



ISSN : 2822-0749 (Online)



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol.3 No. 3 : July - September 2024

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2567



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2567 : Vol. 3 No. 3 : July - September 2024



เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ และพัฒนาคุณภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล อันเป็นกลไกส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เปิดรับ ได้แก่ บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความกรณีศึกษา (Case Study article)

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ ฉบับละไม่เกิน 20 บทความ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เดือนมีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากที่กำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045-616041-7 E-mail : baokamk@gmail.com

Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นพ.ทง วีระแสงพงษ์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชฐ งามเจริญ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นายปรีชา ปิยะพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. นายไพฑูรย์ แก้วอมร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นางบุญน้อม ไกรยา | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. นายวิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

1. Associate Professor Dr. Niruwan Turnbull : Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand
2. Associate Professor Dr. Chalermchai Khemtong : University of Florida, USA.
3. Assistant Professor Dr. Elvin Blanco : Houston Methodist Research Institute, Houston, Texas, USA.

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชฐ งามเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อนันต์ ถิ่นทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. ดร.กำพล เข้มทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.อนุพันธ์ ประจำ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 2. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. ผศ.ดร.กิตติ เหลาสภาพ | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 4. ผศ.ดร.กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ |
| 5. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 6. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 7. ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 8. ดร.สมัย ลาประวัตติ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. ดร.วรกร วิชัยโย | อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 10. ดร.ณัฐชาพันธ์ กมลฤกษ์ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 11. ดร.วิลาวัณย์ ขาดดา | อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 12. ดร.พุทธิไกร ประมวล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 13. Dr. Le Ke Nghiep | Lecturer of the Department of Health,
Vinh Long Province, Vietnam |
| 14. ดร.สุระพล นามวงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน
จังหวัดศรีสะเกษ |
| 15. ดร.ธีระวุธ คำโสภา | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 16. ดร.วิเชียร ศรีหนาจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 17. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 18. ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ |
| 19. ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์ | นักวิจัยอิสระ |
| 20. นพ.ชำนาญ สมรมิตร | โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ |
| 21. นพ.อัครเดช บุญเย็น | โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ |
| 22. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

23. ภก.พัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
24. ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลขุนันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
25. นายสมัย คำเหลื่อ	สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
26. นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
27. นายอนุสร การะเกษ	โรงพยาบาลราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
28. นางสาวขวัญจิตร เขิงชวโน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
29. นางกุสุมา มีศิลป์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. นางจริยา เตชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. นางสาวสาวิตรี ยาทอม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
485 หมู่ 6 ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616040-6 ต่อ 312
<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 30 วัน
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิกับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ฉบับนี้เป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2567 เปิดรับบทความวิชาการโดยผ่านเว็บไซต์ระบบ ThaiJO ได้ผ่านการพิจารณาคุณภาพบทความผลงานวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นก่อนอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัย

บทความวิชาการและผลการศึกษาวิจัย จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา ที่ส่งมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพของบทความผลงานวิชาการ ผลการศึกษาวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารนี้ ให้สอดคล้องหลักเกณฑ์ต่างๆ และการนำไปใช้ประโยชน์ของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัยเพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานของวารสาร รวมถึงให้ความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นกับผู้สนใจที่ส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความที่ส่งมาจะได้รับ การกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความวิชาการ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมีมาตรฐานกองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้หลากหลายอย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ์ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
1. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ทวีศักดิ์ สิมณี,ส.บ.</i>	1-11
2. ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ <i>เนาวรัตน์ ศรีสันติแสง,วท.ม., กำพล เข้มทอง,ส.ด.</i>	12-27
3. ความสำเร็จและความปลอดภัยของการสกัดกันแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ <i>ยุวรี ชินทอง,พ.บ.</i>	28-41
4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะของผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ <i>ขวัญชนก คັນธชาติ, พ.บ.</i>	42-56
5. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>บุญเลิศ ปลอดปล่อง,ส.บ.</i>	57-67
6. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ราไพวัลย์ นาครินทร์, ส.ม.</i>	68-79
7. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ <i>จตุรงค์ สุภาพิทย,ส.บ.</i>	80-94
8. แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ในจังหวัดศรีสะเกษ <i>อรกมล ศิริมาศ,พ.บ., ละอองเดือน รัตนะวัน,</i>	95-103
9. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมชาติตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ <i>วัชรินทร์ พันแก่น,ส.บ., สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์,ปร.ด.</i>	104-118
10. โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนงาม อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ <i>สุนทรา สนทยา,พ.บ., สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์,ปร.ด.</i>	119-133
11. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ <i>อินทุภา ทองพันซัง,ส.บ., สมัย ลาประวัต,ส.ด.</i>	134-143

กรณีศึกษา

หน้า

1. การพยาบาลผู้ป่วยเฝ้าพยาบาลที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย

144-158

บุญโฮม ทัพย์สมบัติ, ป.พย.

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ทวีศักดิ์ สิมณี,สบ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม โดยวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับ โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 รู้เขารู้เรา กิจกรรมที่ 2 จริงหรือหลอก กิจกรรมที่ 3 ของดีบอกต่อ และกิจกรรมที่ 4 ทำดีให้ดู รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการได้รับโปรแกรมมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีประสิทธิผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงควรได้มีการเสริมสร้างและยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพ ดังกล่าว เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ ให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคไข้เลือดออก

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: thaweesak.sim@gmail.com

**The effect of Health Literacy Enhancement Program on Aedes-Borne
disease Prevention Behavior of the Behavior Prevention of Dengue
Hemorrhagic Fever of Village Health Volunteers (VHV) at Jan Health
Promoting Hospital, Kanthararom District,
Sisaket Province**

Thaweesak Simmanee, *B.P.H.*¹

Abstract

This study was a one-group quasi-experimental research design with pre-post test measurements. The objective was to evaluate the effect of a health literacy promotion program on dengue fever prevention behaviors among village health volunteers in Jan Sub-district, Kanthararom District, Sisaket Province. The sample consisted of 45 participants who engaged in the program, which included four activities: (1) Know Yourself, Know Your Enemies; (2) True or False; (3) Share Good Things; and (4) Do Good Things for Everyone. The program spanned 8 weeks. Data were collected using questionnaires and analyzed with descriptive statistics and Paired Sample t-tests.

The results showed a statistically significant increase in health literacy and dengue fever prevention behaviors among the participants after completing the program ($P < 0.001$). Therefore, it can be concluded that the health literacy promotion program effectively enhances dengue fever prevention behaviors. It is recommended that such programs be promoted and tailored to the specific contexts of different communities to develop appropriate health literacy and behaviors for preventing dengue fever.

Keywords: Health Literacy, Village Health Volunteers, Dengue Fever

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Jan Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province. Email: thaweesak.sim@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก ทั้งกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้วโดยเฉพาะในประเทศเขตร้อนมากกว่า 125 ประเทศ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในหลายภูมิภาคของโลก รวมถึงประเทศไทย โรคนี้เกิดจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมีพาหะนำโรคคือยุงลาย (Aedes mosquitoes) การติดเชื้อสามารถทำให้เกิดอาการตั้งแต่ไม่รุนแรงเช่นไข้ ปวดศีรษะ และปวดกล้ามเนื้อ ไปจนถึงอาการรุนแรงเช่นไข้เลือดออกที่สามารถนำไปสู่ภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ มีการคาดการณ์ว่ามีผู้ติดเชื้อโรคไข้เลือดออกกว่า 390 ล้านคนต่อปีทั่วโลก (WHO, 2018)(WHO, 2020) พบมากในประเทศเขตร้อนและเขตอบอุ่น ซึ่งร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมดมาจากประเทศในภูมิภาคเอเชีย ประเทศไทยเริ่มมีรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกในปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 พบการระบาดใหญ่ที่สุดในปีพ.ศ. 2530 มีรายงานผู้ป่วยสูงถึง 170,000 กว่าราย เสียชีวิต 1,000 กว่าราย หลังจากนั้นประเทศไทยมีแนวโน้มของการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น โรคไข้เลือดออกมีลักษณะที่แปรผันตามฤดูกาล โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นในเดือนเมษายนและสูงสุดในเดือนมิถุนายน - สิงหาคม ซึ่งเป็นฤดูฝน เดือนกันยายนจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยลดลง แต่ถ้าหากช่วงปลายปีจำนวนผู้ป่วยไม่ลดลงและยังคงสูงลอย อาจทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องในปีถัดไปได้ (กรมควบคุมโรค, 2565)

ในประเทศไทย ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรคกองระบาดวิทยา ในปี 2565 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 45,145 ราย อัตราป่วย 66.97 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา 4.5 เท่า โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเริ่มสูงกว่า ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี และในปี 2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสม 119,965 รายอัตราป่วย 181.29 ต่อ

ประชากรแสนคน และในสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2562 - 2566 มีอัตราการป่วย 134.02 , 46.67 , 9.74 , 49.19 และ 130.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของอำเภอกันทรารมย์ 5 ปีย้อนหลัง ปี 2562 - 2566 พบอัตราป่วยร้อยละ 167, 133, 9.65 , 11.85 และ 95.69 ต่อแสนประชากร ในเขตตำบลจาน สถานการณ์โรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง ปี 2562 - 2566 พบอัตราป่วยร้อยละ 187.35, 199.06, 70.25, 81.96 และ 186.06 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์, 2566)

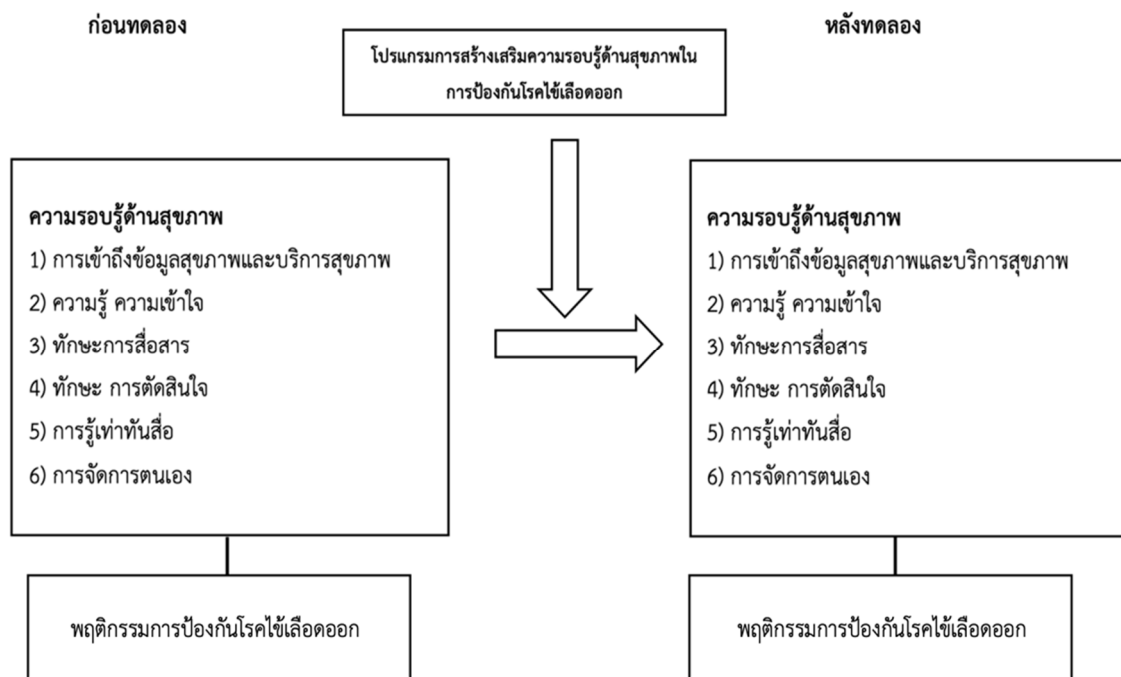
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่และมีบทบาทในการให้ความรู้ คำแนะนำ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยการพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้อง กับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการ และสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ (กองสุศึกษา, 2559)

จากสถานการณ์ปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาที่ได้รับการควบคุมและแก้ไขมาเป็นเวลานาน แต่ยังคงมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอยู่อย่างต่อเนื่อง อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ชุมชนได้ ในผู้วิจัยจึงได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งจากการวิจัยจะ

ทำให้ทราบถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโปรแกรมในการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อสามารถนำไปเป็นข้อกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคไข้เลือดออกได้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยใช้แบบ แผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design)

ไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ วัดผลความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนการได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และวัดผลหลัง ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมสร้างเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังรูปภาพที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 163 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size = 0.05 ค่า α err. prob. = 0.05 ค่า Power ($1-\beta$ err. prob.)

= 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 45 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling) จนครบ 45 คน

เกณฑ์การเข้า คัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนในเขตอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีอายุงานไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 2) เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่อำเภอกันทรารมย์ ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- 3) เป็นผู้ที่สามารถฟัง พูด สื่อสารภาษาไทย ได้

- 4) สมารถเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้สมัครใจเข้าร่วมศึกษามีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน
- 2) ผู้สมัครใจเข้าร่วมศึกษาย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง เป็นโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก พัฒนาโดยผู้วิจัย รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม รวม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1-2 จัดกิจกรรมที่ 1 รู้เขารู้เรา (ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับไข้เลือดออก) สัปดาห์ที่ 3-4 จัดกิจกรรมที่ 2 จริงหรือหลอก (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพและรู้เท่าทันสื่อ) สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมที่ 3 ของดีบอกต่อ (การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ) สัปดาห์ที่ 7-8 กิจกรรมที่ 4 ทำดีให้ดู (เสริมสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องและเป็นแบบอย่างแก่บุคคลอื่น)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินแบบความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออก การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ (paired sample t-test) ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่ SPPH 2024-047 โครงการวิจัยรับรองตั้งแต่วันที่ 13 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 12 มิถุนายน 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการ 3 ข้อคือ 1. ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2. หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3. หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่งจึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.20 มีช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 44.40 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.47 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 32 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 65 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 51.10 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.40 เฉลี่ยต่อเดือน 4,300 บาท รายได้ต่ำสุด 1,500 บาทและรายได้สูงสุด 15,000 บาท

2. เปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็นรายด้านพบว่า

2.1 ด้านความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.89 (S.D.=1.92) หลังการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.02 (S.D.=0.81) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair Sample T-test พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 1

2.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.06 (S.D.=0.60) หลังการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.46 (S.D.=0.32) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test

พบว่าค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 1

2.3 ด้านการสื่อสารสุขภาพก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.12 (S.D.=0.66) หลังการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.51 (S.D.=0.41) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 1

2.4 ด้านการจัดการตนเองก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.30 (S.D.=0.64) หลังการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.46 (S.D.=0.43) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 1

2.5 ด้านรู้เท่าทันสื่อก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.75 (S.D.=0.42) หลังการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.31 (S.D.=0.32) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 1

2.6 ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.28 (S.D.=0.65) หลังการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.51 (S.D.=0.39) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test รายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ด้านความรู้	5.89	1.92		9.02	0.81	สูง	-10.13	<0.001
การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	3.06	0.60	สูง	3.46	0.32	สูง	-6.68	<0.001
การสื่อสารสุขภาพ	3.12	0.66	สูง	3.51	0.41	สูง	-4.51	<0.001
การจัดการตนเอง	3.30	0.64	สูง	3.46	0.43	สูง	-3.38	<0.001
รู้เท่าทันสื่อ	2.75	0.42	ปานกลาง	3.31	0.32	สูง	-6.87	<0.001
การปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.28	0.65	สูง	3.51	0.39	สูง	-3.88	<0.001

3.เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.10

(S.D.=0.49) หลังจากการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.46 (S.D.=0.27) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.010$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test โดยรวม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	3.10	0.49	สูง	3.46	0.27	สูง	-7.99	<0.001

4.เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.32) หลังจากการได้รับ

โปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.73 (S.D.=0.20) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test

พฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P- value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3.58	0.32	สูง	3.73	0.20	สูง	-5.42	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย สรุปและอภิปรายตามรายด้าน เพื่อให้สอดคล้องวัตถุประสงค์การวิจัย พบว่า

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัด ศรีสะเกษ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกหลังการได้รับโปรแกรมมีการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกิจกรรม 1 รู้เขารู้เรา (ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ ไข้เลือดออก) โดยการใช้สื่อทางออนไลน์และการอบรม ทบทวนความรู้ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีความรู้ ประสบการณ์ ได้รับการฝึกอบรม เป็นประจำ และมีบทบาทในการทำงานด้านสาธารณสุข ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 2 จริงหรือหลอก (การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพและรู้เท่า ทนสื่อ) โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูล ทำกิจกรรมร่วมกับ เจ้าหน้าที่ในการค้นคว้าและการออกสำรวจบ้านเรือน กิจกรรมที่ 3 ของดีบอกต่อ (การสื่อสารข้อมูลความรู้ ด้านสุขภาพ) โดยการประชาสัมพันธ์บอกต่อ แต่ประชาชนในหมู่บ้านเพื่อขยายข้อมูลในการป้องกัน โรคไข้เลือดออก กิจกรรมที่ 4 ทำดีให้ดู (เสริมสร้าง พฤติกรรมที่ถูกต้องและเป็นแบบอย่างแก่บุคคลอื่นโดย การเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมการป้องกันไข้เลือดออก โดยโปรแกรมในการเสริมสร้างความรู้เพิ่มเติมโดยการ

เน้นการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัย และเข้าถึงง่าย จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำหน้าที่ ของตนในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค ในชุมชนได้ และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทำให้อาสาสมัครสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ในการปฏิบัติงานจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัย ชลดา งอน สำโรง และณัฐวุฒิ กนกกระโทก (2566) ศึกษา ผลของ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอบักรังชัย จังหวัด นครราชสีมา พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) รจนา รณ ชูใจ ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ(2564) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล ดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่าคะแนน เฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกัน โควิด 19ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 สูงกว่า ก่อนได้รับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ เอื้อจิต สุขพูล และคณะ (2563) ที่ศึกษา ผลของ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้าน สุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยอาจเกิด จากการที่ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคไข้เลือดออก และสามารถ นำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน การเพิ่มพูนความรู้ทางสุขภาพสามารถส่งผลให้ พฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้เข้าร่วมโปรแกรมดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ภาวิณี มนตรี และคณะ(2565) ศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ที่มีมูลายเป็นพาหะของ แขนงนำครวเรือนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค ที่มีมูลายเป็นพาหะหลังการทดลองมากกว่าก่อน การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ กนกพรรณ พรหมทอง และมนตรี รักภักดี(2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการ สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก และค่าดัชนี ลูกน้ำ ยุงลาย จังหวัดตรัง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความ รู้ด้านสุขภาพมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ วิภาวดี มาระ สาร จุฑามาต ศรีอินทร์ และวิลาวัลย์ตั้งสัตยาธิฐาน (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับกลุ่ม จิตอาสา ตำบลเวียง อำเภอฟาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังกิจกรรมมีการพัฒนาทักษะความ

รอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันไข้เลือดออกและ มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ประโยชน์

1.1 บุคลากรทางสาธารณสุขและอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนผู้นำในชุมชน สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน โดย ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อส่งเสริมป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานด้านการสาธารณสุขในพื้นที่ ควรใช้ โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้มีความ สอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากขึ้น และควร ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับ บริบท และความรู้ต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายกลุ่ม ตัวอย่างให้ครอบคลุมพื้นที่ต่างๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการ แพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่มีความหลากหลายและสามารถนำผลการวิจัย ไปใช้ประโยชน์ในวงกว้างมากขึ้น

2.2 ควรมี การศึกษา ติดตามผลการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขในระยะยาว เพื่อให้ทราบถึง ความยั่งยืนของผลกระทบจากโปรแกรม รวมถึง การประเมินว่าความรู้และพฤติกรรมที่ได้จากโปรแกรม มีการคงอยู่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายอิทธิพล สุยะลานายอำเภอ
กันทรารมย์ นายแพทย์ทอง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายประวิติ ศรีสุวรรณ
สาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น ในเขต
อำเภอกันทรารมย์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การ
สนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัย
ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). โรคไข้เด็งกี (Dengue).
สืบค้น เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2566 จาก
https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการดำเนินงาน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- กองสุขศึกษา. (2559). การเสริมสร้างและประเมิน
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข.
- ชลลดา งามสำโรง และณัฐฉา กนกกระโทก. (2566). ผล
ของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล
ธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัด
นครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้าน
สุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครราชสีมาปีที่ 9 ฉบับที่ 1.
- ภาวิณี มนตรี และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการ
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรค ที่มีผู้สูงอายุเป็นพาหะของแกน
นำครัวเรือนในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. วารสาร
ควบคุมโรค ปีที่ 48 ฉบับที่ 3.

รจนารถ ชูใจ ชลธิชา บุญศิริ และ กมลพร แพทย์ชีพ.

(2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อ
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่าย
วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปี
ที่ 8 ฉบับที่ 1.

วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง และ มนตรี
รักภักดี. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการ
สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้
ด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันและ
ควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนี ลูกน้ำ
ยุงลาย จังหวัดตรัง. วารสารมนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีที่ 40
ฉบับที่ 5.

