันโลหิตสูง ตามัว	5 ราย
	1.1.2 ด้านจิตใจ	1.รู้สึกไม่เครียด ปรับตัวได้ ทำใจได้แล้วเพราะรับรู้ว่าเป็นเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรัง เป็นแล้วไม่หาย มีผู้ที่ป่วยเป็นเบาหวานจำนวนมาก และขณะนี้สามารถดูแลตัวเองจนควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ได้ จึงรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่เครียด หรือวิตกกังวลมากเหมือนตอนแรกๆ ที่รู้ว่าเป็นเบาหวาน	6 ราย
		2.ปรับตัวด้านอารมณ์ จิตใจ ได้ดี เนื่องจากมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หมั่นสวดมนต์ นั่งสมาธิ ตักบาตรไปทำบุญที่วัด	4 ราย
		3. ทำใจได้ดี เพราะยังทำงานได้ตามปกติ ได้พูดคุยกับเพื่อนบ้าง ทำให้ไม่คิดมาก	3 ราย
		4. ทำใจได้ดี เพราะได้รับกำลังใจเป็นอย่างดีจากครอบครัว	1 ราย
		5. ไม่รู้สึกเครียด ปลงกับชีวิต เพราะอายุมากแล้ว รักษาไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะเสียชีวิต	1 ราย
	1.2 อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวาน	1.มีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมากกว่า 2 อาการขึ้นไป เนื่องจากมีระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน อาการแทรกซ้อนที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูง อาการชาปลายมือปลายเท้า สายตามัว โรคไต ไชมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูงและต่ำเกินไป	11 ราย
		2.ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากเบาหวานเนื่องจากสามารถดูแลตนเองได้ดี	4 ราย
	1.3 การปฏิบัติตัวต่ออาการแทรกซ้อนนั้น	1.พบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ปรับขนาดยา เปลี่ยนชนิดยา	9 ราย
		2.ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	5 ราย



ลำดับ	ประเด็น	ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล
2.	2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน	1.พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ -ชอบรับประทานของหวาน(ขนมหวาน) เพราะเมื่อก่อนในหมู่บ้าน จะไม่มีขนมหวานหรือผลไม้มาขาย ต้องเอาข้าวคลุกกับน้ำตาล โดนรับประทานแทน -มีอาชีพทำน้ำตาลโดนขายต้องชิมรสชาติของน้ำตาลอยู่ตลอด -ชอบรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ของทอด แกงกะทิ -รับประทานข้าวมีเยอะมาก ๆ เพราะต้องทำงานที่ใช้แรงมาก -เกิดจากทำกับข้าวใส่ผงชูรสมาก -ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวานบ่อย ๆ -ดื่มเหล้าเป็นประจำ 2.กรรมพันธุ์ พ่อแม่เป็นเบาหวาน ตนเองจึงเป็นเบาหวานด้วย 3.ไม่ได้ทำกิจกรรมที่ออกแรง หรือไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะเมื่อก่อนอาศัยอยู่กับลูกหลานในชุมชนเมืองมีโอกาสทำกิจกรรมที่ออกแรงน้อยกว่าเมื่อย้ายมาอยู่ในชุมชนที่อาศัยอยู่ปัจจุบัน 4.ไม่ทราบสาเหตุ	5 ราย 2 ราย 2 ราย 1 ราย 1 ราย 1 ราย 1 ราย
	2.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวาน	1.ให้ความสำคัญในด้านการควบคุมอาหาร ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ โดยเฉพาะอาหารไขมันสูง อาหารและผลไม้ที่มีรสหวาน เนื้อสัตว์ เน้นการรับประทานผักสดที่ทำได้ในท้องถิ่น และโปรตีนจากปลา 2.เน้นการรับประทานอาหาร ควบคู่กับการออกกำลังกาย 3.ต้องดูแลตัวเองในหลายด้าน นอกจากควบคุมอาหาร ออกกำลังกายแล้ว การรับประทานยาสม่ำเสมอ การดูแลความสะอาดร่างกาย และการดูแลเท้า เป็นเรื่องสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน โดยเฉพาะการรับประทานยา หากปฏิบัติได้ไม่ต่อเนื่องจะทำให้รู้สึกมึน ๆ ศีรษะ ตัวแข็ง 4.ให้ความสำคัญทั้ง 3 ส่วน คือการควบคุมอาหาร รับประทานยา ลดน้ำตาลในเลือด และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ 5. เน้นเรื่องการดูแลตนเองไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ เพื่อไม่ให้เกิดบาดแผล เพราะรับรู้ว่ามีบาดแผลเกิดขึ้นจะหายช้า และตนเองอาศัยอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา 6.การมาตรวจตามนัดมีความจำเป็น 7.นำสมุนไพรหรือของชม ๆ มารับประทานร่วมด้วย จึงจะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น	5 ราย 2 ราย 2 ราย 2 ราย 2 ราย 1 ราย 1 ราย



ลำดับ	ประเด็น	ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล
3.	3.1 การดูแลตนเองแบบผสมผสานเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน	1. ควบคุมอาหารได้ดี เน้นลดปริมาณข้าวในแต่ละมื้อ ลดอาหารแสลง เช่น อาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ผลไม้รสหวานจัด และเน้นรับประทานผักพื้นบ้านที่หาได้ในท้องถิ่น หรือผักที่ปลูกไว้เองที่บ้าน เช่น ผักกาดนกเขา สะตอเบา ตำลึง ผักบุ้ง	8 ราย
	3.1.1 การควบคุมอาหาร	2. ทำกับข้าวรับประทานเอง เลิกใช้ผงชูรส และรสชาติเข้มข้นน้อยลงกว่าก่อนเป็นเบาหวาน	1 ราย
		3. งดรับประทานอาหารเย็นและรับประทานผลไม้ที่รสไม่หวานมาก	1 ราย
		4. อยากรับประทานของหวานบ้าง แต่ก็พยายามรับประทานครั้งละเล็กน้อย เพื่อสนองความอยาก (รู้สึกหยาอยาก)	1 ราย
		5. บอกว่าเมื่อถึงเทศกาลทำบุญเดือนสิบ จะทำให้ควบคุมอาหารได้ยาก เนื่องจาก ลูกหลานที่ทำงานต่างถิ่นจะกลับบ้านเพื่อร่วมทำบุญ สังสรรค์กันในครอบครัว	2 ราย
		6. ไม่ได้ควบคุมอาหารเลย ชอบรับประทานผลไม้รสหวานบ่อย ๆ เพราะเห็นว่าจะได้ไม่ตายอดตายอยาก อยากรินอะไรก็จะกิน	1 ราย
		7. ควบคุมอาหารและเลิกดื่มเหล้าตามคำแนะนำของแพทย์	1 ราย
	3.1.2 การออกกำลังกาย	1. ปฏิบัติคนเดียว เนื่องจากทำได้สะดวก มักใช้เวลาในช่วงเช้าหลังตื่นนอน	10 ราย
		2. ปฏิบัติเป็นกลุ่ม โดยนำวิธีออกกำลังกายที่ทางองค์การบริหารส่วนตำบลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดอบรมมาปฏิบัติ โดยรวมตัวกับเพื่อนบ้านมาออกกำลังกายพร้อมกัน	4 ราย
		3. ไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากไม่มีเวลา ต้องทำงานหลายอย่าง แต่ก็ได้ออกแรงจากการทำงาน	6 ราย
		-ชนิดการออกกำลังกายที่มีผู้ปฏิบัติมากที่สุดได้แก่	
		1. การเดิน	5 ราย
		2. การเต้นแอโรบิค	5 ราย
		3. โนราบิค	2 ราย
		4. ฤาษีดัดตน	2 ราย
		5. เครื่องออกกำลังกาย	1 ราย
		-ระยะเวลาการออกกำลังกายในช่วงครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมง และปฏิบัติได้ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ขึ้นไป	7 ราย



ลำดับ	ประเด็น	ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล
3.1.3	วิธีการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	1. รับประทานยามาสม่ำเสมอ ตรงเวลา ต่อเนื่อง - ปรับวิธีรับประทานยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต กิจกรรมประจำวัน และงานที่ตนเองทำ เพื่อให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 2. รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซื้อยาลดน้ำตาลจากร้านขายยา มารับประทานเอง โดยไม่ได้ไปปรึกษาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพใด แต่มีการนำสมุนไพรเป็นยาต้มมาใช้สลับกับยาลดน้ำตาลในเลือดเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย หากมีอาการหนักก็จะไปปรึกษาที่โรงพยาบาล	14 ราย 1 ราย
3.1.4	การแสวงหาวิธีการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน	1. เมื่อทราบว่าตนเป็นเบาหวานได้ไปรักษาโดยใช้การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นอันดับแรก และมีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลตัวเองร่วมด้วย - ให้ความสำคัญในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการใช้สมุนไพร - แสวงหาสมุนไพร และการนวดแผนไทยมาใช้ร่วมกับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด - ใช้ยาต้มสมุนไพร เป็นหลักในการดูแลตนเอง สลับกับยาลดน้ำตาลในเลือด ที่ซื้อจากร้านยา โดยไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ	15 ราย 8 ราย 6 ราย 1 ราย
3.2	วิธีการอื่นที่นำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน	1. ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้าง ญาติมิตรและเพื่อน	8 ราย
3.2.1	เหตุผลในการนำวิธีการเหล่านั้นมาใช้	2. สืบทอดตำรายาจากบรรพบุรุษของตน 3. ได้มาจากพระภิกษุที่วัด 4. ได้รับการแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ 5. สื่อโฆษณา สิ่งพิมพ์และโทรทัศน์ 6. ความฝันของตนเองจึงทดลองใช้ดู 7. ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ	1 ราย 1 ราย 1 ราย 2 ราย 1 ราย 1 ราย



ลำดับ	ประเด็น	ข้อมูล	จำนวนผู้ให้ข้อมูล
	3.2.5 อุปสรรคในการนำการแพทย์ทางเลือกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้	1. มีอุปสรรค - เวียนศีรษะ แน่นหน้าอก - ข้อจำกัดเรื่องเวลา - รสชาติขมและฝาด - สมุนไพรบางชนิดหายาก - ย้ายที่อยู่บ่อยๆ 2. ไม่มีอุปสรรคใดๆ	5 ราย 10 ราย
	3.2.6 ผลดีที่รับรู้ได้และผลเสียที่เกิดขึ้นหลังนำมาใช้	1. ผลดีที่รับรู้ได้ - ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ - รู้สึกสบายตัว ไม่อ่อนเพลีย มีกำลังมากขึ้น - ขับถ่ายดี - ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ - ภูมิคุ้มกันดีขึ้น อาการหวัดลดลง - ปฏิบัติได้ง่าย ได้แก่ ฤๅษีตัดตน 2. ผลเสียที่เกิดขึ้น - เวียนศีรษะ เหนื่อย คลื่นไส้อาเจียน - น้ำตาลลดลงมากเกินไป รู้สึกกลัว จึงหยุดใช้	12 ราย 3 ราย
4.	การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน	1. สมาชิกในครอบครัว ดูแลการควบคุมอาหาร การพบแพทย์ตามนัด การแสวงหาสมุนไพรมาให้ทดลองใช้ การออกกำลังกาย การลดความเครียด 2. เพื่อนบ้าน ญาติ และเพื่อน แนะนำให้ใช้ทางเลือกอื่น ๆ ในการบริการรักษา ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น	15 ราย 3 ราย
5.	การได้รับประโยชน์/ให้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน	1. “เขาแนะนำเรา เราแนะนำเขา” 2. “เราแนะนำเขา แต่เขาไม่แนะนำเรา” 3. “เขาไม่แนะนำเรา เราก็ไม่แนะนำเขา”	7 ราย 3 ราย 5 ราย
6.	การได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข	- เข้าร่วมโครงการหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ - ใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองร่วมด้วยแต่ไม่กล้าบอกกับบุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากกลัวถูกต่อว่า - กล้าปรึกษาบุคลากรทางสาธารณสุขกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ แล้วนำไปปฏิบัติได้จริง	9 ราย 4 ราย 2 ราย



การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยในประเด็นการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน อาการแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานและการปฏิบัติตัวต่ออาการแทรกซ้อน จะเห็นได้ว่าในด้านร่างกายนั้นผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีทั้งกลุ่มที่บอกว่าตนเองรู้สึกเป็นปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย เนื่องจากระดับน้ำตาลคงที่ จากการที่ตนเองควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และจากการได้ออกแรงในการทำงาน และกลุ่มที่บอกว่าตนเองรู้สึกอ่อนเพลีย มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ในอาการของโรคและมีวิธีการดูแลตนเองเพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการปรับตัว ทำใจรับได้เนื่องจากทราบว่าเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง เป็นแล้วไม่หาย มีผู้ที่ป่วยเบาหวานจำนวนมาก และขณะนี้สามารถดูแลตัวเองจนควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่ได้ จึงรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่เครียด หรือวิตกกังวลมากเหมือนตอนแรก ที่รู้ว่าเป็นเบาหวานสอดคล้องกับ อุดุลย์ ไบกาเด็น, วรพรรณ จันทวิเมือง, ภัทราพร บุญเรือง, สากกรียาลาเต๊ะ และภัทรชนิธร รัตน์ะ (2552) พบว่า ความรู้สึกในปัจจุบัน ผู้ป่วยเบาหวานรู้สึกเฉยๆ เนื่องจากมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี และรับประทานยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมาตลอด นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่าตนเองมีการปรับตัวด้านอารมณ์ จิตใจได้ดี เนื่องจากมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หมั่นสวดมนต์ นั่งสมาธิ ซึ่งสอดคล้องกับชนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวิธีการจัดการในการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ของแต่ละคน โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุจะนิยมใช้แนวคิดทางศาสนาเป็นตัวกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติตัวของตนเอง เช่น การเข้าวัดฟังธรรม การทำสมาธิ การทำงานที่ตนเองสามารถทำได้ไม่อยู่หนึ่ง การพูดคุยปรับทุกข์กับคนในครอบครัวและเพื่อนทั้งที่ป่วยเป็นเบาหวานด้วยกันและเพื่อนบ้าน ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมและประเพณีมีส่วนเชื่อมโยงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น พยายามทำบุญ ตักบาตรเพื่อให้ผลบุญนั้นนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพดี

อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ พบมากกว่า 2 อาการขึ้นไป เนื่องจากมีระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน และผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานที่หลากหลาย แบ่งเป็น 4 สาเหตุหลัก สาเหตุแรกเกิดจากพฤติกรรมบริโภค ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ชอบรับประทานอาหารรสหวาน รสเค็ม ไขมันสูง และรับประทานข้าวมีเยอะมาก ๆ เพราะต้องทำงานที่ใช้แรงมาก อีก 2 รายบอกว่า ชอบรับประทานของหวาน แต่เมื่อก่อนในหมู่บ้านจะไม่มีขนมหวาน หรือผลไม้มาขาย ต้องเอาข้าวคลุกกับน้ำตาลโตนดรับประทานแทนของหวาน อีกรายมีอาชีพทำน้ำตาลโตนดขายต้องชิมรสชาติของน้ำตาลอยู่ตลอด จึงอาจเป็นสาเหตุให้เป็นเบาหวานได้ นอกจากพฤติกรรมการบริโภคแล้วสาเหตุอื่นตามความเห็นของผู้ให้ข้อมูล คือ เกิดจากพันธุกรรม รวมทั้งการไม่ได้ทำกิจกรรมที่ออกแรงหรือไม่ได้ออกกำลังกาย สอดคล้องกับฉายศรี สุพรศิลป์ชัย (2550) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงในคนไทยที่อาจมีผลเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน คือ ภาวะน้ำหนักเกิน ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ไม่บริโภคผักและผลไม้ ขาดการออกกำลังกาย และภาวะโภชนาการ การที่ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิด

โรคเบาหวานที่แตกต่างกันจึงเกิดวิธีการดูแลตนเองที่หลากหลาย มีการผสมผสานในหลายด้าน โดยวิธีการที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้ในการดูแลตนเอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ การดูแลความสะอาดร่างกาย และการดูแลเท้า นอกจากนี้ อีก 2 ราย เห็นว่าต้องนำสมุนไพรหรือของขมิ้น ๆ มารับประทานร่วมด้วย จึงจะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

การดูแลตนเองแบบผสมผสานเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน ด้านอาหาร พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดมีการควบคุมอาหารได้ดี บางรายบอกว่าเมื่อถึงเทศกาลทำบุญเดือนสิบ จะทำให้ควบคุมอาหารได้ยาก มีผู้ให้ข้อมูล 1 รายบอกว่า ตนเองไม่ได้ควบคุมอาหารเลย ชอบรับประทานผลไม้รสหวานบ่อย ๆ เนื่องจากเห็นว่าจะได้ไม่ตายอดตายอยาก และมั่นใจว่าควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เหมือนคนอื่น เพราะมั่นใจในประสิทธิภาพของยาต้มสมุนไพรที่นำมาใช้เป็นประจำ และได้ออกกำลังกายอยู่ตลอด ด้านการออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ มีวิธีการออกกำลังกายโดยปฏิบัติคนเดียว มักใช้เวลาในช่วงเช้าหลังตื่นนอน บางส่วนมีการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม โดยรวมตัวกับเพื่อนบ้านมาออกกำลังกายพร้อมกัน ได้แก่ โนราบิค ซึ่งเป็นวิธีออกกำลังกายที่ทางองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือสถานีนามายมาจัดอบรมให้ ชนิดการออกกำลังกายที่มีผู้ปฏิบัติมากที่สุดคือ การเดิน รองลงมาคือ การเดินแอโรบิคและโนราบิค บางรายใช้ฤๅษีตัดตน และเครื่องออกกำลังกาย ระยะเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลมีการออกกำลังกายอยู่ในช่วง 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในขณะที่มีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนคิดว่าการทำงานหนัก ได้ออกแรง ก็ถือว่าเป็นการออกกำลังกายอุปสรรคในการออกกำลังกาย พบว่า เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางสุขภาพ เช่น หลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง บางรายปวดเข่า รู้สึกเหนื่อยง่าย อายุเยอะทำให้เดินไม่คล่องแคล่ว รองลงมาคือ ภาระหน้าที่การทำงานต้องทำงานหลาย ๆ อย่างในวันเดียว ซึ่งการออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมให้การควบคุมโรคเบาหวานได้ผลดีกว่าการควบคุมด้วยอาหารเพียงอย่างเดียว และช่วยลดปริมาณการใช้ยา ซึ่งการออกกำลังกายเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจชนิดแอโรบิค ความแรงระดับปานกลาง เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และมีประสิทธิภาพสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ศักรินทร์ สุวรรณเวช, 2552)

ด้านการรับประทานยา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่บอกว่ารับประทานยาสม่ำเสมอ ตรงเวลา ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาลดน้ำตาลในเลือด มีการปรับวิธีรับประทานยาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและงานที่ตนเองทำ เพื่อให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ซื้อยาลดน้ำตาลจากร้านขายยามารับประทานเอง โดยไม่ได้ไปปรึกษาที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพใด แต่มีการนำสมุนไพรเป็นยาต้มมาใช้สลับกับยาลดน้ำตาลในเลือดเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย สอดคล้องกับจิระพร ชูทรานนท์, ภควดี แก้วสม, วินัยนันท์ เทพลักษณ์ และสุชีพ โออินทร์ (2549) พบว่า พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ภายใต้การดูแลสุขภาพ 3 ส่วน คือ 1) ระบบการดูแลสุขภาพส่วนของสามัญชน โดยผู้ป่วยจะมีการปรึกษาหารือซึ่งกัน



และกันในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง ผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน 2) การดูแลสุขภาพในส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน เช่น หมอสมุนไพร หมอโอสยศาสตร์ การดื่มน้ำมนต์ การรักษาด้วยหมอไม้เท้าตามความเชื่อ โดยไม่ได้หวังว่าโรคจะต้องหายเพียงแต่หวังว่าอาการป่วยคงจะดีขึ้นบ้าง 3) การดูแลสุขภาพระบบการแพทย์ในส่วนวิชาชีพ คือ ครั้งแรกที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่จะทราบจากการตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุข นอกจากนี้การรักษาในระบบการแพทย์ เป็นทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือกมากที่สุด และคิดว่าดีที่สุดและยังมีผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ที่ใช้ยาต้มสมุนไพร เป็นหลักในการดูแลตนเอง สลับกับยาลดน้ำตาลในเลือด ที่ซื้อจากร้านยาโดยไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ

การแสวงหาวิธีการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลทุกรายเมื่อทราบว่าเป็นเบาหวานได้ไปรักษาโดยใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน และมีการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลตัวเองร่วมด้วย โดยมีการทดลองใช้ไปเรื่อย ๆ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในการควบคุมอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกายและการใช้สมุนไพรร่วมในการรักษาด้วย สาเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด รองลงมา คือ บุคคลรอบข้าง ญาติมิตร และเพื่อน บางรายสืบทอดตำรายาสมุนไพรมาจากบรรพบุรุษ บางรายได้มาจากพระภิกษุที่วัด บางรายได้มาจากบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งได้รับข้อมูลทางสื่อโทรทัศน์ โฆษณา สิ่งพิมพ์ ผู้ที่เคยใช้แล้วได้ผล และผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ได้มาจากความฝันของตนเองจึงทดลองใช้ สอดคล้องกับวันทาลีนกาญจน์ และคณะ (2552) พบว่า วิธีสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองแบบผสมผสานทั้งการรักษาแผนปัจจุบันและการเลือกใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้ และ/หรือการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาล ในผู้ป่วยบางรายมุ่งหวังเพื่อช่วยในการรักษาผลที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวาน เช่น รักษาแผล ส่วนการเลือกใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือการแพทย์ทางเลือกชนิดใดชนิดหนึ่งหรือร่วมกันหลาย ๆ ชนิดนั้น ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับการแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เพื่อน หรือผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน เช่นเดียวกับ กอบกุล สวางค์ตุ้ย (2549) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสามใช้การบำบัดแบบเสริมร่วมกับการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ เป็นการบำบัดด้วยสารชีวภาพ รูปของสมุนไพร และยังมีผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ที่ใช้ยาต้มสมุนไพร เป็นหลักในการดูแลตนเอง สลับกับยาลดน้ำตาลในเลือด ที่ซื้อจากร้านยาโดยไม่ได้ไปรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ อุดลย์ ไบกาเต็น, วรวรรณ จันทวิเมือง, ภัทราพร บุญเรือง, สากาเรีย ลาเต๊ะ และภัทรชนิษฐ์ รัตนะ (2552) พบว่า วิธีการอื่นนอกจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว ผู้ป่วยเบาหวานได้แสวงหาการดูแลสุขภาพเพิ่มเติม โดยใช้สมุนไพร เหตุผลที่เลือกใช้ เพราะได้รับคำแนะนำจากบุคคลรอบตัว สื่อโฆษณา และการทรงเจ้า แต่ทั้งนี้ ชุมชนแพทย์แผนไทยและสมุนไพรแห่งชาติกล่าวว่า การใช้สมุนไพรเป็นตัวช่วยในการรักษาเบาหวานเป็นเรื่องที่กระทำได้ แต่ต้องไม่ลดเว้นการฉีดยาหรือกินยาตามแพทย์สั่ง เพราะผลร้ายที่เกิดขึ้นอาจกลายเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เพราะไม่สามารถ

คาดเดาปริมาณสารออกฤทธิ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดที่มีอยู่ในสมุนไพรชนิดต่าง ๆ นั้น ดังนั้นจึงแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานสมุนไพรโดยวิธีการนำไปปรุงเป็นอาหารหรือทำเป็นเครื่องดื่มสมุนไพรควบคู่ไปกับการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน และควรแจ้งให้แพทย์ประจำตัวทราบว่าได้ใช้สมุนไพร เพื่อแพทย์จะได้ทราบถึงสาเหตุหรือปัจจัยอื่น ๆ ในกรณีที่ระดับน้ำตาลลดลงมากเกินไป ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้องได้อย่างทันท่วงที