วิภาวดี มาระสาร, จุฑามาศ ศรีอินทร์ และ วิลาวัลย์
ตั้งสัตยาธิฐาน (2565). ศึกษาผลของโปรแกรม
สร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับกลุ่มจิตอาสา
ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่.
วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ปีที่37 ฉบับ
ที่2.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์. รายงาน
โรคติดต่อ. (2566). กลุ่มงานควบคุมและ
ป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์
อำเภอกันทรารมย์ จังหวัด
ศรีสะเกษ.

เอื้อจิต สุขพูล และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการ
พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน.
วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 29 ฉบับที่ 3.

- World Health Organization. (2018). Dengue
Fever Fact Sheet. Geneva, Switzerland.
Retrieved from
[http://www.searo.who.int/entity/vector_
borne_tropical_](http://www.searo.who.int/entity/vector_borne_tropical_)
- World Health Organization. (2020). Dengue and
severe dengue. Retrieved from
[https://www.who.int/news-room/fact-
sheets/detail/dengue-and-severe-
dengue](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue).

ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

เนาวรัตน์ ศรีสันติแสง,วท.ม.¹, กำพล เข้มทอง,ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ และเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล(ทัศนคติต่อการรับรู้) และข้อมูลปัจจัยจุใจและปัจจัยค้ำจุน(ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับ, ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง, นโยบาย, การบังคับบัญชา, ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และ/หรือผู้ได้บังคับบัญชา, ความมั่นคงในการทำงานและสภาพการทำงาน) ประชากรในการวิจัย คือ บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ จำนวนทั้งหมด 201 คน ซึ่งเป็นการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเลือกเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น(Reliability) มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล(ข้อมูลทั่วไป) ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์(Chi-Square Test) ได้แก่ 1) ข้อมูลระดับการศึกษา 2) ข้อมูลตำแหน่งทางการบริหารหรือบทบาทหน้าที่ 3) ข้อมูลประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA 4) ข้อมูลตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่ควรเน้นให้มีการผลักดันหรือพัฒนามากที่สุด เนื่องจากการมีส่วนร่วมน้อย-น้อยที่สุด ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และ/หรือไม่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA รวมถึง ควรกำหนดให้บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษทุกคนมีตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA เพื่อเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐได้มากขึ้น รวมทั้ง ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis) ในการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมโดยภาพรวมที่สามารถเขียนสมการพยากรณ์ ได้แก่ ปัจจัยจุใจและปัจจัยค้ำจุนในหัวข้อการได้รับการยอมรับ $[X_2]$ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสามารถเขียนสมการพยากรณ์ ได้แก่ $\hat{Y} = 1.004 + 0.743[X_2]$ ($R^2 = 0.65$) สรุปได้ว่าปัจจัยจุใจและปัจจัยค้ำจุนในหัวข้อการได้รับการยอมรับสามารถทำนายหรือพยากรณ์การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 65 ในทิศทางเดียวกัน หากบุคลากรได้รับการยอมรับมาก จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมได้มาก แต่หากบุคลากรได้รับการยอมรับน้อย จะส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมได้น้อยเช่นกัน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, ปัจจัยจุใจและปัจจัยค้ำจุน, พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

¹ นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: srisantisang@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: kampo.l.khe@alumni.msu.ac.th

Predictive factors of the personnel participation for Quality of Public Sector Management in District Health Office, Sisaket Province

Naovarat Srisantisang,*M.Sc.*¹, Kampol Khemthong, *Dr.P.H.*²

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study personnel participation and predictive factors of the personnel participation for the Public Sector Management Quality Award(PMQA) in the District Health Office, Sisaket province. The predictive factors included the personal data (attitude towards perception) and motivational factors (recognition, advancement, policy, commanding, Interpersonal relation superior, subordinate and peers, security, and working conditions). A total sample of 201 persons who work in the District Health Office, Sisaket province, selected by using a purposive sampling. The tool of this research was a questionnaire that passed the reliability test, analyzed data using descriptive statistics and inferential statistics.

This finding showed that the personal data (general) had a relationship significantly (p -value < 0.05) to the participation in the Public Sector Management Quality Award(PMQA) in the District Health Office of Sisaket province using the Chi-Square Test included education level, Job position, experience in PMQA, and position in order. sample groups that had less or least participation, should be developed very much (under bachelor's degree and/or no experience in PMQA), including the total population who work in the District Health Office should have position in order of PMQA. In addition, stepwise multiple regression analysis found that predictive factor related significantly(p -value< 0.01) to the participation in the Public Sector Management Quality Award(PMQA) in the District Health Office of Sisaket province was the recognition[X₂] had forecasting equation as $\hat{y} = 1.004 + 0.743[X_2]$ ($R^2 = 0.65$) Thus, the motivational factors in the recognition item could forecast of the participation for Public Sector Management Quality Award(PMQA) in District Health Office of Sisaket province as 65% in the same direction, namely, the personnel were recognized so much affecting more participation for Public Sector Management Quality Award(PMQA) in District Health Office of Sisaket province, while the personnel was recognized less affecting less participation for Public Sector Management Quality Award(PMQA) in District Health Office of Sisaket Province too.

Keywords: Participation, Motivational factors, Public Sector Management Quality Award (PMQA), District Health Office

¹ Public Health Officer, Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office. E-mail: srisantisang@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office.

E-mail: kampol.khe@alumni.msu.ac.th

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หรือรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(Public Sector Management Quality Award: PMQA) ได้นำแนวคิดและโครงสร้างของเกณฑ์ที่ประยุกต์มาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (Malcolm Baldrige National Quality Award: MBNQA) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของราชการไทย และสอดคล้องกับวิถีปฏิบัติราชการตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ที่กำหนดแนวทางปฏิบัติราชการเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน (สำนักงาน ก.พ.ร., 2566) โดยมีมติคณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2548 เห็นชอบให้นำการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาใช้เป็นเครื่องมือผลักดันให้การพัฒนากระบวนการบริหารมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการได้ดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว โดยได้ดำเนินการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและส่งเสริมให้ส่วนราชการนำเกณฑ์ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์ดังกล่าว โดยเริ่มจากกำหนดเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ในปี พ.ศ. 2549 ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้ปรับปรุงเกณฑ์ไปสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน(Fundamental Level) และกำหนดให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการพัฒนาองค์การปีละ 2 หมวดระหว่างปี พ.ศ. 2552 - 2554 และเมื่อส่วนราชการดำเนินการครบทั้ง 6 หมวด ได้จัดให้มีการตรวจรับรองคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน(Certified Fundamental Level) เพื่อติดตาม และตรวจสอบความพร้อมของส่วนราชการก่อนที่จะเข้าสู่การดำเนินการเกี่ยวกับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในปี พ.ศ. 2555 ต่อเนื่องมาในปี พ.ศ. 2558 ได้มีการทบทวนและปรับปรุง เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้เกณฑ์ดังกล่าวมีความทันสมัย และสอดคล้องตามบริบท ความเปลี่ยนแปลงของระบบราชการไทย

รวมถึงมาตรฐานสากล และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการไทย(พ.ศ. 2556 - 2561)

ในปี พ.ศ. 2562 คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบราชการ เกี่ยวกับการส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เห็นควรให้มีการทบทวน และปรับปรุง เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้เกณฑ์ในการพัฒนาระบบคุณภาพ บริหารจัดการภาครัฐ มีความทันสมัย และมีมาตรฐานสากลสอดคล้องตามบริบท ความเปลี่ยนแปลง ของระบบราชการทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงยุทธศาสตร์ชาติด้านที่ 6 ด้านการปรับสมดุลและการบริหารจัดการภาครัฐ โดยสาระสำคัญของ การเปลี่ยนแปลงเป็นการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของภาคราชการในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการให้ความสำคัญและสร้างความพึงพอใจ ตลอดจนความ เชื่อถือไว้วางใจในการทำงานของภาครัฐ การพัฒนาไปสู่ องค์การที่มีขีดสมรรถนะสูง และการปรับตัวอย่างสมดุล ในการทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคส่วนอื่นๆ รวมทั้ง เพิ่มศักยภาพด้านการแข่งขันของภาคราชการและระดับ ประเทศ การสร้างคุณภาพการต่อสังคม การใช้ประโยชน์ ของข้อมูลสารสนเทศของส่วนราชการ การจัดการ กระบวนการ นวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งผลลัพธ์ที่สะท้อนความสำเร็จของการบริหารจัดการ องค์การอย่างยั่งยืน (สำนักงาน ก.พ.ร., 2562)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำ เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐไปใช้ในการ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ ซึ่งเป็นตัวชี้วัด ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ในปี พ.ศ. 2549 จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบ ราชการ และดำเนินการต่อมาอย่างต่อเนื่อง โดยระหว่าง ปี พ.ศ. 2561 - 2563 กำหนดเป็นตัวชี้วัดให้ส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนำเกณฑ์ คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐไปใช้ในการพัฒนา องค์การปีละ 2 หมวด และในปี พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา กำหนดเป็นตัวชี้วัดให้ดำเนินการพร้อมกันทั้ง 6 หมวด ในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งของจังหวัดศรีสะเกษ

ซึ่งเป็นส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ตอบสนองต่อนโยบายจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและมีการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การอย่างต่อเนื่อง

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอยู่ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence) แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยกำหนดตัวชี้วัดให้ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการพร้อมกันทั้ง 6 หมวดเพิ่มเติมเฉพาะในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ต้องจัดทำรายงาน PMQA ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ อย่างน้อย 1 หมวด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในขณะที่หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษมีนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐให้มีความเป็นเอกภาพทั้งจังหวัด มีการส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดการยกระดับการดำเนินงานคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพิ่มเติมจากตัวชี้วัดที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ จึงกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษมีการจัดทำรายงาน PMQA ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ อย่างน้อย 1 หมวด สำหรับนำมาเสนอในเวทีการจัดประชุมวิชาการหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด ฉะนั้นแล้ว การได้มาซึ่งการเสริมสร้างพลังอันจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด PMQA ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและยกระดับให้มีการจัดทำรายงาน PMQA ที่

โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ หัวใจสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ รวมทั้ง ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ อันเป็นข้อมูลประกอบและประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางหรือวางแผนเชิงนโยบาย สำหรับสร้างบรรยากาศและส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม รวมถึงการวางแผนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล(ทัศนคติต่อการรับรู้) รวมทั้งปัจจัยเชิงจิตและปัจจัยด้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง(cross-sectional analytical study) ในรูปแบบข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ

ประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 22 อำเภอ ในตำแหน่งงาน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ กลุ่มงานบริหาร, กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ และบริการ และกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีค่าจ้างเป็นรายเดือน กลุ่มตัวอย่าง มีโอกาสในการเข้าร่วมวิจัยครบถ้วน ร้อยละ 100 จำนวนทั้งหมด 201 คน ดังนั้น จึงเป็นการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเลือกเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแบบสอบถาม แล้วกำหนดเป็นกรอบปัจจัยให้ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

2. สร้างแบบสอบถามตามกรอบปัจจัยที่กำหนดในข้อ 1 โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ซึ่งประกอบ ด้วยคำถามเกี่ยวกับสถานที่ปฏิบัติงาน เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ และตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการรับรู้ปัจจัยเชิงบวกและปัจจัยด้านลบ ของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดครอบคลุมเนื้อหาปัจจัยด้านทัศนคติต่อการรับรู้ปัจจัยเชิงบวกและปัจจัยด้านลบ(การได้รับการยอมรับ,

ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง, นโยบาย, การบังคับบัญชา, ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และ/หรือผู้ใต้บังคับบัญชา, ความมั่นคงในการทำงานและสภาพการทำงาน) โดยเป็นแบบสอบถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคอร์ท (Likert Scale) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) โดยระดับความคิดเห็น(จากคำตอบ) มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด ได้ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามลักษณะการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดครอบคลุมเนื้อหาการมีส่วนร่วม 4 ด้าน คือ ส่วนร่วมในการตัดสินใจ, ส่วนร่วมในการดำเนินงาน, ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล โดยเป็นแบบสอบถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ ตามมาตราส่วนของลิเคอร์ท (Likert Scale) รายละเอียดดังอธิบายในส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นในเรื่องปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ให้ตอบโดยเสรี

เกณฑ์แปลความหมายค่าเฉลี่ย(บุญชม ศรีสะอาด, 2545) โดยค่าเฉลี่ยมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.51-5.00, 3.51-4.50, 2.51-3.50, 1.51-2.50 และ 1.00-1.50 คะแนน ตามลำดับ

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้(Try Out) กับบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดอำนาจเจริญ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามที่ทดลองใช้มาดำเนินการหาความเชื่อมั่น(Reliability) ของแบบสอบถาม

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา ด้วยวิธีของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม คือ 0.94 ซึ่งสอดคล้องกับหลักการว่าค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ใช้อธิบายสรุปข้อมูลจากแบบสอบถามในประเด็นปัจจัยส่วนบุคคล(ข้อมูลทั่วไป และทัศนคติต่อการรับรู้) ปัจจัยเชิงจิตและปัจจัยค้ำจุน และการมีส่วนร่วมของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติความถี่(frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย(Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) ค่าสูงสุด(Maximum) และค่าต่ำสุด(Minimum)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

2.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล(ข้อมูลทั่วไป) ของบุคลากร กับการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ ส่วนร่วมในการตัดสินใจ, ส่วนร่วมในการดำเนินงาน, ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล ด้วยการใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

2.2 ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล(ทัศนคติต่อการรับรู้) และปัจจัยเชิงจิตและปัจจัยค้ำจุน (ประกอบด้วย การได้รับการยอมรับ, ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง, นโยบาย, การบังคับบัญชา, ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และ/หรือผู้ใต้บังคับบัญชา, ความมั่นคงในการทำงาน และสภาพการทำงาน) ด้วยการใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2024-011 ณ วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล(ข้อมูลทั่วไป และทัศนคติต่อการรับรู้) สามารถแสดงคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 22 แห่ง (จำนวน 201 คน) ดังนี้ 1) ขนาดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ขนาดใหญ่ ร้อยละ 43.8 ขนาดเล็ก ร้อยละ 29.4 และขนาดกลาง ร้อยละ 26.9 ตามลำดับ 2) เพศ ได้แก่ เพศชาย พบมากที่สุด ร้อยละ 50.7 3) ช่วงอายุ ได้แก่ ช่วงอายุ 41 – 50 ปี และช่วงอายุ 51 – 60 ปี พบมากที่สุด ที่ร้อยละ 30.8 4) สถานภาพ ได้แก่ สมรส พบมากที่สุด ที่ร้อยละ 59.2 5) ระดับการศึกษาสูงสุด ได้แก่ ปริญญาตรี พบมากที่สุด ที่ร้อยละ 56.2 6) ประเภทบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ ข้าราชการ พบมากที่สุด ที่ร้อยละ 69.2 7) ตำแหน่งทางการบริหาร หรือบทบาท หน้าที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่อื่นๆ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบมากที่สุด ที่ร้อยละ 75.1 8) ประสบการณ์ในงานราชการด้านสาธารณสุข ได้แก่ ระยะเวลา 11 – 20 ปี พบมากที่สุด ที่ร้อยละ 25.9 9) ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA ได้แก่ ไม่มีประสบการณ์ พบมากที่สุด ที่ร้อยละ 57.2 10) มีจัดทำคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบมากที่สุด ร้อยละ 95 11) มีตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบมากที่สุด ร้อยละ 57.2 บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 22 แห่ง พบว่ามีทัศนคติต่อการรับรู้จากจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 4 ข้อ และระดับมาก จำนวน 6 ข้อ คิดเป็นอัตราส่วนระดับปานกลาง : ระดับมาก ได้เป็น 1 : 1.5 สามารถแจกแจงค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมในระดับมาก ได้แก่ ประเด็นการได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้, เห็นประโยชน์ของ PMQA ต่อการพัฒนาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, เห็นประโยชน์

ต่อหน่วยงานภายนอกหรือประชาชนที่มารับบริการ, มีความพร้อมต่อการพัฒนาตัวเอง เพื่อรับการเปลี่ยนแปลงของโลก และคิดว่าการดำเนินงาน PMQA ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในหน่วยงาน ในขณะที่โดยค่าเฉลี่ยภาพรวมของบุคลากรมีความคิดเห็นในระดับปานกลาง ได้แก่ ประเด็นความรู้และเข้าใจเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ทั้ง 7 หมวด, มีความรู้ในกระบวนการหรือขั้นตอนในการนำแนวทาง PMQA ไปใช้พัฒนาการดำเนินงาน, มีความรู้และเข้าใจหลักการ ADLI ที่ใช้ในการประเมินกระบวนการ(หมวด 1-6) และมีความรู้และเข้าใจหลักการ LeTCI ที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์(หมวด 7)

1.2 ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าค่าเฉลี่ยทั้งรายข้อย่อย จำนวน 40 ข้อ และภาพรวมของบุคลากรมีความคิดเห็นต่อปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน จำนวน 8 ประเด็น อยู่ในระดับมาก เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ 4.00, 3.97, 3.95, 3.94, 3.92, 3.90, 3.71 และ 3.66 ในประเด็นความมั่นคงในการทำงาน, ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน, การบังคับบัญชา, สภาพการทำงาน, นโยบาย, ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และ/หรือผู้ใต้บังคับบัญชา, การได้รับการยอมรับ และความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นในปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน	μ (ค่าเฉลี่ย)	σ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับ
1. ความมั่นคงในการทำงาน	4.00	0.67	มาก
2. สัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน	3.97	0.72	มาก
3. การบังคับบัญชา	3.95	0.74	มาก
4. สภาพการทำงาน	3.95	0.70	มาก
5. นโยบาย	3.92	0.69	มาก
6. ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และ/หรือผู้ใต้บังคับบัญชา	3.90	0.68	มาก
7. การได้รับการยอมรับ	3.71	0.78	มาก
8. ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง	3.66	0.81	มาก

2. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ลักษณะการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

พบว่าค่าเฉลี่ยทั้งรายข้อย่อย จำนวน 20 ข้อ และภาพรวมของบุคลากรมีความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วม 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ 3.82, 3.80, 3.72 และ 3.71 ในการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์, ส่วนร่วมดำเนินงาน, ส่วนร่วมตัดสินใจ และส่วนร่วมประเมินผล ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความคิดเห็นในการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

ด้านการมีส่วนร่วม	μ (ค่าเฉลี่ย)	σ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับ
1. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.82	0.69	มาก
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.80	0.73	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.72	0.78	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.71	0.83	มาก

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ กับการมีส่วนร่วม จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ, การดำเนินงาน, การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ดังนี้

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$)) จำนวน 7 ประเด็น ได้แก่

1) ขนาดของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่บุคลากรปฏิบัติงานอยู่ ได้แก่ ขนาดเล็ก จำนวน 59 คน ขนาดกลาง จำนวน 54 คน และขนาดใหญ่ จำนวน 88 คน พบว่าได้ค่า p-value เท่ากับ 0.326 0.373 0.181 และ 0.138 ตามลำดับการมีส่วนร่วม

2) ข้อมูลเพศของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ ได้แก่ เพศชาย จำนวน 102 คน และเพศหญิง จำนวน 99 คน พบว่าได้ค่า p-value เท่ากับ 0.233 0.184 0.623 และ 0.1 ตามลำดับการมีส่วนร่วม

3) ข้อมูลช่วงอายุของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ ได้แก่ 20-30 ปี จำนวน 24 คน, 31-40 ปี จำนวน 53 คน, 41-50 ปี จำนวน 62 คน และ 51-60 ปี จำนวน 62 คน พบว่าได้ค่า p-value เท่ากับ 0.528 0.22 0.381 และ 0.822 ตามลำดับการมีส่วนร่วม

4) ข้อมูลสถานภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ ได้แก่ โสด จำนวน 69 คน, สมรส จำนวน 119 คน, หย่าร้าง/แยก จำนวน 11 คน และหม้าย จำนวน 2 คน พบว่าได้ค่า p-value เท่ากับ 0.793 0.795 0.625 และ 0.945 ตามลำดับการมีส่วนร่วม

5) ข้อมูลประสบการณ์ในงานราชการด้านสาธารณสุข ได้แก่ < 1 ปี จำนวน 13 คน, 2-10 ปี จำนวน 49 คน, 11-20 ปี จำนวน 52 คน, 21-30 ปี จำนวน 45 คน, 31-40 ปี จำนวน 40 คน และ > 41 ปี จำนวน 2 คน พบว่าได้ค่า p-value เท่ากับ 0.177 0.107 0.334 และ 0.477 ตามลำดับการมีส่วนร่วม

6) ข้อมูลประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ข้าราชการ จำนวน 139 คน, พนักงานราชการ จำนวน 14 คน, พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 35 คน, ลูกจ้างประจำ จำนวน 2 คน และลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 11 คน พบว่าได้ค่า p-value เท่ากับ 0.322 0.202 0.331 และ 0.163 ตามลำดับ

7) ข้อมูลคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ในสถานที่ปฏิบัติงาน ได้แก่ มีคำสั่ง จำนวน 191 คน และไม่มีคำสั่ง 10 คน พบว่าได้ค่า p-value เท่ากับ 0.472 0.326 0.627 และ 0.772 ตามลำดับการมีส่วนร่วม