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีการนำสมุนไพรมาใช้ ทั้งสมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางรายใช้การนวดแผนไทย ฤาษีคัตตน และโนราบิก มาใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของอดุลย์ ไบกาเด็น, วรวรรณ จันทวิเมือง, ภัทรพร บุญเรือง, สาการิยา ลาเต๊ะ และภัทรชนิธร รัตนะ (2552) พบว่า วิธีการอื่นนอกจากการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันที่ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าตนเองมีการแสวงหาแนวทางการดูแลสุขภาพสุขภาพตนเองเพิ่มเติม โดยหันมาใช้บริการการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น โดยเฉพาะสมุนไพร การทำโยคะ การนวดกดจุดฝ่าเท้า สอดคล้องกับกอบกุล สวางค์ตุ้ย (2549) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบสองในสาม (ร้อยละ 63.27) มีการใช้การบำบัดแบบเสริมร่วมกับการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ ชนิดของการบำบัดแบบเสริมที่เลือกใช้เป็นการบำบัดด้วยสารชีวภาพในรูปของสมุนไพรโดยการต้มดื่ม/ยาลูกกลอน (ร้อยละ 56.04) และจากการทบทวนเอกสารวิชาการและวิจัยเกี่ยวกับการนำสมุนไพรมาใช้ในการรักษาเบาหวานพบว่า สมุนไพรที่มีเอกสารและงานวิจัยยืนยันว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ มะรุม ฟ้ายะลาลโยร ตำลึง มะเขือพวง มะระ มะระขี้นก ต้นย่านาง ส่วนสมุนไพรที่ผู้ให้ข้อมูลนำมาใช้แต่ยังไม่มีเอกสารและงานวิจัยที่ยืนยันว่าสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ลูกยาง ไม้เท้ายาม่อม ลูกยางขี้เหล็ก มีเพียงประสบการณ์ของผู้ที่ทดลองใช้ในการรักษาเบาหวานเท่านั้น (จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก, 2552; โอภาส เขมฐากุล และพัชรี ตั้งตุลยางกูร, 2540) ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังมีเทคนิคการปรุงยาและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพร เช่น เวลานำสมุนไพรมาต้มต้องปิดฝามือเพื่อป้องกันไม่ให้ไอน้ำระเหยออกมา มิฉะนั้นจะเสียสรรพคุณทางยาของสมุนไพร การนำสมุนไพรมาเคี้ยวสดๆ ได้แก่ ยอดขี้เหล็ก มะเขือพวงดิบ บอระเพ็ด ส่วนยอดและใบของมะรุม บางรายนำสมุนไพรมาใช้ในการประกอบอาหาร ได้แก่ ตำลึง มะระ ผักโหม และนำมารับประทานเป็นผักสดจิ้มน้ำพริก นอกจากสมุนไพรแล้วผู้ให้ข้อมูลยังนำการออกกำลังกายตามภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ ได้แก่ โนราบิก และฤาษีคัตตน และอีก 2 รายใช้การนวดแผนไทย เพื่อลดอาการปวดเมื่อยร่างกาย

อุปสรรคในการนำทางเลือกอื่นมาใช้ดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลเกือบครึ่งหนึ่งบอกว่าไม่มีอุปสรรคใด ๆ เนื่องจากเป็นสมุนไพรที่หาได้ง่าย และปลูกไว้เองที่บ้าน บางรายได้รับการสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวในการจัดหาสมุนไพรมาให้ ทั้งนี้ กลุ่มที่รับรู้อุปสรรคในการนำวิธีการเหล่านั้นมาใช้ ให้ข้อมูลว่า ส่วนอุปสรรคที่ผู้ให้ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งกล่าวถึง คือ ข้อจำกัดเรื่องเวลา เนื่องจากมีงานที่ต้องทำหลายอย่างและต้องทำงานนอกบ้านทำให้ขาดความต่อเนื่องในการใช้ รสชาติของสมุนไพร



ชมและฟาด และการใช้อาการผิดปกติของตนเองตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการเหล่านั้นหรือไม่ นั่นคือจะใช้เมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้นเท่านั้น เมื่ออาการเหล่านั้นหายไปก็หยุดใช้ รวมทั้งสมุนไพรบางชนิดหายาก บางชนิดนำมาปลูกที่บ้านแต่ถูกสัตว์กัดและจนเสียหายนำไปใช้ไม่ได้ บางรายต้องขอจากเพื่อนบ้านหรือรอรูกลานนำมาให้ บางรายต้องย่ายที่อยู่บ่อยๆ ทำให้นำมาใช้ไม่ต่อเนื่อง

ผลดีที่รับรู้ได้และผลเสียที่เกิดขึ้น หลังจากที่ได้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ในการใช้การแพทย์ทางเลือกหรือภูมิปัญญาท้องถิ่นในระยะหนึ่งแล้ว ได้บอกกล่าวถึงผลดีและผลเสียของการนำวิธีการเหล่านั้นมาใช้ตามทัศนะของตน แยกเป็น 2 ประเด็น คือ ผลดีที่รับรู้ได้และผลเสียที่เกิดขึ้นหลังนำมาใช้ ผลดีที่รับรู้ได้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้รู้สึกสบายตัวไม่อ่อนเพลีย มีกำลังมากขึ้น การขับถ่ายดี ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ภูมิคุ้มกันดีขึ้น อาการหวัดลดลง และเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ง่าย ได้แก่ ฤาษีดัดตน ซึ่งสามารถปฏิบัติคนเดียวได้ ไม่จำกัดสถานที่ บางรายบอกว่ายังไม่สามารถบอกได้ว่ามีผลดีหรือไม่ เนื่องจากนำมาใช้ได้ไม่นาน ส่วนผลเสียที่เกิดขึ้นหลังนำไปใช้ส่วนใหญ่บอกว่ายังไม่เกิดขึ้นกับตน มีเพียง 3 รายที่ให้ข้อมูลว่า หลังใช้สมุนไพรมีอาการเวียนศีรษะเพลีย คลื่นไส้อาเจียน มีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย หลังใช้เกิดภาวะระดับน้ำตาลลดลงมากเกินไป รู้สึกกลัวจึงหยุดใช้

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน บุคคลในครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ให้ข้อมูลทุกรายบอกว่าได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเรื่องการควบคุมอาหาร การพาไปพบแพทย์ตามนัด การแสวงหาสมุนไพรมาให้ทดลองใช้ รองลงมา คือ สนับสนุนให้ออกกำลังกาย นอกจากนี้ มีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนบอกว่าต้องดูแลตนเองมากขึ้นเนื่องจากไม่มีลูกหลานอยู่ดูแลใกล้ชิด ส่วนเพื่อนบ้านญาติ และเพื่อน ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่ามีบทบาทในการแนะนำให้ใช้ทางเลือกอื่น ๆ ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ด้านการได้รับประโยชน์/ให้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่า เมื่อมาตรวจตามนัด ทำกิจกรรมร่วมกัน หรือบ้านใกล้เรือนเคียงก็มีการพูดคุยถามทุกข์สุข ภาวะสุขภาพ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพกัน 3 แบบ คือ 1) “เขาแนะนำเรา เราแนะนำเขา” ทำให้ได้รับประโยชน์ทั้ง 2 ฝ่าย 2) “เราแนะนำเขา แต่เขาไม่แนะนำเรา” บางรายบอกว่าตนเองเป็น อสม. บอกเขาแต่เขาไม่เชื่อจึงทำให้เขาดูเป็นตัวอย่าง นาน ๆ ไปเขาก็เชื่อ 3) “เขาไม่แนะนำเรา เราก็ไม่แนะนำเขา” แต่ยังมีกรพูดคุยบอกกล่าวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ อาการแทรกซ้อนต่อกัน ในวงสนทนาผู้ป่วยเบาหวาน ประเด็นที่ถูกนำมาแลกเปลี่ยนมากที่สุด คือการแสวงหาสมุนไพรมาใช้ในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน วิธีการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายประเด็นการได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข เมื่อไปตรวจตามนัด การเข้าร่วมโครงการหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และเมื่อเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน โดยประเด็นที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และให้ความสำคัญจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่



มากที่สุด คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายโดยเน้นให้มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอตามศักยภาพของตนเองและให้ปรับเข้ากับชีวิตประจำวัน เป็นวิธีการง่าย ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้ทั้งคนเดียวและเป็นกลุ่ม เช่น โนราบิก ฤาษีดัดตน

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ รู้สึกไม่เครียด ทำใจได้ดี ด้านความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และมีความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นเบาหวานแตกต่างกันส่งผลให้มีวิธีการดูแลตนเองที่หลากหลาย เมื่อป่วยเป็นโรคเบาหวานผู้ให้ข้อมูลทุกรายดูแลตนเองแบบผสมผสานหลายวิธี ได้แก่ ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ปรับวิธีรับประทานยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและงานประจำ และนำสมุนไพรมาทดลองใช้ ได้แก่ สมุนไพรเดี่ยว สมุนไพรตำรับ สมุนไพรผิอบอก และมีการนวดแผนไทย ฤาษีดัดตน และโนราบิก โดยส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวมากที่สุด ระยะเวลาที่ใช้ ตั้งแต่ 1 เดือนถึง 8 ปี อุปสรรคที่พบ คือ ขาดจำกัดเรื่องเวลา ภาระงาน รสชาติของสมุนไพร ผลดีที่รับรู้ได้ ส่วนใหญ่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ ผลเสียคือ ทำให้น้ำตาลลดลงมากเกินไป รู้สึกกลัว จึงหยุดใช้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคมพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับการดูแลอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว ส่วนการได้รับประโยชน์หรือให้ประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้นเมื่อมาตรวจตามนัด หรือทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข เมื่อไปตรวจตามนัด เข้าร่วมโครงการหรืออบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและเวลาเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน โดยประเด็นที่ให้ความสำคัญมากที่สุดคือ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายโดยจัดอบรมโนราบิก กะลาบิก และฤาษีดัดตน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการใช้สมุนไพรในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สมุนไพรแคปซูล ยาต้ม ยาผิอบอกฯ ดังนั้น สถานบริการสุขภาพจึงควรให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคเบาหวานเพื่อให้ผู้ใช้เลือกใช้ได้ถูกต้องและเกิดความปลอดภัย
2. ควรมีการสนับสนุนการแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับมากยิ่งขึ้น โดยส่งเสริมให้ประชาชนใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลชะแล้ อำเภอสिंगนคร จังหวัดสงขลา ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะแล้ และสำนักงานเทศบาลตำบลชะแล้ทุกท่าน และอาจารย์ ดร.อมวาสี อัมพันศิริรัตน์ รองผู้อำนวยการกลุ่มยุทธศาสตร์และการประกันคุณภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา



เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล สว่างศุ์ชัย. (2549). การบำบัดแบบเสริมในผู้ที่เป็นเบาหวานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลชุมชน).
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บรรณาธิการ). (2551). **วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคม
และมานุษยวิทยาการแพทย์**. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ชนิษฐา นันทบุตร, กล้าเผชิญ โชคบำรุง, วรรณภา นิवासวัด, พิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, หทัยชนก บัวเจริญ,
อำพน ศรีรักษา,..., สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2546). การศึกษาและการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวาน บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นอีสาน. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จุไรรัตน์ เกิดดอนแฝก. (2552). **สมุนไพรบำบัดเบาหวาน**. กรุงเทพฯ: ศูนย์บริการสาธารณสุข.
- จิระพร ขุทรานนท์, ภัควดี แก้วสม, วินสันทน์ เทพลักษณ์, และสุชีพ โออินทร์. (2549). **พฤติกรรม
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลแม่เจ้าอยู่หัว อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช**.
สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2550). เบาหวานในไทย: บทเรียนจากนโยบายของประเทศกำลังพัฒนา.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 1(2): 50-56.
- ประชาติป กะทา. (2551). ใน **วัฒนธรรมสุขภาพกับการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยา
การแพทย์**. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ปรารธนา วัชรานุรักษ์ และธัญญรัตน์ เดชพิชัย. (2554). **สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2554
งานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**. เอกสารอัดสำเนา.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4
พ.ศ.2551-2552**. นนทบุรี: เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด.
- วันทนา ถิ่นกาญจน์ และคณะ. (2552). **วิถีสุขภาพและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้
ในการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา**. สงขลา:
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- ศักรินทร์ สุวรรณเวหา. (2552). **การศึกษาการวิเคราะห์เมตาเกี่ยวกับประสิทธิผลการออกกำลังกาย
ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. สงขลา:
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- สถานีอนามัยตำบลชะแล้. (2552). **ทะเบียนผู้ป่วยเรื้อรังสถานีอนามัยตำบลชะแล้**. สงขลา: สถานีอนามัย
ตำบลชะแล้.



อดุลย์ ใบกาเด็น, วรวรรณ จันทวีเมือง, ภัทราพร บุญเรือง, สาการียา ลาเต๊ะ, และภัทรชนิษฐ์ รัตน์ะ. (2552).

การใช้การแพทย์ทางเลือกในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.

โอภาส เชษฐากุล และพัชรี ตั้งตุลยางกูร. (2540). สมุนไพรต้านเบาหวาน:รวบรวมสมุนไพรที่มีรายงานการทดลองและประสบการณ์ที่ใช้ได้ผล. กรุงเทพฯ: โครงการสมุนไพรเพื่อการพึ่งตนเอง.

ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ในจังหวัดพัทลุง

Management Factors and Medical Supply Management
in Health Promoting Hospitals, Phatthalung Province

พินิจสินธุ์ เพชรmani รป.ม. (Pinitsin Petmanee, M.P.A.)¹

บทคัดย่อ

การศึกษาชนิดเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดพัทลุง จำนวน 124 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามระหว่างเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2557 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระดับปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ($M = 3.58, SD = 0.41$) และระดับการบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมาก ($M = 4.10, SD = 0.42$) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.471, p\text{-value}<0.001$)

ดังนั้นจากผลการศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดระบบการบริหารเวชภัณฑ์ให้เป็นในทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการจัดการ เพื่อให้การบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีประสิทธิภาพ ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทางการบริหาร, การบริหารเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
เบอร์โทรศัพท์ 081-7668201 E-mail: pinitsin@hotmail.com



Abstract

The purposes of this cross-sectional survey study aimed to determine the level of public health management, the level of medical supply management and the relationship between management factors and medical supply management in health promoting hospitals in Phatthalung province. The sample was 124 personnel who were responsible for medical supply unit and recruited from each health promoting hospital in Phatthalung province. Research instrument was questionnaire and employed to gather the data between September and October, 2014. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that the overall mean scores of the management factors and the medical supply management was at a moderate level ($M = 3.58$, $SD = 0.41$, and $M = 4.10$, $SD = 0.42$, respectively). The correlation between management factors and the medical supply management was statistically significant ($r=0.471$, $p\text{-value}<0.001$).

The findings suggested that health promoting hospitals should manage the medical supply system in accordance with the context of district health service networks for human resources, finance, materials, and management in order to effectively perform in the flow of medical supply management in the health promoting hospitals in Phatthalung Province.

Keywords: Health Promoting Hospital, Management Factor, Medical Supply Management

บทนำ

การบริหารเป็นกระบวนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ขององค์กร โดยอาศัยปัจจัยหรือทรัพยากรทางการบริหารพื้นฐานที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการจัดการหรือกระบวนการบริหาร (ทองหล่อ เดชไทย, 2545) ซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารจะขึ้นอยู่กับความสมบูรณ์และคุณภาพของปัจจัยทางการบริหารที่นำมาใช้ในทางกลับกันหากมีข้อจำกัดทางการบริหาร อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและคุณภาพขององค์กร

ปัจจุบันการให้บริการสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาในการให้บริการสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพการมีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพียงพอ พร้อมใช้สำหรับการให้บริการนั้น เป็นผลมาจากการบริหารเวชภัณฑ์ อีกทั้งการบริหารเวชภัณฑ์ที่ดีและมีประสิทธิภาพยังส่งผลต่อการบริหารจัดการงบประมาณเป็นอย่างมาก นอกจากนี้การบริหารเวชภัณฑ์ที่มีความแตกต่างจากพัสดุอื่นๆ เนื่องจากเวชภัณฑ์เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อสุขภาพและชีวิตของผู้รับบริการโดยตรง และเป็นวัสดุที่มีอายุการใช้งานและที่เสื่อมสภาพได้ง่าย

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้



(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542) หากผู้รับบริการได้รับเวชภัณฑ์ที่ด้อยคุณภาพอาจส่งผลต่อการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์หรืออันตรายจากการใช้เวชภัณฑ์ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทั้งในส่วนของการบริการและผู้รับบริการ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลของหน่วยงาน โดยเฉพาะระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ 5 ด้าน คือ ความเป็นนิติรัฐ ความโปร่งใส ความพร้อมรับผิดชอบ ความมีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วม (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยบริการด้านหน้าของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนและชุมชนมากที่สุด มีหน้าที่ในการดูแลประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบให้เข้าถึงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี (กาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม) เพื่อนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำรงชีวิตร่วมกันภายใต้ความมีต้นทุนและอัตลักษณ์ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมืองที่เป็นแบบแผนของตนเองได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยมุ่งเน้นการจัดบริการเชิงรุก ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ ด้วยการประสานความร่วมมือกับชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการ และองค์กรต่าง ๆ ในลักษณะของการเป็นภาคีร่วมหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนอันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ในที่สุด โดยการจัดให้มีบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บริการในชุมชน และบริการที่บ้านเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน แบบครบวงจรต่อเนื่องและเป็นองค์รวมทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษา ซึ่งจะเป็นการนำมาซึ่งความสามารถในการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพของทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการจัดระบบสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ มีความยั่งยืนสอดคล้องกับสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพ ปัญหาสาธารณสุขและบริบทของแต่ละพื้นที่ (ไพจิตร วราจิต และคณะ, 2553) ซึ่งจากข้อมูลด้านทรัพยากรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด จำนวน 9,765 แห่ง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557)

สำหรับจังหวัดพัทลุงมีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ทั้งหมด 132 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 124 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 8 แห่ง จากการสุ่มตรวจประเมินการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์แพทย์ชุมชน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงปีงบประมาณ 2556 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2556) พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีข้อจำกัดในระบบบริหารจัดการเวชภัณฑ์ ได้แก่ มูลค่าคลังเกิน 3 เดือน การบันทึกข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน และการเก็บรักษาเวชภัณฑ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (ระบบระบายอากาศ การควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การป้องกันการสูญหาย) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามูลค่าเบิกเวชภัณฑ์ยารวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งจังหวัดจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 17,699,319.27 บาท ในปีงบประมาณ 2555 เป็น 18,675,787.53 บาท ในปีงบประมาณ 2557 (สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดพัทลุง, 2557) ประเด็นดังกล่าวข้างต้นสะท้อนถึงประสิทธิภาพของการบริหารเวชภัณฑ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเก็บรักษาเวชภัณฑ์หากไม่เป็นไปตามหลักวิชาการจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยตรงอีกด้วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านกระบวนการบริหาร ในประเด็นต่างๆ เช่น การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี (วรรณลดา กลิ่นแก้ว, 2552) การปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนในจังหวัดเพชรบูรณ์ (สุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน, 2553) งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี (ธีระวุฒิ กรมขุนทด, 2553) การปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยพื้นที่อำเภอโซนใต้ จังหวัดขอนแก่น (บุญทัน สมิน้อย, 2554) การบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 (ดุขฎี ศรีวิชา, 2556) และการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น (สุภาวดี ศรีลามาศย์, 2556) ซึ่งยังไม่เห็นมิติการประเมินจากประสิทธิภาพของงานที่ชัดเจน อีกทั้งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับภาคใต้ยังพบว่ามีอยู่อย่างจำกัด และจากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง โดยมุ่งเน้นศึกษาจากประสิทธิภาพของการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามความคิดเห็นของผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ ทั้งนี้รวมถึงปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจะได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาต่อไป

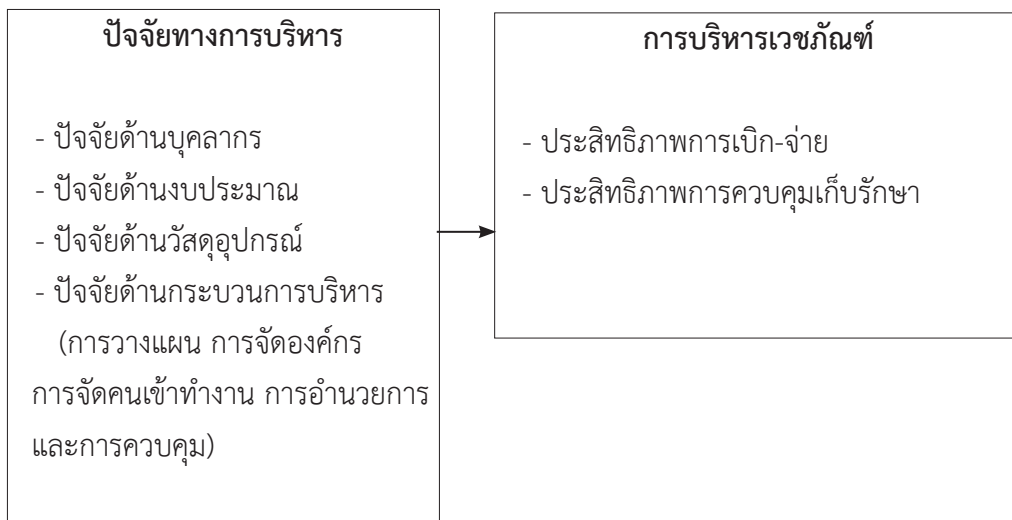
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยทางการบริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง
2. เพื่อศึกษาระดับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดพัทลุง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์กับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง

กรอบแนวคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจชนิดภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2557 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดพัทลุง จำนวน 124 คน มีอัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 95.97 (119 ฉบับ)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบแบบสอบถาม สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ตอนที่ 2 ปัจจัยทางการบริหารที่เกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ 4 ด้าน เป็นคำถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ แยกรายด้านดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร จำนวน 6 ข้อ 2) ปัจจัยด้านงบประมาณ จำนวน 6 ข้อ 3) ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ จำนวน 8 ข้อ 4) ปัจจัยด้านกระบวนการบริหาร ประกอบด้วย การวางแผน จำนวน 5 ข้อ การจัดองค์กร จำนวน 7 ข้อ การจัดคนเข้าทำงาน จำนวน 6 ข้อ การอำนวยการ จำนวน 6 ข้อ และการควบคุม จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 3 การบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นคำถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ จำนวน 7 ข้อ และประสิทธิภาพการควบคุมเก็บรักษาเวชภัณฑ์ จำนวน 10 ข้อ ส่วนตอนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับแสดงความคิดเห็นปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน
แล้วนำประเด็นที่ได้รับข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out)
กับพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกับจังหวัดพัทลุงในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม
ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.96

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาในการบรรยาย
ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้สถิติ
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation: r)

การแปลผล

การแปลผลลักษณะคำถามเป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ
มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยแปลผลแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร,
2542)

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มาก

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ปานกลาง

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง น้อย

ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนการแบ่งระดับคะแนนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แบ่งตามเกณฑ์ของ Elifson (1990)
ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 ดังนี้

$r = 0.00$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์

$r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ

$r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง

$r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง

$r = \pm 1.00$ หมายถึง มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์



ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรส่วนบุคคลของผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 76.47 อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 37.82 อายุเฉลี่ย 38.42 ปี ($SD = 8.54$) สถานภาพคู่ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 70.59 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 80.67 ตำแหน่งที่รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์มากที่สุดคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 40.34 อายุราชการระหว่าง 11-20 ปี จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 37.82 เฉลี่ย 15.76 ปี ($SD = 8.69$) และระยะเวลารับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 60.50 เฉลี่ย 5.83 ปี ($SD = 4.69$)

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารที่เกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง

ตาราง 1 ระดับปัจจัยทางการบริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง (N=119)