2.2.2 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value น้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$))

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลระดับการศึกษาของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ (ต่ำกว่าปริญญาตรี = 26 คน, ปริญญาตรี = 113 คน, ปริญญาโท = 61 คน, ปริญญาเอก = 1 คน) กับการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วม	χ^2	df	p-value
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	24.149	12	0.019
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	28.514	9	0.001
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	18.639	12	0.980
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	22.656	12	0.031

1) จากตารางที่ 3 แสดงข้อมูลระดับการศึกษาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 26 คน, ปริญญาตรี จำนวน 113 คน, ปริญญาโท จำนวน 61 คน และ ปริญญาเอก จำนวน 1 คน รวมทั้งเมื่อนำข้อมูลระดับการศึกษาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมาวเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์(Chi-Square Test) พบว่า ส่วนของประเด็นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.98 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) ส่วนของประเด็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วม

ในการดำเนินงาน และส่วนร่วมในการประเมินผล ได้ค่า p-value เท่ากับ 0.019 0.001 และ 0.031 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) สรุปได้ว่า ข้อมูลระดับการศึกษาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ข้อมูลระดับการศึกษาของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วมในการดำเนินงาน และส่วนร่วมในการประเมินผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลตำแหน่งทางการบริหารหรือบทบาท หน้าที่ ของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ (สสอ. = 22 คน, ผู้ช่วย สสอ. = 22 คน, ผู้รับผิดชอบหลัก = 6 คน, เจ้าหน้าที่อื่นๆ = 151 คน) กับการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วม	χ^2	df	p-value
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	40.463	12	< 0.001
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	34.049	9	< 0.001
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	26.722	12	0.008
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	29.787	12	0.003

2) จากตารางที่ 4 แสดงข้อมูลตำแหน่งทางการบริหารหรือบทบาท หน้าที่ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 22 คน, ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 22 คน, ผู้รับผิดชอบหลักในงาน PMQA

จำนวน 6 คน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จำนวน 151 คน รวมทั้งเมื่อนำข้อมูลตำแหน่งทางการบริหารหรือบทบาท หน้าที่ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมาวเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์(Chi-Square Test)

พบว่า ส่วนของประเด็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล ได้ค่า p-value ได้แก่ < 0.001 , < 0.001 , 0.008 และ 0.003 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) สรุปได้ว่า

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA ของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ (ไม่มี = 115 คน, ≤ 1 ปี = 14 คน, 2-5 ปี = 37 คน, 6-10 ปี = 20 คน, 11-15 ปี = 9 คน, 16-20 ปี = 5 คน, 21-25 ปี = 1 คน) กับการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วม	χ^2	df	p-value
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	62.471	24	< 0.001
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	57.082	18	< 0.001
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	53.573	24	< 0.001
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	43.748	24	< 0.001

3) จากตารางที่ 5 แสดงข้อมูลประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ไม่มีประสบการณ์ จำนวน 115 คน, < 1 ปี จำนวน 14 คน, 2-5 ปี จำนวน 37 คน, 6-10 ปี จำนวน 20 คน, 11-15 ปี จำนวน 9 คน, 16-20 ปี จำนวน 5 คน และ 21-25 ปี จำนวน 1 คน รวมทั้งเมื่อนำข้อมูลประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ (มีตำแหน่งในคำสั่ง = 115 คน/ ไม่มีตำแหน่งในคำสั่ง = 86 คน) กับการมีส่วนร่วม

ด้านการมีส่วนร่วม	χ^2	df	p-value
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	33.036	4	< 0.001
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	31.470	3	< 0.001
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	22.15	4	< 0.001
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	36.35	4	< 0.001

4) จากตารางที่ 6 แสดงข้อมูลตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ของ

ข้อมูลตำแหน่งทางการบริหารหรือบทบาท หน้าที่ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(Chi-Square Test) พบว่า ส่วนของประเด็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล ได้ค่า p-value ได้แก่ < 0.001 < 0.001 < 0.001 และ 0.008 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) สรุปได้ว่า ข้อมูลประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ มีตำแหน่งในคำสั่ง จำนวน 115 คน และไม่มี

ตำแหน่งในคำสั่ง จำนวน 86 คน รวมทั้งเมื่อนำข้อมูลตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมาวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) พบว่าส่วนของประเด็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนร่วมในการดำเนินงาน ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และส่วนร่วมในการประเมินผล ได้

ค่า p-value คือ < 0.001 < 0.001 < 0.001 และ < 0.001 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) สรุปได้ว่าข้อมูลตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่ดีที่สุดที่ส่งผลต่อผลของการมีส่วนร่วมโดยภาพรวม

	Model ; ค่าคงที่/ ตัวแปรต้น	b	S.E.	β	t	p-value	Tolerance	VIF
1	(ค่าคงที่)	1.004	0.147		6.853	< 0.001		
	การได้รับการยอมรับ	0.743	0.039	0.806	19.242	< 0.001	1	1
	R = 0.806 R ² (R Square) = 0.650 Adjusted R ² = 0.649 Std. Error of the Estimate = 0.428							
2	(ค่าคงที่)					0.574		
	การได้รับการยอมรับ	0.503	0.041	0.546	12.313	< 0.001	0.617	1.62
	ความมั่นคงในการทำงาน	0.452	0.048	0.422	9.515	< 0.001	0.617	1.62
3	(ค่าคงที่)					0.929		
	การได้รับการยอมรับ	0.476	0.041	0.517	11.671	< 0.001	0.591	1.692
	ความมั่นคงในการทำงาน	0.292	0.069	0.272	4.248	< 0.001	0.282	3.546
	สภาพการทำงาน	0.206	0.065	0.2	3.16	0.002	0.289	3.456
4	(ค่าคงที่)					0.966		
	การได้รับการยอมรับ	0.411	0.051	0.446	7.989	< 0.001	0.366	2.731
	ความมั่นคงในการทำงาน	0.258	0.07	0.24	3.672	< 0.001	0.266	3.757
	สภาพการทำงาน	0.208	0.065	0.202	3.215	0.002	0.289	3.457
	ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง	0.104	0.05	0.116	2.062	0.041	0.36	2.779

3. อิทธิพลของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ ทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) มีข้อมูลนำเข้า ได้แก่ ทศนคติต่อการรับรู้[X₁] และ ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค่าจูน (การได้รับการยอมรับ[X₂], ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง[X₃], นโยบาย[X₄], การบังคับบัญชา[X₅],

ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน[X₆], ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และ/หรือผู้ใต้บังคับบัญชา[X₇], ความมั่นคงในการทำงาน[X₈] และสภาพการทำงาน[X₉] ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้ง 4 ด้าน[Y]

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน แสดงผลการคัดเลือกปัจจัยที่ดีที่สุดมา 4 Model (Tolerance > 0.1 และ VIF < 10) ได้แก่ 1) การได้รับการยอมรับ 2) การได้รับการยอมรับ/ ความมั่นคงในการทำงาน 3) การได้รับ

การยอมรับ/ ความมั่นคงในการทำงาน/ สภาพการทำงาน 4) การได้รับการยอมรับ/ ความมั่นคงในการทำงาน/ สภาพการทำงาน/ ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง แต่เมื่อตรวจสอบค่า p-value ของค่าคงที่และตัวแปรต้นแล้ว พบว่า ค่าคงที่ของ Model ที่ 2-4 มีค่า p-value มากกว่า 0.05 จึงคัดเลือก Model 1 โดยมีค่า p-value ของค่าคงที่ และตัวแปรต้น ได้แก่ <0.001 และ <0.001 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด ($\alpha = 0.05$) แสดงได้ว่าปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุน ในหัวข้อการได้รับการยอมรับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมโดยภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้วยการเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้ $\hat{y} = 1.004 + 0.743[X_2]$ รวมทั้ง ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุน ในหัวข้อการได้รับการยอมรับ สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมโดยภาพรวมได้ร้อยละ 65 ($R^2 = 0.650$) ซึ่งมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ของสมการพยากรณ์ที่ได้ เท่ากับ ± 0.428

4. ความคิดเห็นในเรื่องปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อแนวทางในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนของประเด็นปัญหา/ อุปสรรคในภาพรวม ได้แก่ บุคลากรบางส่วนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่อง PMQA หรือมีความรู้ ความเข้าใจค่อนข้างน้อย และไม่เข้าใจบทบาทตนเองในการเข้าไปมีส่วนร่วม, ขาดการสื่อสารหรือชี้แจงให้บุคลากรภายในหน่วยงานได้รับทราบข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน, นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน PMQA ภายในหน่วยงานยังไม่ชัดเจน, ไม่มีความชัดเจนในเรื่องการได้รับผลประโยชน์ หรือนำมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบ และจำนวนบุคลากร-งบประมาณ ไม่เพียงพอกับปริมาณงาน รวมทั้ง ส่วนของข้อเสนอแนะ/ แนวทางแก้ไข ในภาพรวม

ได้แก่ ควรจัดอบรม หรือประชุมชี้แจงในการพัฒนาศักยภาพ รวมถึงมีการสื่อสารให้กับบุคลากรทุกคนภายในหน่วยงานเกี่ยวกับเรื่อง PMQA, มีการประชาสัมพันธ์ช่องทางการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกคนภายในหน่วยงานได้รับทราบและเรียนรู้เพิ่มเติม, ควรมีการแต่งตั้งให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานเป็นคณะกรรมการ/ คณะทำงานในด้านต่างๆ ตามบริบทที่เหมาะสม, หน่วยงานระดับสูงให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและงบประมาณ, ผู้บริหารควรสร้างแรงจูงใจ และกำกับ ติดตาม การดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงให้บุคลากรได้รับผลประโยชน์ตามบทบาท หน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย และควรใช้เครื่องมือ PMQA ทางการบริหารเป็นตัวชี้วัดผู้บริหารทุกระดับ

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การมีทัศนคติต่อการรับรู้ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ อธิบายผลได้ว่า โดยส่วนใหญ่รับรู้ทราบการมีช่องทางถ่ายทอดองค์ความรู้ เห็นประโยชน์และความสำคัญของเรื่อง PMQA ที่จะเอื้อต่อการพัฒนาหน่วยงานและส่งผลดีกับผู้มาประสานงานหรือติดต่อราชการ ซึ่งต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคลากรภายในหน่วยงาน จึงจะสามารถบริหารจัดการและขับเคลื่อนงานด้วยหลักการของ PMQA ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

2. ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ อธิบายผลได้ว่า มีความเชื่อมโยงกับการศึกษาของ สุกขา แก้วเกรียงไกร และคณะ(2558) ที่ทำการศึกษาศักยภาพแรงจูงใจที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของกรมชลประทานได้เป็นอย่างมาก ได้แก่ การยอมรับ ความรู้ความสามารถจากองค์กรและผู้บังคับบัญชา การให้เงินรางวัลค่าตอบแทน และความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน แต่ขณะที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ มีส่วนร่วมด้วย ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด-น้อย ได้แก่ ความก้าวหน้าด้านตำแหน่ง และการได้รับการยอมรับ ดังนั้น จึงควรมีมาตรการเน้นหนัก ในการพัฒนาให้เกิดปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในประเด็น ของการได้รับการยอมรับและประเด็นความก้าวหน้า ด้านตำแหน่ง กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษให้มากขึ้น

3. ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ของ บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ของจังหวัดศรีสะเกษ มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ อนุพันธ์(2560) ที่ทำการศึกษาความคิดเห็น ของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ พบว่า บุคลากรมีส่วนร่วมน้อยที่สุด-น้อย ได้แก่ การตัดสินใจ และการประเมินผล ตามลำดับ และใกล้เคียงกับการศึกษา ของ สุภษา แก้วเกรียงไกร และคณะ(2558) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ของกรม ชลประทาน พบว่า บุคลากรมีส่วนร่วมน้อยที่สุด-น้อย ได้แก่ การตัดสินใจ และการประเมินผล ตามลำดับ โดยพบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุข อำเภอของจังหวัดศรีสะเกษ มีส่วนร่วมน้อยที่สุด-น้อย ได้แก่ ด้านการประเมินผล และการตัดสินใจ ตามลำดับ จึงควรพัฒนาการมีส่วนร่วมด้านดังกล่าวเพิ่มเติมมากที่สุด

4. ข้อมูลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ใน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอของจังหวัดศรีสะเกษที่มีความ สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) อธิบายผลได้ว่า 1) ข้อมูลระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม 3 ด้าน(การตัดสินใจ, การดำเนินงาน และการประเมินผล) โดยภาพรวมการมี ส่วนร่วมระดับมากที่สุด ได้แก่ ระดับปริญญาเอก ในขณะที่ การมีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ต่ำกว่าปริญญาตรี 2) ข้อมูลตำแหน่งทางการบริหารหรือบทบาท หน้าที่ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ทั้ง 4 ด้าน(การตัดสินใจ, การดำเนินงาน, การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล)

โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ในขณะที่การมีส่วนร่วมระดับน้อย ที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่อื่นๆ 3) ข้อมูลประสบการณ์ในการ ทำงานเกี่ยวกับ PMQA มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม 3 ด้าน(ส่วนร่วมในการตัดสินใจ, การมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์) โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA ในช่วง 16-20 ปี รวมทั้ง ในส่วนของการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA ในช่วง 11-15 ปี ในขณะที่การมีส่วนร่วมระดับน้อยที่สุด ในการมีส่วนร่วม ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ไม่มีประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA 4) ข้อมูลตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือ คณะทำงาน PMQA มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ด้าน โดยภาพรวมการมีส่วนร่วมระดับมากที่สุด ได้แก่ มีตำแหน่งในคำสั่ง ในขณะที่การมีส่วนร่วมระดับน้อย ที่สุด ได้แก่ ไม่มีตำแหน่งในคำสั่ง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ วาสนา ตรีเนตร (2563) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากร สาธารณสุขใน เขตสุขภาพที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์(Chi-Square Test) พบว่า การดำรงตำแหน่ง และการเป็นคณะกรรมการ/ คณะทำงาน มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ในกลุ่มเป้าหมาย ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอของ จังหวัดศรีสะเกษที่ควรเน้นให้มีการผลักดันหรือพัฒนา มากที่สุด ได้แก่ ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และไม่มี ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับ PMQA รวมทั้ง ควร กำหนดให้บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุก คนมีตำแหน่งในคำสั่งคณะกรรมการหรือคณะทำงาน PMQA ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐ เพื่อเอื้อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจังหวัดศรีสะเกษได้มากขึ้น

5. ทำการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมในภาพรวม พบว่าในปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุน หัวข้อการได้รับการยอมรับ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้วยการเขียนสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้ $\hat{Y} = 1.004 + 0.743[X_2]$ รวมถึง ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนในหัวข้อการได้รับการยอมรับ สามารถพยากรณ์การมีส่วนร่วมโดยภาพรวมได้ร้อยละ 65 ($R^2 = 0.650$) ซึ่งมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ของสมการพยากรณ์ที่ได้ เท่ากับ ± 0.428 สามารถอธิบายได้ว่า อิทธิพลของปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมโดยภาพรวมของบุคลากรในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่สามารถเขียนสมการพยากรณ์ ได้แก่ ปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุนในหัวข้อการได้รับการยอมรับ โดยเกี่ยวกับบุคลากรได้รับการยอมรับจากหน่วยงานว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาคุณภาพ PMQA, ผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างานให้ความไว้วางใจที่จะมอบหมายงานพัฒนาคุณภาพ PMQA ให้บุคลากรรับผิดชอบหรือจัดทำข้อมูลที่เกี่ยวข้อง, ข้อเสนอแนะของบุคลากรเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ PMQA ได้รับการยอมรับจากบุคลากรในหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในผลงาน PMQA ทำให้บุคลากรได้รับการยกย่องหรือแสดงความชื่นชมยินดี หากบุคลากรได้รับการยอมรับมาก จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมมาก และเมื่อบุคลากรได้รับการยอมรับน้อย จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมน้อยเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดศรีสะเกษ ที่เป็นราชการบริหารส่วนภูมิภาคระดับจังหวัดและระดับอำเภอ(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ควรมีการกำหนดนโยบายเชื่อมโยงกันทั้ง 2 ระดับ ด้วยการผลักดันให้เกิดนโยบายในการนำแนวทางของ PMQA เป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารระดับสูงของระดับอำเภอมาปรับใช้ในการ

บริหารจัดการภายในแต่ละหน่วยงาน ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกิดการมีส่วนร่วมรวมถึงเกิดการพัฒนาของกระบวนการบริหารจัดการและการดำเนินงานเชิงคุณภาพให้เป็นระบบ ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 ควรมีการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมหรือสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ฉบับเข้าใจง่าย สำหรับบุคลากรใหม่หรือผู้ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในงาน PMQA จากหน่วยงานส่วนกลาง(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรของหน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาคสามารถมีความรู้ ความเข้าใจ และตอบรับต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการของการใช้เครื่องมือ PMQA ได้ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

2.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ควรกำหนดให้มีรูปแบบของการขับเคลื่อนกระบวนการ PMQA ดังนี้

2.1.1 จัดทำเป็นประกาศนโยบายหรือทิศทางของหน่วยงานในการใช้เครื่องมือ PMQA มาเป็นแนวทางในการควบคุมคุณภาพของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พร้อมทั้ง มีการสื่อสารหรือประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานได้รับทราบร่วมกัน

2.1.2 จัดอบรมหรือประชาสัมพันธ์ช่องทางการเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางของ PMQA ให้บุคลากรทุกคนภายในหน่วยงานได้รับทราบ

2.1.3 จัดให้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน/คณะกรรมการภายในหน่วยงาน ด้วยการระบุให้บุคลากรทุกคนในหน่วยงานมีบทบาท หน้าที่ หรือความรับผิดชอบร่วมกันภายในหน่วยงาน

2.1.4 จัดให้มีการประชุมชี้แจง มอบหมายบทบาทหน้าที่และแจ้งผลประโยชน์ต่อบุคลากรตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายหรือการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานของหน่วยงานด้วยเครื่องมือ PMQA

2.1.5 มีการควบคุม กำกับ หรือติดตามการดำเนินงานภายในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2.2 สามารถยกระดับการดำเนินงานด้าน

คุณภาพด้วยการใช้เครื่องมือ PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละขนาด (ใหญ่-กลาง-เล็ก) ดังนี้

2.2.1 ควรกำหนดตัวชี้วัดในลักษณะของ

คู่เทียบหรือแข่งขันกันกับสำนักงานสาธารณสุขอื่นที่มีขนาดโครงสร้างใกล้เคียงหรือขนาดเดียวกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการเพิ่มบรรยากาศให้เกิดความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมของบุคลากรภายในหน่วยงานได้มากขึ้น

2.2.2 ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยที่มี

การพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานด้วยเครื่องมือ PMQA หรือพัฒนาองค์ความรู้อื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นผลลัพธ์ไปที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในเชิงปฏิบัติการได้จริง สอดคล้องกับสถานการณ์หรือบริบทของแต่ละพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

3.1 ควรทำการศึกษาในประเด็นที่มีการ

ถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเดิมอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในจังหวัดศรีสะเกษ

3.2 ควรศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ

ขับเคลื่อนกระบวนการ PMQA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่ง ในจังหวัดศรีสะเกษ เนื่องจากบริบทหรือรายละเอียดของปัจจัยเกี่ยวเนื่องในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ทง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ดร.อนันต์ ถันทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ในการสนับสนุน ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการวิจัย และอำนวยความสะดวกในการติดต่อทางราชการเกี่ยวกับกระบวนการทำการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ได้รับความร่วมมือในการช่วยประสานงานจากผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง(22 อำเภอ) ทำให้สามารถรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายได้ครบถ้วน รวมทั้ง ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การสนับสนุนในการดำเนินงานให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566).รายละเอียดตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567.
- กฤตภาคิน มิ่งโสภา และ ณกมล จันทร์สม. (2564). แรงจูงใจที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน. วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์, (23)2, 209-222.
- จุฬาลักษณ์ อนุอันธ์. (2560). การสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา, 7(2), 71-85.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2546). การมีส่วนร่วม : หลักการพื้นฐาน เทคนิคและกรณีตัวอย่าง (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สิริลักษณ์การพิมพ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การแปลผลเมื่อใช้เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบมาตราส่วนประมาณค่า. <https://so02.tci-thaijo.org>article>.
- ประชากรณ์ ทัพโพธิ์. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, (7)2, 475-491.
- พนัส จันทรศรีทอง. (2564). ทฤษฎีแรงจูงใจ. <https://www.gotoknow.org/posts/208291>.
- วชิรวัชร งามละม่อม. (2559). ทฤษฎีการมีส่วนร่วม. https://learningofpublic.blogspot.com/2016/02/blog-post_79.html.
- วาสนา ตรีนตร. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA)ของบุคลากรสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 6. http://do6.newhss.moph.go.th:8080/fileupload_doc/2020-11-24-1-20-3920178.pdf.

สุกษา แก้วเกรียงไกร, กัลยาณี ประสมศรี, มณฑา ชาวโพธิ์,

และ รวิสรารูปสวย. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการ

มีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพการ

บริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของกรมชลประทาน.

[http://kmcenter.rid.go.th/kcplan/KM%20Data/](http://kmcenter.rid.go.th/kcplan/KM%20Data/Research/Reserch%20PMQA.pdf)

[Research/Reserch%20PMQA.pdf](http://kmcenter.rid.go.th/kcplan/KM%20Data/Research/Reserch%20PMQA.pdf).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.).

(2562). เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

พ.ศ. 2562.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2566).

หลักเกณฑ์การพิจารณารางวัลคุณภาพการบริหาร

จัดการภาครัฐประจำปี 2566.

สมบัติ นามบุรี. (2562). ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐ

ประศาสนศาสตร์. วารสารวิจัยวิชาการ, 2(1),

183-197.

สมยศ นาวิการ. (2545). การบริหารและพฤติกรรมองค์การ.

(พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: แมเนเจอร์ มีเดีย กรุ๊ป.

อชิรา เหล่าศุภวณิชย์,ฉัตรสุมน พงศ์วิญญู, และ

ณัฐนารี เอมยงค์ (2566).การมีส่วนร่วมในการ

พัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากร

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, (9)2,

241-254.

Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E.

(2019). Multivariate Data Analysis (8th ed.).

Cengage.

Herzberg, Frederick., Mausner, Bernard. and

Snyderman. (1959). Barbara B. The Motivation to

Work. (2nd ed.). New York: John Wiley.

Huntington, S. & Nelson, S. (1975). No easy

choice: political participation in developing

countries. New York: Harvard University Press.

ความสำเร็จและความปลอดภัยของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูก ไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ยุวรี ชินทอง, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางเป็นวิธีการที่นิยมใช้ในการผ่าตัดรักษาคับ เป็นมาตรฐานทางวิสัญญี โดยใช้ภาพจากเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อระบุแขนงประสาทของแขนก่อนระงับความรู้สึก ช่วยให้เห็นตำแหน่งที่เหมาะสมของเข็มขณะสกัดเส้นประสาทและเห็นการกระจายของยาชารอบๆ เส้นประสาท วิธีนี้ช่วยระงับความรู้สึกและหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางเพื่อผ่าตัดรักษาคับในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จำนวน 520 ราย เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องความสำเร็จและการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ระยะเวลาในการสกัดกั้นเส้นประสาทสำเร็จ ขนาดของเข็ม ชนิดและปริมาณของยาชาเฉพาะที่ที่ใช้ และยาที่ผู้ป่วยได้รับเพิ่มเติมจากเวชระเบียนของผู้ป่วยย้อนหลัง ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 520 ราย พบความสำเร็จของการให้การระงับความรู้สึกด้วยการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง สำเร็จ 426 ราย (81.9%) ไม่สำเร็จ 94 ราย (18.1%) ผู้ป่วยที่ไม่สำเร็จทั้ง 94 ราย ได้รับการทำเทคนิคเพิ่มเติม คือ ฉีดยาชาบริเวณที่ผ่าตัด 44 ราย สกัดเส้นประสาท ulnar 1 ราย ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง 47 ราย และได้รับทั้งการฉีดยาชาบริเวณผ่าตัดร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง 2 ราย พบภาวะแทรกซ้อน 1 ราย คือ ภาวะ Horner's syndrome แต่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือภาวะพิษจากยาชาเฉพาะที่ จากการศึกษาสรุปได้ว่าการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางมีอัตราความสำเร็จ 81.9% และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย

คำสำคัญ: การสกัดกั้นแขนงประสาทของแขน, การสกัดกั้นแขนงประสาทเหนือกระดูกไหปลาร้า, เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ, Email: ray.chintong@gmail.com

Success Rate and Safety of Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Blocks at Kantharalak Hospital

Yuwaree Chintong, M.D.¹

Abstract

Blocking the nerve branch of the arm above the collarbone using ultrasound guidance is a method commonly used in upper limb surgery. It is an anesthesia standard. It uses images from an ultrasound machine to identify nerve branches of the arm before anesthesia. This method allows for proper needle placement during nerve blocking and visualization of anesthetic distribution around the nerve. This method provides anesthesia and avoids the side effects of general anesthesia. This retrospective descriptive study aimed to study the success and complications of ultrasound-guided supraclavicular nerve branch blockade at Kantharalak Hospital. The sample consisted of 520 patients who underwent ultrasound-guided supraclavicular nerve branch blockade for upper extremity surgery at Kantharalak Hospital. The research instrument was a data recording form developed from a review of relevant literature. Data on success and occurrence of complications, general patient information, duration of successful nerve block, needle size, type and amount of local anesthesia used, and additional medications received were collected from the patients' medical records retrospectively. Between October 1, 2020, and September 30, 2023, the data were analyzed using descriptive statistics.

The results of the study found that out of a total of 520 subjects, 426 (81.9%) of the subjects had successful results in providing anesthesia with ultrasound-guided brachial nerve blockade, while 94 (18.1%) had failed results. All 94 unsuccessful patients underwent additional techniques: 44 intraoperative local anesthesia, 1 in ulnar nerve blockade, 47 in general anesthesia, and 2 in combination with intraoperative local anesthesia and general anesthesia. One complication was reported, Horner's syndrome, but no serious complications such as pneumothorax or local anesthetic toxicity were found. The study concluded that the supraclavicular brachial nerve blockade with ultrasound had a success rate of 81.9% and few complications.

Keywords: brachial plexus block, supraclavicular block, ultrasound-guided.

¹ Medical Doctor, Division of Anesthesiology, Kantharalak Hospital, Sisaket Province, Email: ray.chintong@gmail.com

บทนำ

การสกัดกั้นข่ายประสาทของแขน (brachial plexus block) โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยนำทางสำหรับการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดและระงับปวดหลังผ่าตัด บริเวณมือ ท่อนแขนส่วนปลาย ข้อศอก และหัวไหล่ เป็นหัตถการที่วิสัญญีแพทย์ให้ความสนใจมากขึ้น (Leurcharusmee et al., 2015) เป็นวิธีที่ปลอดภัย มีความน่าเชื่อถือและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากการใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางทำให้เห็นเส้นประสาท เนื้อเยื่อ อวัยวะข้างเคียง และเข็มที่ใช้ในการฉีดยาอย่างชัดเจน ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แขนงโดนหลอดเลือด กระบังลมอัมพาตชั่วคราว ลมรั่ว ในช่องเยื่อหุ้มปอด(Sinthuprasit, 2021) อีกทั้งยังถือว่าเป็นทางเลือกที่เลี่ยงการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง (general anesthesia) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจและระบบหัวใจ หลอดเลือดที่รุนแรง (severe respiratory and cardiovascular disease), โรคอ้วน (morbid obesity) และผู้ป่วยที่เสี่ยงใส่ท่อช่วยหายใจยาก เป็นต้น (Raju & Coventry, 2014)

จากการศึกษาพบการฉีดยาชาสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนสำหรับการผ่าตัดกระดูกและข้อ มีข้อดีเหนือกว่าการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยจะรู้สึกตัวขณะที่ผ่าตัด ลดการใช้ยาระงับความรู้สึก มีความดันและชีพจรค่อนข้างคงที่ ลดอาการปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ดี ความต้องการยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์หลังผ่าตัดลดลง ลดอุบัติการณ์การเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วหลังผ่าตัด และลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Guru et al., 2023 ; Brattwall et al., 2016)

เทคนิคการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนแต่ละบริเวณนั้นได้รับการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันพบความหลากหลายของเทคนิค ซึ่งแต่ละเทคนิคมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันไป ในอดีตมีการใช้เทคนิค paresthesia ในการหาตำแหน่งของเส้นประสาท (Kulenkampff, 1928) แต่ข้อเสียคือ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการทำเทคนิคนี้ มีโอกาสบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและอวัยวะข้างเคียงค่อนข้างสูง จึงมีการนำเครื่องกระตุ้นเส้นประสาทด้วยกระแสไฟฟ้า (nerve stimulator) เข้ามาช่วยในการระบุตำแหน่งของเส้นประสาท ทำให้โอกาสสำเร็จเพิ่มขึ้น แต่ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ แขนงโดนหลอดเลือด กระบังลมอัมพาตชั่วคราว จึงมีการนำเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงมาช่วยนำทางในการสกัดกั้นเส้นประสาท เพื่อเพิ่มความสำเร็จและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Chan et al., 2003) ซึ่งบริเวณในการเข้าหาเส้นประสาทของแขนเพื่อระงับความรู้สึกมี 4 บริเวณหลักๆ ได้แก่ บริเวณระหว่างกล้ามเนื้อ scalene (interscalene approach), บริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular approach), บริเวณล่างต่อกระดูกไหปลาร้า (infraclavicular approach) และบริเวณรักแร้ (axillary approach) (Leurcharusmee et al., 2015) การผ่าตัดบริเวณข้อศอก แขน และมือ นิยมให้การระงับความรู้สึกด้วยการสกัดกั้นข่ายประสาทของแขนที่ตำแหน่งเหนือกระดูกไหปลาร้า เนื่องจากเป็นตำแหน่ง trunks ทั้งสาม ของเส้นประสาท ลักษณะเป็นกลุ่มก้อนอยู่เหนือกระดูกซี่โครงที่ 1 อยู่เหนือและค่อนข้างไปทางด้านหลังเส้นเลือดแดง subclavian และอยู่ในตำแหน่งที่ตื้น เมื่อสกัดกั้นแขนงประสาทบริเวณนี้จะทำให้ระงับความรู้สึกของรยางค์บนเกือบทั้งหมด ยกเว้นต้นแขนด้านใน (Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Nerve Block, 2018 ; มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์ และอุ้มจิต วิทยาไพโรจน์, 2560)

การศึกษาของ Chan et al. (2003) พบว่าการใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางเพื่อสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนเหนือกระดูกไหปลาร้า สามารถช่วยเพิ่มความสำเร็จในการสกัดกั้นแขนงประสาทและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยอัตราการรับรู้ความรู้สึกสำเร็จ 95% (38/40 ราย) เนื่องจากเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงสามารถทำให้เห็นขนาด ความลึก และตำแหน่งของแขนงประสาท รวมถึงอวัยวะข้างเคียง เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงทำให้เห็นภาพขณะทำการสกัดกั้นแขนงประสาทได้ตลอด จึงทำให้เห็นเข็มว่าอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ลดโอกาสการบาดเจ็บของเส้นประสาท และช่วยลดระยะเวลาในการทำหัตถการ

ในประเทศไทยมีการศึกษาของ วันวิสาข์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาความสำเร็จของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางในโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี 2560 ถึง 2562 คิดเป็น 90.71% (1,660/1,830 ราย) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Duiduen และคณะ (2561) พบว่าความสำเร็จของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ระหว่างเดือนมกราคม 2556 ถึง ธันวาคม 2558 มีมากถึง 97.14% (170/175 ราย) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด หรือภาวะพิษจากยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic systemic toxicity: LAST) เป็นต้น

การศึกษาของ Sandeep และคณะ (2561) พบว่าผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการสกัดกั้นขั้วประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง คือ 1.ภาวะกระบังลมอัมพาตชั่วคราวจากการสกัดกั้นเส้นประสาท phrenic อาจจะทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก (respiratory

compromise) พบอุบัติการณ์ 67% ซึ่งน้อยกว่าการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณระหว่างกล้ามเนื้อ scalene ที่มีอุบัติการณ์มากถึง 92% 2.ภาวะ Horner's syndrome อับัติการณ์น้อยมากประมาณ 1% เกิดจากยาชาไปสกัดเส้นประสาทอัตโนมัติ sympathetic afferents ทำให้เกิดอาการหนังตาตก รูม่านตาหดเล็กลง ไม่มีเหงื่อที่ใบหน้าข้างที่ทำหัตถการ 3.ภาวะเสียงแหบ จากการสกัดกั้นเส้นประสาท recurrent laryngeal พบน้อยมาก 4.การบาดเจ็บของเส้นเลือด จากการแทงเข็มโดนเส้นเลือด ป้องกันโดยใช้ color Doppler จากเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อหาตำแหน่งเส้นเลือดตอนที่ทำการ 5.การบาดเจ็บของเส้นประสาท (nerve injury) เกิดขึ้นน้อยมาก 6.ภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) อับัติการณ์ < 1:1000 ลดการเกิดอับัติการณ์โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง 7.ภาวะพิษจากยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic systemic toxicity: LAST) 8.ภาวะติดเชื้อ (Infections) 9.ภาวะเลือดคั่งใต้ผิวหนัง (Hematoma) (Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Block, n.d.)

โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวน 283 เตียง เปิดให้บริการห้องผ่าตัด 4 ห้อง มีวิสัญญีแพทย์ 1 คน เริ่มมีการใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงมาช่วยนำทางในการสกัดกั้นเส้นประสาท (peripheral nerve block) ในปี 2563 ถึงปัจจุบัน โดยการผ่าตัดบริเวณมือและแขน จะสกัดกั้นเส้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนในการทำหัตถการที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสำเร็จและความปลอดภัยของการสกัดกั้นแขนง

ประสาทของแขนโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนา งาน เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจและปลอดภัยสูงสุด

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการสกัดกันแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) ข้อมูลประชากรในเวชระเบียนผู้ป่วยที่มาผ่าตัดรยางค์บนด้วยการสกัดกันแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ในการบรรยายความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการสกัดกันแขนงประสาทของแขนโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

ประชากรศึกษา (Reference population)

ประชากรที่ศึกษา คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรยางค์บน โดยการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการสกัดกันแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 520 ราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณรยางค์บน
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีการสกัดกันเส้นประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ระหว่างวันที่ 1

ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยที่เวชระเบียนไม่สมบูรณ์

ขั้นตอนการดำเนินการ

ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดรยางค์บน ในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ และแผนกศัลยกรรมทั่วไปทั้งผ่าตัดแบบเร่งด่วน และไม่เร่งด่วน ที่ได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการสกัดกันแขนงประสาทของแขนโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการยินยอมให้ยาระงับความรู้สึกก่อนทำการผ่าตัด จากนั้นจะวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย คือ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และความอิ่มตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว ก่อนการระงับความรู้สึก จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย หันหน้าผู้ป่วยไปด้านตรงข้ามกับด้านที่ทำการผ่าตัด ใช้ผ้าหนูนไหล์ของผู้ป่วย ขั้นตอนในการทำหัตถการจะใช้วิธีที่ปราศจากเชื้อ (aseptic technique) จากนั้นใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง โดยใช้ linear probe วางบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าในแนวขนานกับกระดูกไหปลาร้า เพื่อระบุตำแหน่งแขนงประสาทของแขน (brachial plexus), เส้นเลือดแดง subclavian, กระดูกซี่โครงซี่ที่ 1 และเยื่อหุ้มปอด (pleura) มีการใช้ color Doppler เพื่อดูเส้นเลือดทุกครั้งก่อนฉีดยาชาที่ใช้ คือ 0.5% bupivacaine 10 มล. ผสม 1% lidocaine with adrenaline (1:200,000) 10-15 มล. รวม 20-25 มล. หรือ 0.5% bupivacaine 10 มล. + 2% lidocaine with adrenaline (1:200,000) 10-15 มล.

รวม 20-25 มล. การฉีดยาจะใช้เข็ม 22G หรือ 23G ในแนว in-plane technique แขนงเข็มจากด้านนอกเข้าด้านใน ต้องเห็นตำแหน่งปลายเข็มทุกครั้งก่อนฉีดยา มีการดูดยา (syringe aspiration) ก่อนฉีดยาทุกครั้ง และหลังฉีดยาทุก 5 มล. ก็ syringe aspiration ก่อนฉีดยา เพื่อป้องกันการฉีดยาเข้าเส้นเลือด การฉีดยาจะฉีด 1 หรือ 2 ตำแหน่งของแขนงประสาทของแขนขึ้นอยู่กับการกระจายของยาชาว่าโอบล้อมแขนงประสาทหรือไม่ หลังฉีดยา จะประเมินการออกฤทธิ์ของยาชาในการสกัดกั้นแขนงประสาททุก 5-10 นาที จนครบ 30 นาที การระงับความรู้สึกสำเร็จ (Successful block) คือ สามารถระงับประสาทรับความรู้สึกอุณหภูมิ ประสาทรับความรู้สึกและประสาทสั่งการ ภายใน 30 นาทีหลังฉีดยา การระงับความรู้สึกไม่สำเร็จ (Failed block) คือ ไม่สามารถระงับประสาทรับความรู้สึกอุณหภูมิ ประสาทรับความรู้สึกและประสาทสั่งการอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายใน 30 นาทีหลังฉีดยา และต้องได้ยารับการระงับความรู้สึกเพิ่มเติม ได้แก่ 1. ฉีดยาชาเฉพาะที่ (Local anesthetic infiltration) บริเวณตำแหน่งที่จะผ่าตัด 2. การสกัดเส้นประสาท radial 3. การสกัดเส้นประสาท ulnar 4. การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง (General anesthesia) มีการเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ASA และโรคประจำตัว เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก ได้แก่ เข็มที่ใช้ ยาชา ผลของการระงับความรู้สึกสำเร็จหรือไม่สำเร็จ เทคนิคการระงับความรู้สึกที่ทำเพิ่มเติม เมื่อสกัดกั้นแขนงประสาทไม่สำเร็จ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

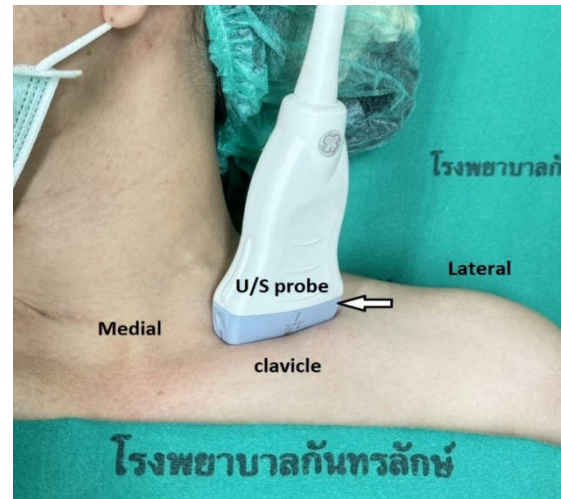


Figure 1 Supraclavicular region (arrow: needle placement)

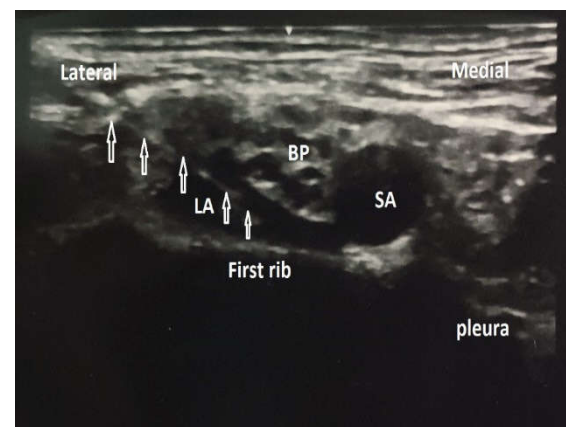


Figure 2 Sonographic image of spreading of local anesthetic solution around the brachial plexus (arrow: needle, BP: brachial plexus, SA: subclavian artery, LA: local anesthetic solution)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (pre-anesthetic record) แบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก (anesthetic record) แบบบันทึกผู้ป่วยห้องพักฟื้น (PACU record) และเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดยางคั่น โดยการสกัดกันแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ทั้งผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (elective case) และแบบเร่งด่วน (emergency case) ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และข้อมูลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์และบรรยาย โดยนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดยางคั่น โดยการสกัดกันแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยไม่ได้เปิดเผยรายชื่อผู้ป่วยและได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2567 เอกสารหนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-095

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดยางคั่นและได้รับการระงับความรู้สึกด้วยการ

สกัดกันแขนงประสาทของแขน โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จำนวน 520 ราย พบความสำเร็จของการให้ยาระงับความรู้สึกด้วยการสกัดกันแขนงประสาทของแขน โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง 426 ราย (81.9%) ไม่สำเร็จ 94 ราย (18.1%) ผู้ป่วยที่ไม่สำเร็จทั้ง 94 ราย ได้รับการทำเทคนิคเพิ่มเติม คือ ฉีดยาชาบริเวณที่ผ่าตัด (local anesthetic infiltration) 44 ราย สกัดเส้นประสาท ulnar (ulnar nerve block) 1 ราย ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) 47 ราย และได้รับทั้งการฉีดยาชาบริเวณที่ผ่าตัดร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 2 ราย

ในตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI โรคประจำตัว ASA classification และความเร่งด่วนของการผ่าตัด โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง 69 ราย รองลงมา คือ โรคเบาหวาน 51 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย

Parameter	N =520 (%)
Male:female	306 (58.8):214 (41.2)
Age (year), mean (range)	47.39 ± 17.92
BMI (kg/m ²), mean (range)	22.64 ± 4.12
ASA (I:II:III)	81 (15.6):372 (71.5):67 (12.9)
Underlying disease: no underlying disease	169 (32.5): 351 (67.5)
DM	51 (9.8)
Hypertension	69 (13.2)
COPD/Asthma	3 (0.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ป่วย (ต่อ)

Parameter	N =520 (%)
underlying disease	
Heart disease	2 (0.4)
CKD	3 (0.6)
Other	41 (7.9)
Elective:emergency case	244 (46.9):276 (53.1)

BMI = body mass index, ASA = American Society of Anesthesiologists physical status