ปัจจัยทางการบริหาร	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
ด้านบุคลากร	3.56	0.52	มาก
ด้านงบประมาณ	3.48	0.50	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	3.77	0.52	มาก
ด้านกระบวนการบริหาร	3.50	0.43	มาก
รวม	3.58	0.41	มาก

จากตาราง 1 พบว่าผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระดับปัจจัยทางการบริหารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเวชภัณฑ์ภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($M = 3.58$, $SD = 0.41$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการบริหาร ($M = 3.56$, $SD = 0.52$; $M = 3.77$, $SD = 0.52$; $M = 3.50$, $SD = 0.41$ ตามลำดับ) อยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.48$, $SD = 0.50$)



2. ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง

ตาราง 2 ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง (N=119)

การบริหารเวชภัณฑ์	M	SD	การแปลผล
ประสิทธิภาพการเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์	4.03	0.45	มาก
ประสิทธิภาพการควบคุมเก็บรักษาเวชภัณฑ์	4.17	0.49	มาก
รวม	4.10	0.42	มาก

จากตาราง 2 พบว่าระดับการบริหารเวชภัณฑ์ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = 0.42$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ และประสิทธิภาพการควบคุมเก็บรักษาเวชภัณฑ์ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $SD = 0.45$; $M = 4.17$, $SD = 0.49$ ตามลำดับ)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลในจังหวัดพัทลุง

ปัจจัยทางการบริหาร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านบุคลากร	0.311	<0.001	ปานกลาง
ด้านงบประมาณ	0.387	<0.001	ปานกลาง
ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.399	<0.001	ปานกลาง
ด้านกระบวนการบริหาร	0.475	<0.001	ปานกลาง
รวม	0.471	<0.001	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุงในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.471$, $p\text{-value} < 0.001$)

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะที่เกี่ยวเนื่องกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง รวบรวมจากแบบสอบถามปลายเปิด ทั้งหมด 119 ฉบับ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามได้เสนอปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำนวน 45 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 37.81

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้



โดยปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร ร้อยละ 57.69 ด้านวัสดุอุปกรณ์ ร้อยละ 23.08 และพบว่าปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวกับการบริหารเวชภัณฑ์ด้านประสิทธิภาพการเบิก-จ่ายเวชภัณฑ์ ร้อยละ 68.75 และด้านประสิทธิภาพการควบคุมเก็บรักษาเวชภัณฑ์ ร้อยละ 31.25

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง สามารถสรุปผลและอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับปัจจัยทางการบริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุงโดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุงมีระบบบริหารเวชภัณฑ์แบบเครือข่ายโดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในแต่ละอำเภอในการจัดระบบการบริหารเวชภัณฑ์และเป็นคลังเวชภัณฑ์ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายมีการเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทำให้การบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น จึงส่งผลให้ระดับการปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ศรีลามาศย์ (2556) ที่ได้ศึกษาการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าระดับปัจจัยสนับสนุนจากองค์การในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67, SD = 0.54$) เช่นเดียวกับการศึกษาของดุขฤ์ ศรีวิชา (2556) ที่พบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหารในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67, SD = 0.54$) การศึกษาของบุญทัน สมิน้อย (2554) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อ พบว่าระดับปัจจัยทางการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของพื้นที่อำเภอโซนใต้ จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.50, SD = 0.44$) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน (2553) ที่พบว่าระดับปัจจัยทางการบริหารภาพรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.50, SD = 0.61$)

2. ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง โดยภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมาก เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นคลังเวชภัณฑ์ระดับอำเภอทำให้สามารถควบคุมกำกับ การเบิกจ่ายเวชภัณฑ์ได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสามารถติดตามประเมินผลผ่านการนิเทศงานและการรายงานการบริหารเวชภัณฑ์ทั้งในระดับอำเภอและระดับจังหวัด จึงส่งผลให้ระดับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ศรีลามาศย์ (2556) ที่ศึกษาการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่าระดับการบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมาก ($M = 4.04, SD = 0.49$) และการศึกษาของดุขฤ์ ศรีวิชา (2556) ที่พบว่าระดับการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 อยู่ในระดับมาก ($M = 4.09, SD = 0.61$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง พบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการจัดการปัจจัยทางการบริหารให้มีคุณภาพย่อมส่งผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางการบริหารรายด้าน ทุกด้าน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในระดัปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ศรีลามาศย์ (2556) ที่ศึกษาการบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น พบว่าระดับปัจจัยสนับสนุนจากองค์การมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.574$, $p\text{-value}<0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของดุซง ศรียา (2556) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12 พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุสิ่งของ และวิธีการจัดการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.374$, $p\text{-value} = 0.003$; $r = 0.444$, $p\text{-value} < 0.001$; $r = 0.436$, $p\text{-value} < 0.001$ และ $r = 0.609$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ การศึกษาของบุญทัน สมน้อย (2554) ที่ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานอนามัยพื้นที่อำเภอโพนใต้ จังหวัดขอนแก่น พบว่าปัจจัยทางการบริหารในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.605$, $p\text{-value}<0.001$)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยทางการบริหาร เช่น การศึกษาของธีระวุฒิ กรมขุนทด (2553) ที่ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการบริหาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสมบูรณ์ของรายงานข้อมูลมาตรฐานในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.429$, $p\text{-value}<0.05$; $r=0.325$, $p\text{-value}<0.05$; $r=0.363$, $p\text{-value}<0.05$ และ $r=0.649$, $p\text{-value}<0.05$) การศึกษาของสุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน (2553) ที่ศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.662$, $p\text{-value}<0.001$) การศึกษาของบุญถม ชัยญวน (2553) ที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะหลักในระดับปานกลาง



ของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.589$, $p\text{-value}<0.001$ และ $r=0.608$, $p\text{-value}<0.001$) และการศึกษาของวรรณลดา กลิ่นแก้ว (2552) ที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานในระดับปานกลางของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.409$, $p\text{-value}<0.001$ และ $r=0.503$, $p\text{-value}<0.001$)

สรุปผล

การศึกษาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุงครั้งนี้ พบว่า การบริหารเวชภัณฑ์มีระดับปัจจัยทางการบริหารและระดับการบริหารเวชภัณฑ์อยู่ในระดับมาก และพบว่าปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการบริหารเวชภัณฑ์ในระดับปานกลาง ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดพัทลุง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

หน่วยงานด้านบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการดำเนินงานด้านบริหารเวชภัณฑ์ ดังนี้

1. ทบทวนการจัดอัตรากำลังและภาระงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารเวชภัณฑ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ครอบคลุมเนื้อหาทางวิชาการ ระเบียบปฏิบัติต่างๆ และทักษะการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้อง
2. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเอกชน ในการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้มากยิ่งขึ้น
3. พิจารณาทบทวนรายการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและผลักดันหรือสนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีวัสดุอุปกรณ์เพียงพอเหมาะสมต่อการบริหารเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ
4. ทบทวนระบบการบริหารเวชภัณฑ์สู่การปฏิบัติให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่าย ควรเพิ่มช่องทางการให้คำปรึกษาด้านการบริหารเวชภัณฑ์ และติดตามกำกับกับการดำเนินงานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง
5. ทบทวนบัญชีเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เหมาะสม ภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันเวชภัณฑ์ขาดคลัง
6. ทบทวนและหาวิธีการที่เหมาะสมในการบันทึกข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องให้ถูกต้องครบถ้วน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการบริหารเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป



1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์โดยประเมินจากข้อมูลจริงที่เกี่ยวข้องแทนการให้ความคิดเห็นในทัศนะของผู้ปฏิบัติงาน เช่น การจัดเก็บเวชภัณฑ์ การสุ่มตรวจวันหมดอายุของเวชภัณฑ์ อัตราการขาดคลังของเวชภัณฑ์ อัตราสำรองเวชภัณฑ์ อัตราการคลาดเคลื่อนของข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

2. ควรมีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับกลุ่มตัวอย่างบางส่วน เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมโดยเฉพาะตัวแปรที่ทดสอบแล้วพบว่ามีความสัมพันธ์กับการบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.อาจันต์ สงทับ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ ที่กรุณาเป็นทั้งที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ คุณสิทธิชัย ชูประดิษฐ์ และเภสัชกรหญิงจามรี ไตรจันทร์ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้รับผิดชอบงานบริหารเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดพัทลุง ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

เอกสารอ้างอิง

ดุขฎิ ศรีวิชา. (2556). ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขต

ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ทองหล่อ เดชไทย. (2545). **หลักการบริหารสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน.

ธีระวุฒิ กรมขุนทด. (2553). ปัจจัยทางการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับความสมบูรณ์ของรายงาน

ข้อมูลมาตรฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุญถม ชัยยวน. (2553). **ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อสมรรถนะหลัก**

ของนักวิชาการสาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา-สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บุญทัน สมน้อย. (2554). **ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน**

เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยพื้นที่อำเภอโซนใต้ จังหวัดขอนแก่น. การศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพจิตร วราจิต, ศิริวัฒน์ ทิพย์ธาดล, นิทัศน์ ร่ายยว, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, เกษม เวชสุธานนท์, สุธิมา สงวนศักดิ์,..., สุรติ ฉัตรไชยา. (2553). **คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วรรณลดา กลิ่นแก้ว. (2552). **ปัจจัยทางการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). **ข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ**. สืบค้นเมื่อ 8 ธ.ค.2557 จาก [http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation /index.htm](http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.htm).
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2542). **การพัฒนาประสิทธิภาพระบบบริหารเวชภัณฑ์**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). **นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง**. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2556). **รายงานผลการประเมินการพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์แพทย์ชุมชน**. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. (2557). **สรุปมูลค่าเบิกเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์.
- สุกัญญา มีกำลัง และประจักษ์ บัวผัน. (2553). **ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการประเมินผลของหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์**. วารสารวิจัย มข., 10(3): 75-78.
- สุภาวดี ศรีลามาศย์. (2556). **การบริหารเวชภัณฑ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารสาธารณสุข). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Elifson, K. W. (1990). **Fundamentals of Social Statistics**. International Edition. Singapore: McGraw-Hill.



การสำรวจความต้องการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Training Needs Assessment to Increase Knowledge and Competency of Personnel
in Sub-district Health Promoting Hospital

อวิรุทธ์ สิงห์กุล ส.ม. (Awirut Singkun, M.P.H.)¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจความต้องการรับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถทางวิชาการ วิชาชีพ การให้บริการ และทักษะทางสังคม ตลอดจนรูปแบบกิจกรรมในโครงการอบรม จากบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คัดเลือกผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบเจาะจง จาก 76 จังหวัด จังหวัดละ 1 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุด รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2555 อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 92.1 จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 355 คน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.4 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 34.6 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 12.2 ปี ระยะเวลาต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 37 ปี มีความต้องการการอบรมแบบสหวิชาชีพจากสถานบริการทุกระดับ ร้อยละ 33.1 แบบเฉพาะวิชาชีพเดียวกันจากสถานบริการทุกระดับ ร้อยละ 28.0 ต้องการเข้าร่วมอบรม จำนวน 5 วัน ร้อยละ 33.5 จำนวน 3 วัน ร้อยละ 31.0 หัวข้อที่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสนใจเข้ารับการอบรมมากที่สุด จำแนกตามทักษะต่างๆ ดังนี้ 1) ทักษะวิชาการ ได้แก่ การจัดทำนวัตกรรมสุขภาพ ($M = 4.21, SD = 0.73$) 2) ทักษะวิชาชีพ ได้แก่ การบริหารสาธารณสุขยุคใหม่ ($M = 4.19, SD = 0.78$) 3) ทักษะบริการ ได้แก่ ด้านการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก ($M = 4.28, SD = 0.74$) และ 4) ทักษะทางสังคม ได้แก่ มนุษยสัมพันธ์ และการทำงานเป็นทีม ($M = 4.28, SD = 0.75$) ส่วนรูปแบบกิจกรรมที่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสนใจมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กรณีศึกษา ($M = 3.98, SD = 0.73$) การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพ ($M = 3.97, SD = 0.79$) และการศึกษาในพื้นที่ชุมชน ($M = 3.94, SD = 0.87$) ตามลำดับ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดโครงการ และหัวข้อการอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการ, ฝึกอบรม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹เภสัชกรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
เบอร์โทรศัพท์ 089-6170007, E-mail: asingkun@hotmail.com



Abstract

The objectives of this survey research were to 1) assess the training needs of personnel in Sub-district Health Promoting Hospital in order to increase their knowledge, professional competencies, and social skills, and 2) explore the activity forms in the training program. Sample was 355 health personnel selected from 76 Sub-district Health Promoting Hospital in 76 provinces except Bangkok. Purposive sampling was used. The Sub-district Health Promoting Hospitals that had the maximum number of health personnel in each province were included in the study. The Questionnaires were used to collect data between April and June 2012. Data were analyzed using descriptive statistics. The response rate was 92.1%. The study found that the majority of the sample was female (73.4%) and health academicians (34.6 %). The average number for years of working experience was 12.2 years (Min=1 year, Max=37 years). The training needs were a multidisciplinary training with all levels of services (33.%) and a disciplinary professional training for all levels of services (28%). The durations of training were 5 days (33.5%) and 3 days (31%). The needed training topics were: 1) health innovation ($M = 4.21$, $SD = 0.73$), 2) professional skills regarding modern public health administration ($M = 4.19$, $SD = 0.78$), 3) service skills regarding the proactive health service ($M = 4.28$, $SD = 0.74$), 4) social skills, regarding interpersonal skills and teamwork ($M = 4.28$, $SD = 0.75$), 5) creating a network of health ($M = 3.97$, $SD = 0.79$), and 6) the field study in community ($M = 3.94$, $SD = 0.87$), respectively. The most top three of training activities interested the personnel including case study ($M = 3.98$, $SD = 0.73$). The findings from this study can be applied to develop a training program that meets the needs of participants.

Keywords: Training Needs Assessment, Sub-district Health Promoting Hospital

บทนำ

ผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถือว่าเป็นผู้ที่ต้องรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนเขตรับผิดชอบ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาการดูแลสุขภาพตนเอง พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมไปถึงปัญหาด้านจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม และปัญหาอื่นๆ ในแต่ละพื้นที่หรือชุมชนที่มีปัญหา (สำนักงานโครงการส่งเสริมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2555) ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องมีความรู้เพียงพอ

ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดปัญหาให้น้อยที่สุด (สำนักงานโครงการส่งเสริมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2555) การฝึกอบรมเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มองค์ความรู้ และเพิ่มศักยภาพให้กับผู้เข้าอบรม และนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอบรมเป็นกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความชำนาญให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2548) การฝึกอบรมควรจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับการดำรงชีวิต และตรงความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม โดยการสำรวจหาข้อมูลว่า บุคคลแต่ละกลุ่มเป้าหมายมีความต้องการเรียนรู้ ต้องการอบรมเรื่องใด และควรใช้การฝึกอบรมวิธีใด (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2540)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจสำรวจความต้องการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทำการจัดส่งแบบสอบถามแก่ผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ เพื่อศึกษาความต้องการในการพัฒนาตนเองของผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จะนำมาวิเคราะห์ เพื่อจัดทำโครงการอบรมตามความประสงค์ที่ต้องการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมาย สามารถนำผลที่ได้จากการสำรวจจัดลำดับหัวข้อ ความต้องการการพัฒนาตนเองของผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากนั้นนำผลการศึกษาที่ได้มาจัดทำโครงการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้พัฒนาความรู้ความสามารถในการให้บริการสุขภาพตามบทบาทวิชาชีพ รวมไปถึงการมีองค์ความรู้ที่จะพัฒนาระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความต้องการอบรมของผู้ปฏิบัติงานประจำ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้วิธีการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) เกี่ยวกับความต้องการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ประสิทธิภาพ และทักษะการให้บริการ จากบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก 76 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ทำการสำรวจระหว่างเดือน เมษายน – มิถุนายน พ.ศ. 2555

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั่วประเทศ โดยทำการศึกษาใน 76 จังหวัด และเป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลเลือกกลุ่มตัวอย่างศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุดในแต่ละจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนบุคลากรน่าจะครอบคลุมและมีความหลากหลายวิชาชีพ และเก็บข้อมูลจากบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งในแต่ละจังหวัด



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามความต้องการฝึกอบรม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับบุคลากร ลักษณะงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่มีในโครงการอบรมหรือใช้ประกอบการจัดโครงการอบรม โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เกี่ยวข้องจำนวน 3 คน มีการปรับปรุงแบบสอบถามและจัดทำแบบสอบถามฉบับใช้จริงซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ตำแหน่ง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความต้องการกลุ่มของผู้เข้าร่วมโครงการอบรม ระยะเวลาในการจัดอบรม

ส่วนที่ 2 หัวข้อการอบรม เป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ในประเด็นความต้องการฝึกอบรมด้านทักษะวิชาการ ทักษะวิชาชีพ และทักษะบริการ

ส่วนที่ 3 รูปแบบกิจกรรมในโครงการอบรม เป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมในโครงการอบรม ได้แก่ การบรรยาย กรณีศึกษา กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การนำเสนอผลงานวิชาการ การอภิปรายแบบมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติการศึกษาพื้นที่ชุมชน การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชน และกิจกรรมแลกเปลี่ยนศิลปวัฒนธรรม

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสถานที่จัดโครงการใน 14 จังหวัดภาคใต้ ที่ต้องการให้หน่วยงานผู้จัดโครงการไปจัดโครงการอบรมและความคิดเห็นอื่นๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งแบบสอบถามไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 76 แห่ง
2. ขอความอนุเคราะห์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด คัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุดของแต่ละจังหวัด และให้บุคลากรทั้งหมดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นๆ เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม
3. บุคลากรผู้ตอบแบบสอบถามจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งแบบสอบถามกลับมายังวิทยาลัยโดยตรง ซึ่งผู้วิจัยได้จำหน่ายซองและติดดวงตราไปรษณียากรเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอข้อมูลโดยพรรณนา

การคุ้มครองอาสาสมัครวิจัย

คำตอบในแบบสอบถามเป็นการแสดงความต้องการอบรมในประเด็นต่างๆ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ตอบแบบสอบถามที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเป็นความลับโดยไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงบุคคลที่ตอบแบบสอบถามได้



ผลการวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดละ 1 แห่ง จำนวน 76 แห่ง ได้รับการตอบกลับทั้งสิ้น 70 แห่ง คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 92.1 รวมจำนวนทั้งสิ้น 355 คน กลุ่มตัวอย่างที่ทำการสำรวจ และตอบแบบสอบถาม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.4 เพศชาย ร้อยละ 26.6 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 34.6 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 32.0 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 14.9 นอกจากนี้ยังมี ตำแหน่งอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข แพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม และพยาบาลเทคนิค ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 12.2 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 37 ปี ต้องการเข้าร่วมอบรม เป็นระยะเวลา 5 วัน ร้อยละ 33.5 ระยะเวลาการอบรม 3 วัน ร้อยละ 31.0 ลักษณะของกลุ่มเป้าหมายในการจัดอบรม ต้องการแบบ สหวิชาชีพจากสถานบริการทุกระดับ (สถานบริการอื่นนอกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน/ทั่วไป/ศูนย์/เฉพาะทาง เป็นต้น) ร้อยละ 33.1 รองลงมาได้แก่ มีความต้องการอบรมเฉพาะกลุ่มวิชาชีพเดียวกันจากสถานบริการ ทุกระดับ ร้อยละ 28.0 ต้องการอบรมร่วมกับวิชาชีพเดียวกันเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 21.7 ต้องการอบรมแบบสหวิชาชีพเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 16.6 และรูปแบบอื่นๆ ตามลำดับ

ความสนใจในหัวข้อการอบรมเกี่ยวกับทักษะวิชาการ ได้แก่ แนวทางการจัดทำนวัตกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.21 และการจัดโครงการด้านสุขภาพในชุมชน 4.15 ทักษะวิชาชีพ ได้แก่ การบริหารงาน สาธารณสุขยุคใหม่ คะแนนเฉลี่ย 4.19 การใช้ยาในการรักษาโรคที่พบบ่อย คะแนนเฉลี่ย 4.18 ทักษะ บริการ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพเชิงรุก คะแนนเฉลี่ย 4.28 และทักษะทางสังคม ได้แก่ มนุษยสัมพันธ์ และการทำงานเป็นทีม คะแนนเฉลี่ย 4.28 (ตาราง 1)



ตาราง 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสนใจในหัวข้อการอบรม

หัวข้อ	ความสนใจ (ร้อยละ)					M	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
ทักษะวิชาการ							
แนวทางการจัดทำนวัตกรรมสุขภาพ	0.0	1.7	13.2	47.1	37.9	4.21	0.73
การจัดโครงการด้านสุขภาพในชุมชน	0.0	2.3	14.2	49.7	33.7	4.15	0.74
การวิจัยด้านสุขภาพ	0.0	2.3	19.4	48.3	30.1	4.06	0.76
การวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน	0.6	2.9	18.0	49.9	28.7	4.03	0.80
สมรรถนะการนำเสนอผลงานวิชาการ	0.0	2.3	22.9	48.1	26.7	3.99	0.77
สถิติในการดำเนินการวิจัยด้านสุขภาพ	0.0	4.7	28.3	44.8	22.1	3.84	0.82
ทักษะวิชาชีพ							
การบริหารงานสาธารณสุขยุคใหม่	0.3	1.7	15.4	43.5	39.1	4.19	0.78
การใช้ยาในการรักษาโรคที่พบบ่อย	0.3	2.6	16.2	40.3	40.6	4.18	0.82
การบริหารยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1.4	3.5	17.7	40.3	37.1	4.08	0.90
การปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพ	1.2	4.7	21.8	40.1	32.3	3.98	0.91
หลักการพยาบาลผู้ป่วย	1.2	4.7	22.7	39.9	31.5	3.96	0.91
การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	2.6	8.5	37.2	34.6	17.0	3.55	0.96
ทักษะบริการ							
การจัดบริการสุขภาพเชิงรุก	0.6	0.3	13.2	42.5	43.4	4.28	0.74
จิตบริการ	0.9	0.9	15.6	49.1	33.5	4.14	0.77
ทักษะทางสังคม							
มนุษยสัมพันธ์และการทำงานเป็นทีม	0.0	0.6	16.4	37.9	45.1	4.28	0.75
ภาษาอังกฤษในงานสาธารณสุข	1.4	0.9	18.2	38.3	41.2	4.17	0.85

รูปแบบกิจกรรมในโครงการอบรม และกิจกรรมที่ใช้ประกอบหรือใช้ร่วมกับการจัดโครงการอบรม ที่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสนใจ 3 อันดับแรก ได้แก่ กรณีศึกษา คະແນວເລື່ອງ 3.98 รองลงมา ได้แก่ การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชน คະແນວເລື່ອງ 3.97 และการฝึกปฏิบัติการ ศึกษาพื้นที่ชุมชน คະແນວເລື່ອງ 3.94 ตามลำดับ (ตาราง 2)



ตาราง 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสนใจในรูปแบบกิจกรรม

รูปแบบกิจกรรม	ความสนใจ (ร้อยละ)					M	SD
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
กรณีศึกษา	0.6	2.1	17.5	58.5	21.4	3.98	0.73
การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชน	0.0	3.0	21.9	48.8	26.0	3.97	0.79
การฝึกปฏิบัติการศึกษาพื้นที่ชุมชน	1.5	2.9	23.0	44.8	27.7	3.94	0.87
กิจกรรมแลกเปลี่ยนศิลปวัฒนธรรม	0.6	3.5	24.7	46.8	24.4	3.91	0.82
การอภิปรายแบบมีส่วนร่วม	1.2	2.7	23.5	55.4	17.3	3.85	0.77
กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์	2.4	3.3	25.3	48.8	20.2	3.81	0.88
การนำเสนอผลงานวิชาการ	1.2	1.8	31.8	49.1	17.2	3.79	0.78
บรรยาย	0.6	5.1	33.6	43.5	17.3	3.72	0.83