ชนิดของการผ่าตัดแสดงใน Figure 3 พบว่าการผ่าตัดในสาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ 499 ราย และการผ่าตัดในสาขาศัลยกรรมทั่วไป 21 ราย ตำแหน่งของการผ่าตัดแสดงใน Figure 4 พบว่ามีการผ่าตัดบริเวณข้อมือและมือมากที่สุด 369 ราย ซึ่งชนิดของการผ่าตัดที่ทำมากที่สุด คือ plate and screw of distal end radius

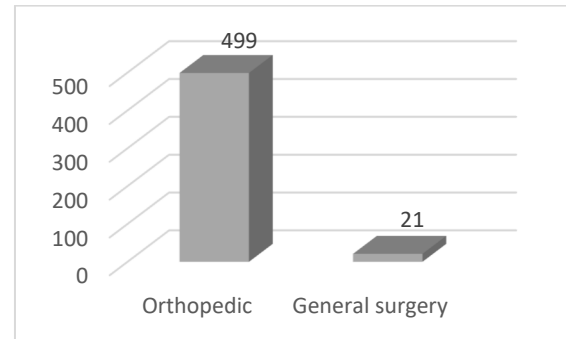


Figure 3 Type of operation

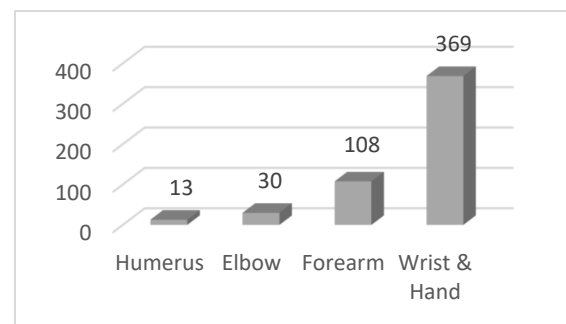


Figure 4 Surgical sites

ตารางที่ 2 Characteristic of block and complication

Parameter	Successful block (n=426, 81.9%)	Failed block (n=94, 18.1%)				
		LA infiltration (n=44, 8.5%)	Ulnar nerve block (n=1, 0.2%)	Radial nerve block (n=0, 0%)	General anesthesia (n=47, 9%)	LA infiltration + General anesthesia (n=2, 0.4%)
Sex: male/female	244/182	30/14	0/1	0/0	31/16	1/1
Age (year)	48.33 (12 to 87)	48.88 (13 to 79)	55	-	37.89 (13 to 73)	35 (26 to 44)
Time to successful block (minute)	20.96 (5 to 30)	-	-	-	-	-
Time to start surgery (minute)	44.72 (10 to 95)	43.02 (20 to 85)	55	-	50.48 (30 to 120)	35 (30 to 40)

ตารางที่ 2 Characteristic of block and complication (ต่อ)

Parameter	Successful block (n=426, 81.9%)	Failed block (n=94, 18.1%)				
		LA infiltration (n=44, 8.5%)	Ulnar nerve block (n=1, 0.2%)	Radial nerve block (n=0, 0%)	General anesthesia (n=47, 9%)	LA infiltration + General anesthesia (n=2, 0.4%)
Elective/emergency case	206/220	17/27	0/1	0/0	21/26	0/2
Needle: 22G/23G	41/385	9/35	0/1	0/0	8/39	0/2
Drug:						
- 0.5%bupivacaine 10 ml+1%lidocaine with adrenaline(1: 200,000) 10 ml	412	43	1	0	44	2
- 0.5%bupivacaine 10 ml +1%lidocaine with adrenaline(1: 200,000) 15 ml	5	0	0	0	0	0
- 0.5%bupivacaine 10 ml +2%lidocaine with adrenaline(1:200,000)10 ml	9	1	0	0	3	0
Supplement of block	138	39	1	0	3	0
Complication: Horner's syndrome	1	0	0	0	0	0

ยาชาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกด้วยการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขน โดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง เป็นส่วนผสมของ 0.5% bupivacaine และ 1%-2% lidocaine with adrenaline (1:200,000) ในปริมาณต่างๆ กัน รวม 20-25 มล. ผลการศึกษาพบว่าใช้ยาชา 0.5% bupivacaine 10 มล. ผสม 1% lidocaine with adrenaline (1:200,000) 10 มล. มากที่สุด 502 ราย รองลงมาคือ ใช้ยาชา 0.5% bupivacaine 10 มล.

ผสม 2% lidocaine with adrenaline (1:200,000) 10 มล. 13 ราย ขนาดของเข็มที่ใช้ในการทำหัตถการ ใช้ 2 ขนาด คือ เบอร์ 22G 58 ราย และเบอร์ 23G 462 ราย ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่เริ่มสกัดกั้นแขนงประสาทจนสกัดกั้นเส้นประสาทสำเร็จ (successful block) 20.96 นาที และระยะเวลาตั้งแต่เริ่มสกัดกั้นเส้นประสาทจนถึงลงมีดผ่าตัดแสดงใน ตารางที่ 2

ผู้ป่วยจำนวน 181 ราย (34.89%) ต้องได้รับการให้ยาเพิ่มเติม (supplement of block) จึงสามารถผ่าตัดได้สำเร็จ ชนิดของยาที่ใช้ในการ supplement แสดงในตารางที่ 3 โดยใช้ midazolam มากที่สุด 55 ราย รองลงมาคือ ได้รับ midazolam ร่วมกับ fentanyl 38 ราย ซึ่งยาที่ให้เพิ่มเติมจะมีทั้งให้ก่อนเริ่มการสกัดกั้นแขนง ตารางที่ 3 Supplement of block

ประสาทของแขน และให้ระหว่างการผ่าตัด เพื่อคลายกังวลและลดความปวด ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ midazolam 1-2 มิลลิกรัม fentanyl 25-100 ไมโครกรัม morphine 3-5 มิลลิกรัม และ propofol 20-200 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ

Supplement of block	Frequency (n=181, 34.8%)		Total
	Successful block (n=138, 26.5%)	Failed block (n=43, 8.3%)	
Midazolam	54	1	55
Fentanyl	18	7	25
Morphine	1	2	3
Propofol bolus	0	1	1
Midazolam + fentanyl	34	4	38
Midazolam + morphine	3	1	4
Fentanyl + propofol	12	7	19
Midazolam + fentanyl + propofol	16	17	33
Midazolam + morphine + propofol	0	3	3

พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น 1 ราย คือ Horner's syndrome ในกลุ่ม successful block ซึ่งผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังจากยาชาหมดฤทธิ์ 6 ชั่วโมง และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด หรือพิษจากยาชาเฉพาะที่

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการศึกษา

การสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง

ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์มีความสำเร็จ 81.9% มีความปลอดภัยและไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

จากการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง พบว่าการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดรยางค์บนในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ มีความสำเร็จ 81.9% (426/520 ราย) ไม่สำเร็จ 18.1% (94/520 ราย) ผู้ป่วยที่ไม่สำเร็จทั้ง 94 ราย ได้รับการทำเทคนิคเพิ่มเติม คือ ฉีดยาชาบริเวณที่ผ่าตัด (local anesthetic infiltration) 44 ราย สกัดเส้นประสาท

ulnar (ulnar nerve block) 1 ราย ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง (general anesthesia) 47 ราย และได้รับทั้งการฉีดยาชาบริเวณที่ผ่าตัดร่วมกับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่าง 2 ราย ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และพิษจากยาชาเฉพาะที่ ในงานวิจัยของ Chan et al. (2003) เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดยางค์บนแบบไม่เร่งด่วน 40 ราย พบว่าการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ช่วยเพิ่มโอกาสสำเร็จได้ 95% (38/40 ราย) ในประเทศไทย มีงานวิจัยของ วันวิสาข์ และคณะ (2564) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง ถึงความสำเร็จและภาวะแทรกซ้อนของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางในโรงพยาบาลขอนแก่น พบความสำเร็จ 90.71% (1,660/1,830 ราย) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Duiduen และคณะ (2561) เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังพบว่าความสำเร็จของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีมากถึง 97.14% (170/175 ราย) และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางจึงเพิ่มโอกาสความสำเร็จ เนื่องจากการใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางทำให้เห็นเส้นประสาท เนื้อเยื่อและอวัยวะรอบข้าง และเข็มที่ใช้ในการฉีดยาอย่างชัดเจน ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แขนงโดนหลอดเลือด กระบ้งลมอัมพาตชั่วคราว ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

โรงพยาบาลกันทรลักษณ์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีประชากรมากถึง 200,000 ราย และยังเปิดรับบริการ

ผู้ป่วยจากอำเภอใกล้เคียงอีก 4 อำเภอ มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณแขน มือ และข้อมือ จำนวน 500-800 รายต่อปี เริ่มมีการนำเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงมาช่วยนำทางในการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนในปี 2563 โดยมีวิสัญญีแพทย์ 1 คน เป็นผู้ทำหัตถการ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความสำเร็จของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง 81.9% ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ความสำเร็จของการทำหัตถการนี้ต่ำกว่างานวิจัยอื่นส่วนหนึ่งเกิดจากประสบการณ์การทำงานของวิสัญญีแพทย์ ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนและพัฒนาให้เกิดความชำนาญ ส่วนปัจจัยด้านอื่นที่มีผลต่อความสำเร็จไม่นำมาวิเคราะห์ในการศึกษานี้ อาจจะต้องศึกษาในงานวิจัยครั้งต่อไป

ยาชาที่ใช้ในการทำการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทางในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ใช้ยาชาที่เป็นส่วนผสม 0.5% bupivacaine 10 มล. และ 1%-2% lidocaine with adrenaline (1:200,000) ในปริมาณ 10-15 มล. ซึ่งการใช้ 1%-2% lidocaine with adrenaline (1:200,000) เพื่อให้เวลาในการออกฤทธิ์สกัดกั้นแขนงประสาทได้เร็วขึ้น ส่วนการผสม 0.5% bupivacaine เพื่อให้ยาชาออกฤทธิ์นาน (Sinthuprasit, 2021 ; Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Block, n.d.) สามารถผ่าตัดได้สำเร็จและช่วยระงับอาการปวดหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าใช้ยาชา 0.5% bupivacaine มล. ผสม 1% lidocaine with adrenaline (1:200,000) 10 มล. มากที่สุด 96.5% (502/520 ราย) รองลงมาคือ ใช้ยาชา 0.5% bupivacaine 10 มล. ผสม 2% lidocaine with adrenaline (1:200,000) 10 มล. (13/520 ราย) และมีผู้ป่วย 5 ราย ที่ใช้ยาชาที่เป็นส่วนผสม 0.5% bupivacaine 10 มล. กับ 1% lidocaine with

adrenaline (1:200,000) ในปริมาณ 15 มล. เนื่องจากระหว่างที่ทำการสกัดแขนงประสาทโดยใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง พบว่ายาชายังไม่โอบล้อมแขนงประสาททั้งหมด

การสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ยาชาจะออกฤทธิ์เพียงพอสำหรับการผ่าตัดอาจจะต้องใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที (มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์ และอุ้มจิต วิทยาไพโรจน์, 2560) การศึกษาของ Chan et al. (2003) ใช้เวลาเฉลี่ยในการสกัดกั้นแขนงประสาทสำเร็จ 16.7 นาที ในการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ให้การสกัดกั้นแขนงประสาทสำเร็จ (successful block) ใช้เวลาเฉลี่ย 20.96 นาที และมีการให้ยาเพิ่มเติมเพื่อให้การผ่าตัดได้สำเร็จ 181 ราย (34.8%) ในผู้ป่วยที่ successful block 138 ราย (26.5%) กลุ่มนี้ยาที่ให้เพิ่มเติมส่วนใหญ่จะให้ก่อนเริ่มการระงับความรู้สึกและช่วงเตรียมผู้ป่วยก่อนลงมีดผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวลและผ่อนคลาย มีส่วนหนึ่งที่ยา ระหว่างการผ่าตัด ในผู้ป่วยที่กังวลมากหรือผู้ป่วยที่เริ่มปวดต้นแขนจากการรัดของสายรัดห้ามเลือด (tourniquet) ในรายที่การผ่าตัดนานมากกว่า 1 ชั่วโมง ในกลุ่มที่การสกัดกั้นแขนงประสาทไม่สำเร็จ (failed block) 43 ราย (8.3%) จะมีการให้ยาเพิ่มเติมระหว่างผ่าตัดเพื่อคลายความกังวลและลดความปวด ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ midazolam 1-2 มิลลิกรัม fentanyl 25-100 ไมโครกรัม morphine 3-5 มิลลิกรัม และ propofol 20-200 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาที่มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการให้ยาเพิ่มเติมเพื่อให้การผ่าตัดสำเร็จ 26.14% โดย Sinthuprasit (2021)

การศึกษารังนี้พบภาวะแทรกซ้อนจากการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง 1 ราย คือ Horner's

syndrome อยู่ในกลุ่ม successful block ให้การดูแลโดยการสังเกตอาการ และให้คำแนะนำกับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังจากยาชาหมดฤทธิ์ภายใน 6 โมง และ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด และพิษจากยาชาเฉพาะที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2003) ที่พบภาวะแทรกซ้อน Horner's syndrome จากการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง 1 ราย และมี transient paresthesia 1 ราย แต่ไม่มีภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ส่วนการศึกษาของ Abhinaya et al. (2017) พบภาวะแทรกซ้อน Horner's syndrome 3 ราย จากการศึกษาเปรียบเทียบการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้ากับบริเวณใต้กระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทางร่วมกับ nerve stimulator ในผู้ป่วย 60 ราย พบภาวะแทรกซ้อน Horner's syndrome ในกลุ่มที่สกัดกั้นแขนงประสาทบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้า 3 ราย ให้การดูแลโดยสังเกตอาการ ผู้ป่วยมีอาการปกติภายใน 24 ชั่วโมง นอกจากนั้นยังพบภาวะลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด 1 ราย การศึกษานี้ได้แนะนำการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ คือ ก่อนแทงเข็มควรเห็นปลายเข็มตลอด นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ Koscielniak-Nielsen et al. (2009) พบภาวะแทรกซ้อน Horner's syndrome ในกลุ่มการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง 17 ราย (14%) ดังนั้นการศึกษารังนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นจะพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยมาก และไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การเลือกใช้ยาชาในการสกัดกั้นแขนงประสาท ควรผสมยาชาที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น lidocaine กับยาชาที่ออกฤทธิ์ยาวนานสำหรับการผ่าตัดและหวังผลให้ยาออกฤทธิ์ครอบคลุมความเจ็บปวดหลังผ่าตัด เช่น bupivacaine เป็นต้น

2. ควรมีการเพิ่มทักษะและความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงนำทางในการสกัดกั้นแขนงประสาท โดยการเข้าฝึกอบรมการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน หรือไปดูงานกับผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสำเร็จและลดภาวะแทรกซ้อน

3. การใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงที่มีประสิทธิภาพสูง จะช่วยเพิ่มความสำเร็จในการสกัดกั้นแขนงประสาท

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ ศึกษาถึงความสำเร็จและความปลอดภัยของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง ซึ่งสามารถนำไปให้เป็นข้อมูลในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการสกัดกั้นแขนงประสาทของแขนบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงนำทาง เพื่อเพิ่มโอกาสในการพัฒนางานด้านการระงับความรู้สึกเส้นประสาทส่วนปลายต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

มาลินี วงศ์สวัสดิวัฒน์ และอุ้มจิต วิทยาไพโรจน์. (2560).

การสกัดเส้นประสาทส่วนปลายเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.

Abhinaya, R. J., Venkatraman, R., Matheswaran, P., & Sivarajan, G. (2017). A randomised comparative evaluation of supraclavicular and infraclavicular approaches to brachial

plexus block for upper limb surgeries using both ultrasound and nerve stimulator.

Indian Journal of Anaesthesia, 61(7), 581–586. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_402_16.

Brattwall, M., Jildenstål, P., Warrén Stomberg, M., & Jakobsson, J. G. (2016). Upper extremity nerve block: How can benefit, duration, and safety be improved? An update. *F1000Research*, 5, F1000 Faculty Rev-907. <https://doi.org/10.12688/f1000research.7292.1>.

Chan, V. W. S., Perlas, A., Rawson, R., & Odukoya, O. (2003). Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Block. *Anesthesia & Analgesia*, 97(5), 1514. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000062519.61520.14>.

Guru, A., Desingh, D. C., Jayakumar, V., & Kuppasamy, S. K. (2023). A Comparison Between Ultrasound-Guided Supraclavicular and Infraclavicular Approaches to Brachial Plexus Block for Elective Upper Limb Surgery. *Cureus*, 15(10), e46656. <https://doi.org/10.7759/cureus.46656>.

Koscielniak-Nielsen, Z. J., Frederiksen, B. S., Rasmussen, H., & Hesselbjerg, L. (2009). A comparison of ultrasound-guided supraclavicular and infraclavicular blocks for upper extremity surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(5), 620–626. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2009.01909.x>.

Kulenkampff, D. (1928). BRACHIAL PLEXUS ANAESTHESIA: ITS INDICATIONS, TECHNIQUE, AND DANGERS. *Annals of Surgery*, 87(6), 883–891. <https://doi.org/10.1097/00000658-192806000-00015>.

Leurcharusmee, P., Tiyaprasertkul, W., Finlayson, R. J., & Tran, D. Q. H. (2015). Ultrasound-guided brachial plexus blocks: A review of techniques and approaches. *Thai Journal of Anesthesiology*, 41(2), Article.

Raju, P. K. B. C., & Coventry, D. M. (2014). Ultrasound-guided brachial plexus blocks. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*, 14(4), 185–191. <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mkt059>.

Sinthuprasit, W. (2021). Success Rate and Safety of Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Blocks; A Retrospective Study of 1,830 Cases. *Thai Journal of Anesthesiology*, 47(4), Article 4.

Sriramatr, D., Chongarunngamsang, W., Kusumaphanyo, C., & Promma, J. (2018). Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Block in Hand and Forearm Surgery: Case Series. *JOURNAL OF THE MEDICAL ASSOCIATION OF THAILAND*, 101(10), Article 10.

Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Nerve Block. (2018, September 16). NYSORA. <https://www.nysora.com/topics/regional-anesthesia-for-specific-surgical-procedures/upper-extremity-regional-anesthesia-for-specific-surgical-procedures/anesthesia-and-analgesia-for-elbow-and-forearm-procedures/ultrasound-guided-supraclavicular-brachial-plexus-block/>.

Ultrasound-Guided Supraclavicular Brachial Plexus Block. (n.d.). WFSA Resource Library. Retrieved May 20, 2024, from <https://resources.wfsahq.org/atotw/ultrasound-guided-supraclavicular-brachial-plexus-block/>.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะของผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง ที่เข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ขวัญชนก คันธชาติ, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บสมอง เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บจราจรและการพลัดตกหกล้ม หากวินิจฉัยภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะล่าช้า อาจส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้นการทราบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ จะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจในการวางแผนดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์จากข้อมูลแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ที่ได้รับบาดเจ็บสมองไม่รุนแรง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 คัดเลือกด้วยวิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Cochrane การสุ่มแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ และสถิติ Chi squared test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะร้อยละ 27.7 โดยความผิดปกติที่พบบ่อย คือ ภาวะ Subdural hemorrhage (ร้อยละ 9.2) และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลไกการบาดเจ็บ ($p=0.032$) โดยเฉพาะอุบัติเหตุจราจร อาการอาเจียน ($p<0.001$) อาการปวดศีรษะ (0.021) อาการชักหลังเกิดเหตุ (0.021) ระดับคะแนนความรู้สึกตัว ($p<0.001$) ระดับ ความดันซิสโตลิก ($p=0.001$) อาการแสดงถึงฐานกะโหลกศีรษะแตก ($p<0.001$)

จากการศึกษาสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะมีหลากหลายปัจจัย ซึ่งควรนำปัจจัยเหล่านี้ มาเป็นพื้นฐานในการคัดกรองและดูแลอย่างเหมาะสม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้มงวดในการควบคุมมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดจำนวนและความรุนแรงของผู้บาดเจ็บสมองได้

คำสำคัญ : ภาวะบาดเจ็บสมอง, ผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง, ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ, E-mail: kwanchazz@hotmail.com

Factors Predicting Intracranial Hemorrhage in mild Traumatic Brain injury Patients in Emergency Room of Kantharalak Hospital

Kwanchanok Kanthachat, *M.D.*¹

Abstracts

Traumatic Brain injuries are a major problem worldwide, mostly caused by traffic injuries and falls. If the diagnosis of intracranial hemorrhage is delayed, it can result in disability and death. Therefore, knowing the risk factors that affect the occurrence of abnormalities will help doctors make decisions to plan care effectively and prevent possible complications. This study is a retrospective analytical study. The objective of this study is to study the factors affecting the occurrence of intracranial hemorrhage with mild brain injuries. The sample group was people with mild brain injuries who underwent brain CT scans at Kantharalak Hospital from October 1, 2022, to September 30, 2023. They were selected by calculating the sample group using the Cochrane formula, purposive random sampling, and collected data using a data recording research tool. Data were analyzed using descriptive statistics, including numbers, percentages, and the Chi squared test.