อภิปรายผล

ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องการจัดกลุ่มโครงการอบรมแบบสหวิชาชีพ จากสถานบริการทุกระดับสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2555) พบว่า ทีมสหวิชาชีพสามารถทำเรื่องใหญ่ไกลตัวกว่าเรื่องสุขภาพในมิติสาธารณสุข ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2555) เพื่อก้าวข้ามสู่การปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานให้สอดคล้องกับขอบเขตการดำเนินงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552) โดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพเพื่อการบริการสาธารณสุข (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2555) ซึ่งการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีความรู้และทักษะในการให้บริการและทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้านตามขอบเขตของแต่ละวิชาชีพและพื้นที่ปฏิบัติงาน มีศักยภาพในการบริหารจัดการ การทำงานเป็นทีม การทำงานเชิงรุกในชุมชน การใช้ และการจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นการส่งเสริมการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552)

ความสนใจในหัวข้อการอบรมเกี่ยวกับทักษะวิชาการ ได้แก่ แนวทางการจัดทำวัตรกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาระบบสุขภาพและบริการด้านสาธารณสุข จำเป็นต้องมีพื้นฐานหลักฐานจากการวิจัยเป็นเหตุผลการรับในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงต่างๆ ซึ่งการจัดทำวัตรกรรมสุขภาพ เป็นการใช้กระบวนการวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) และสามารถออกแบบบริการให้เกิดวัตรกรรมการทำงานในพื้นที่สอดคล้องกับความต้องการตามศักยภาพของพื้นที่ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,



2553) และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ซึ่งส่งเสริมให้ชุมชนมีนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยอาศัยศักยภาพและความคิดสร้างสรรค์ที่ปรับประยุกต์ให้เป็นรูปแบบเฉพาะพื้นที่ที่เหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่นหรือชุมชน อีกทั้งยังสามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)

ความสนใจหัวข้ออบรมเกี่ยวกับทักษะวิชาชีพ ได้แก่ การบริหารงานสาธารณสุขยุคใหม่ ซึ่งเป็นภารกิจเพื่อสร้างสุขภาวะที่ดี ภายใต้บรรยากาศดี การให้บริการที่ดี และการบริหารจัดการที่ดี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) และหัวข้อที่ผู้ปฏิบัติงานมีความสนใจในระดับที่ใกล้เคียงกับการบริหารงานสาธารณสุขยุคใหม่ คือ การใช้ยาในการรักษาโรคที่พบบ่อย ซึ่งถึงแม้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะไม่ได้เน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่การพัฒนาต้องครอบคลุมคุณภาพด้านการรักษาโรคด้วย การทบทวนความรู้เกี่ยวกับยาในโรคที่พบบ่อยจึงยังมีความจำเป็นสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553)

ความสนใจหัวข้ออบรมเกี่ยวกับทักษะบริการ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพเชิงรุก และทักษะทางสังคม ได้แก่ มนุษยสัมพันธ์และการทำงานเป็นทีม เพื่อเพิ่มสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเรียนรู้ และให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างกลมกลืนกับวิถีชีวิตตามปกติของชาวบ้าน บนพื้นฐานของมาตรฐานและจริยธรรมให้การให้บริการ (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552) และการมีมนุษยสัมพันธ์นอกจากจะส่งเสริมการทำงานเป็นทีมแล้ว ยังเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนผ่านการสื่อสารสุขภาพ และลดสถานการณ์ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ลง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)

รูปแบบกิจกรรมในโครงการอบรม และกิจกรรมที่ใช้ประกอบหรือใช้ร่วมกับการจัดโครงการอบรมที่สนใจมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) กรณีศึกษา 2) การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชนซึ่งเป็นกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพจากผู้ปฏิบัติงานที่มาจากต่างภูมิภาค และ 3) การฝึกปฏิบัติการศึกษาพื้นที่ชุมชน โดยการลงพื้นที่ศึกษาชุมชนตัวอย่างด้านสุขภาพ หรือสถานบริการสุขภาพในชุมชนที่มีแนวปฏิบัติที่ดีในการให้บริการสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอบรมเป็นกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความชำนาญให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องกับการดำรงชีวิต และความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม (อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ, 2540) นอกจากนี้การใช้กรณีศึกษา การสร้างเครือข่าย และการศึกษาพื้นที่ชุมชน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความแตกต่างของงานเพื่อพัฒนางาน ได้รับความรู้เพิ่มเติมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของบุคคลและเห็นสภาพจริง (สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน, 2555)

สรุปผล

อัตราการตอบแบบสอบถามคิดเป็นจังหวัด ร้อยละ 92.1 จำนวน 355 คน จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 70 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลี่ย 12.2 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 37 ปี ต้องการให้จัดอบรมแบบสหวิชาชีพจากสถานบริการทุกระดับ หัวข้อการอบรมที่สนใจ ได้แก่ แนวทางการจัดทำวัฒนธรรมสุขภาพ การบริหารงานสาธารณสุขยุคใหม่ การจัดบริการสุขภาพเชิงรุก และมนุษยสัมพันธ์และการทำงานเป็นทีม รูปแบบกิจกรรมในโครงการอบรมและกิจกรรมที่ใช้ประกอบโครงการอบรมที่สนใจ ได้แก่ กรณีศึกษา การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชน และการฝึกปฏิบัติการศึกษาพื้นที่ชุมชน ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เสนอแนะให้จัดโครงการอบรมหมุนเวียนไปยังจังหวัดและภาคอื่นๆ วิทยากรควรเป็นวิทยากรที่ปฏิบัติงานจริงในสถานบริการสุขภาพ และเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานและการบริหารงาน และควรมีงบประมาณสนับสนุนการเข้าร่วมโครงการอบรม หัวข้อการอบรมอื่นๆ ที่สนใจ ได้แก่ การศึกษาดูงาน การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม การพัฒนาบุคลิกภาพ และเทคนิคการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากการสำรวจ เกี่ยวกับจังหวัดที่เสนอแนะในการจัดโครงการอบรมใน 14 จังหวัดภาคใต้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสนอให้จัดโครงการในจังหวัดต่างๆ 5 อันดับแรก ได้แก่ ภูเก็ต สงขลา กระบี่ ประจวบคีรีขันธ์ และเพชรบุรี แต่ผู้ตอบแบบสอบถาม โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในเขตภาคเหนือและภาคอีสานที่มีข้อจำกัดในการเดินทางไกล จึงเสนอแนะให้จัดโครงการอบรมไปยังจังหวัดในภาคอื่นๆ เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้ารับการอบรมอย่างทั่วถึงและสะดวก ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิทยากร ควรเป็นวิทยากรที่ปฏิบัติงานจริงในสถานบริการสุขภาพ และเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงานและการบริหารงาน ไม่ควรมุ่งเน้นวิทยากรที่เป็นนักวิชาการจากสถาบันการศึกษา ซึ่งมีเพียงทฤษฎีและยังขาดประสบการณ์ในเนื้องาน และหากเป็นไปได้ควรมีงบประมาณสนับสนุนการเข้าร่วมโครงการอบรม ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับหัวข้อการอบรมที่สนใจ ได้แก่ การศึกษาดูงานในหน่วยงานต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมประสบการณ์ การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมในการให้บริการสุขภาพ การพัฒนาบุคลิกภาพเพื่อการบริการ และเทคนิคการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาทั้งประเด็นของหัวข้อและรูปแบบการฝึกอบรม หน่วยงานหรือสถาบันที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการฝึกอบรม สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปวางแผนจัดโครงการอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานและขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมทั้งประยุกต์หัวข้ออบรมเพื่อให้ครอบคลุมกับผู้ปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ



และในส่วนของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถเลือกสมัครเข้ารับการอบรมจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีเนื้อหาในการฝึกอบรมสอดคล้องกับความต้องการในการพัฒนาความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการสุขภาพ ศึกษาความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพเปรียบเทียบกับระหว่างการฝึกอบรมเฉพาะวิชาชีพกับการอบรมแบบสหวิชาชีพ หรือเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลระดับเดียวกันกับผู้ปฏิบัติงานที่มาจากหน่วยงานทุกระดับ

รายการอ้างอิง

- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2552). **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึก.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. (2555.) **การจัดการศึกษาและปรึกษาทางไกลเพื่อสนับสนุนบริการเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการสุขภาพปฐมภูมิ**. สืบค้นเมื่อ 2 ส.ค. 2555 จาก [http:// www. dlfp.in.th/ paper/325](http://www.dlfp.in.th/paper/325).
- สำนักงานโครงการส่งเสริมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (2555). **ความเป็นมาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2555 จาก <http://hph.moph.go.th /index. php? modules=Content&action=history>.
- สำนักงานโครงการส่งเสริมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (2555). **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. สืบค้นเมื่อ 2 พ.ค. 2555 จาก <http://hph.moph. go.th/?modules =Books&action=ListViewBooks&id=5&type=1#>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). **คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). **กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี 2554 – 2558**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน. (2555). **สรุปรายงานผลการศึกษาดูงาน “เสริมสร้างสมรรถนะทำงานเพื่อสนับสนุนงานวิชาการ**. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.
- อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ. (2540). **กระบวนการฝึกอบรมสำหรับการศึกษานอกระบบโรงเรียน**. กรุงเทพฯ: บริษัทประชาชน จำกัด.
- อาชัญญา รัตนอุบล และคณะ. (2548). **การจัดการเรียนรู้ของแหล่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต: ห้องสมุดประชาชน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.



การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่

The Development of Perioperative Nursing Documentation in Krabi Hospital.

สุชาตา วิภาวณันต์ พย.ม. (Suchata Vipavakarn, M.N.S.)¹

มนิสา เพชรโยธา พย.บ. (Manisa Phetyotha, B.N.S.)²

กิตติยา ผลึกเพชร พย.บ. (Kittiya Palueketch, B.N.S.)³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ โดยใช้กระบวนการพยาบาลใน 3 ระยะของการผ่าตัดคือระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ดำเนินการพัฒนาแบบการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) กลุ่มพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 30 คน 2) กลุ่มผู้ใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลจำนวน 18 คน 3) กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2553 จำนวนทั้งสิ้น 119 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลใช้หลัก 4C ตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล 2) แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้รับได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์วางแผนพัฒนา ยังไม่มีรูปแบบของการบันทึกทางการพยาบาลที่ใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด การเขียนบันทึกทางการพยาบาลเขียนในบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับหอผู้ป่วย 2) ระยะพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลใน 3 ระยะของการผ่าตัด ตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักการพยาบาล มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติการกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติในทุกระยะของการผ่าตัด 3) ระยะประเมินผลการพัฒนา ด้านการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4C ตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาลพบว่า มีการบันทึกได้ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน ได้ใจความ คิดเป็นร้อยละ 75.4 ความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่าเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมาย และการประเมินผลมีความครบถ้วนสมบูรณ์เพียงร้อยละ 34.5

¹ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่
เบอร์โทรศัพท์ 084-3043440 E-mail: suchata_v@hotmail.com

² พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่

³ พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่



ด้านการใช้ประโยชน์จากการบันทึกทางการพยาบาลดังนี้ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด 2) บุคลากรใช้เป็นแนวปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน 3) องค์กรเป็นสิ่งที่สะท้อนมาตรฐานการพยาบาลและเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลหลังใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้นจาก ร้อยละ 61.64 ในปี พ.ศ.2552 เป็นร้อยละ 84.5 ในปี พ.ศ. 2553

คำสำคัญ: บันทึกทางการพยาบาล, การพยาบาลห้องผ่าตัด

Abstract

This research and development aimed to develop perioperative nursing documentation based on the nursing process including preoperative, intraoperative, and post-operative nursing care. The research process was divided into 3 phases: 1) situation analysis and planning phase, 2) developing perioperative nursing documentation, and 3) evaluation. Samples were 3 groups: 1) thirty (30) registered nurses who were working in operating room and developed the perioperative nursing documentation, 2) eighteen (18) registered nurses who used the perioperative nursing documentation, and 3) one hundred and nineteen (119) patients who were admitted in the hospital between October First, 2010 and December 31, 2011. The research instruments were: 1) checklist of the perioperative nursing documentation's quality, based on the 4C criteria of Nursing center, 2) questionnaires regarding the surgical patients' satisfaction toward a quality of nursing care. Reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's Alpha Coefficient and equal to .89. The data were analyzed using mean, percentage, and content analysis.

The results revealed as following.

1. The operative nursing documentation was developed (including the three phases of surgery) based on the nursing process following the standard care as recommended by the Nursing center. The three main categories providing continuing of perioperative care were nursing diagnosis setting, nursing intervention, and nursing evaluation.

2. The quality of the perioperative nursing documentation was complete, accurate, clear, and concise (75.4%). The incompleteness of the perioperative nursing documentation were nursing diagnosis, goal of nursing care, and nursing evaluation (34.5%).

The utilities of the perioperative nursing documentation were as follows: patients were closely monitored, nurses used as guidelines for nursing care, the hospital used as a tool for nursing standard and nursing quality check in order to improve the quality of patient care. After using the perioperative nursing documentation, the patient's satisfaction regarding quality of nursing care was significantly higher than before using it (61.64% in 2009 and 85.4% in 2010).

Keywords: Nursing Documentation, Perioperative Nursing

บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการพยาบาล อันเป็นบริการหลักของระบบสุขภาพ ซึ่งมีการพัฒนามาตรฐานการพยาบาล เพื่อให้บุคลากรพยาบาลใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน นอกจากนี้การประเมินคุณภาพบริการสถานบริการของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน มีความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ได้การรับรองคุณภาพบริการ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้ตามมาตรฐาน เพื่อให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายขององค์กรพยาบาล คือการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพราะการประเมินคุณภาพบริการส่วนใหญ่มาจากคุณภาพการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2545) การควบคุมคุณภาพการพยาบาลจึงทำได้หลายรูปแบบ เช่น การจัดทำมาตรฐานการพยาบาล การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล โดยเฉพาะการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลจากการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย เพราะสามารถสะท้อนให้เห็นคุณภาพทางการพยาบาลที่บ่งบอกขอบเขตของงานที่พยาบาลรับผิดชอบและสามารถนำไปใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้

การบันทึกทางการพยาบาล จึงเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลวิชาชีพบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรโดยแสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลและตอบสนองของผู้ใช้บริการ ต่อแผนการรักษาและให้การพยาบาล นอกจากนั้นบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นส่วนที่แสดงถึงองค์ความรู้ของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ใช้บริการ การบันทึกทางการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์จะช่วยให้งานของพยาบาลเป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับของพยาบาลเองและวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง (ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญจา เตากกล้า, 2543)

บันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้นจะต้องสะท้อนแนวคิดต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีความครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ดังนั้นการบันทึกการพยาบาลอย่างถูกต้อง



ครบถ้วน ย่อมเป็นที่ประกันได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพราะผู้ที่เกี่ยวข้องจะได้รับข้อมูลของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง (จิรวรรณ ชาติประดิษฐ์ และศรัญญา จุฬารีย์, 2552) สอดคล้องกับหลักการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (Association of PeriOperative Registered Nurses: AORN, 2009) ซึ่งให้ข้อแนะนำในการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดให้เสร็จสิ้นในแต่ละขั้นตอน

โรงพยาบาลกระบี่เป็นโรงพยาบาลระดับมาตรฐาน (Standard) ขนาด 341 เตียงมีเพียงแห่งเดียวในจังหวัดกระบี่และเขตพื้นที่รอยต่อของจังหวัดใกล้เคียงที่เปิดให้บริการผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง มีจำนวนห้องผ่าตัดใหญ่ 6 ห้อง ห้องผ่าตัดเล็ก 1 ห้องให้บริการผ่าตัดสูติ นรีเวช ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ผ่าตัดตา หู คอ จมูก ขากรรไกรและใบหน้า ระบบทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมประสาท รวมถึงการผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง ผ่าตัดเล็กทั่วไป และการส่องกล้องทำหัตถการทั้งระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ การบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ เดิมมีเพียงการบันทึกระดับบาดแผล สิ่งที่ติดไปกับผู้ป่วยและการส่งขึ้นเนื้อ ในบันทึกทางการพยาบาลร่วมกับหอผู้ป่วยซึ่งไม่สะท้อนการปฏิบัติที่ใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลงานห้องผ่าตัด จากการตรวจเยี่ยมของคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล และสำนักการพยาบาล ปี พ.ศ. 2551 และ 2552 เพื่อตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามหลักเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล (2550) และความครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกตามหลัก 4C คือความถูกต้อง (Correct) ครบถ้วน (Complete) ชัดเจน (Clear) และได้ใจความ (Concise) พบว่าไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ตรวจสอบได้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้มีการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดหรือบันทึกเฉพาะการผ่าตัด และสิ่งที่ติดไปกับผู้ป่วย ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดูแล เกิดปัญหา อุปสรรคในการค้นหาข้อมูลย้อนหลัง จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด (AORN, 2009) พบว่ามีการกำหนดรูปแบบของการบันทึกทางการผ่าตัดเป็น 3 ระยะของการผ่าตัดคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดโดยทำเป็นแบบ Checklist ด้วยการนำระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงในแต่ละระยะของการผ่าตัด โดยพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดเป็นการประเมินอาการและการตรวจสอบการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ในระยะผ่าตัดได้นำระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงของการติดเชื้อแผลผ่าตัดโดยกำหนดชนิดของแผลผ่าตัด กิจกรรมการดูแลในห้องผ่าตัด การจัดทำผู้ป่วยผ่าตัด และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดจากการผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดเป็นการประเมินอาการและความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการผ่าตัด เป็นการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่ามีผลสอดคล้องกับมาตรฐานห้องผ่าตัดของสำนักการพยาบาลฉบับมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล 2550 ซึ่งสามารถตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามแบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลงานบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาและพัฒนาแบบบันทึก



ทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ ที่มีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด เพื่อให้บุคลากรพยาบาลงานห้องผ่าตัดมีแนวทางในการบันทึกทางการพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานการพยาบาล และใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล ใช้เป็นตัวกำกับให้พยาบาลผ่าตัด ปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลที่กำหนด เพื่อควบคุม คุณภาพการพยาบาลให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล และดำรงไว้ซึ่งระดับคุณภาพของการให้บริการและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2545)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีแนวบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดของ Association of periOperative Registered Nurses (AORN, 2009) มาปรับให้เข้ากับบริบทของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ และเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ ให้มีความครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 ถึง 31 มกราคม 2554 โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ ดังนี้

1. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 60 ฉบับ

2. ประชุมทีมพยาบาลห้องผ่าตัดใช้หลักการระดมสมองหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

3. ศึกษาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนในการดำเนินการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล ดำเนินการระหว่าง 1 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดเริ่มดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

1. จัดทำและเสนอโครงการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดแก่ผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการ



2. แต่งตั้งคณะกรรมการในการพิจารณาและออกแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โดยพัฒนาจากแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดของ AORN (2009) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิด ในการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ ด้วยการออกแบบบันทึก ทางการพยาบาลผ่าตัดออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด เป็นการประเมินอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การระบุตัวผู้ป่วย การตรวจสอบความพร้อมก่อนผ่าตัด การตรวจสอบสิ่งที่จะต้องนำมาพร้อมกับผู้ป่วย ระยะผ่าตัด กำหนดชนิดของน้ำยาที่ใช้ในการฟอกผิวหนัง ก่อนผ่าตัด ชนิดของแผลผ่าตัด การจัดทำในการทำผ่าตัด การใช้อุปกรณ์สนับสนุนในการจัดทำผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยหลัง ผ่าตัด รวมไปถึงการตรวจนับอุปกรณ์สิ่งของต่างๆที่ใช้ในการผ่าตัด การใช้เครื่องมือไฟฟ้าตำแหน่งที่ติด Plate การใช้ทุบิกเตอร์ ระยะหลังผ่าตัดเป็นการประเมินผิวหนังผู้ป่วยหลังผ่าตัด การจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก ห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น/หอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วย หรือกลับบ้าน สภาพทั่วไปของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย ออกจากห้องผ่าตัด เพื่อให้ตอบสนองมาตรฐานห้องผ่าตัด และเกณฑ์มาตรฐานของสำนักการพยาบาล ผู้วิจัยนำมาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดมาพัฒนาให้เข้ากับเกณฑ์ประเมินคุณภาพการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามแบบประเมิน APIE ของสำนักการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายใน 3 ระยะของการผ่าตัด และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด

3. จัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลฉบับร่างนำเสนอในเวทีประชุมของคณะกรรมการพิจารณา แบบบันทึกทางการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย และตัวแทนจากหอผู้ป่วยในจำนวน 30 คน ร่วมพิจารณาและออกแบบบันทึก ทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานห้องผ่าตัดและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้ เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด

5. จัดทำคู่มือบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดครอบคลุม 3 ระยะของการผ่าตัด

6. ประชุมชี้แจงการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดให้แก่พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงาน ในห้องผ่าตัดหลังจากนั้นนำแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่พักรักษาตัว ในโรงพยาบาลกระบี่ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 1,917 ราย ประเมิน ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพผู้เขียนบันทึกทางการพยาบาลในห้องผ่าตัดด้วยการประชุมกลุ่มย่อย เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น

7. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดนำเสนอในเวที คณะกรรมการพิจารณาแบบบันทึกทางการพยาบาล รับฟังข้อเสนอแนะและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ



เพื่อให้แบบบันทึกทางการแพทย์มีความชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระป๋องครั้งระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 1,693 ราย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลห้องผ่าตัด

1. เก็บรวบรวมแบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลห้องผ่าตัดมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลห้องผ่าตัด ค้นหาปัญหา อุปสรรคของการบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลที่ไม่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ โดยการสนทนากลุ่ม นำปัญหา อุปสรรค มาดำเนินการแก้ไขให้เนื้อหาในแบบบันทึกทางการแพทย์โรงพยาบาลห้องผ่าตัดมีความครอบคลุมเนื้อหามาตรฐานงานห้องผ่าตัดตามเกณฑ์ของสำนักงานพยาบาล จากพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด และหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง

2. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่ได้รับ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 – 72 ชั่วโมง อยู่ในสภาวะพร้อมที่ตอบแบบสอบถามและที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระป๋องระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 จำนวนทั้งสิ้น 119 ราย โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปอธิบาย และแจกให้กับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสามารถตอบได้อย่างอิสระ หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลหอผู้ป่วยในการเก็บแบบสอบถามคืน นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

3. สรุปผลการพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ทำการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกระป๋องที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัด และผู้ป่วยผ่าตัดที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลกระป๋องระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2553 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2554

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มพัฒนาแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก และหอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ข้อมูลจากแบบบันทึกทางการแพทย์ห้องผ่าตัด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 3 ปีขึ้นไป และทำหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวรจำนวน 30 คน

2. กลุ่มผู้ใช้แบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก หอผู้ป่วยหนัก และหอผู้ป่วยหลังคลอด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นหัวหน้าเวรตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 18 คน



3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกระบี่ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและพักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระบี่ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 119 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารการพยาบาล ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มทดลองและผู้บริหารโรงพยาบาล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4C ของสำนักการพยาบาล
2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่ได้รับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการใช้แบบบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัดหลังจากผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลมาทดลองใช้บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลกระบี่ ครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2553 ครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2553

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลแบบบันทึกทางการพยาบาล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะทดลองใช้มาวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปจากข้อเท็จจริงโดยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและประโยชน์ที่ได้จากข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น สู่การปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้ประโยชน์และลดปัญหา อุปสรรคในการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดมากที่สุด

ข้อมูลคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของการบันทึกในแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด คิดเป็นร้อยละจากข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัดที่ใช้แบบบันทึกทางการ



พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด สำหรับข้อมูลความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ระยะเวลาศึกษาสถานการณ์การบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดพบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดในบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด 5 บทบาทคือพยาบาลช่วยผ่าตัดคนที่ 1 พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด พยาบาลช่วยรอบนอก พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาผู้ป่วย และพยาบาลผู้จัดการห้องผ่าตัดในการเป็นหัวหน้าเวร และหัวหน้าห้องผ่าตัดแต่ละห้อง แต่ยังไม่มีการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด การทำผ่าตัด/หัตถการต่างๆมีเพียงข้อมูลของแพทย์เท่านั้น ทำให้ขาดความต่อเนื่องของข้อมูลเกิดปัญหา อุปสรรคในการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องในระยะหลังผ่าตัด การขอข้อมูลของหอผู้ป่วยด้วยการโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูล เกิดปัญหา อุปสรรคในการประสานงาน ในการค้นหา สอบถามข้อมูลจากพยาบาลช่วยผ่าตัดแต่ละราย

2. ระยะเวลาพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัด พบว่า ได้แบบบันทึกทางการพยาบาลที่มีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดดังนี้

2.1 ระยะก่อนผ่าตัด มีการระบุเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด การประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับการจำแนกประเภทผู้ป่วย เพื่อประเมินความเร่งด่วนในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล มีการนำแนวทางของการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละระยะของการผ่าตัดคือ ระยะก่อนผ่าตัดตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วย ด้วยการสอบถามชื่อ – สกุล ตำแหน่งและข้างที่ทำผ่าตัด ระบุแหล่งที่มาของการตรวจสอบเพื่อป้องกันผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย สิ่งที่ต้องนำมากับผู้ป่วยเป็นการตรวจสอบความพร้อมก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพื่อลดอุบัติเหตุการฉีก/เลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม โดยพยาบาลผู้จัดการห้องผ่าตัด ซึ่งทำหน้าที่เป็นพยาบาลหัวหน้าเวรพร้อมลงบันทึกผู้ตรวจสอบไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งปัญหาอุปสรรคในระยะแรกของการทดลองใช้เครื่องมือพบว่า ขาดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ซึ่งมติของคณะกรรมการเสนอแนะให้มีข้อมูลดังกล่าวโดยทำเป็นแบบเติมคำ เพื่อให้ตอบสนองผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 ระยะผ่าตัด มีการระบุเวลาที่เข้าห้องผ่าตัด เวลาเริ่มผ่าตัด และสิ้นสุดการผ่าตัด เป็นการตรวจสอบระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขณะผ่าตัด จากการผ่าตัดนาน มีการระบุกิจกรรมการพยาบาลขณะผ่าตัด เช่น การจัดท่าผู้ป่วยผ่าตัด การใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ รวมถึงการใช้เครื่องมือช่วยในการผ่าตัด และการใช้ทุนิกเก็ตห้ามเลือด การเก็บและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การส่งตรวจชิ้นเนื้อ วันนัดฟังผลชิ้นเนื้อ เพื่อเป็นข้อมูลให้หอผู้ป่วยวางแผนดูแลต่อเนื่องนอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด สื่อให้เห็นความครบถ้วน สมบูรณ์ของการตรวจนับเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัด สิ่งที่ติดไปกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด และการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เพื่อสื่อข้อมูลให้หอผู้ป่วยมีการดูแลที่ต่อเนื่องหลังผ่าตัด



2.3 ระยะหลังผ่าตัด เป็นการประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลหลังผ่าตัด การประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขณะผ่าตัด จากการตรวจสอบอาการบาดเจ็บต่างๆที่อาจเกิดขณะผ่าตัด เช่น อาการบาดเจ็บจากการจัดท่า จากการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เช่นจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า จากการใช้ทูนเกต และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด ซึ่งในระยะแรกของการทดลองใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลพบว่าขาดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล และการส่งต่อข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อการวางแผนการดูแลที่ต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงทำการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ โดยใช้วิธีตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลโดยเว้นช่องว่างให้เติมคำ เพื่อให้ตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. ระยะประเมินผล ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดผู้วิจัยได้ติดตามประเมินการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โดยประเมินจากความครบถ้วน สมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล และประโยชน์ที่ได้จากการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้

3.1 ด้านความครบถ้วน สมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าการบันทึกในแต่ละระยะของการผ่าตัด มีการลงบันทึกได้ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ตามหลักของการตรวจสอบตามหลัก 4C ความครบถ้วน สมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 75.4 ความไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ของบันทึกทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายและการประเมินผลการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 34.5 สาเหตุเกิดจากภาระงานมาก บุคลากรขาดทักษะในการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเนื่องจากมีความยุ่งยากและใช้เวลานาน

3.2 ด้านประโยชน์ที่ได้จากการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด มีประโยชน์ดังนี้

3.2.1 ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด พบว่า พยาบาลเข้าไปพูดคุย ชักถามผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการทำผ่าตัดอย่างดี นอกจากนี้ข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 ต่อบุคลากร พบว่าข้อมูลในแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ใช้ในการสื่อสารข้อมูลภายในทีม ช่วยประหยัดเวลาในการส่งต่อข้อมูล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล

3.2.3 ต่อองค์กร เป็นสิ่งสะท้อนมาตรฐานการพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล พัฒนาคุณภาพงานบริการ และเป็นเครื่องมือในการตรวจสอบคุณภาพบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.3 ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคุณภาพบริการพยาบาลผ่าตัดที่ได้รับ พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้นจากเดิมก่อนและหลังพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ร้อยละ 61.64 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 84.5 ในปี พ.ศ. 2553 เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า รู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจเมื่อได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด มีความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 90 รองลงมา เป็นเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด มีสีหน้ายิ้มแย้ม มีความเป็นกันเอง ขณะให้การช่วยเหลือ ร้อยละ 89.3

ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ การอธิบายเกี่ยวกับสภาพและสิ่งที่ติดมากับผู้ป่วยหลังผ่าตัด ร้อยละ 76

การอภิปรายผล

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ โดยใช้กระบวนการของการพัฒนา 3 ระยะคือ ระยะศึกษาปัญหา ระยะพัฒนา และระยะประเมินผล ตามมาตรฐานการพยาบาล ห้องผ่าตัด และเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล มาใช้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดโดยใช้กรอบแนวคิดของ AORN (2009) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลนั้น บันทึกทางการพยาบาล นอกจากเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงคุณภาพของการพยาบาลทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัดแล้ว ยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพในสิ่งที่พยาบาลต้องบันทึกข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติ การสังเกต และผลลัพธ์จากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการตรวจสอบความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2009) จะเห็นว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดได้เน้นการปฏิบัติการพยาบาล และการตรวจสอบเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ในทุกระยะของการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การตรวจสอบความถูกต้องในการระบุตัวผู้ป่วย การเซ็นยินยอมการผ่าตัด การงดน้ำ อาหาร การระบุตำแหน่ง ข้างที่ทำผ่าตัด การตรวจสอบสิ่งที่ต้องนำมากับผู้ป่วย ก่อนที่ผู้ป่วยจะทำการผ่าตัด ในระยะผ่าตัด มีการระบุท่าในการผ่าตัด การใช้ อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ รวมถึงการตรวจนับสิ่งของ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัด ติดตามประเมินผล ในระยะหลังผ่าตัด และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกระยะของการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของเพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, ปัทมา อนุมาศ, จิตภา จารุสินธุ์ และ อรพันธ์ พรรณประดิษฐ์ (2556) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการพยาบาล ผ่าตัดต่อคุณภาพบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ และสอดคล้องกับ ยุพลักษณ์ วัฒนพันธุ์, นงเยาว์ ธราวรรณ และพิชามญช์ อินแนม (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่พบว่าการบันทึกทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดช่วยสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยผ่าตัด นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นการใช้กระบวนการพยาบาลและคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ พันธสี และรัชณี นามจันทร์ (2549) ที่ศึกษาการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลพบว่า บันทึกทางการพยาบาลใช้เป็นหลักฐานในการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล กระบวนการพยาบาล ช่วยให้ทราบปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายสู่การวางแผนปฏิบัติ ดำเนินการตามแผน และติดตามประเมิน ก่อให้เกิดกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจคุณภาพบริการ ที่ได้รับอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาลผ่าตัด ที่แสดงให้เห็นถึงการประสานความร่วมมือกันเป็นอย่างดี พยาบาลมีพฤติกรรมในการสร้างบรรยากาศ ที่ผ่อนคลาย มีการปฏิบัติงานด้วยความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่กระทำกับผู้ป่วย มีความเมตตา เห็นอกเห็นใจ



ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุเรศ ลีลาวรรุฒิ และฮอเตียะ บิลยะลา (2548) ที่ศึกษาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ พบว่าการรับรู้คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดอยู่ในระดับดีเนื่องจากผู้ป่วย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการผ่าตัด มีเจ้าหน้าที่คอยดูแล และให้คำปรึกษาจนการผ่าตัด เสร็จสิ้นทำให้เกิดความประทับใจ ฟังพอใจดังกล่าว

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้างนี้เมื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล พบว่ายังขาดในส่วนของการวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมาย กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล การวินิจฉัยการพยาบาลนั้นเนื่องจากภาระงานมาก ผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพต้องใช้ความรู้และทักษะในการบันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน การวางแผนการพยาบาลซึ่งต้องบันทึกเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการพยาบาล ผลลัพธ์ ที่คาดหวัง และกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องใช้ความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ในการใช้ กระบวนการพยาบาลในการบันทึก สอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ พันธสี และรัชณี นามจันทร์ (2549) พบว่าทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพต่อการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลอยู่ในระดับต่ำเนื่องจากการใช้ภาษา ในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลเข้าใจยากไม่ยากเขียนสอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ ทองประทีป และเบญจา เตากล่ำ (2556) พบว่าปัญหาอุปสรรคในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวข้องกับทัศนคติ และการขาดแรงจูงใจในการเขียนบันทึกของพยาบาล นอกจากนี้การบริหารจัดการอัตราส่วนระหว่าง พยาบาลต่อผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพลักษณ์ วัฒนพันธุ์, นงเยาว์ ธีรารัตน และพิชามญช์ อินแนม (2555) พบว่า ความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด เนื่องจากการะงานที่หนักมากผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล ไม่เห็นความ สำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลส่งผลให้การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดภาพรวมอยู่ในระดับมากแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพ บริการพยาบาลผ่าตัด รู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจเนื่องจากพยาบาลมีความเป็นกันเอง สีสหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ให้การช่วยเหลือและให้คำแนะนำเป็นอย่างดี ส่วนข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดเป็นการอธิบายเกี่ยวกับ สภาพและสิ่งที่ดีติดมากับผู้ป่วยหลังผ่าตัด สาเหตุเนื่องจากการขาดอัตรากำลัง ภาระงานมาก ความต้องการ ให้มีการลีนไหลของจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อลดอุบัติเหตุ/เลื่อนผ่าตัด ทำให้มีข้อจำกัดในการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ทราบสภาพและสิ่งที่ดีติดไปกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด จึงเป็น สาเหตุให้เกิดความพึงพอใจน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ประทุม เสดลานนท์ และเพ็ญปวีณ จตุรพิธโพธิ์ทอง (2555) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดไม่มีความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตัว ก่อนขณะ และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการผ่าตัดเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ เพิ่มขึ้น

สรุปผล

การศึกษานี้สรุปได้ว่าแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น สามารถนำมาใช้ได้ดี ในการบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัด เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลใช้ความรู้ ความสามารถเชิงวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดทั้ง 3 ระยะของการผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วย ได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ตามมาตรฐาน ก่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ ป้องกันได้ การเพิ่มพูนความรู้ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ จะเพิ่มความตระหนักในการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดให้มีการบันทึกอย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ซึ่งจะช่วยในการสื่อสารกับทีมดูแลผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ครบถ้วน ในการวางแผน การดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องแล้ว บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ยังมีประโยชน์ โดยตรงต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากการเข้าไปซักถาม การให้คำแนะนำ เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการผ่าตัดเป็นอย่างดี ประโยชน์ต่อบุคลากร ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยผ่าตัดให้มีการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ประโยชน์ต่อองค์กร ใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบ คุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ให้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เกิดความปลอดภัยจากบริการที่ได้รับ นอกจากนี้บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสามารถ นำไปใช้อ้างอิงทางกฎหมายได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ศึกษากระบวนการสร้างแรงจูงใจและทัศนคติต่อการเขียนบันทึกทางการพยาบาลเพื่อให้ บุคลากรเกิดความตระหนักในการบันทึกทางการพยาบาลให้มีความครอบคลุม ครบถ้วน สมบูรณ์ยิ่งขึ้น
2. ศึกษาแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบบการให้บริการผ่าตัดและระดับความรู้สึก โดยผู้ป่วยไม่ต้องค้างคืน (Same Day Surgery) ที่มีความครอบคลุม กระบวนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ของการผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกระบี่ นพ.วีรวัฒน์ ยอแสงรัตน์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกระบี่ พว.จารุพัทธ์ กัญจนิตานนท์ หัวหน้าห้องผ่าตัด พว.สุนิยา ฤทธานนท์ คณะกรรมการพิจารณาการพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และผู้ป่วยผ่าตัดทุกราย ที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



เอกสารอ้างอิง

- จิรวรรณ ชาประดิษฐ์ และศรีัญญา จุฬาริ. (2552). การพัฒนาการบันทึกทางการพยาบาล
งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุรินทร์. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**,
27(1): 17-26
- ทัศนีย์ ทองประทีป และเบญจา เตากล่ำ. (2543). บันทึกทางการพยาบาลกับการประกันคุณภาพ
การพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล**, 15(2): 1-11.
- ประทุม เสลานนท์ และเพ็ญปวีณ จตุรพิธโพธิ์ทอง. (2555). ผลการเย็บก่อนผ่าตัดทวารศัพท์
ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดก่อนเนื่องอกที่ได้นมแบบไม่พักค้าง
ในโรงพยาบาล. **วารสารพยาบาลศิริราช**, 5(1): 29-39.
- พรศิริ พันธสี และรัชนี นามจันทร์. (2549). การพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล.
วารสารสภาการพยาบาล, 21(4): 80-93.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2545). การบันทึกทางการพยาบาล อนุกรรมการบริหาร
การพยาบาล ลำดับที่ 4. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล, ปัทมา อนุมาศ, จิดาภา จารุสินธุ์ชัย และอรพันธ์ พรหมประดิษฐ์. (2556).
ผลของการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดต่อคุณภาพบันทึก
ทางการพยาบาล ห้องผ่าตัดศัลยศาสตร์. **วารสารพยาบาลรามา**, 19(2): 249-263.
- มยุเรศ ลีลาวรรุฒิ และฮอเดียะ บิลยะลา. (2549). คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดติดตามการรับรู้
ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **สงขลานครินทร์เวชสาร**, 24(3):
223-229.
- ยุพลัย วัฒนพันธุ์, นงเยาว์ ธีรารรรณ และพิชามญช์ อินแนม. (2555). การพัฒนาการบันทึก
ทางการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลแพร่. **วารสารโรงพยาบาลแพร่**,
20(1): 42-51.
- อุษาวดี อัครวิเศษ. (2545). **ประเด็นและแนวโน้มในการพยาบาลผ่าตัด**. กรุงเทพฯ: นิยมวิทยา.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**.
ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- AORN Official Statement. (2006). **Perioperative Patient Focused Model In AORN, Standards Recommended Practices and Guidelines**. Denver: AORN, Inc.
- Association of PeriOperative Registered Nurses. (2009). **Perioperative Standards and Recommended Practices**. Denver Co: AORN.
- World Health Organization. (2009). **Surgical Safety Checklist**. Retrieved June 12, 2010, from <http://www.google.co.th>.



การป้องกันและการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์

Prevention and Care of Children with Down Syndrome

นัยนันต์ จิตประพันธ์ พย.ม. (Naiyanan Jitprapun, M.N.S.)¹

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการดาวน์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสารพันธุกรรม พบได้ในทุกเชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และภูมิประเทศ เด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดใหม่ปีละประมาณ 1,000 คน หรือประมาณ 3 คนต่อวัน ประมาณร้อยละ 85 ของทารกที่เป็นดาวน์ซินโดรมจะมีชีวิตรอดถึงอายุ 1 ปี และประมาณร้อยละ 50 จะมีชีวิตจนถึงอายุ 50 ปี สาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในช่วงวัยทารกและวัยเด็ก มาจากความพิการของหัวใจแต่กำเนิด ปัญหาที่สำคัญของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่มีรอดชีวิต คือ การมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กทั่วไป และมักพบความผิดปกติของการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ร่วมด้วย ปัจจุบันยังไม่มีผลการศึกษาหรืองานวิจัยที่รองรับวิธีการรักษากลุ่มอาการดาวน์ในมนุษย์ การศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการกระตุ้นพัฒนาการจะช่วยเพิ่มพูนศักยภาพได้อย่าง ชัดเจน และจะให้ผลดีที่สุด หากทำในช่วงอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปีแรกของชีวิต ดังนั้นเด็กกลุ่มนี้จึงควรได้รับ การส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการโดยเร็ว เพื่อช่วยพัฒนาศักยภาพของเด็ก โดยอาศัยความร่วมมือของทุก ๆ ฝ่าย หากเด็กกลุ่มนี้ขาดการดูแลช่วยเหลือและไม่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ จะทำให้เด็กมีปัญหาสุขภาพ ที่รุนแรงและซับซ้อน รวมทั้งมีพัฒนาการล่าช้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก เพิ่มภาระแก่ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ จึงควรป้องกันไม่ให้มีจำนวนเด็กกลุ่มอาการดาวน์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความ ร่วมมือของทุก ๆ ฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรทางสาธารณสุข หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู และสังคมรอบข้างของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ซึ่งมีส่วนสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้เด็กกลุ่ม อาการดาวน์มีศักยภาพสูงสุด และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: การป้องกันและการดูแล, เด็กกลุ่มอาการดาวน์

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เบอร์โทรศัพท์ 080-3991384 , E-mail: naiyanan@live.com

Abstract

Down syndrome is caused by a genetic disorder which is found in every culture, race, socioeconomic status, and geography. Nearly one thousand children were born with the Down syndrome each year or about 3 cases per day. Among those children, 85 percent (%) have survived until 1 year of age. About 50 % of the 1-year survivors will live until the age of fifty years old. The major causes of death during infancy and childhood are congenital heart defects. The critical issue of Down syndrome-children who have survived is the slower development than typical children, and abnormal functioning of the various systems in the body as well. Currently, there are no studies or researches that supports the treatment of Down syndrome in human. Previous studies in Thailand and elsewhere found that the stimulation of the children who are affected by the Down syndrome is the key to enhance their potential and development.

This stimulation protocol will provide the best results if it is done in the period range where the age of the child is 2 months to 2 years of age. Therefore, the children should be encouraged by new-born stimulation protocol in order to improve their potential with the cooperation of all parties, it is to say the medical personnel, the parents, the caregivers. If the Down syndrome-child lack of good care and do not get the necessary development stimulation, he or she will have serious and complicated health problems and developmental delay. The consequences consist in a general effect over the child's quality of life and, therefore, it come and add to the burden of the family, the society and the nation. Conclusion: it is crucial to prevent the incidence of Down syndrome through: a) an early diagnostic, b) the cooperation of the public health personnel, the involved organizations, the parents and the caregivers. Prevention is crucial in regards of the social impacts of Down syndrome among children in Thailand. Many children with Down syndrome can live happily in society.

Keywords: Down Syndrome, Prevention and Care

บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ ได้มีการค้นพบตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 16 มีการบรรยายทางวิชาการเรื่องกลุ่มอาการดาวน์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1846 โดย Edouard Onesimus Sequin และในปี ค.ศ. 1866 John Langdon Down ได้เขียนบรรยายเป็นครั้งแรกว่า พบเด็กที่บกพร่องทางสติปัญญาคนหนึ่ง มีลักษณะหน้าตาคล้ายคลึงกับชนเชื้อชาติมองโกล ได้เรียกความผิดปกติชนิดนี้ว่า มองโกลิซึม (Mongolism)



ต่อมา มีการคัดค้านการใช้ชื่อนี้ และเพื่อเป็นเกียรติแก่ผู้พบโรคนี้ จึงเรียกชื่อใหม่ว่า Down Syndrome หรือกลุ่มอาการดาวน์ (นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, 2557) ในปี ค.ศ. 1959 Jerome Lejeune ได้พบสาเหตุของโรคว่าเกิดจากความผิดปกติของสารพันธุกรรม แม้ว่าในปัจจุบันแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ได้พยายามศึกษาวิจัยหาวิธีการรักษากลุ่มอาการดาวน์ในสัตว์ทดลอง แต่พบอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษา จึงยังไม่มีวิธีการรักษากลุ่มอาการดาวน์ในมนุษย์ได้ (ทองทิศ ทองใหญ่, 2553)

กลุ่มอาการดาวน์พบได้ในทุกเชื้อชาติ วัฒนธรรม เศรษฐฐานะ และภูมิประเทศ โดยทั่วไปพบ 1 ต่อ 600-800 ของเด็กเกิดใหม่แต่ละปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีเด็กเกิดใหม่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ประมาณ 10,000 ราย หากประเทศไทยมีประชากรเกิดใหม่ปีละ 1 ล้านคน จะมีเด็กกลุ่มอาการดาวน์เกิดใหม่ปีละประมาณ 1,000 คน หรือประมาณ 3 คนต่อวัน ประมาณร้อยละ 85 ของทารกที่เป็น Down Syndrome จะมีชีวิตรอดถึงอายุ 1 ปี และประมาณร้อยละ 50 จะมีชีวิตถึงอายุ 50 ปี สาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญในช่วงวัยทารกและวัยเด็กมาจากความพิการของหัวใจแต่กำเนิด เด็กที่สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าคนปกติ กลุ่มอาการดาวน์เป็นความผิดปกติของโครโมโซมและโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (หรือภาวะปัญญาอ่อน) คิดเป็นสัดส่วน 1 ใน 3 ของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ระดับปานกลางถึงรุนแรง อัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อหญิงเป็น 1.3 ต่อ 1 (พรสวรรค์ วสันต์, 2557)

ปัญหาของกลุ่มอาการดาวน์ เป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งที่ควรตระหนักและให้ความสำคัญ เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้จะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กทั่วไป และมักพบความผิดปกติของการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายร่วมด้วย หากเด็กกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยเร็วและเหมาะสม เด็กจะมีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงและซับซ้อน รวมทั้งมีพัฒนาการล่าช้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเลี้ยงดู เป็นภาระทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจ แก่ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ การให้คำแนะนำคำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ (Genetic Counseling) เพื่อให้ความรู้แก่คู่สามีภรรยา ให้รับทราบข้อมูลต่างๆ เพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนในการตั้งครรภ์ กรณีที่ภรรยามีอายุมากกว่า 35 ปี หรือมีลูกเป็นกลุ่มอาการดาวน์ นอกจากนี้การดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่เกิดขึ้นแล้วโดยเร็วและถูกวิธีเหมาะสม จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการสูงสุดตามศักยภาพ เป็นการลดภาระแก่บิดา มารดา ผู้ดูแลครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

บทความวิชาการฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงสาเหตุ แนวทางการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ตลอดจนการดูแลและวางแผนครอบครัวของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ทำให้เด็กกลุ่มนี้มีพัฒนาการดีขึ้น อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และลดภาระครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

สาเหตุของการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ แบ่งออกได้เป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. Trisomy 21 คือ การที่มีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง ปกติคนเราจะมีโครโมโซม 23 คู่ หรือ 46 แท่ง โดยครึ่งหนึ่งหรือ 23 แท่ง มาจากไข่ของแม่ และ 23 แท่ง มาจากสเปิร์มของพ่อ เมื่อไข่และ