The results of the study found that the sample group had intracranial hemorrhage in 27.7 percent, with the most common abnormality being subdural hemorrhage (9.2 percent). The factors that significantly affected the occurrence of intracranial hemorrhage were the mechanism of injury ($p=0.032$), especially traffic accidents, vomiting ($p<0.001$), headache (0.021), post-accident seizures (0.021), level of consciousness ($p<0.001$), systolic blood pressure ($p=0.001$), and symptoms of skull base fracture ($p<0.001$). The study concluded that there were many factors affecting the occurrence of intracranial hemorrhage, which should be used as the basis for screening and appropriate care. Relevant agencies should strictly control accident prevention measures, which are important in reducing the number and severity of brain injuries.

Keywords: Traumatic brain injury, mild traumatic brain injury, intracranial hemorrhage

¹ Medical Doctor, Division of Emergency Medicine, Kantharalak Hospital, Sisaket province;

E-mail: kwanchazz@hotmail.com

บทนำ

อุบัติเหตุ เป็นสาเหตุที่ทำให้พิการและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากในประเทศไทย ซึ่งสถิติอุบัติเหตุในประเทศไทยยังไม่มีแนวโน้มลดลง ถึงแม้จะมีการรณรงค์หรือการบังคับกฎหมายที่เข้มงวดมากขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากจากอุบัติเหตุจราจร โดยเฉพาะการใช้รถจักรยานยนต์ที่มีจำนวนมาก และนอกจากนี้ประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย(นครชัย และธีรเดช, 2562)

ปัญหาบาดเจ็บสมอง เป็นปัญหาสำคัญของโลก มีอุบัติการณ์สูงเนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร (Road traffic injury) ปี พ.ศ.2556 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้บาดเจ็บที่สมองในห้องฉุกเฉินถึง 2.5 ล้านต่อปี โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ผู้บาดเจ็บสมองส่วนใหญ่เป็นชนิดที่ไม่รุนแรง และพบอุบัติการณ์มากที่สุดในกลุ่มอายุมากกว่า 75 ปี ขึ้นไป (Mathers CD. & Loncar D., 2006)

ข้อมูลอุบัติเหตุในประเทศไทย พบว่า อวัยวะที่บาดเจ็บรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต คือ บาดเจ็บบริเวณศีรษะ พบว่าผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง เป็นส่วนใหญ่ของผู้ป่วยทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC., 2565) ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในปี 2559 ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะเป็นจำนวน 2,460 ล้านบาท (นครชัย และธีรเดช, 2562)

ภาวะบาดเจ็บสมอง เกิดจากศีรษะได้รับแรงกระทำจากภายนอกจนเกิดการกระทบกระเทือนต่อสมอง โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บทางศีรษะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มรุนแรงมาก คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (Glasgow

coma scale; GCS) น้อยกว่า 8 คะแนน 2) กลุ่มรุนแรงปานกลาง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัวเท่ากับ 9-12 คะแนน 3) กลุ่มไม่รุนแรง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัวเท่ากับ 13-15 คะแนน แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปัจจัยเสี่ยงต่ำ คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติ และมีคะแนนความรู้สึกตัวเท่ากับ 15 คะแนน กลุ่มปัจจัยเสี่ยงปานกลาง คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกตัวเท่ากับ 13-14 คะแนน หรือผู้ที่ระดับความรู้สึกตัวเท่ากับ 15 ร่วมกับปัจจัยอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่ อาเจียนบ่อย 2 ครั้ง มีช่วงไม่รู้สึกตัว ปวดศีรษะจำเหตุการณ์ไม่ได้, มีประวัติใช้ยาหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีโรคเลือดออกง่ายหรือใช้ยาต้านเกล็ดเลือด มีกลไกบาดเจ็บที่รุนแรง กลุ่มปัจจัยเสี่ยงสูง คือ ผู้ที่มีคะแนนความรู้สึกตัว (GCS) น้อยกว่า 15 คะแนน (หลังได้รับอุบัติเหตุมาแล้ว 2 ชั่วโมง) ผู้ที่สงสัยว่ามีกะโหลกศีรษะแตก อาเจียนมากกว่า 2 ครั้ง GCS ลดลงอย่างน้อย 2 คะแนน โดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากการอย่างอื่น เช่น ชัก จากการใช้ยาบางกลุ่ม เป็นต้น มีอาการผิดปกติทางระบบประสาท เกิดจากหลังชักอายุมากกว่า 65 ปี และมีช่วงไม่รู้สึกตัวหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (นครชัย และ ธีรเดช, 2562)

ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองที่รุนแรง (Severe traumatic brain injury) มีอัตราการตายเท่ากับ 29 และมีจำนวนมากที่ต้องพิการตลอดชีวิต และพบว่า ร้อยละ 70-90 ของผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเป็นผู้บาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย แต่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อสมอง ส่งผลต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะถูกปล่อยจากการเฝ้าระวังมากกว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลางและรุนแรง (Cassidy JD et al., 2001)

การศึกษาของ ณัฐธาดา บุญชนะ (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่อาจจะส่งผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว การใช้ยาต้านเกล็ดเลือด/ยาละลายลิ่มเลือด สาเหตุการบาดเจ็บ ประวัติการตีแม่แอลกอฮอล์ ด้านอาการผิดปกติทางคลินิก ได้แก่ อาการอาเจียน อาการปวดศีรษะ มีประวัติสลบ/จำเหตุการณ์ ไม่ได้ อาการชักหลังการบาดเจ็บ ด้านการตรวจร่างกาย ได้แก่ ความดันซิสโตลิก (SBP) คะแนนความรู้สึกตัว (GCS) อาการที่บ่งบอกว่าบาดเจ็บที่ฐานกะโหลกศีรษะ บาดแผลที่ศีรษะ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง ร้อยละ 27 มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ และปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ GCS เท่ากับ 13 และอาการที่บ่งบอกว่าบาดเจ็บที่ฐานกะโหลกศีรษะ และการศึกษาของ Khupkanchanakul (2019) พบว่า ผู้บาดเจ็บสมอง ไม่รุนแรง ร้อยละ 23.1 มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ โดย เพศชาย/เชื้อ/ชนนรณจักรยานยนต์ GCS = 13-14 อาเจียนมากกว่า 2 ครั้ง พบบาดแผลฉีกขาดหรือรอยฟกช้ำบริเวณศีรษะมากกว่า 5 เซนติเมตร พบเลือดออกทางหู และจมูก และการตรวจพบการแตกร้าวของกะโหลกศีรษะ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับในต่างประเทศ มีการศึกษาของ Bonney et al. (2020) ได้ทำการศึกษา อุบัติการณ์การเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะหลังเกิดการบาดเจ็บสมองแบบไม่รุนแรง พบว่า ร้อยละ 8.5 ที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ และส่วนใหญ่เป็นภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดรา (Subdural Hemorrhage; SDH) และปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีเลือดออกในสมอง ได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี และเพศชาย และการศึกษาของ Savioli et al. (2021) พบว่าการใช้ยาต้านเกล็ดเลือด ไม่ได้มีผลต่อความผิดปกติในกะโหลกศีรษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทำให้เกิดความเสี่ยงในการต้องได้รับการผ่าตัดและต้องได้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น และ Turcato et al. (2021) พบว่า การใช้ยา

ละลายลิ่มเลือดในกลุ่มผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงกับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ร้อยละ 12

จากสถิติการเก็บข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ในช่วง 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 พบว่า มีผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง 891 ราย และได้รับการพิจารณาทำ CT scan ถึงร้อยละ 80 แต่ส่วนใหญ่พบว่า ไม่มีความผิดปกติในกะโหลกศีรษะ และมีการศึกษาในประเทศไทย มีอุบัติการณ์ของภาวะเลือดในสมอง ร้อยละ 11.76 โดยมีสาเหตุหลัก คือ โรคความดันโลหิตสูง อาการปวดศีรษะ ประวัติสลบหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ และระดับความรู้สึกตัว (GCS) เท่ากับ 13 (ณัฐธาดา บุญชนะ, 2565) ในขณะที่ ข้อมูลของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ที่ทำให้แพทย์พิจารณาส่ง CT scan ได้แก่ ประวัติการตีแม่แอลกอฮอล์ พบบาดแผลบริเวณศีรษะหรือใบหน้าขนาดใหญ่ หรือการให้ประวัติที่ไม่ชัดเจน เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหา การได้ยิน เมาสุรามากจนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ หรือมีโรคประจำตัวทางจิตเวช ทำให้เกิดปัญหาในการตัดสินใจในการดูแลรักษาของทีมบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในหลายงานวิจัย พบว่าปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ยังไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ซึ่งในการตรวจแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายสูงและผู้ป่วยได้รับรังสีโดยไม่จำเป็นด้วย จึงทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะของผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาพัฒนาแนวทางในการประเมินและวางแผนดูแลผู้บาดเจ็บกลุ่มนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะชนิดไม่รุนแรง

2. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะชนิดไม่รุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาเชิงวิเคราะห์จากข้อมูลแบบย้อนหลัง (Retrospective analytic study) โดยเก็บข้อมูลผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากรศึกษา คือ ผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรงที่มารักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 จำนวน 880 คน

กลุ่มตัวอย่าง

โดยมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Cochrane ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 Pq}{d^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

d คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนด 0.05

z คือค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน โดยกำหนดความเชื่อมั่น $\alpha = 0.05$ (ความเชื่อมั่น 95%) $Z = 1.96$

P คือ สัดส่วนการเกิดเลือดออกในสมองของผู้บาดเจ็บสมอง ไม่รุนแรง ที่แพทย์ส่งทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง จากวิจัยของ Boonmee (2024) เท่ากับ 0.188

q คือ $1-P = 1-0.188 = 0.812$

ดังนั้น คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง จำนวนอย่างน้อย 235 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
- 2) ผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง ที่มีปัจจัยเสี่ยงปานกลางและสูง
- 3) เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง หลังได้รับบาดเจ็บ
- 4) แพทย์พิจารณาให้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและมีผลอ่านโดยรังสีแพทย์โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) เป็นโรคลมชักเดิม
- 2) เคยผ่าตัดสมองหรือมีพยาธิสภาพในสมองที่ได้รับยากันชักเป็นประจำ
- 3) ผู้บาดเจ็บ ≥ 2 ระบบ ที่มีความดันซิสโตลิก (SBP) < 90 mmHg โดยไม่สามารถแก้ไขโดยการให้สารน้ำได้ภายใน 1 ชั่วโมง
- 4) บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูลใช้รวบรวมบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก ประกอบด้วย 5 ส่วนหลัก ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว การใช้ยากลุ่มเสี่ยง 2. ประวัติการบาดเจ็บ ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติสลบ/จำเหตุการณ์ไม่ได้ 3. อาการทางคลินิกหลังการบาดเจ็บ ประกอบด้วย อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดศีรษะ อาการชักหลังเกิดเหตุ คะแนนความรู้สึกตัว (GCS) ค่าความดันซิสโตลิก (SBP) อาการผิดปกติทางระบบประสาท

พยาธิสภาพที่ศีรษะ มีอาการฐานกะโหลกแตก 4. ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และ 5.การจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำโครงร่างงานวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพิจารณาความเห็นชอบและรับรองจริยธรรมการวิจัย

2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน และผลอ่านเอกซเรย์คอมพิวเตอร์โดยรังสีแพทย์ ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 ลงในแบบบันทึก

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล โดยเป็นสถิติวิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประมาณ ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ค่า Chi squared test โดยกำหนดค่า p-value < 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยนี้ ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผ่านให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2567 ตามหนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-104

เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และใช้เป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดที่ไม่รุนแรง ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 30 กันยายน 2566 จำนวน 880 ราย และเข้าเกณฑ์จากการคัดเข้า จำนวน 260 ราย ซึ่งพบว่า เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองปกติ 188 ราย (ร้อยละ 72.3) เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผิดปกติ 72 ราย (ร้อยละ 27.7)

จากข้อมูลทั่วไปของผู้บาดเจ็บ พบเป็นเพศชาย ร้อย 75.8 เพศหญิง ร้อยละ 24.2 ช่วงอายุที่บาดเจ็บคือ อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.7 อายุ 45-54 ปี ร้อยละ 18.8 และ 15-24 ปี ร้อยละ 16.2 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 79.2 และกลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.4 มีการใช้ยากลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	197	75.8
หญิง	63	24.2
ช่วงอายุ		
15-24 ปี	42	16.2
25-34 ปี	32	12.3
35-44 ปี	40	15.4
45-54 ปี	49	18.8
55-64 ปี	38	14.6
65 ปีขึ้นไป	59	22.7
(Mean 47.65, SD = 5.66, min = 16, max = 77)		

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 260 คน (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	206	79.2
มี	54	20.8
เบาหวาน	11	4.2
ความดันโลหิตสูง	27	10.4
โรคหัวใจ	4	1.5
โรคตับแข็ง	1	0.4
โรคทางจิตเวช	5	1.9
โรคหลอดเลือด	5	1.9
สมอง		
โรคอื่นๆ	1	0.4
ใช้ยากกลุ่มเสี่ยง		
ไม่มี	247	95
มี	13	5
ASA	11	4.2
Clopidogrel	0	0
Warfarin	2	0.8

สาเหตุของการบาดเจ็บสมองไม่รุนแรงในกลุ่มตัวอย่างนี้ พบว่า สาเหตุหลักเกิดจากอุบัติเหตุจราจร โดยเป็นผลจากการขับขี่รถจักรยานยนต์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 69.3 สาเหตุรองลงมาคือการหกล้มศีรษะกระแทก ร้อยละ 11.9 การพลัดตกจากที่สูงน้อยกว่า 3 ฟุต และถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 10 ซึ่งผู้บาดเจ็บ ส่วนใหญ่เคยมีประวัติการตีมนแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 56.5 และมีประวัติสลบ หรือ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มากถึงร้อยละ 90 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประวัติการบาดเจ็บ

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการบาดเจ็บ		
รถจักรยานยนต์	180	69.3
รถยนต์/รถบรรทุก	13	5.0
คนเดินถนนถูกชน	5	1.9
ตกจากที่สูง < 3 ฟุต	10	3.8
ตกจากที่สูง ≥ 3 ฟุต	9	3.5
ถูกทำร้ายร่างกาย	10	3.8
วัตถุกระแทกศีรษะ	2	0.8
หกล้ม	31	11.9
ประวัติตีมนแอลกอฮอล์ก่อนเกิดเหตุ		
ไม่มี	147	56.5
มี	113	43.5
ประวัติสลบ/จำเหตุการณ์ไม่ได้		
ไม่มี	26	10.0
มี	234	90.0

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับความผิดปกติของเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในผู้บาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง โดยพบว่า กลไกการบาดเจ็บ ($p=0.032$) การตีมนแอลกอฮอล์ก่อนเกิดอุบัติเหตุ อาการอาเจียน ($p<0.001$) อาการปวดศีรษะ ($p=0.021$) อาการชักหลังเกิดเหตุ ($p=0.021$) ระดับคะแนนความรู้สึกตัว ($p<0.001$) ระดับความดันซิสโตลิก ($p=0.001$) อาการแสดงถึงฐานกะโหลกศีรษะแตก ($p<0.001$) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการวิจัยนี้ไม่มีผู้บาดเจ็บสมองที่ตรวจพบความผิดปกติของระบบประสาท จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยได้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับผลการตรวจภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกในกะโหลกศีรษะ

ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ		χ^2	p-value
	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	142 (72.1)	55 (27.9)	0.021	1.000
หญิง	46 (73.0)	17(27.0)		
อายุ				
15-24 ปี	32(76.2)	10(23.8)	4.623	0.464
25-34 ปี	25(78.1)	7(21.9)		
35-44 ปี	24(60.0)	16(40.0)		
45-54 ปี	38(77.6)	11(22.4)		
55-64 ปี	27(71.1)	11(28.9)		
65 ปีขึ้นไป	42(71.2)	17(28.8)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	148(71.8)	58 (28.2)	7.230	0.425
มี	40(74.1)	14(25.9)		
เบาหวาน	6(54.5)	5(45.5)		
ความดันโลหิตสูง	21(77.8)	6(22.2)		
โรคหัวใจ	3(75.0)	1(25.0)		
โรคตับแข็ง	1(100.0)	0(00.0)		
โรคทางจิตเภท	4(80.0)	1(20.0)		
โรคหลอดเลือดสมอง	5(100.0)	0(00.0)		
โรคอื่นๆ	0	1(100.0)		
ใช้ยากลุ่มเสี่ยง				
ไม่มี	179(72.5)	68(27.5)	0.625	0.758
มี	9(69.2)	4(30.8)		
สาเหตุการบาดเจ็บ				
อุบัติเหตุจราจร	149(75.3)	49(24.7)	6.898	0.032
ตกจากที่สูง	9(47.4)	10(52.6)		
วัตถุกระแทก/หกล้ม	30(69.8)	13(30.2)		

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับผลการตรวจภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกในกะโหลกศีรษะ (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ		χ^2	p-value
	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)		
ประวัติเครื่องตีแมลงกอฮอลล์				
ไม่มี	103(70.1)	44(29.9)	0.847	0.403
มี	85(75.2)	28(24.8)		
ประวัติสลับ/จำเหตุการณ์				
ไม่ได้				
ไม่มี	21(80.8)	5(19.2)	1.033	0.364
มี	167(71.4)	67(28.6)		
ประวัติคลื่นไส้/อาเจียน				
ไม่มี	178(75.4)	57(24.3)	16.527	<0.001
มี	10(40.0)	15(60.0)		
< 2 ครั้ง	8(47.1)	9(52.9)		
≥ 2 ครั้ง	2(25.0)	6(75.0)		
มีอาการปวดศีรษะ				
ไม่มี	77(81.1)	18(18.9)	5.717	0.021
มี	111(67.3)	54(32.7)		
มีอาการชัก				
ไม่มี	188(73.2)	69(26.8)	7.925	0.021
มี	0(00.0)	3(100)		
คะแนนความรู้สึกตัว (GCS)				
15	177(76.0)	56(24.0)	14.993	<0.001
13-14	11(40.7)	16(59.3)		
ความดันซิสโตลิก (SBP)				
90 -140 mmHg	147(77.8)	42(22.2)	13.265	0.001
141-179 mmHg	31(53.4)	27(46.6)		
≥180 mmHg	10(76.9)	3(23.1)		

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับผลการตรวจภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบเลือดออกในกะโหลกศีรษะ (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ		χ^2	p-value
	ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)		
อาการผิดปกติทางระบบประสาท				
ไม่มี	188(72.3)	72(27.7)	-	0.000
มี	0(00.0)	0(00.0)		
พยาธิสภาพที่ศีรษะ				
ไม่มี	71(78.0)	20(22.0)	3.405	0.333
มี	117 (69.3)	52 (30.8)		
บาดแผลฟกช้ำ บวมโน	56(70.0)	24(30.0)		
บาดแผลฉีกขาด	53(70.7)	22(29.3)		
บาดแผลลึกถึงกะโหลก	8(57.1)	6(42.9)		
มีอาการฐานกะโหลกแตก				
ไม่มี	186(74.7)	63(25.3)	16.195	<0.001
มี	2(18.2)	9(81.8)		

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่า ผู้บาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง มีภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ร้อยละ 27.7 โดยความผิดปกติที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะ Subdural hemorrhage (ร้อยละ 9.2) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงถึงผลการตรวจภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ในผู้บาดเจ็บสมองไม่รุนแรง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ผลเอกซเรย์		
คอมพิวเตอร์สมอง		
ปกติ	188	72.3
ผิดปกติ	72	27.7
Subdural hemorrhage	24	9.2
Epidural hemorrhage	12	4.6
Subarachnoid hemorrhage	11	4.2
Intracerebral hemorrhage	7	2.7
เลือดออกมากกว่า 2 ตำแหน่ง	18	7.0

การจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยเจ็บสมองที่ไม่รุนแรง ได้รับการเข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล ร้อยละ 63.8 โดยเป็นทั้งผู้ป่วยเจ็บที่ไม่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะและมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะเล็กน้อย ที่ได้ปรึกษาประสาทศัลยแพทย์ของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้รับไว้ดูแลในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ได้ พิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกลุ่มนี้ ร้อยละ 24.2 แพทย์พิจารณาให้กลับไปสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 24 ชั่วโมง ร้อยละ 11.9 และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินในช่วงเวลาที่ได้ทำการศึกษา ดังแสดงในตาราง ที่ 5

ตารางที่ 5 การจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
Admit	166	63.8
Refer	63	24.2
Discharge	31	11.9
Dead	0	0

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ที่ได้รับบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง ร้อยละ 27.7 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา ของ Khupkanchanakul (2019) (ร้อยละ 23.1) และ Srichaikul (2018) (ร้อยละ 24.4) และ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์สูงเมื่อเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ โดยการศึกษาของ Bonney et al. (2020) พบเพียง ร้อยละ 8.5 และ Sharif-Alhoseini mahdi et al. (2011) ร้อยละ 3.1 เท่านั้น

ตำแหน่งที่เกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะส่วนใหญ่ คือ ภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นดुरา ร้อยละ 9.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vaniyapong et al. (2013) และ Ratchaputi (2023) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะของผู้บาดเจ็บ พบว่า