สเปิร์มมาผสมกันจึงมีโครโมโซม 46 แท่ง ผู้ป่วยที่เป็น Trisomy 21 จะมีโครโมโซม 47 แท่ง เกิดจากรังไข่ของแม่มีการแบ่งเซลล์ที่ผิดปกติ ทำให้ได้ไข่ที่มีโครโมโซม 24 แท่ง โดยมีแท่งของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง เมื่อไข่ผสมกับสเปิร์มที่มีโครโมโซม 23 แท่ง จึงได้เซลล์ตัวอ่อนที่มีโครโมโซม 47 แท่ง (ภาพที่ 1) ประมาณร้อยละ 75 ของเซลล์ตัวอ่อนเหล่านี้จะตายในครรภ์และแม่จะแท้งออก ที่เหลือประมาณร้อยละ 25 จะสามารถเติบโตพัฒนาและคลอดออกมาเป็นทารก การเกิด Trisomy 21 เป็นสาเหตุของ Down syndrome ประมาณร้อยละ 95 และยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่พบบ่อยเมื่อมารดามีอายุมากขึ้น อัตราเสี่ยงของการเกิดซ้ำประมาณร้อยละ 1 ความผิดปกติของโครโมโซมรูปแบบนี้ไม่ต้องเจาะโครโมโซมของพ่อและแม่



ภาพ 1 ความผิดปกติของโครโมโซม Trisomy 21

ที่มา: <http://haamor.com/th/ดาวน์ซินโดรม>

2. Robertsonian translocation คือ การมีสารพันธุกรรมของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา แต่จำนวนแท่งของโครโมโซมไม่เพิ่มขึ้น คือมี 46 แท่ง เป็นภาวะที่มีการสับเปลี่ยนหรือเคลื่อนย้ายโครโมโซมผิดปกติ (Translocation) สาเหตุเกิดจากพ่อหรือแม่มีโครโมโซมผิดปกติ คือบางส่วนของแท่งโครโมโซมที่ 21 ย้ายไปติดอยู่กับโครโมโซมคู่ที่ 13, 14, 15, 21 หรือ 22 แต่ที่พบบ่อยที่สุด คือระหว่างโครโมโซมคู่ที่ 21 กับ 14 และทำให้มีจำนวนโครโมโซมเหลือเพียง 45 แท่ง พ่อหรือแม่ที่มีการสับเปลี่ยนหรือเคลื่อนย้ายโครโมโซมแบบ Robertsonian Translocation จะมีจำนวนโครโมโซมเพียง 45 แท่ง แต่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เพราะสารพันธุกรรมมีครบ สเปิร์มหรือไข่ของพ่อหรือแม่เป็นพาหะของกลุ่มอาการดาวน์เหล่านี้จะมีโครโมโซมที่ผิดปกติ และลูกจะมีความเสี่ยงที่จะได้รับสารพันธุกรรมของโครโมโซมคู่ที่ 21 เกิน เกิดเป็น Down Syndrome มีโอกาสที่ลูกจะมีโครโมโซมที่เป็นพาหะเหมือนพ่อหรือแม่หรือมีโครโมโซมปกติ ขึ้นอยู่กับแท่งของโครโมโซมที่ 21 ที่เป็นพาหะของพ่อหรือแม่จะย้ายตำแหน่งไปอยู่กับโครโมโซมแท่งไหน การเคลื่อนย้ายตำแหน่งโครโมโซมแบบ Robertsonian Translocation

เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการดาวน์ประมาณร้อยละ 3 - 4 ดังนั้นหากบุตรมีความผิดปกติของโครโมโซมแบบนี้จะต้องตรวจโครโมโซมของพ่อแม่ว่าเป็นพาหะหรือไม่ เพื่อให้คำแนะนำปรึกษาต่อไป

3. Mosaicism คือ การที่เซลล์บางเซลล์ในร่างกายมีแท่งโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง คือมี 47 แท่ง แต่บางเซลล์มีโครโมโซม 46 แท่งเหมือนปกติ เรียกว่า Trisomy 21 Mosaicism สาเหตุการเกิดเหมือนกับ Trisomy 21 แต่เซลล์ตัวอ่อนที่เป็น Trisomy 21 เกิดการแบ่งเซลล์ที่ผิดปกติ คือเซลล์เริ่มต้นที่มีโครโมโซม 47 แท่ง เมื่อแบ่งตัวเป็น 2 เซลล์ เซลล์หนึ่งเกิดสูญเสียโครโมโซมแท่งที่ 21 ไป ทำให้เกิดเซลล์ลูกที่กลับมามีโครโมโซมเป็นปกติ คือ 46 แท่ง แต่เซลล์ลูกอีกเซลล์ยังมีโครโมโซม 47 แท่งเหมือนเซลล์เริ่มต้น ตัวอ่อนจึงมีเซลล์อยู่ 2 แบบ จะเป็นเซลล์เริ่มต้นแบ่งตัวและเจริญเติบโตเป็นทารกที่สมบูรณ์ให้เซลล์ลูกๆ ที่มีโครโมโซมเหมือนเซลล์เริ่มต้นทั้ง 2 แบบในร่างกาย เช่น เซลล์ผิวหนังมีโครโมโซม 46 แท่ง เซลล์ของตับมีโครโมโซม 47 แท่ง เป็นต้น ซึ่งจะไม่เหมือนกันในแต่ละคน การเกิด Trisomy 21 mosaicism นี้ เป็นสาเหตุของกลุ่มอาการดาวน์ประมาณร้อยละ 2 - 3 กลุ่มอาการดาวน์ประเภทนี้อาจตรวจเลือดไม่พบความผิดปกติของโครโมโซม หากยังสงสัยว่าเป็นกลุ่มอาการดาวน์ อาจต้องตัดเนื้อเยื่อจากผิวหนังมาตรวจ

4. Partial Trisomy 21 คือ โครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมาเพียงบางส่วน ไม่ใช่ทั้งโครโมโซม โดยส่วนของโครโมโซมที่เกินมานั้น มียีนที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome Critical Region or DSCR) ซึ่งอยู่บนแขนยาวของโครโมโซมคู่ที่ 21 รวมอยู่ด้วย ความผิดปกติแบบนี้พบน้อยมาก มักจะเป็นกลุ่มอาการดาวน์ที่มีผลตรวจโครโมโซมโดยวิธีมาตรฐานปกติ ต้องใช้วิธีการตรวจทางอณูพันธุศาสตร์ (Molecular Genetic)

ในทางการแพทย์พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงที่ทารกจะเกิดความผิดปกติแบบกลุ่มอาการดาวน์สูง อย่างไรก็ตามความผิดปกติชนิดนี้เกิดได้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปีได้ โดยมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกตินี้ต่ำกว่า (ตาราง 1)

ตาราง 1 ความเสี่ยงที่จะเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงอายุต่างๆ (สมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล และรุ่งระวี วรรณสินธุ์, 2555)

อายุของหญิงขณะตั้งครรภ์ (ปี)	ความเสี่ยงของการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์
20-34	1:600 – 1:800
35-39	1:350
40-44	1:100
มากกว่า 45	1:50

ลักษณะความผิดปกติของเด็กกลุ่มอาการดาวน์

เด็กกลุ่มอาการดาวน์ มีความผิดปกติที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากเด็กปกติ ความผิดปกติต่าง ๆ นี้ไม่จำเป็นต้องพบในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ทุกราย ได้แก่

1. ลักษณะภายนอก จะมีรูปร่างหน้าตา ดังนี้ ตาขนาดเล็ก หางตาเฉียงขึ้น ตั้งจมูกแบน ปากเล็ก (ทำให้ดูเหมือนลิ้นโด้คับปาก) และมักแสบลิ้นออกมา เนื่องจากกล้ามเนื้อในช่องปากไม่แข็งแรง หูเล็ก ใบหูส่วนบนมีรอยพับมากกว่าเด็กปกติ ศีรษะค่อนข้างเล็กและกะโหลกศีรษะส่วนหลังแบน คอสั้น เส้นลายมือพาดขวางตลอดความกว้างของมือ (Simian Crease) บางรายอาจพบปลายนิ้วงอโค้งเข้าหานิ้วนาง (Clinodactyly) ส่วนนี้เท้าจะพบว่าช่องว่างระหว่างนิ้วหัวแม่เท้าและนิ้วที่สองจะห่างมากกว่าปกติ (Wide Gap) (ภาพ 2)



ภาพ 2 ลักษณะภายนอกของเด็กกลุ่มอาการดาวน์

ที่มา: www.thailabonline.com/genetic-down.htm

2. พัฒนาการของร่างกาย เด็กจะตัวอ่อนนึ่ง เพราะพัฒนาการของกล้ามเนื้อไม่ดี แต่เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะดีขึ้น ตัวจะเตี้ยกว่าคนในเชื้อชาติเดียวกัน และส่วนมากจะดูอ้วน

3. พัฒนาการของสมอง ระดับสติปัญญาของเด็กกลุ่มอาการดาวน์จะอยู่ในขั้นปัญญาอ่อนเล็กน้อยถึงปานกลาง คือ มีระดับสติปัญญาหรือไอคิว (IQ) เฉลี่ยอยู่ที่ระดับ 50 ซึ่งคนปกติทั่วไปจะมีไอคิวสูงกว่า 70 ทำให้มีปัญหาในการใช้ภาษาและการพูด มักพูดซ้ำและพูดไม่ชัด

4. พฤติกรรม โดยทั่วไปเด็กกลุ่มนี้มักจะเป็นคนสุภาพ อดทน ยอมคน ไม่แข่งกร้าว ร่าเริง ยิ้มง่าย อ่อน ใจดี ทำให้สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ดี

5. ความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่

5.1 ความผิดปกติของระบบหัวใจ พบประมาณร้อยละ 40-50 ของเด็กโรคนี้ พบผนังห้องหัวใจห้องล่างมีรูรั่ว (Ventricular Septal Defect, VSD) เป็นความผิดปกติของหัวใจพิการแต่กำเนิด



ที่รุนแรง ทำให้เด็กมีอาการเขียว ฟังได้ยินเสียงหัวใจผิดปกติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) และคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiography) เพื่อค้นหาความผิดปกติ บางรายต้องได้รับการผ่าตัด ความผิดปกติของหัวใจเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กกลุ่มอาการดาวน์ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จากภาวะเขียว หัวใจล้มเหลว และปอดอักเสบบ่อยกว่าเด็กทั่วไป

5.2 ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร พบได้ประมาณร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยโรคนี้ได้แก่ ลำไส้อุดตัน สามารถพบได้ตลอดทางของทางเดินอาหาร ที่ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และไม่มีรูทวาร หรืออาจพบปัญหาลำไส้ตรงไม่มีเซลล์ประสาทอยู่ ทำให้เด็กอุจจาระไม่ได้ บางรายมีรูเชื่อมระหว่างหลอดอาหารและหลอดลม ผู้ป่วยจะมีอาการตั้งแต่แรกเกิด คือ กินนมไม่ได้ มีอาการสำลัก ซึ่งปัญหาเหล่านี้แพทย์จะต้องทำการตรวจรักษาตั้งแต่เป็นทารกแรกเกิด

5.3 ความผิดปกติของระบบฮอร์โมน มักพบความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ได้แก่ ไม่มีต่อมไทรอยด์แต่กำเนิด ซึ่งตรวจพบโดยการคัดกรองการทำงานของต่อมไทรอยด์ โดยตรวจเลือดทารกอายุ 2-3 วัน หากมีความผิดปกติแพทย์จะให้การรักษาด้วยยาฮอร์โมนของต่อมไทรอยด์หรือ Thyroxine และติดตามพัฒนาการของเด็กพร้อมกับเจาะเลือดตรวจ T4 และ TSH ควบคุมอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าไม่ได้รับการรักษาภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ จะทำให้ระดับสติปัญญาด้อยลง อ้วน และเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนทั่วไป แต่บางรายต่อมไทรอยด์อาจทำงานมากกว่าปกติ เด็กกลุ่มอาการดาวน์จึงควรได้รับการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ทุก 1-2 ปี

5.4 ความผิดปกติของระบบเม็ดเลือดขาว พบได้ตั้งแต่แรกเกิด ส่วนหนึ่งของความผิดปกติในทารกแรกเกิดสามารถดีขึ้นเอง เด็กกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูง และส่วนใหญ่มักเป็นในวัยเด็ก อาการและอาการแสดงที่สำคัญ คือ มีไข้สูง ซีด มีจุดเลือดออกตามลำตัว แขน และขา ตรวจพบตับโต ม้ามโต

5.5 ความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ พบการติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย เพราะมีระดับสารภูมิต้านทาน (Antibody) ในร่างกายลดลง อาจขาดสารภูมิต้านทานบางชนิด ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น

5.6 ความผิดปกติของตา ส่วนใหญ่พบสายตาสั้น สายตาเอียง สายตายาว ตาเข บางรายตาจะกระตุกไปมาตลอดเวลา (Nystagmus) บางรายมีท่อน้ำตาอุดตัน เป็นสาเหตุของเยื่อぶตาอักเสบ อาจมีต้อกระจกตั้งแต่แรกเกิด และเป็นสาเหตุให้ตาบอดได้

5.7 ความผิดปกติของหู พบหูหนวกข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ในกรณีที่หูหนวกข้างเดียว เด็กสามารถหันตามเสียงเรียกและมีพัฒนาการด้านภาษาได้ตามอายุ เด็กที่หูหนวกทั้งสองข้างจะไม่มีกรตอบสนองต่อเสียงและจะไม่มีพัฒนาการด้านภาษา

5.8 ความผิดปกติของกะโหลกศีรษะและกระดูก พบประมาณร้อยละ 10-30 มีข้อต่อระหว่างกระดูกสันหลังส่วนคอข้อที่ 1 และข้อที่ 2 หลวมกว่าปกติ ทำให้ข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนคอตำแหน่งนี้



เคลื่อนง่าย (C-spine Subluxation) ซึ่งอาจเป็นอันตราย เพราะการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนคอ ส่วนนี้อาจไปกดทับเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ จะพบเด็กกลุ่มนี้มีอาการคอเอียงร้อยละ 10 การเดินผิดปกติ เป็นอัมพาตหรืออัมพาตได้ นอกจากนี้อาจพบข้อสะโพกหลุดร้อยละ 6 ไช้นสหรือโพรงอากาศต่างๆในกะโหลกศีรษะอาจมีขนาดเล็กหรือหายไป

5.9 ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ อาจมีไตผิดปกติ อวัยวะเพศเล็ก อัณฑะไม่ลงถุงอยู่ในท้อง เพศชายส่วนใหญ่เป็นหมันเพราะผลิตสเปิร์มไม่ได้ และมักไม่มีกิจกรรมทางเพศ (มีรายงาน 1 รายที่สามารถมีบุตรได้) ส่วนเพศหญิงประมาณร้อยละ 15-30 มีการตกไข่ปกติ แม้รอบเดือนจะมาไม่สม่ำเสมอ สามารถมีบุตรได้ และถ้าตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะมีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ได้ร้อยละ 50 ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการทำหมัน โดยพิจารณาระดับสติปัญญาและความยินยอม โดยส่งปรึกษาสูตินารีแพทย์ ควรตรวจภายใน ตรวจมะเร็งปากมดลูก และตรวจเต้านมทุกปี

5.10 ความผิดปกติของผิวหนัง มักมีผิวแห้ง ผิวหนังหนา ผิวหนังแข็งเป็นแห่งๆ มีโรคต่างชาว และรูขุมขนอักเสบ

5.11 ความผิดปกติของผม พบว่าเด็กกลุ่มนี้มีผมบาง และผมร่วง

5.12 ความผิดปกติของฟัน มักมีปัญหาฟันขึ้นช้า บางรายอาจมีปัญหาการสบฟัน เหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ หรือการกัดฟัน

5.13 ความผิดปกติของการนอน ที่พบได้บ่อย คือ นอนกรน หรือหยุดหายใจในขณะนอนหลับ

5.14 ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง ประมาณร้อยละ 5 – 10 เป็นโรคลมชัก และส่วนใหญ่เมื่ออายุประมาณ 40 ปีจะเป็นโรคหลงลืม หรืออัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเกิดเร็วกว่าคนปกติที่มักเป็นโรคหลงลืมเมื่ออายุ 70 ปี

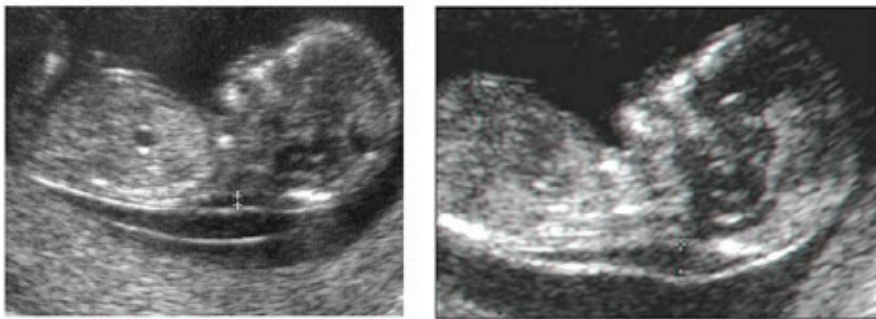
5.15 โรคทางจิตประสาท ประมาณร้อยละ 18-38 มีโรคจิตประสาทร่วมด้วย เด็กกลุ่มนี้มักเป็นโรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก ในวัยผู้ใหญ่มักเป็นโรคซึมเศร้า ย้ำคิดย้ำทำ

การป้องกันการเกิดเด็กกลุ่มอาการดาวน์

เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนที่ทำให้เกิดความผิดปกติของพันธุกรรม จึงไม่มีการแก้ไขสาเหตุเบื้องต้น อย่างไรก็ตามการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดถือว่าการคัดกรองวิธีหนึ่ง ที่จะช่วยป้องกันและลดการเกิดกลุ่มอาการดาวน์ได้ในปัจจุบัน โดยทั่วไปจะมีการตรวจ 2 ลักษณะ คือ

1. การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ ได้แก่ การตรวจคัดกรองทางชีวเคมีก่อนคลอด (Biochemical screening) โดยการเจาะเลือดของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ ตั้งแต่อายุครรภ์ 11 สัปดาห์ เพื่อตรวจหาระดับ Alphafetoprotein (AFP) และฮอร์โมน 3 ชนิด คือ Unconjugated Estriol, Human Chorionic Gonadotropin (HCG) และ Pregnancy Associated Plasmaprotein

A (PAPP-A) และการตรวจโดยใช้อัลตราซาวด์ เช่น The Nuchal Translucency Test เป็นการตรวจวัดความหนาของน้ำที่สะสมใต้ท้ายทอยทารก ที่มีความแตกต่างระหว่างทารกปกติกับกลุ่มอาการดาวน์ (ภาพ 3) (เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ, 2557) เมื่อมารดาตั้งครรภ์ 11-13 สัปดาห์ ซึ่งมักจะทำควบคู่ไปกับการตรวจคัดกรองทางชีวเคมี นอกจากนี้ยังมีการตรวจอัลตราซาวด์เพื่อดูความผิดปกติต่างๆของทารกในครรภ์ว่ามีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการดาวน์หรือไม่ แต่วิธีการตรวจเหล่านี้มีความไวประมาณร้อยละ 50-70 และไม่สามารถบอกได้ชัดเจน



ภาพ 3 ความแตกต่างระหว่างน้ำที่สะสมใต้ท้ายทอยทารกปกติกับกลุ่มอาการดาวน์
ที่มา: www.med.cmu.ac.th

2. การตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อรก (Chorionic Villi Sampling) โดยใช้เข็มเจาะผ่านทางหน้าท้องหรือสอดเข้าทางช่องคลอดของมารดาในขณะที่ตั้งครรภ์ 11-12 สัปดาห์ และการเจาะน้ำคร่ำ (Amniocentesis) ไปตรวจในระหว่างที่มารดามีอายุครรภ์ 16-20 สัปดาห์ วิธีนี้สามารถวินิจฉัยทารกกลุ่มอาการดาวน์ในครรภ์ได้แม่นยำ

แนวทางการดูแลส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอาการดาวน์

เด็กกลุ่มอาการดาวน์มักมีระดับสติปัญญาบกพร่องระดับปานกลางถึงรุนแรง จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าการกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยเพิ่มพูนศักยภาพได้อย่างชัดเจน และจะได้ผลดีที่สุด หากทำในระยะ 2 เดือน ถึง 2 ปีแรกของชีวิต ทำให้เด็กกลุ่มอาการดาวน์มีสติปัญญาบกพร่องอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ระดับสติปัญญามีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น พัฒนาการด้านภาษาจะช้ากว่าระดับสติปัญญา ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการโดยเร็วจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้เด็กมีโอกาสพัฒนาความสามารถในด้านต่างๆ สมวัยหรือตามศักยภาพ เด็กกลุ่มอาการดาวน์จะมีพัฒนาการเป็นลำดับขั้นเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป และควรฝึกพูดอย่างสม่ำเสมอ โดยเริ่มตั้งแต่อายุ 12-15 เดือน ทักษะด้านสังคมจะพัฒนาได้ดี ทักษะการเรียนรู้โดยการมองเห็นจะดีกว่าการฟัง



เนื่องจากในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ อาจมีความผิดปกติหลายอย่างที่พบร่วมด้วย รวมทั้งมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายและบ่อยกว่าเด็กทั่วไป จึงควรแนะนำบิดามารดาให้พาบุตรกลุ่มอาการดาวน์ไปพบแพทย์ตั้งแต่แรก อาศัยความร่วมมือของทีมนิสิตสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และสังคมรอบข้าง เพื่อให้มีการดูแลครอบคลุมแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีจุดมุ่งหมายของการดูแลรักษาตามอาการ หรือแก้ไขความผิดปกติที่พบร่วม พื้นฟูสมรรถภาพเด็กกลุ่มอาการดาวน์ และติดตามเป็นระยะๆ เพื่อให้เด็กเหล่านี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด และเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ก่อปัญหา กับสังคม

เด็กเหล่านี้ควรได้รับวัคซีนตามกำหนดเหมือนเด็กทั่วไป ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ ครบถ้วนและเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอ้วน จึงต้องระวังไม่ให้บริโภคอาหารแป้ง น้ำตาล ไขมัน และขนมปริมาณมาก รวมทั้งต้องสนับสนุนให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

หลักการทั่วไปในการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ คือ ทำเป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอ ฝึกทีละเรื่อง ช้าๆ บ่อยๆ จนเด็กทำได้ จึงจะเปลี่ยนฝึกเรื่องอื่น ไม่สร้างความตึงเครียดแก่เด็ก ในช่วงแรกๆ เด็กอาจต่อต้าน ไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ฝึกไม่ควรดุหรือชู้ แต่ควรให้กำลังใจ ชื่นชม ต้องใจเย็น และมีความอดทน เด็กกลุ่มนี้มักจะชื่นชอบดนตรีและศิลปะ เพราะสามารถปลดปล่อยความคิดและจินตนาการต่างๆ ได้โดยไม่ต้องยึดติดกับการท่องจำ (สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล และรุ่งรี วรรณสินธุ์, 2555)

การกระตุ้นพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ต้องมีความระมัดระวังโดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ เนื่องจากเด็กจะมีปัญหากล้ามเนื้อไม่แข็งแรง และข้อต่อจะหลวมกว่าปกติ โดยเฉพาะข้อต่อของกระดูกสันหลังส่วนคออันที่หนึ่งและสอง ทำให้กระดูกสันหลังส่วนคอตำแหน่งนี้เคลื่อนได้ง่าย (C-spine subluxation) ซึ่งอาจเป็นอันตรายจากการกดทับเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ดังนั้นในการส่งเสริมพัฒนาการไม่ควรกระชากหรือออกแรงมากเกินไป ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การกระตุ้นพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ จะใช้วิธีการนวดตัว อาจใช้โลชั่นหรือน้ำมันมะกอกทาผิว เพื่อให้การนวดทำได้ง่าย การฝึกยกแขนขาขึ้นลง ร่วมกับมีเพลงประกอบขณะฝึก เด็กจะชอบและให้ความร่วมมือมากขึ้น ผู้ฝึกนับเลขจะช่วยให้เด็กได้เรียนรู้และท่องจำตัวเลข