เพศ ($p=1.000$) แอลกอฮอล์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอายุ ($p=0.464$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ไม่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Teeratakulpisarn et al. (2021) แต่ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bonney et al. (2020) และ Intira et al. (2010) ซึ่งพบว่าเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บได้ง่าย เช่น การดื่ม ขับรถด้วยความเร็วสูง ไม่สวมหมวกนิรภัย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ โรคประจำตัว ($p=0.425$) การใช้ยากลุ่มเสี่ยง ($p=0.758$) ไม่มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของสมอง โดยทั้ง 3 ปัจจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonmee (2024) มีความแตกต่างจากการศึกษาของ พศวีร์ เฝ้าเสรี (2563) ที่พบว่า โรค เบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด มีผลต่อการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะปัจจัยด้านกลไกการบาดเจ็บ ($p=0.032$) ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 76.2) โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 69.3) อุบัติเหตุจราจร เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchaputi (2023) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Champueng (2017) สาเหตุที่พบอุบัติการณ์ในประเทศไทยสูงกว่าในต่างประเทศเกิดจากบุคคลขาดความระมัดระวังถึงความปลอดภัย เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ขับขี่ด้วยความเร็วสูง ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่ ความเข้มงวดของมาตรการความปลอดภัยและการป้องกันเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน แต่จากการศึกษานี้พบว่า ประวัติสลับหรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ ($p=0.364$) การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนเกิดอุบัติเหตุ ($p=0.403$) ไม่สัมพันธ์กับความผิดปกติ แต่พบถึงร้อยละ 43.5 ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก ทำให้ลดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้สูญเสียการทรงตัว และความสามารถในการตัดสินใจลดลง ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และ

รุนแรงขึ้น (Jindaporn, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khupkanchanakul (2019)

ปัจจัยด้านอาการผิดปกติทางคลินิกที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ อาการอาเจียน ($p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchaputi (2023) อาการปวดศีรษะ ($p=0.021$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yuxsen (2017) อาการชักหลังเกิดเหตุ ($p=0.021$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พศวีร์ ผ่าเสรี (2563)

ปัจจัยด้านความผิดปกติจากการตรวจร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ได้แก่ GCS 13-14 คะแนน ($p<0.001$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Khupkanchanakul (2019) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchaputi (2023) ระดับความดันซิสโตลิก ($p=0.001$) ซึ่งผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ มีระดับความดันซิสโตลิก 141-179 mmHg ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธาดา (2565) ที่ศึกษาความดันซิสโตลิกแบ่งออกเป็นช่วง 90- 139 mmHg, 140-179 mmHg และ >179 mmHg ไม่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ อาการแสดงถึงฐานกะโหลกศีรษะแตก ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yuxsen (2017)

ส่วนการตรวจร่างกายที่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกในกะโหลกศีรษะ การตรวจพบพยาธิสภาพที่ศีรษะ ($p=0.333$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธาดา (2565) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Khupkanchanakul (2019) พบว่า บาดแผลลึกขาดหรือรอยฟกช้ำบริเวณศีรษะเกิน 5 เซนติเมตร มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติ

สรุปผลการวิจัย

อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ที่ได้รับบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

เท่ากับร้อยละ 27.7 โดยพบว่า กลไกการบาดเจ็บ อาการอาเจียน อาการปวดศีรษะ อาการชักหลังเกิดเหตุ GCS 13-14 ระดับความดันซิสโตลิก อาการแสดงถึงฐานกะโหลกศีรษะแตก เป็นปัจจัยที่ผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งควรนำปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ มาเป็นพื้นฐานในการคัดกรองและดูแลอย่างเหมาะสม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้มงวดในการควบคุมมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดจำนวนและความรุนแรงของผู้บาดเจ็บสมองได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ทำให้การบันทึกข้อมูลที่เราต้องการศึกษาไม่ครบถ้วน ทำให้สูญเสียกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ ของผู้บาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรงนั้น ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร มากกว่าร้อยละ 50 มีประวัติเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้ความรุนแรงของการบาดเจ็บมากขึ้น ฉะนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการนำกฎหมายจราจรมาบังคับใช้อย่างเข้มงวดมากขึ้น

2. จากการศึกษาพบหลายปัจจัยเสี่ยง ฉะนั้นพยาบาลผู้คัดกรองและแพทย์ผู้รักษา ควรมีการซักประวัติให้ครอบคลุมอาการและตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อพิจารณาส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้อย่างคุ้มค่า ถูกต้องมากขึ้น

3. ถึงแม้จะมีหลายปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ทีมผู้ดูแลรักษาก็ยังคงต้องตระหนักถึงโอกาสเกิดความผิดปกติได้ ฉะนั้นก็ควรมีการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ 2562 หรือแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บสมองที่ไม่รุนแรงของสหวิชาชีพที่ได้จัดทำขึ้นร่วมกันในแต่ละ

โรงพยาบาล โดยเน้นความสำคัญของการเฝ้าระวัง
ความผิดปกติ ต้องมีการติดตามอาการใกล้ชิดอย่าง
ต่อเนื่อง อย่างน้อย 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรบางตัวที่อาจจะ
เกิดขึ้นน้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง
ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นหรือการบันทึกข้อมูล
ให้ครบถ้วนตามปัจจัยที่ต้องการศึกษา เพื่อให้ได้
ข้อสรุปที่ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษางานวิจัยซึ่งสำเร็จลุล่วง
ได้ด้วยความรู้ความกรุณาแนะนำคำปรึกษาและเป็น
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจาก
อ.บัญชา พร้อมดิษฐ์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
จันทบุรี

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
กันทรลักษณ์ ที่ให้ความสนับสนุนและขอขอบคุณ
เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์
ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐญา บุญชนะ. (2565). อุบัติการณ์และปัจจัยที่
มีผลต่อภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะของ
ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่รุนแรง ที่มารับบริการใน
ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมะการักษ์. *กาญจนบุรี
เวชสาร*.
- นครชัย เพื่อนปฐม,ธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล.
(2562).แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ
(Clinical Practice Guidelines for
Traumatic Brain Injury). บริษัท พรอส
เพอร์สพลัส จำกัด.

พศวีร์ เฝ้าเสรี. (2563). ปัจจัยทางคลินิกสำหรับ
พยากรณ์ภาวะเลือดออกในสมองในผู้สูงอายุที่
บาดเจ็บสมองที่โรงพยาบาลชุมแพ. *วารสาร
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*.

ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ThaiRSC. (2565). ศูนย์ข้อมูล
อุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความ
ปลอดภัยบนท้องถนน.

<http://www.thairsc.com>.

Boonmee P. (2024). Predictive Factors
associated with intracranial
hemorrhage in elderly patients with
mild traumatic brain Injury in
Emergency department. *Region 4-5
Medical Journal*, 43(1):83-93.

Cassidy JD, Carroll LJ, Peloso PM, Borg J,
Holst HV, Holm L, et al. (2001).
Incidence, risk factors and prevention
of mild traumatic brain injury: results
of the WHO Collaborating Centre Task
Force on Mild Traumatic Brain Injury. *J
Rehabil Med*, 43:28-60.

Champueng P. (2564). Factors associated
with intracranial hemorrhage in mild
traumatic brain injury patients with
moderate risk at King Narai hospital.
Singburi Hospital Journal.

Galliazzo S, et al. Intracranial bleeding risk
after minor traumatic brain injury in
patients on antithrombotic drugs.
Thromb Res. 2019;174:113–20.

Intira T, Ketsarin U, Prangthip C, & Banphot
S. (2010). The relationship between
post-brain-treated syndrome affected
by the functioning situation in a minor
head injury. *Journal of the Nursing
Council*,25(2): 39-52.

- Jindaporn R. (2017).The role of brain computed tomography in predicting treatment outcomes for patients with minor head injuries. Ranong Hospital Ranong Province. *Southern Public Health Journal*,31:57-63.
- Khupkanchanakul W. (2019). Factors associated with CT brain finding after mild traumatic brain injury in Krabi Hospital. *Krabi Medical Journal*, 2(1).1-13. Rate of Intracranial hemorrhage after minor head Injury. *Cureus*;12(9):e10653.
- Maas AIR, et al.(2022). Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurol*. 2022;21(11):1004–60.
- Melnick ER, et al.(2012). CT overuse for mild traumatic brain injury. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012;38(11):483–9.
- Mathers CD, Loncar D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.*PLoS Med*. 3(11):e442.
- Ratchaputi U. (2023). The prevalence and factors related to Intracranial hemorrhage in the mild traumatic brain Injuries of patients admitted in Ranong hospital, Ranong province. *Journal of Health Research and Innovation*.
- Saviol G, Ceresa F, Luzzi S, et al. (2021). Mild for hemorrhagic complications?. *Medicina*, 57(4):357. <https://doi.org/10.3390/medicina57040357>.
- Sharif-Alhoseini M, Khodadadi H, Chardoli M. (2011). Indication of brain computed tomography scan after minor head injury. *J Emerg Trauma Shock*,4: 472-6.
- Srichaikul P. (2018). The prevalence and factors related to abnormal brain lesions in the mild traumatic brain injuries of patients admitted to the emergency room of Banglamung hospital. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center*, 35:363-71.
- Teeratakulpisarn P, Angkasith P, Tanmit P, et al. (2021) .Factors affecting abnormal CT Scan in mild traumatic brain Injury – high-risk patients. *Srinagarind Med J*,36(2):131-6.
- Turcato G, Zaboli A, Zannoni M, Ricci G, Zorzi E, Ciccariello L. (2021). Risk factors associated with intracranial bleeding and neurosurgery in patients with mild traumatic brain injury who are receiving direct oral anticoagulants. *Am J Emerg Med*, 43:180-5.
- Vaniyapong T, Patumanond J, Ratanalert S, Limpastan K. (2019). Clinical indicators for traumatic intracranial findings in mild traumatic brain injury patients. *Surg Neurol Int*,10(64).
- van den Brand CL, et al.(2022). Update of the CHIP (CT in Head Injury Patients) decision rule for patients with minor head injury based on a multicenter consecutive case series. *Injury*. 2022;53(9):2979–87.

Wolf H, et al.(2013). Predictive value of neuromarkers supported by a set of clinical criteria in patients with mild traumatic brain injury: S100B protein and neuron-specific enolase on trial. J Neurosurg. 2013;118(6):1298–303.

Yuksen C, Sittichanbuncha Y, Patumanond J, et al. (2017). Clinical factors predictive for intracranial hemorrhage in mild head injury. *Neurol Res Int*.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน การสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

บุญเลิศ ปลอดปล่อง,สบ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลยาง จำนวน 45 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ระยะเวลาการทดลอง 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรม นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยเฉพาะในด้านความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการทดลองพบว่า โปรแกรมนี้มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนอย่างชัดเจน จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนได้

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันการสูบบุหรี่, มัธยมศึกษาตอนต้น

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสร้างเหล่า อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: boonlt_2511@hotmail.com

The Effect of Health Literacy Enhancement Program on Smoking Preventive Behavior of Junior Students at Yang Subdistrict, Kanthararom District, Sisaket Province

Boonlerd Plodplong, *B.P.H.*¹

Abstract

This study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest approach and was aimed at studying the effectiveness of a health literacy promotion program on smoking prevention behaviors among lower secondary school students in Yang Sub-district, Kanthararom District, Sisaket Province. The sample consisted of 45 randomly selected lower secondary school students in Yang Sub-district. The health literacy promotion program, developed by the researcher, was implemented over 12 weeks. Data were collected using questionnaires and analyzed by using descriptive statistics and paired samples. T-tests.

The results revealed that after participating in the program, students showed a significant increase in health literacy and smoking prevention behaviors ($P < 0.001$), particularly in areas such as knowledge about smoking, access to health information and services, health communication, self-management, media literacy, and smoking prevention practices. Additionally, a comparison of smoking prevention behaviors before and after the program indicated a significant improvement. From these findings, it can be concluded that the health literacy promotion program is effective in enhancing smoking prevention behaviors among students and can serve as a guideline for future youth smoking prevention initiatives.

Keywords: Health Literacy, smoking prevention, lower secondary school students

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Sang Laow Health Promoting Hospital, Kanthararom District, Sisaket Province, Email: boonlt_2511@hotmail.com

บทนำ

การสูบบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า สามารถสร้างผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย และเป็นสาเหตุหลักของ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันงดสูบบุหรี่โลก และได้ขอความร่วมมือ ไปยังประเทศสมาชิก และประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ให้ร่วมกันรณรงค์การลด ละ เลิกบริโภคยาสูบทุกประเภท ตามประเด็น/แนวทางที่องค์การอนามัยโลกจะมีการกำหนด เพื่อให้ทั่วโลกได้ใช้ในการประชาสัมพันธ์ ในทิศทางเดียวกัน

การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ.2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า แนวโน้มอัตราการสูบบุหรี่ ในปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 17.4 เมื่อพิจารณาการบริโภคยาสูบของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2534 - 2560) พบว่า มีแนวโน้มลดลง กล่าวคือ ประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปที่บริโภคยาสูบในปี พ.ศ. 2534 มีจำนวนผู้สูบ 12.26 ล้านคน (ร้อยละ 32) ลดลงเป็น 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 19.1) ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการลดลงเฉลี่ยร้อยละ 0.5 ต่อปี และอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน ในช่วงปี 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547 - 2557) พบว่า อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.58 เป็นร้อยละ 9.7 โดยในปี พ.ศ. 2558 อัตราการบริโภคยาสูบลดลงจากปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 7.92 และกลับเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2562 (กรมควบคุมโรค,2564) จากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2562 โดยสำนักงานนโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศ เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Attributable DALY) ของประชากรไทย พบว่า การสูบบุหรี่/ยาสูบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องทั้ง 86,364 รายต่อปี หรือ ร้อยละ 15.6 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมด โดยเพิ่มขึ้นจากปี 2557 ร้อยละ 11.2 โดยการสูบบุหรี่ส่งผลให้ เกิดการเสียชีวิตด้วย โรคมะเร็งสูงสุด คือ 22,561 คน (ร้อยละ

26.1 ของการเสียชีวิตจากบุหรี่/ยาสูบทั้งหมด) บุหรี่/ยาสูบ ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย โดยคิดเป็นร้อยละ 12.0 ของ การสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของประชากรไทย ทั้งนี้เมื่อจำแนก ตามเพศแล้ว พบว่า บุหรี่/ยาสูบ เป็นปัจจัยเสี่ยง อันดับหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ คิดเป็นร้อยละ 16.4 ของ การสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของเพศชาย และพบในเพศหญิง ร้อยละ 5.54 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดของเพศหญิง สถานการณ์การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของ ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 32 (12.2 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2534 เหลือร้อยละ 17.4 (9.9 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2564 แต่พบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นส่วนใหญ่คือ กลุ่มอายุ 15 - 19 ปี จำนวน 94,723 คน จากนักสูบหน้าใหม่ทุกกลุ่มอายุจำนวน 155,813 คน อีกหนึ่งประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็ก และเยาวชน โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี ในปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี สูบบุหรี่ไฟฟ้า 24,050 คน จากคนไทยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งหมด 78,742 คน (กรมควบคุมโรค, 2566) การสำรวจของ GYTS (Global Youth Tobacco Survey Thailand, 2015) พบว่าเยาวชนไทย อายุ 13 - 15 ปี มีแนวโน้มสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น ซึ่งสถานการณ์ในประเทศไทยที่บุหรี่ไฟฟ้ามีแนวโน้มที่จะเป็นที่แพร่หลาย มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 13 - 15 ปี สาเหตุหลักมาจากความอยากรู้อยากเห็น ความถูกใจในรสชาติและ กลิ่นควันของบุหรี่ไฟฟ้า โดยไม่มีเหตุผลในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเป็นการเลิกสูบบุหรี่แต่อย่างใด สะท้อนให้เห็นว่าเยาวชน ยังคงเป็นเป้าหมายสำคัญของตลาดธุรกิจยาสูบ(กรมควบคุมโรค ,2564) ประเทศไทยมีแผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 - 2570 ตามกรอบการดำเนินงานควบคุมยาสูบของประเทศไทย โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน วัตถุประสงค์เพื่อลดความชุกการบริโภคยาสูบของประชากร และคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจากอันตรายจากควันบุหรี่

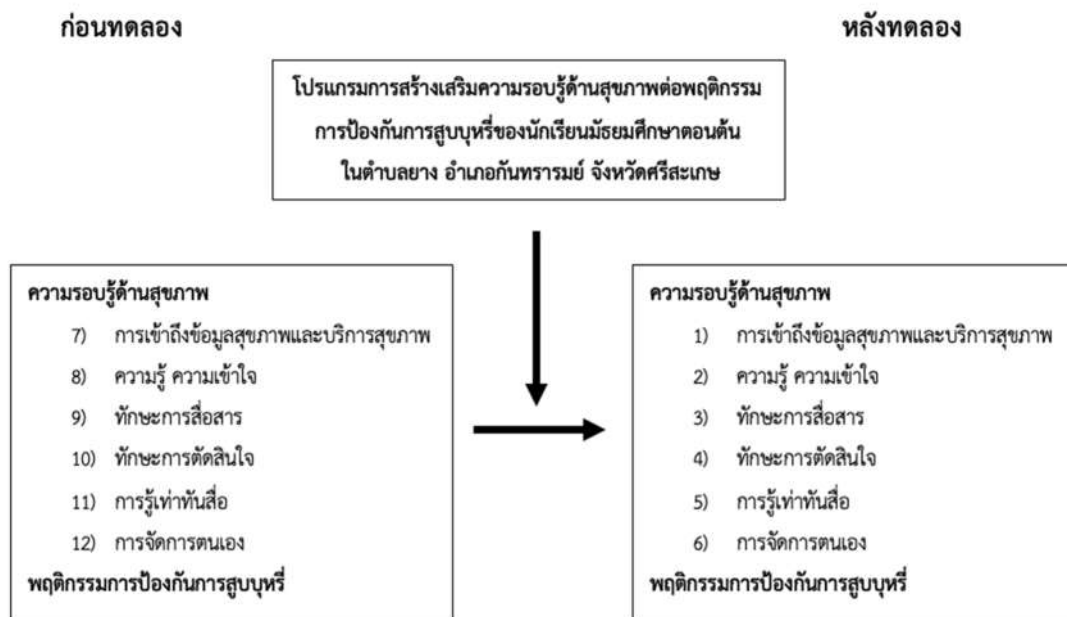
(กรมควบคุมโรค, 2565) จากปัญหาการสูบบุหรี่ในประเทศไทย โดยเฉพาะการเริ่มสูบบุหรี่โดยนักสูบหน้าใหม่มีแนวโน้มค่าเฉลี่ยอายุที่ลดลง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในระยะยาวทั้งในด้านสุขภาพ และเศรษฐกิจ เพื่อเป็นการศึกษาและหาวิธีในการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มที่มีอายุก่อนวัยรุ่น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งจากการวิจัยจะทำให้ทราบถึงความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักสูบหน้าใหม่เพื่อสามารถนำไปเป็นข้อกำหนดนโยบายหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ วัดผลความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการได้รับโปรแกรม และวัดผลหลัง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการ หลังการได้รับโปรแกรม สร้างเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) โดยใช้แบบ แผนการวิจัยกลุ่ม

เดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 107 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size = 0.05 ค่า α err. prob. = 0.05 ค่า Power ($1-\beta$ err. prob.) = 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 45 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling) จนครบ 45 คน

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1) เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ที่ศึกษาในโรงเรียนเขตตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2) เป็นผู้ที่สามารถฟัง พูด สื่อสารภาษาไทยได้

3) สมครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้สมครใจเข้าร่วมศึกษามีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน

2) ผู้สมครใจเข้าร่วมศึกษาย้ายออกจากพื้นที่ ไม่สามารถติดตามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษพัฒนาโดยผู้วิจัย รวมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม รวม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1-3 จัดกิจกรรมที่ 1 รู้โทษ มี

ประโยชน์หรือไม่ โดยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ สัปดาห์ที่ 4-6 จัดกิจกรรมที่ 2 มีดีจริงหรือ โดยการสื่อสารการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพและรู้เท่าทันสื่อ สัปดาห์ที่ 7-9 กิจกรรมที่ 3 ฮีโร่ทางเ่งขาสิ้น เสริมสร้างมุ่งเน้นการสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ สัปดาห์ที่ 10-12 กิจกรรมที่ 4 ไม่สูบกี้เทได้ กิจกรรมและการแสดงออกการเสริมสร้างพฤติกรรมที่ถูกต้องและเป็นแบบอย่างแก่บุคคลอื่น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบประเมินแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบสอบถามนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการสูบบุหรี่ รายได้ และผู้ปกครอง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยเกณฑ์การแปลผลด้านความรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลของ (Bloom, 1975) โดยนำผลรวมของคะแนนทั้งหมดของแต่ละข้อมารวมกันแล้วพิจารณาการแบ่งระดับความรู้จากค่าคะแนน ดังนี้ ระดับสูงสุด ค่าคะแนน ≥ 80 % (8 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง ค่าคะแนน ระหว่าง 61 – 79 % (6 – 7 คะแนน) ระดับต่ำ ค่าคะแนน ≤ 50 % (5 คะแนน) และพิจารณาเกณฑ์การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบ ด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจากการศึกษาครั้งนี้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และรายงานค่าสถิติเป็น ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ (paired sample t-test) ที่ระดับความเชื่อมั่น .05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่ SPPH 2024-070 โครงการวิจัยรับรองตั้งแต่วันที่ 24 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 23 เมษายน 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการ 3 ข้อคือ 1. ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2. หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย(Beneficence) 3. หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่งได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 51.10 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.69 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 12 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 15 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 62.20 รายได้เฉลี่ยต่อวัน 40.67 บาท รายได้ต่ำสุด 20