การกระตุ้นพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก จะเริ่มฝึกโดยให้เด็กหยิบจับของชิ้นเล็กๆ ที่ไม่เป็นอันตราย เช่น หยิบลูกเกด เป็นต้น สุปราณี เมฆขจร (2551) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาทักษะในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา กลุ่มอาการดาวน์ระดับเรียนได้ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยใช้กิจกรรมศิลปะการปั้นแป้งโด พบว่าทักษะในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กของนักเรียนอยู่ในระดับดี และดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการสอน

การฝึกการมอง ในเด็กเล็กจะฝึกเช่นเดียวกับเด็กปกติ โดยจัดหาโมบายแขวนไว้ให้เด็กมอง การหาสิ่งของมาให้เด็กดูโดยเลื่อนไปทางซ้าย ขวา บน ล่าง อย่างช้าๆ เมื่อเด็กโตขึ้นให้เด็กฝึกหยิบของใส่กล่อง โดยอาจหาของที่เด็กชอบมาเล่นร่วมกับเด็ก ผู้ฝึกจะเลื่อนกล่องไปมา เพื่อให้เด็กฝึกมอง

หากลองก่อนใส่ของเล่น สิ่งที่เป็นอันตรายควรตระหนัก คือ เด็กกลุ่มนี้โตขึ้นจะชอบเข้าไปยืนดูโทรทัศน์ติดหน้าจอ ทำให้สายตาเสียง่าย ผู้ดูแลต้องระมัดระวังอย่าให้เด็กดูโทรทัศน์ใกล้เกินไป ควรหาสิ่งกีดขวางมาวางกัน

การฝึกการดูแลกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร อาบน้ำ สวมเสื้อผ้า และดูแลการขับถ่ายเอง ควรฝึกเมื่อเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาากล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก ผู้ฝึกต้องใจเย็น อดทน ค่อยเป็นค่อยไป แต่ต้องฝึกเป็นประจำสม่ำเสมอ ในระยะแรกผู้ฝึกอาจทำให้เด็ก ต่อมาค่อยๆจับมือเด็กให้เข้ามาช่วยทีละน้อย ให้คำชื่นชมทุกครั้งเมื่อเด็กเริ่มให้ความร่วมมือ แม้จะทำได้เพียงเล็กน้อย เด็กจะรู้สึกอยากทำมากขึ้น แล้วค่อยๆให้เด็กทำด้วยตัวเองมากขึ้นเรื่อยๆ เด็กกลุ่มนี้จะชอบคนพูดเพราะ นุ่มนวล และชอบคำชม

การฝึกระเบียบวินัย เป็นสิ่งจำเป็นเพราะเด็กต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม สามารถฝึกได้ตั้งแต่เด็กยังไม่เข้าโรงเรียน วิธีการฝึกระเบียบวินัยทำได้โดยการปฏิบัติให้ดูเป็นแบบอย่าง เด็กกลุ่มนี้จะเรียนรู้ได้ดีโดยการเลียนแบบพฤติกรรม ดังนั้นหากต้องการให้เด็กมีระเบียบวินัย บิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดี เด็กจะปฏิบัติตามได้เอง เด็กกลุ่มนี้จะไม่ชอบให้ใครทะเลาะกันหรือส่งเสียงร้องให้ดัง หากเด็กได้ยินหรือเห็น เด็กจะทำร้ายตนเองและตะโกนร้องเสียงดัง

การฝึกพูด ในเด็กกลุ่มอาการดาวน์ จะมีปัญหาในการใช้ภาษา เพราะมีการทำงานของกล้ามเนื้อในปากผิดปกติ เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม โดยทั่วไปเด็กจะพูดได้เมื่ออายุประมาณ 2-2.5 ปี ปัญหาด้านภาษาและการพูดของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ได้แก่ พัฒนาการด้านการพูดมักช้ากว่าความเข้าใจภาษา และสติปัญญา พูดไม่ชัด พูดไม่คล่อง สาเหตุที่ทำให้เด็กมีความผิดปกติทางการพูด คือ มีความผิดปกติทางการได้ยิน มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนนุ่ม มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีช่องปากขนาดเล็ก มีลักษณะการสบฟันผิดปกติ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อไม่สัมพันธ์กัน ส่งผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อของอวัยวะที่ใช้ในการเปล่งเสียงพูด ดังนั้นโปรแกรมฝึกพูดของเด็กกลุ่มอาการดาวน์ จะต้องออกแบบเฉพาะบุคคล โดยนักแก้ไขการพูดจะเป็นผู้ประเมินความสามารถในการสื่อสารของเด็กให้คำแนะนำ รวมทั้งช่วยกระตุ้นส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ที่จะสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมความสามารถด้านภาษาและการพูดของเด็กอย่างมาก

เนื่องจากภาษาเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน จึงต้องมีการกระตุ้นและส่งเสริมตลอดเวลา เด็กแต่ละคนจะได้รับโปรแกรมการฝึกพูดที่แตกต่างกันไปตามวัย โดยมีเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือ ช่วยให้เด็กสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการฝึกพูดแบ่งเด็กเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (ละเมียด ตั้งเกษมสุข, 2557)

1. วัยทารกถึงวัยเตาะแตะ (0-3 ปี) การฝึกพูดของเด็กวัยนี้ครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างมาก เพราะส่วนใหญ่เด็กจะอยู่กับครอบครัว โดยมีวิธีการฝึกพูด ดังนี้



1.1 การพัฒนาทักษะการมอง การฟัง และการสัมผัส การฝึกการมองถือว่าเป็นทักษะสำคัญในการเริ่มฝึกพูด เนื่องจากต้องฝึกให้เด็กมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน และในการฝึกพูดเด็กต้องเลียนแบบการพูดจากผู้ฝึก เด็กอาจฝึกพูดจากการฟัง โดยอาจเปิดเพลงให้เด็กฟัง เป็นเพลงซ้ำๆ ที่มีเสียงพูดชัดๆ เปิดให้เด็กฟังซ้ำๆ หรือบิดามารดาพูดกับเด็กบ่อยๆ ด้วยคำสั้นๆ พยางค์เดียว เด็กจะสามารถพูดตามได้ การสัมผัสเด็กโดยการโอบกอดด้วยความรัก เด็กจะสัมผัสได้ถึงความรักและความอบอุ่นและมีความสุข จะให้ความร่วมมือในการฝึกดีขึ้น

1.2 การฝึกบริหารอวัยวะที่ใช้ในการพูด โดยการนวดกล้ามเนื้อบริเวณริมฝีปาก การทำปากจู๋ การเคี้ยวปาก การเป่าลม ทำให้เด็กดู เพื่อให้เด็กทำตาม

1.3 การฝึกเลียนแบบการออกเสียงต่าง ๆ

1.4 การฝึกพูดคำเดียว จนถึงการพูดเป็นวลี 2-3 พยางค์

2. วัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี) เด็กวัยนี้将有ความเข้าใจทางภาษาได้ดีกว่าการพูด โดยการฝึกพูดจะเน้นทักษะ 2 ด้านนี้ไปพร้อมๆ กัน ได้แก่

2.1 ด้านความเข้าใจภาษา การฝึกจะเน้นเรื่องของความจำ โดยผ่านการฟังและการปฏิบัติตามคำสั่ง เพราะเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการเข้าสู่วัยเรียนต่อไป โดยเน้นความเข้าใจในเรื่องของความคิดรวบยอดของสิ่งต่างๆ เช่น สี รูปทรง ตำแหน่ง เป็นต้น

2.2 ด้านการพูด การฝึกจะเน้นการพูดที่เป็นประโยค และถูกต้องตามหลักไวยากรณ์ โดยใช้ภาษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ เช่น การทักทาย การตอบคำถาม ในวัยนี้ต้องเริ่มแก้ไขการพูดไม่ชัด แต่จะทำงานร่วมไปกับการบริหารอวัยวะที่ใช้ในช่องปาก ให้ทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อในช่องปากได้ดีขึ้น

3. วัยเรียน (อายุ 6-12 ปี) ในวัยนี้นักแก้ไขการพูดต้องทำงานร่วมกับครูในชั้นเรียน เพื่อวางแผนการฝึกพูด ดังนี้

3.1 ด้านความเข้าใจภาษาของเด็กวัยนี้ จะเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่โรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ เช่น การปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงเรียน ตามคำสั่งในการทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อน การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และการใช้ความคิดวิเคราะห์หาเหตุผล ซึ่งมีความยากและมีความซับซ้อนมากขึ้น

3.2 ด้านการพูด เน้นให้เด็กใช้ภาษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ เนื่องจากเด็กต้องใช้ภาษาในการสนทนากับกลุ่มเพื่อน และมีปฏิสัมพันธ์กับครู สามารถพูดเล่าเรื่องถ่ายทอดประสบการณ์ที่ตนพบได้ นอกจากนั้นต้องพูดให้ชัด และพูดให้คนอื่นฟังเข้าใจ เป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งสำหรับการฝึกพูดในเด็กวัยเรียน

เมื่อถึงวัยต้องเข้าเรียน การให้เด็กเข้าเรียนเป็นการช่วยพัฒนาทักษะทางวิชาการและทางสังคม โรงเรียนแรกควรเป็นโรงเรียนเฉพาะเด็กพิเศษ เพราะเด็กจะได้ฝึกปรับตัวกับเพื่อนที่มีลักษณะเหมือนกัน ประมาณ 2 ปี ควรย้ายให้ไปเรียนร่วมกับเด็กปกติ แต่ทั้งนี้บิดามารดาควรเตรียมความพร้อมของเด็กก่อน

เข้าโรงเรียน เช่น การฝึกทักษะการใช้กล้ามเนื้อในการจับช้อน การควบคุมการขับถ่าย การบอกความต้องการของตนเอง เพื่อให้เด็กสามารถอยู่ร่วมกับเพื่อนๆ ได้ และไม่เป็นภาระแก่ครูมากเกินไป ซึ่งครูจะต้องประเมินระดับสติปัญญาของเด็กว่า จะสามารถเรียนร่วมขั้นกับเด็กทั่วไปได้หรือไม่ โดยส่วนใหญ่แล้วสามารถเรียนผ่านในชั้นประถมศึกษาได้ การส่งเสริมทางการศึกษาโดยการจัดทำแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program, IEP) เมื่อถึงระดับมัธยมศึกษาถ้าเด็กเรียนไม่ไหว ก็ต้องให้ออกจากโรงเรียนปกติ ไม่ควรฝืนบังคับให้เด็กเรียนต่อ และควรมองหาอาชีพที่เหมาะสมให้บางคนสามารถไปเรียนร่วมกับเด็กปกติ ประสบความสำเร็จ และใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้

เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เด็กหญิงอายุประมาณ 10 ปี จะเริ่มมีหน้าอก และเริ่มมีประจำเดือนเมื่ออายุ 12 ปี บิดามารดาควรเตรียมตัวสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขอนามัย การรักษาความสะอาด และการใช้ผ้าอนามัย ซึ่งเด็กส่วนหนึ่งสามารถดูแลเรื่องเหล่านี้ได้ ส่วนเด็กที่ไม่สามารถดูแลเรื่องเหล่านี้ได้ บิดามารดาควรปรึกษาแพทย์เพื่อร่วมหาแนวทางช่วยเหลือต่อไป เนื่องจากเด็กต้องมีประจำเดือนนานเป็นเวลา 30-40 ปี อารมณ์ทางเพศเป็นเรื่องธรรมชาติที่เด็กกลุ่มนี้มีได้เช่นกัน แต่วิธีการแสดงออกอาจแตกต่างกัน เด็กจะมีความรู้สึกต่อเพศตรงข้าม จากการสังเกตโดยแพทย์ผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้ จะพบว่าเด็กหญิงจะเขินอายเมื่อถูกมอง ส่วนเด็กชายก็จะชอบแอบมองผู้หญิงสาวๆ ความรู้สึกต่อเพศตรงข้ามจะเป็นไปในลักษณะเขินอายมากกว่าที่จะคิดอะไรลึกซึ้งเกินไปมากกว่านั้น บิดามารดาควรสอนถึงความเหมาะสมในการแสดงออก ซึ่งเด็กจะค่อยๆ เรียนรู้ได้ สิ่งที่บิดามารดาควรตระหนักอีกเรื่อง คือการเลือกเปิดรายการโทรทัศน์ที่เหมาะสมกับวัย และสอนให้เด็กรับรู้ในสิ่งที่ควร โดยใช้คำอธิบายที่ง่ายๆ ที่ไม่ซับซ้อน

บิดามารดาควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการ แต่พบว่าการฝึกฝนที่บ้านบิดามารดามักลืมนิด และให้การช่วยเหลือเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กฝึกทักษะได้น้อย และมักจะดื้อไม่ยอมปฏิบัติ บางครั้งบิดามารดาต้องใจแข็ง อดทน และให้คำชมทันทีที่เด็กให้ความร่วมมือ การฝึกฝนบุตรที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป ส่งเสริมให้เด็กได้รับการเรียนการสอนตามวัย ได้ฝึกทักษะด้านต่างๆ ในการช่วยเหลือตนเองและสังคม

การดูแลและการวางแผนครอบครัวที่มีบุตรเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์

เด็กเหล่านี้มักจะถูกทอดทิ้ง บิดามารดาจะเลิกกับมารดา หรือญาติทางฝ่ายบิดาและมารดาอาจโทษอีกฝ่ายว่าเป็นต้นเหตุของความผิดปกติ บิดามารดาและญาติไม่ควรโทษแต่สินหวัง ต้องเข้าใจว่าเด็กมีความบกพร่อง ควรให้ความรักและความอบอุ่น ให้กำลังใจช่วยเหลือ ทำตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพต่างๆ หมั่นฝึกฝนเด็กสม่ำเสมอ เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ บิดามารดาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับเด็ก ต้องรู้จักวางแผนแก้ปัญหาที่พบ ไม่คาดหวังในตัวเด็กสูงเกินไป



การวางแผนครอบครัวมีความสำคัญมากในครอบครัวที่มีเด็กกลุ่มอาการดาวน์ บิดามารดาที่มีบุตรเป็นกลุ่มอาการดาวน์ ควรได้รับคำแนะนำเรื่องดังนี้

1. โอกาสในการเกิดซ้ำในบุตรคนต่อไป ซึ่งขึ้นกับชนิดของความผิดปกติทางโครโมโซม
2. แนะนำการวินิจฉัยก่อนคลอดและทางเลือกที่มีอยู่ หากต้องการมีบุตรต่อไป
3. แนะนำการคุมกำเนิดชั่วคราววิธีต่างๆ จนกว่าจะมีความพร้อมที่จะมีบุตรคนต่อไป ซึ่งแต่ละครอบครัวไม่เหมือนกัน โดยทั่วไปมักเป็นเวลา 2-3 ปี เพื่อรอให้บุตรที่เป็นกลุ่มอาการดาวน์ช่วยเหลือตนเองได้ระดับหนึ่ง จะไม่เป็นภาระต่อครอบครัวมากเกินไป
4. หากไม่ต้องการมีบุตรต่อไป แนะนำถึงวิธีการคุมกำเนิดอย่างถาวร

บทสรุป

กลุ่มอาการดาวน์เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุด เป็นสาเหตุของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา จะมีพัฒนาการล่าช้า และอาจมีความผิดปกติของระบบต่างๆในร่างกายร่วมด้วย ซึ่งจุดมุ่งหมายของการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ คือ เพื่อรักษาหรือแก้ไขปัญหาความผิดปกติต่างๆที่พบ และการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ ให้เด็กกลุ่มนี้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และอยู่ในสังคมได้ใกล้เคียงกับคนปกติ ดังนั้นควรมีการให้คำแนะนำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ (Genetic Counseling) ให้คู่สามีภรรยาได้รับทราบความรู้และข้อมูลต่างๆมากขึ้น และนำมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการตั้งครรภ์ได้ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดเนื่องจากไม่สามารถวินิจฉัยความผิดปกติของทารก การเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงและความแม่นยำในการตรวจปฏิบัติการใดๆ ควรคำนึงถึงคุณธรรม จริยธรรม ศีลธรรม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากกลุ่มอาการดาวน์เป็นโรคของพันธุกรรม และไม่มียาป้องกันหรือรักษาเฉพาะ เด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกต้องเหมาะสม จะเป็นภาระแก่ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ที่ต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ การช่วยลดปัญหาดังกล่าวอาจสรุปเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. การช่วยลดอัตราการเกิดทารกกลุ่มอาการดาวน์ โดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการตรวจวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ของทารกในครรภ์ ในขณะที่ตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ตามคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติใหม่ ของสมาคมสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยใช้วิธีการคัดกรองที่มีความเสี่ยงต่ำ และให้คำปรึกษาในการมีบุตรครั้งต่อไป
2. การดูแลช่วยเหลือและกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการแก่ทารกกลุ่มอาการดาวน์ที่เกิดมาทุกราย เพื่อให้มีพัฒนาการสูงสุดตามศักยภาพ เป็นการช่วยลดภาระแก่บิดามารดา ผู้ดูแล สังคม และประเทศชาติ



เอกสารอ้างอิง

- เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. (2557). การวินิจฉัยก่อนคลอดและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์. สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 57 จาก http://www.prcmu.cmu.ac.th/perin_detail.php?perin_id=349.
- นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช และคณะ. (2557). กลุ่มอาการดาวน์. สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 57 จาก <http://rajanukul.go.th/main/index.php?mode=academic&group=1&submode=academic&idgroup=9>.
- พรสวรรค์ วสันต์. (2557). กลุ่มอาการดาวน์. สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 57 จาก <http://www.thailabonline.Com/genetic-down.htm>.
- เพ็ญกลดา ทองประเสริฐ. (2554). การตรวจคัดกรองการตั้งครรภ์ทารกกลุ่มอาการดาวน์. สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 2557 จาก www.med.cmu.ac.th
- ทองทิศ ทองใหญ่. (2553). ความหวังใหม่ในการรักษาดาวน์ซินโดรม. สืบค้นเมื่อ 16 ต.ค. 57 จาก <http://www.specialchild.psu.ac.th/download/research/Downsyndrome/down2.pdf>.
- ละเมียด ตั้งเกษมสุข. (2557). การฝึกพูดเด็กกลุ่มอาการดาวน์ 1. สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 57 จาก http://www.ser01.com/page/wichakan_speed.htm.
- สลิล ศิริอุดมภาส. (2557). ดาวน์ซินโดรม. สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 57 จาก <http://haamor.com/th/ดาวน์ซินโดรม/>.
- สมจิตร จารูรัตนศิริกุล และรุ่งรวี วรรณสินธุ์. (บรรณาธิการ). (2555). สารพันเรื่องราวเพื่อดาวน์ที่ฉันรัก. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุปราณี เมฆขจร. (2551). การพัฒนาทักษะในการใช้กล้ามเนื้อเล็กของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม ระดับเรียนได้ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 โดยใช้กิจกรรมศิลปะการปั้นแป้งโด. สืบค้นเมื่อ 23 ต.ค. 57 จาก <http://www.hitap.net/2014/02/07/> การตรวจคัดกรองและวินิจฉัย.



นวัตกรรมการเรียนรู้ที่ตอบสนองรูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ และจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม

บุษกร โกมลภมร ศศ.ม. (Bussagorn Komonpamorn, M.Soc & Public Health)¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ผลิตพยาบาลออกไปรับใช้สังคมทั่วประเทศ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2510 ถึงปัจจุบัน และ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา สถาบันพระบรมราชชนกกำหนดนโยบายให้วิทยาลัยในสังกัดทุกแห่งดำเนินการผลิตบัณฑิตให้มีอัตลักษณ์ คือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ปี พ.ศ. 2556 ได้เพิ่มเติม นโยบายคือ ให้วิทยาลัยจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อให้บัณฑิตมีการคิดอย่างเป็นระบบสามารถให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย เนื่องจากสังคมไทยในปัจจุบันประกอบด้วยกลุ่มสังคมต่างเชื้อชาติ ภาษา ศาสนา รวมทั้งการเปิดประตูสู่อาเซียนในปี พ.ศ. 2558 โดยสถาบันพระบรมราชชนกได้จัดโครงการพัฒนารูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนากระบวนการคิดอย่างเป็นระบบและจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ได้รับนโยบายมาสู่การปฏิบัติโดยได้ จัดสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อตอบสนองการบริการที่มีประสิทธิภาพในรายวิชามนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อม และสุขภาพสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2556 โดยวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษาเกิดคุณลักษณะดังนี้คือ

1. เรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเอง ไปสู่การเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีการคิดอย่างเป็นระบบ
2. แสดงออกซึ่งความรู้สึกเมตตา กรุณา และการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ผ่านการสะท้อนคิด
3. สามารถบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติการพยาบาลที่มีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ผู้สอนรายวิชามนุษย์สังคมสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2556 ได้วางแผนพัฒนานักศึกษาชั้นปีที่ 1/1 และนักศึกษาชั้นปีที่ 1/2 ให้เป็นผู้มีอัตลักษณ์ตรงตามที่สถาบันพระบรมราชชนกกำหนด ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ชี้แจงลักษณะรายวิชา การวัดประเมินผลตาม มคอ. 3
2. ใช้กระบวนการสุนทรียสนทนาก่อนการสอน 30 นาทีคือให้ผู้เรียนเข้ากลุ่มกลุ่มละ 10 คน นั่งหลับตา ฟังเพลงบรรเลง 10 นาที จากนั้นให้พูดคุยกันอย่างกัลยาณมิตรใช้หลักการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ถาม ไม่แนะนำเพื่อน ไม่คัดค้านความเห็นหรือมีอคติต่อผู้พูด

¹วิทยากรชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา



3. ออกแบบการสอนโดยการสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้ คือกำหนดให้ผู้เรียนอ่านหนังสืออ่านนอกเวลา มีขั้นตอนดำเนินการและรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.1 ผู้เรียนอ่านหนังสืออ่านนอกเวลา ชื่อ “เรียนรู้และเปลี่ยนแปลง” โดย ดร. ประมวล เพ็งจันทร์ ใช้เวลาอ่าน 1 เดือน

3.2 ครอบคลุม 1 เดือน ผู้สอนเข้าพบผู้เรียนในช่วงการสอนและให้ผู้เรียนเล่าความรู้สึกที่ได้รับจากการอ่านหนังสือ

3.3 ผู้เรียนสะท้อนคิดความรู้สึกจากการอ่านเป็นลายลักษณ์อักษร

3.4 ผู้สอนถอดบทเรียนสิ่งที่ผู้เรียนสะท้อนคิด รวบรวมเป็นประเด็นความประทับใจในพฤติกรรมของผู้เขียนที่ผู้เรียนแสดงออกซึ่งความมุ่งหวังที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นคนที่มีคุณภาพสามารถให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้ต่อไปในภายหน้าโดยมีต้นแบบการเปลี่ยนแปลงตนเองจากการที่ได้อ่านหนังสือที่ผู้สอนกำหนด

ผลการดำเนินงาน

การอ่านหนังสืออ่านนอกเวลา เรื่อง “เรียนรู้และเปลี่ยนแปลง” โดย ดร.ประมวล เพ็งจันทร์ เรื่องย่อของหนังสือเล่มนี้ คือ ผู้เขียนเล่าประสบการณ์ของตนเองว่า สำเร็จการศึกษาจากประเทศอินเดีย ได้กลับไปอินเดียอีกครั้งโดยตั้งใจว่าจะไปกตัญญูต่อแผ่นดินอินเดียและขณะที่อยู่ในประเทศอินเดีย ผู้เขียนตั้งใจว่าไม่ว่าอะไรเกิดขึ้นจะไม่คำนึงต่อต้านทั้งสิ้น มีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นมากที่ผู้เขียนต้องประสบและได้ใช้ความเมตตา กรุณา ความกล้าหาญ ความเสียสละ ความจริงใจ ความปรารถนาดีต่อทุกคนทุกๆ เหตุการณ์ทำให้ผู้เขียนได้รับประสบการณ์ที่มีค่าและนำมาถ่ายทอดสู่ผู้สนใจในวงสนทนาในคำคืนหนึ่ง เมื่อผู้สอนกำหนดให้ผู้เรียนอ่านผู้เรียนได้เลือกสถานการณ์ที่ประทับใจรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งผู้สอนถอดบทเรียนได้ ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 นักศึกษาประทับใจในความกตัญญูของผู้เขียน ดังตัวอย่างประโยค “การไปอินเดียด้วยเหตุอันสำคัญยิ่ง 2 ประการ ประการแรก ผมมีความรู้สึกว่าเป็นหนี้บุญคุณ อินเดีย ส่วนประการที่สอง คือการไปแสดงความเคารพผู้มีพระคุณ”

สถานการณ์ที่ 2 นักศึกษาประทับใจในการให้คุณค่าของความรักของผู้เขียนดังตัวอย่างประโยค

“นี่ใจคือเป้าหมายของความรัก ความรักที่มันไม่ใช่เรื่องหลักการ เหตุผลที่ซับซ้อนเลยเป็นเรื่องของจิตใจของคนคนหนึ่งที่เรามีความสุขเป็นล้นพ้นที่เราได้มีชีวิตอยู่แล้วก็ทำให้คนหนึ่งที่เรารักเขามีความรู้สึกที่ดี”

สถานการณ์ที่ 3 นักศึกษาประทับใจในความเมตตากรุณาของผู้เขียนดังตัวอย่างประโยค

“ผมนั่งกินอาหารอยู่ริมถนน มีขอทานยืนอยู่ ผมเลยบอกเจ้าของร้านว่า “ช่วยทำอาหารที่ผมกินให้กับเพื่อนของผมด้วย” เจ้าของร้านถามว่า “ คุณจะสั่งอาหารให้เขาหรือ ” ผมตอบ “ ไข่ ทำเลย ทำให้เหมือนที่ผมกิน มันอร่อยมาก ”



สถานการณ์ที่ 4 นักศึกษาประทับใจในความอ่อนโยนในจิตใจของผู้เขียนดังตัวอย่างประโยค

“เพียงแคใครเอาน้ำมาให้ผมดื่มสักแก้วหนึ่ง แล้วผมจะรู้สึกได้ถึงความหมายที่มันเกิดขึ้นในตัวผม พอผมเห็นคุณค่าของน้ำแก้วนั้น มันทำให้ผมเห็นค่าของน้ำใจของคนทีเอาน้ำมาให้ มันทำให้ผมเห็นคุณค่าของอะไรอีกมากมายมหาศาล และพอเราเห็นค่าของสิ่งต่างๆ เหล่านั้นเป็นจำนวนมากมายนี้ มันยังโยงมาสู่การทำลายความรู้สึกเห็นแก่ตัว”

สถานการณ์ที่ 5 นักศึกษาประทับใจในความสามารถในการ“พลิกจิต”ของผู้เขียนดังตัวอย่างประโยค

“ถ้าผมให้สตางค์แล้วเขาไม่ทอน ผมก็ถือว่าเป็นบุญเหลือเกิน ผมมีเจตนาเอาสตางค์มาเพื่อจะบริจาคทำบุญที่นี้ ดังเช่น เวลาเราขึ้นรถ ส่วนใหญ่เวลาเราให้สตางค์แล้วเขาไม่ทอน เมื่อก่อนผมจะทวงถาม แล้วก็ตำหนิเขา ว่าเขา ว่าคุณอย่าทำอะไรอย่างนี้ แต่วันนี้ผมมีความสุขครับ”

สถานการณ์ที่ 6 นักศึกษาประทับใจในความ “เข้าใจเพื่อนมนุษย์” ดังตัวอย่างประโยค

“พื้นที่ที่เรามาชีวิตอยู่กับเพื่อนร่วมงาน ขอได้โปรดเห็นใจแม้จะไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่เขาทำ แต่โปรดเข้าใจเถิดว่าทุกคนมีข้อจำกัดแล้วถ้าเรามองเห็นข้อจำกัดนั้น เราจะเห็นใจ...ความรู้สึกแบบนี้ต้องเกิดมาจากใจ”

สถานการณ์ที่ 7 นักศึกษารู้สึกสะเทือนใจกับเหตุการณ์ที่ผู้เขียนเข้าใจผิดคนขับรถรับจ้างจนเกิดเป็น “ความละอายใจ” ของผู้เขียน คือในวันที่ฝนตกผู้เขียนได้เรียกรถตุ๊กตุ๊กให้ไปส่งที่แห่งหนึ่ง คนขับบอกราคา 50 รูปี ผู้เขียนตอบตกลงแต่ในใจกลับคิดว่า 50 รูปีนี้ไม่ใช่แน่นอนะ 20 รูปีก็มากแล้ว แต่เมื่อตั้งใจแล้วว่าจะไม่ต่อรองใด ๆ เมื่อถึงจุดหมายจึงหยิบเงินส่งให้ 50 รูปี คนขับกลับมองด้วยความสงสัยและกล่าวออกมาว่า “ ขอโทษด้วย ภาษาของผมไม่ดี ผมคงพูดผิด ผมไม่ได้มีเจตนาพูดว่า 50 (Fifty) ผมต้องการพูดว่า 15 (Fifteen) One – five not Five Zero ” ผู้เขียนรู้สึกผิดที่เดินทางมาเพื่อทำจิตให้สะอาด แต่กลับคิดถึงเพื่อนมนุษย์ในแง่ลบ คิดถึงคนอื่นในแง่ของความหวงแหน

สถานการณ์ที่ 8 นักศึกษาประทับใจในความ “สุขใจ” ของผู้เขียนที่เกิดได้ทุกที่ดังตัวอย่างประโยค

“ผมขึ้นไปนั่งบนรถไฟ อยู่ดีๆ มีคนชี้ผมว่า เขาจะนั่งที่ที่ผมนั่งอยู่ ผมก็ลุกขึ้นให้ แล้วผมก็ไปนั่งที่พื้นด้วยความสุขเป็นล้านพื้นที่ได้นั่งที่พื้น พอผมไปนั่งที่พื้นก็เกิดความรู้สึกซึ่งตีความตามจารีตประเพณีว่าผมเป็นวรรณะต่ำ เพราะว่าผมแต่งตัวสกปรกด้วย ขณะนั่งที่พื้นก็มีคนยื่นเต็ม เขาก็ไล่ผมว่าที่ตรงนี้เขาอยากนั่ง ให้ผมไปนั่งที่อื่น ผมก็ต้องไปนั่งหน้าห้องน้ำ แล้วผมก็มีความสุขมากที่ได้นั่งหน้าห้องน้ำ”

สถานการณ์ที่ 9 นักศึกษาประทับใจในความมี “จิตเคารพ” ของผู้เขียนดังตัวอย่างประโยค

“ผมมีความรู้สึกว่าการเคารพที่แท้จริง คือการที่จิตของเรามีความนุ่มนวล อ่อนโยน น้อมไปรับทุกสิ่งที่เกิดปรากฏกับเราโดยไม่มีจิตปฏิเสธ ”...

สถานการณ์ที่ 10 นักศึกษาประทับใจในคำตอบที่มีไหวพริบ ให้เกียรติ สร้างกำลังใจและให้คุณค่าแก่ผู้อื่นของผู้เขียน ดังเหตุการณ์ที่มีผู้หญิงคนหนึ่งมาถามผู้เขียนหลังจากฟังผู้เขียนพูดจบแล้วว่า“ หนูเกิด



มาทำไม” ขณะนั้นผู้เขียนกำลังรีบจะเดินทางแต่ก็ได้ตอบไปในเวลาและเงื่อนไขที่จำกัดว่า “ผมไม่รู้ว่าคุณเกิดมาเพื่ออะไร แต่ถ้าคำถามนี้เป็นคำถามของผมเองว่าผมเกิดมาเพื่ออะไร ผมตอบได้โดยไม่ต้องลังเลใจว่า ผมเกิดมาเพื่อพบคุณ ผมมีความสุขเป็นล้นพ้นที่ได้พบคุณ นี่เป็นความปรารถนาของผม เป็นความสุขของผมที่ได้พบคุณที่นี่”

จากการที่ผู้เขียนได้อ่านและนำเสนอเหตุการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกประทับใจ สะเทือนใจ ส่งเสริมกำลังใจนั้น ผู้เขียนเห็นว่าการแสดงออกของผู้เขียนเป็นการแสดงออกของผู้ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ และผู้เรียนสรุปว่าผู้เขียนเป็นบุคคลที่ควรนำมาเป็นแบบอย่างในด้านต่างๆดังนี้

1. ความกตัญญูต่อประเทศชาติ ผู้มีพระคุณเช่น พ่อแม่ ครู อาจารย์ เป็นต้น
2. การมีมนุษยสัมพันธ์ดีกับคนทุกคน
3. การกล้าเผชิญอุปสรรค
4. ความมีเมตตา กรุณา
5. การเป็นคนคิดบวก มองโลกในแง่ดี
6. การมีความรักที่งดงาม สามารถนำไปปรับเปลี่ยนชีวิตในทิศทางที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ
7. ความเคารพต่อสรรพสิ่งรอบตัว
8. การเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น

สิ่งที่ผู้เรียนตั้งใจจะเปลี่ยนแปลงตนเองหลังจากการอ่านหนังสือ “เรียนรู้และเปลี่ยนแปลง”

1. จะเป็นคนกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ
2. ใส่ใจคนอื่นให้มากขึ้น
3. ขยัน ตั้งใจเรียนให้มากขึ้น
4. จะเป็นคนที่ใจเย็นให้มากขึ้น ไม่โกรธคนอื่น โดยไม่มีเหตุผล
5. จะมีความเมตตา กรุณา กับทุกคน
6. มีความอ่อนน้อมถ่อมตนให้มากขึ้น
7. จะไม่แบ่งแยก แบ่งว่าเป็นเขาเป็นเรา
8. จะพยายามคบหาทุกคนให้เท่าเทียมกัน

สรุป

การจัดการศึกษาพยาบาลเพื่อให้บรรลุอัตลักษณ์ “การดูแลสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ของสถาบันพระบรมราชชนก ผู้สอนทุกรายวิชาต้องร่วมรับผิดชอบผลักดันให้เกิดคุณลักษณะเช่นนี้ในตัวผู้เรียน ตั้งแต่ในชั้นปีที่ 1 เป็นการปูพื้นฐานก่อนเข้าสู่การศึกษาทางการพยาบาล การกำหนดให้ผู้เรียนได้อ่านหนังสืออ่านนอกเวลาของผู้สอนคัดสรรแล้วว่ามีความเหมาะสมต่อการพัฒนาปัญญา เหตุผลเชิงจริยธรรม และเสริมสร้างจิตใจที่อ่อนโยน งดงามแก่ผู้เรียน เป็นการสอนผู้เรียนทางอ้อมได้ดีอาจจะดีกว่าการบรรยายหน้าชั้นเรียนซึ่งผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 นี้อาจจะไม่ชอบและเบื่อเพราะปัจจุบันมีสื่อที่ผู้เรียนสามารถเข้าถึง



ความรู้และข่าวสารต่างๆได้มาก หลากหลายและหลายช่องทาง อย่างไรก็ตามสื่อที่มีมากก็ใช้เกิดประโยชน์กับผู้เรียนไปเสียทั้งหมด มีผู้เรียนอีกไม่น้อยที่ไม่มีวิจารณญาณในการเลือกสื่อที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสติปัญญา จึงเป็นหน้าที่ของผู้สอนที่จะต้องคัดสรรสื่อที่ดีมีประโยชน์เพิ่มพูนสติปัญญาแก่ผู้เรียนเพื่อช่วยพัฒนาผู้เรียนสู่การเป็นผู้มีความคิดอย่างเป็นระบบมีอัตลักษณ์การดูแลสุขภาพ และจิตบริการ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม

เอกสารอ้างอิง

ประมวล เพ็งจันทร์. (2552). **เรียนรู้และเปลี่ยนแปลง**. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

กองบรรณาธิการ วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน – ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระบุนิติการศึกษาสูงสุด ไม่ต้องระบุตำแหน่งทางวิชาการ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ อยู่ที่ชื่อเรื่องโดยเอียงมาทางด้านขวา และให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้ายชื่อผู้เขียนเพื่อแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับตำแหน่งทางวิชาการ ชื่อหน่วยงาน แสดงไว้เป็นเชิงอรรถด้านซ้ายในหน้าแรก ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักให้เพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย หัวข้อย่อยเว้นห่างจากหัวข้อใหญ่ 3 – 5 ตัวอักษร และหัวข้อย่อยขนาดเดียวกัน ต้องพิมพ์ให้ตรงกัน เมื่อขึ้นหัวข้อใหญ่ ควรเว้นระยะพิมพ์เพิ่มอีก



7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น(ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - 8.1 บทคัดย่อ (Abstract)
 - 8.2 บทนำ (Introduction) ระบุความสำคัญของปัญหาการวิจัยกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ และสมมุติฐานการวิจัย
 - 8.3 ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) ระบุแบบแผนการวิจัยการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล
 - 8.4 ผลการวิจัย/ผลการทดลอง (Results) เสนอผลที่พบตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับอย่างชัดเจน ควรเสนอในรูปแบบตารางหรือแผนภูมิก่อน แล้วจึงอธิบายตาราง
 - 8.5 อภิปรายผล/วิจารณ์ (Discussion) เสนอเป็นความเรียงชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของผลการวิจัยกับกรอบแนวคิด และงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่ควรอภิปรายเป็นข้อๆแต่ชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด
 - 8.6 สรุปผล (Conclusion) ระบุข้อสรุปที่สำคัญ
 - 8.7 ข้อเสนอแนะ ที่ได้จากงานวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ และประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป
 - 8.8 รายการอ้างอิง (References) ต้องเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น
9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย
 - 9.1 บทคัดย่อ (Abstract)
 - 9.2 บทนำ (Introduction)
 - 9.3 เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
 - 9.4 บทสรุป (Conclusion)
 - 9.5 ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
 - 9.6 รายการอ้างอิง (References)
10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.



ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year System) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้เขียนชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อคนแรกตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

...การปลูกฝังขัดเกลาด้านวิชาการและคุณลักษณะของพยาบาลจึงเป็นหน้าที่อันยิ่งใหญ่ของสถานศึกษาพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2555)

...โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของปัจจัยการดูแลอย่างเอื้ออาทร (Watson, 2008)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....”

ตัวอย่าง

Bandura (1991, p. 1) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (วิภาดา คุณาวิทิกุล, 2549, หน้า 22)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ใส่ชื่อผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “และคณะ” และบทความภาษาอังกฤษ ใช้คำว่า “et al.” และใช้เครื่องหมายวรรคตอน ดังตัวอย่าง

ธิดารัตน์ สุภานันท์, จารุวรรณ ศุภศรี และอรุณี ชุณหบดี. (2554). ผลการติดตามบัณฑิตที่ให้บริการ

ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ปีการศึกษา 2553 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง. ตรัง:

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). **How to Design and Evaluate Research in Education.** (Eighth Edition.). New York: McGraw-Hill.

3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2553). รายงานประจำปี 2553 สถาบันพระบรม

ราชชนก. กรุงเทพฯ: ราไทยเพรส.

3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A.” **Basic Nursing Challenge.** (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.



3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). "The New Face of Nursing: Expanding Patient Advocacy with Leadership, Creativity, and Vision". **Johns Hopkins Nursing Magazine**. Retrieved November 3, 2013, from <http://magazine.nursing.jhu.edu/>.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. (2556). การสังเคราะห์ความรู้จากงานวิจัยเรื่อง การจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาในการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ต.ค. 2556 จาก http://km-bcns.blogspot.com/2013/08/blog-post_701.html.

3.5 วิทยานิพนธ์

กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2557). การพัฒนาตัวบ่งชี้อัตลักษณ์ของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ดุสิต (การบริหารการศึกษา). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

การส่งบทความ

ส่งบทความต้นฉบับพร้อมสำเนา รวม 3 ชุด และแผ่น CD (กรุณาใช้ CD ใหม่) พร้อมทั้งอยู่ที่สามารถติดต่อสะดวก มาที่

ดร.มารีสา สุวรรณราช (บรรณาธิการวารสาร)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

64 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

หรือส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์มาที่ vijai.bcnsk@gmail.com หรือ jock2667@gmail.com



ใบสมัคร

สมาชิกรวบรวมรายชื่อแพทย์พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

ประเภท ☐ บุคคล ชื่อ – สกุล (บรรจง).....

☐ หน่วยงาน ชื่อหน่วยงาน.....

สถานที่จัดส่งวารสาร

.....
.....
.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

มีความประสงค์จะ

☐ สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ต่ออายุสมาชิก

☐ 1 ปี (3 เล่ม)

☐ บุคคลภายใน 400 บาท

☐ บุคคลภายนอก 500 บาท

☐ 2 ปี (6 เล่ม)

☐ บุคคลภายใน 750 บาท

☐ บุคคลภายนอก 900 บาท

ลงนามผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงทะเบียนสมาชิกเลขที่.....

วารสารฯ เริ่มจ่าย ฉบับที่...../.....สิ้นสุด...../.....

ผู้รับสมัคร.....

วันที่รับสมัคร...../...../.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ : นางสาวเสาวนันท จุลนวล โทร. 0-7431-1890-1 โทรสาร 0-7459-2621

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้



**แบบฟอร์มการส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการ
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุที่อยู่.....

.....ระบุวันที่.....

เรื่อง ขอส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

เรียน บรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. บทความเรื่อง “....ระบุชื่อเรื่อง....” จำนวน 3 ฉบับ และแผ่นซีดี จำนวน 1 แผ่น
2. แบบฟอร์มส่งบทความ/ใบสมัครสมาชิก/แบบรับรองบทความจากวิทยานิพนธ์

ด้วยข้าพเจ้ารายละเอียดตำแหน่งงาน/หน่วยงาน หากเป็น
นิสิตให้ระบุสาขา/ คณะ/มหาวิทยาลัย).... ขอส่งบทความจำนวน.....เรื่อง.....
ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อนำตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการ
สาธารณสุขภาคใต้

ในการนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความที่ข้าพเจ้าได้ส่งมานี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ มา
ก่อนและไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารใด ๆ ทั้งสิ้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ (.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร

E-mail



ของผู้เขียนบทความเพื่อสะดวกในการติดต่อ



วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2557

ISSN 2408-1051

บทความวิจัย

- ❖ การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ทางสุขภาพ
- ❖ การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา: ภายใต้อิทธิพลของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้
- ❖ ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง
- ❖ การสำรวจความต้องการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ❖ การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่

บทความวิชาการ

- ❖ การป้องกันและการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์

ปกิณกะ

- ❖ นวัตกรรมการเรียนรู้ที่ตอบสนองรูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ และจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2557

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์ บุคลากร นักศึกษา เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net) ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการ ของบุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่า และผู้สนใจ ในด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
4. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ (SC-Net)

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
64 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000
โทร. 0-7431-1890-1 ต่อ 412 โทรสาร 0-7431-2562
<http://bcnsk.ac.th> E-mail: vijai.bcnsk@gmail.com

พิมพ์ที่

แทมการพิมพ์
24 ถนนราษฎร์อุทิศ 1 ซอย 4 อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
โทรศัพท์ 0-7431-2329
โทรสาร 0-7444-2389
www.tameprint@gmail.com

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2557

ที่ปรึกษา

นายแพทย์อภิชาติ รอดสม
อาจารย์อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย
ดร.จิราพร วัฒนศรีสิน

ดร.อรอนพ สนธิไชย
อาจารย์นิมิตตรา แว
อาจารย์ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ
อาจารย์ประไพพิศ สิงห์เสม
ดร.ขวัญตา บุญวาศ

บรรณาธิการ

ดร.มารีสา สุวรรณราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
อาจารย์กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ
ดร.ดารารารณ รองเมือง

กองจัดการ

ดร.รุ่งนภา จันทรา
เภสัชกร อวิรุทธิ์ สิงห์กุล
อาจารย์บุญธิดา เทือกสุบรรณ
อาจารย์วรรณ สัมฤทธิ์
อาจารย์สิรินภร ศุภวรรณ
อาจารย์นุศรา ดาวโรจน์
อาจารย์ทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ
อาจารย์ปฐมมาศ โชติขันธ์
อาจารย์สุรศักดิ์ พุฒินิชย์
อาจารย์นภาพร พุฒินิชย์
อาจารย์พัชร รัตนพงษ์
อาจารย์อภิสหิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง
นางสาวเสาวนีย์ จุลนวล
นายจักรกฤษณ์ ศรีวรรณ

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา จรจิตร
รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อาธิเอื้อ

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต
รองศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ ณ หนองคาย
รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์เทพ สุธีรวัฒน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทย.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล
ดร.ณฤมล สิงห์คง

ดร.อดิยาณ์ ศรีเกษตริน
ดร.รักษานภิศ พละศึก
ดร.ปริญญ์ ชัยกองเกียรติ
ดร. สาดิ์ แอมิลตัน
ดร.อาจินต์ สงทับ
ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์
ดร.อมาวลี อัมพันธ์ศิริรัตน์

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้

สำนักโครงการปริญญาเอก มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์
สถาบันการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคใต้ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ราคาจำหน่ายเล่มละ 90 บาท

บทบรรณาธิการวารสาร

สวัสดีค่ะผู้อ่านทุกท่าน วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ (The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health: SCNJ) ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 หลังจากฉบับที่ 1 และ 2 ได้ส่งเผยแพร่ให้กับสถานศึกษา แหล่งฝึก และผู้สนใจ ซึ่งได้รับความสนใจจากบุคลากรในแวดวงวิทยาศาสตร์สุขภาพติดต่อเพื่อขอลงตีพิมพ์บทความเป็นจำนวนมาก

ในฉบับที่ 3 นี้ กองบรรณาธิการได้คัดสรรบทความวิจัย และบทความวิชาการที่น่าสนใจจากหลากหลายสาขาวิชาจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ทางสุขภาพ 2) การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวานกรณีศึกษา: ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ 3) ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง 4) การสำรวจความต้องการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่ 6) การป้องกันและการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ และปฏิกิริยา 1 เรื่อง คือ นวัตกรรมการเรียนรู้ที่ตอบสนองรูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาการคิดอย่างเป็นระบบ และจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม ทั้งนี้ทุกบทความวิจัยและบทความวิชาการผ่านการกลั่นกรองอย่างเข้มข้นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่าน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขบทความเหล่านั้นให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงอยากเชิญชวนผู้อ่านทุกท่านได้อ่านบทความที่มีประโยชน์ดังกล่าว

สุดท้ายนี้กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ให้การสนับสนุนทุกท่านทั้งผู้บริหาร อาจารย์ในเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้ทุกท่าน ตลอดจนผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงบทความ เจ้าของบทความ ที่ได้ให้ความไว้วางใจวารสารของเราในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน ทั้งนี้เพื่อพัฒนาทักษะทางวิชาการของบุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

ดร.มารีสา สุวรรณราช

บรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัย :

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ทางสุขภาพ.....	1
--	---

The Application of the Health Belief Model with Group Process
in Health Education Program

กิตติศักดิ์ เมืองหนู

การดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา: ภายใต้บริบทของสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้.....	15
--	----

Integrated Self-Care of Diabetes Patients: A Case Study in the Southern
Thai Socio-Cultural Context (Songkhla Province)

วรรณวรรณ จันทวีเมือง และบุษยา สังขชาติ

ปัจจัยทางการบริหารและการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดพัทลุง.....	36
---	----

Management Factors and Medical Supply Management in Health Promoting
Hospitals, Phatthalung Province

พินิจสินธุ์ เพชรมณี

การสำรวจความต้องการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....	49
--	----

Training Needs Assessment to Increase Knowledge and Competency of Personnel
in Sub-district Health Promoting Hospital

อวิรุทธ์ สิงห์กุล

การพัฒนาแบบบันทึกทางการพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกระบี่.....	59
--	----

The Development of Perioperative Nursing Documentation in Krabi Hospital.

สุชาดา วิภาวาทน์, มนัสยา เพชรโยธา และกิตติยา ผลึกเพชร

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ :

การป้องกันและการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์.....	73
Prevention and Care of Children with Down Syndrome	
นัยนันต์ จิตประพันธ์	

ปกิณกะ :

นวัตกรรมการเรียนรู้ที่ตอบสนองรูปแบบการจัดการศึกษาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาการคิด อย่างเป็นระบบ และจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม.....	88
บุษกร โกมลภมร	