บาท รายได้สูงสุด 100 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา ปู่, ย่า/ตา, ยาย ร้อยละ 46.7

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล(n = 45)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	51.10
หญิง	22	48.90
อายุ		
12 ปี	5	11.10
13 ปี	16	35.60
14 ปี	12	26.70
15 ปี	12	26.70
$(\bar{X}=13.69, S.D.=0.99, Med.=14, min=12, max=15)$		
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	17	37.80
มัธยมศึกษาปีที่ 2	12	26.70
มัธยมศึกษาปีที่ 3	16	35.60
ประวัติการสูบบุหรี่		
เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันยังสูบ)	4	8.90
เคยสูบบุหรี่ (ปัจจุบันเลิกสูบ)	13	28.90
ไม่เคยสูบบุหรี่	28	62.20
รายได้ต่อวัน		
20-40 บาท	33	73.40
41-60 บาท	9	20.00
61-80 บาท	1	2.20
81-100 บาท	2	4.40
$(\bar{X}=40.67, S.D.=18.14, Med.=40, min=20, max=100)$		
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ		
บิดา/มารดา	21	46.7
ปู่,ย่า/ตา,ยาย	21	46.7
ลุง,ป้า/น้ำ,อา	3	6.7

2.เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์
จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็นรายด้าน พบว่า

2.1 ด้านความรู้ในการการสูบบุหรี่
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ก่อนการได้รับ
โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย

7.24 (S.D.=1.50) หลังจากการได้รับโปรแกรม อยู่ใน
ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.11 (S.D.=1.24) เมื่อ
นำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair Sample T-test พบว่า
ค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันด้านความรู้ในการสูบบุหรี่
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น หลังการได้รับ
โปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่ม
ทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test ด้านความรู้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ รายด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
ด้านความรู้	7.24	1.50	ปานกลาง	9.11	1.24	สูง	-10.61	<0.001

2.2 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนน
เฉลี่ย 1.86 (S.D.=0.77) หลังจากการได้รับโปรแกรม
อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.92
(S.D.=2.33) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test
พบว่าค่าเฉลี่ยการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพในการ
ป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและ
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
($P<0.001$) ดังตารางที่ 3

2.3 ด้านการสื่อสารสุขภาพก่อนการได้รับ
โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย
2.06 (S.D.=0.90) หลังจากการได้รับโปรแกรม อยู่ใน
ระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.04 (S.D.=0.35) เมื่อ
นำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยการ
สื่อสารสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการได้รับ
โปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 3

2.4 ด้านการจัดการตนเองก่อนการได้รับ
โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย
2.35 (S.D.=0.99) หลังจากการได้รับโปรแกรม อยู่ใน
ระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.99 (S.D.=0.51)
เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ย
การจัดการตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการ

ได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 3

2.5 ด้านรู้เท่าทันสื่อก่อนการได้รับโปรแกรม
อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.31
(S.D.=0.48) หลังจากการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง
โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.18 (S.D.=0.45) เมื่อนำมาทดสอบ
ด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยรู้เท่าทันสื่อในการ
ป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและ
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
($P<0.001$) ดังตารางที่ 3

2.6 ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการ
สูบบุหรี่ ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง
โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.07 (S.D.=0.84) หลังจากการ
ได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนน
เฉลี่ย 3.00 (S.D.=0.36) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ
Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการ
ป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.01$)
ดังตารางที่ 3

2.7 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียน

มัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยรวม พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.11 (S.D.=0.69) หลังจากการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.01 (S.D.=0.24) เมื่อ

นำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test รายด้าน และโดยรวม

ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	186	0.77	ต่ำ	2.92	0.33	ปานกลาง	-11.57	<0.001
การสื่อสารสุขภาพ	2.06	0.90	ปานกลาง	3.04	0.35	สูง	-7.22	<0.001
การจัดการตนเอง	2.35	0.99	ปานกลาง	2.99	0.51	ปานกลาง	-6.38	<0.001
รู้เท่าทันสื่อ	2.31	0.48	ปานกลาง	3.18	0.45	สูง	-9.01	<0.001
การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่	2.07	0.84	ปานกลาง	3.00	0.36	ปานกลาง	-8.06	<0.001
ความรู้ด้านสุขภาพ	2.11	0.69	ปานกลาง	3.01	0.24	สูง	-10.02	<0.001

4.เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.02

(S.D.=0.61) หลังจากการได้รับโปรแกรม อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.49 (S.D.=0.40) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P<0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ Paired T-test

พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
พฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่	3.02	0.61	สูง	3.49	0.40	สูง	-8.46	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษานี้มีผลในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนอย่างชัดเจน โดยพบวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในการศึกษานี้มีผลในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนอย่างชัดเจน โดยพบวก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

นักเรียนมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.11, S.D.=0.69) แต่หลังจากได้รับโปรแกรม พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.01 (S.D.=0.24) ผลการทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test ยืนยันว่าค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพหลังการได้รับโปรแกรมมีการเพิ่มขึ้นและแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ เน้นการป้องกันการสูบบุหรี่ มีความสำคัญในสร้างความตระหนักในกลุ่มนักเรียน และพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ยูนันท์ เทพา 2024 ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม สูงขึ้นกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ชารีนะฮ์ ระนี ประภาภรณ์ หลังปุเตะ และนิซูไรดา นิมุ (2022) ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดโดยใช้หลักการอิสลามต่อความรู้ด้าน สุขภาพด้านป้องกันการสูบบุหรี่และสารเสพติดในเยาวชนมุสลิมโรงเรียนเอกชนสอนศาสนา พื้นที่ สามจังหวัดชายแดนใต้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการสูบบุหรี่ และสารเสพติดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม (Mean =107.40 , SD =1.10) สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Mean =80.49 , SD = 1.54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และภาสกร เนตรทิพย์ วัลย์ (2564) ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้นโดยประยุกต์การจัดการเรียนรู้แบบ

ปรากฏการณ์เป็นฐาน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ทางสุขภาพและความตั้งใจในการปฏิบัติตัวภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อน ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในตำบลยาง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่นำมาใช้มีผลสำคัญในการเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม นักเรียนมีระดับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในระดับสูงอยู่แล้ว (คะแนนเฉลี่ย 3.02, S.D.=0.61) และหลังจากได้รับโปรแกรม ระดับพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 3.49 (S.D.=0.40) ผลการทดสอบด้วยสถิติ Pair T-test ยืนยันว่ามีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) การเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในกลุ่มนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ยูนันท์ เทพา (2024) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่อำเภองาว จังหวัดลำปาง พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ กลุ่มทดลองมีการป้องกันการสูบบุหรี่โดยรวม สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value} < 0.05$) กัญญภัค สุวรรณศรี 2566 ได้ศึกษาผลโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มี คะแนนพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่โดยรวม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอนาวิน ภัทรภาคินวรกุล และคณะ

(2566) ศึกษา ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่ใหม่ ในสถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมี คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม อยู่ในระดับมากและเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 บุคลากรทางสาธารณสุขและครูอาจารย์ ตลอดจนผู้นำในชุมชน สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนา ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับ นักเรียนในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของ โรงเรียนในแต่ละพื้นที่เพื่อส่งเสริมป้องกันการสูบบุหรี่

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงเรียน ควรสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อติดตาม ผลลัพธ์ในระยะยาวว่าการใช้โปรแกรมนี้สามารถคง ผลลัพธ์ที่ยั่งยืน รวมถึงการศึกษาผลกระทบของปัจจัย อื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัย เพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายมากขึ้น ทั้งในแง่ของช่วงอายุ ภูมิหลังทางสังคมและวัฒนธรรม และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผล การศึกษาระหว่างกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความ หลากหลายและสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ในวงกว้างมากขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษา ควรมีการวิจัยที่ติดตาม ผลของโปรแกรมในระยะยาวเพื่อศึกษาความคงทนของ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากนักเรียนได้รับโปรแกรมแล้ว ทั้งในด้านความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรม การ ป้องกันการสูบบุหรี่ในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้ทราบ ถึงความยั่งยืนของผลกระทบจากโปรแกรม รวมถึงการ

ประเมินว่าความรู้และพฤติกรรมที่ได้จากโปรแกรมมี การคงอยู่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายอิทธิพล สุยะลานายอำเภอ กันทรารมย์ นายแพทย์ทนง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายประวัติ ศรีสุวรรณ สาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ ผู้อำนวยการโรงเรียน นักเรียน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน การทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานประจำปี 2564 กอง งานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ.กลุ่ม ยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร กองงาน คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2565). แผนปฏิบัติการ ด้านการ ควบคุมยาสูบแห่งชาติ 6 ฉบับที่สาม พ.ศ. 2565 – 2570.กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร กรม ควบคุมโรค.
- กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานประจำปี 2566 กอง งานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ.กลุ่ม ยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร กองงาน คณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรม ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชารินทร์ ธีระนี้ ประภาภรณ์ หลังปุเต และนิชูโรดา นิมุ. (2022). ศึกษาผลของโปรแกรมป้องกันการสูบ บุหรี่และสารเสพติดโดยใช้หลักการอิสลามต่อ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพด้านป้องกันการสูบบุหรี่ และสารเสพติดในเยาวชนมุสลิมโรงเรียนเอกชน สอนศาสนาพื้นที่ สามจังหวัดชายแดนใต้ วารสาร พฤติกรรมศาสตร์,เพื่อการพัฒนา, 14(1).

ยุรนันท์ เทพา. (2024). ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการ
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ในนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่
อำเภอขาม จังหวัดลำปาง
วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) , 34(2).

ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2564). ศึกษาโปรแกรมสร้าง
เสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรม
การป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้นโดย
ประยุกต์การจัดการเรียนรู้แบบ ปรากฏการณ์เป็น
ฐาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ.

กัญญภัค สุวรรณศรี. (2566). ได้ศึกษาผลโปรแกรมสุข
ศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบ
บุหรี่ของผู้ที่สูบบุหรี่ วารสารสุขภาพและ
สิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(2).

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล,ปรภัทร คงศรี,และสมหมาย
กล้านรงค์. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้าง
เสริมสุขภาพเพื่อป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ ใน
สถาบันอุดมศึกษา จังหวัดแม่ฮ่องสอน.วารสาร
การแพทย์และสาธารณสุขเขต 4, 13(1).

Bloom, B.S. (1975). Taxonomy of Education.
New York: David McKay Company.

Best, John W. (1977). Research in education.
(3rd ed.). New Jersey : Prentice Hall.

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ราไพวัลย์ นาครินทร์, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยทำงานกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในเขตตำบลกระหวัน อำเภอขุนหาญ จำนวน 60 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2567 เครื่องมือวิจัยเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดทฤษฎี PROCEED ของกรีนและครูเตอร์ ดำเนินการใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 สอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและมีระดับน้ำตาลลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและมีระดับน้ำตาลลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานที่สร้างขึ้นจากแนวคิด PROCEED Model โดยใช้ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาออกแบบโปรแกรม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถช่วยเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและลดระดับน้ำตาลในเลือดในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้ และควรนำไปใช้ต่อยอดหรือถอดบทเรียนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของโรคเรื้อรังอื่นๆในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : เบาหวาน, พฤติกรรมป้องกันโรค, แบบจำลองพรชีด

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์น้อย อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: rampai2509@hotmail.com

Effectiveness of Behavior Change Programs to Prevent Diabetes Mellitus in the Risk working-age group, Khunhan District, Sisaket Province

Rampaiwan Nakarin, *M.P.H.*¹

Abstract

This study was quasi-experimental research. The objectives were to compare diabetes prevention behaviors and blood sugar levels before and after joining the program in the experimental group and to compare diabetes prevention behaviors and blood sugar levels between the experimental group and the comparison group after using the program. The sample group was 60 working-age people at risk for diabetes in Tambon Krawan, Khun Han District, consisting of 30 people in each experimental group and comparison group. The sample group was selected using a simple random sampling method. Data were collected between March and June 2024. The research instrument was a diabetes prevention behavior modification program developed using the pre-seed theory of Green and Kruter. It was conducted for 8 weeks and used a questionnaire consisting of 2 parts: Part 1 contained general information, and Part 2 asked about diabetes prevention behaviors. The reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, with a reliability of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and comparison of mean values before and after using the paired t-test and independent t-test.

The results of the research found that after using the program, the experimental group had increased diabetes prevention behaviors and lower blood sugar levels than before using the program. Statistically significant at the .05 level 2) After using the program, the experimental group had increased diabetes prevention behavior and lower blood sugar levels than the comparison group, with statistical significance at the .05 level. The research results showed that the diabetes prevention behavior modification program created from the pre-seed model concept by using factors affecting health behavior to design the program, including leading factors, enabling factors, and reinforcing factors, can help increase diabetes prevention behavior and reduce blood sugar levels in the at-risk population. It should be further used or lessons learned to modify behaviors of other chronic diseases in the area.

Keywords: diabetes, disease prevention behavior, PRECEDE

¹ Public Health Specialist, Ban Pho Noi Subdistrict Health Promotion Hospital, Khun Han District, Sisaket Province
E-mail: rampai2509@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานถือเป็นหนึ่งในความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่เกิดจากความไม่สามารถในการผลิตอินซูลินได้อย่างเพียงพอหรือความสามารถในการตอบสนองต่ออินซูลินที่หลังออกมาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2020) โดยพบว่าในปี 2017 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 476 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 570.9 ล้านคนในปี 2025 (Xiling et al., 2020) พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานจะสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที (WHO, 2023)

จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3.3 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2565) และพบว่าผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 30.6 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน และร้อยละ 13.9 ไม่ได้รับการรักษา (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวารภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564)

สถานการณ์โรคเบาหวานในเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี พบว่าระหว่างปี 2555 ถึง 2562 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นจาก 19.11 เป็น 25.68 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยโรคเบาหวานอยู่ที่ 4052.62 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดศรีสะเกษมีอัตราป่วยรายใหม่เท่ากับ 1,061 ต่อแสนประชากร ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) โดยระหว่างปี 2563-2565 จังหวัดศรีสะเกษมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน

11,241.65, 1,154.13 และ 1,072.92 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จำนวน 113.80, 114.13 และ 111.84 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีการเสียชีวิตระหว่างปี คิดเป็น 0.57, 0.63 และ 0.46 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จากข้อมูลนี้เป็นชัดเจนว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดศรีสะเกษทั้งในแง่ของความชุกอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรค (HDCสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

แนวโน้มของโรคเบาหวานในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี 2563 - 2565 พบว่ามีความชุกเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยพบว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานอยู่ที่ 7,73.02, 8,512.83 และ 8,105.87 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่อยู่ที่ 396, 684 และ 634 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ และจากผลการคัดกรองโรคเบาหวานประชาชนอายุ 35-59 ปี ปี 2565 ทั้งสิ้น 24,849 คน พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวน 2,371 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ของการคัดกรองโรคเบาหวาน (HDCสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงในประชากรวัยทำงาน เนื่องจากวัยทำงานมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบมากกว่าช่วงวัยอื่น ทำให้บุคคลในกลุ่มนี้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน เช่น การรับประทานอาหารที่มีปริมาณแป้งและคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น อาหารที่มีปริมาณข้าว ขนมอบ่งหรือผลิตภัณฑ์แป้งอื่น ๆ หรืออาหารที่มีความหวานมัน หรือน้ำตาลเพิ่มเติม เช่น ขนมหวาน อาหารหวาน และเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเพิ่ม เป็นต้น (APA, 2019)

และจากการศึกษาพบว่าประชากรที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose: FPG) อยู่ในช่วง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีความเสี่ยงสูงที่จะพัฒนาเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึง 5-7 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ในกลุ่มที่มีภาวะ Pre-Diabetes หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้มี

โอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวานภายใน 12 ปี และพบว่ากลุ่ม Pre-Diabetes มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในอนาคต (เขมรดี มาสิงบุญ, สายฝน มุ่งคุ้ม, และ สุวรรณ มหาภายนันท์, 2017)

จากการศึกษาข้อมูลในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการลงสัมภาษณ์ประชากรวัยทำงานในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 40 คน พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของวัยทำงาน ได้แก่ การบริโภคขนมหวาน ร้อยละ 60 การบริโภคน้ำหวาน ร้อยละ 80 ดื่มน้ำตาลในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ร้อยละ 90 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 60 มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ร้อยละ 50 และไม่รับการตรวจคัดกรองเบาหวานในช่วงเวลา 2 ปีหลัง ร้อยละ 40 ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้วัยทำงานมีระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นในระดับที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและป่วยเป็นโรคเบาหวานในที่สุด

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ลดพฤติกรรมเสี่ยงและเพิ่มพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (จำปานานู มงคลเคหา, 2563) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์น้อย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองพรีสิด-โปรสิด (PRECEDE-PROCEED Model) ของกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมของบุคคลมาจากปัจจัย 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factor) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factor) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อตอบสนองต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้โรคเบาหวาน และการสร้างการรับรู้โอกาสและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, 2559) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน เพื่อเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ผ่านการเรียนรู้แบบรุกและตัวอย่างด้านลบ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความคุกคามจากภาวะแทรกซ้อน 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน เช่น การรับประทานอาหารอย่างมีสุขภาพและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต 3) ปัจจัยเสริม เช่น การสร้างแรงจูงใจจากกลุ่มเพื่อน การเยี่ยมบ้าน การประกวดบุคคลต้นแบบ เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

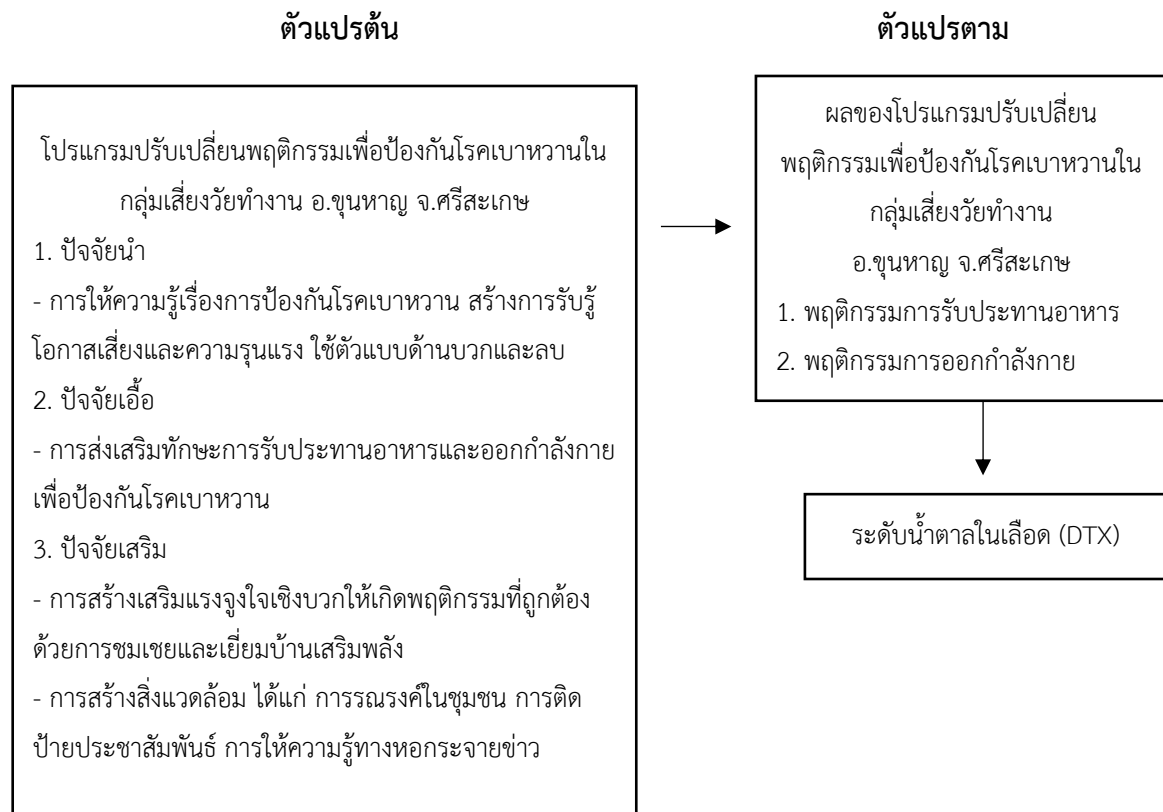
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมตามแนวคิดแบบจำลองพรีสิดของกรีนและครูเตอร์ ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยในและปัจจัยภายนอก ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Green & Kreuter, 2005) ในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดพรีสิด ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ดังนี้ 1) ปัจจัยนำ เป็นการให้ความรู้และสร้างการรับรู้ตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นการพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคเบาหวาน การเลือก

รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น 3) ปัจจัยเสริม เป็นการให้แรงกระตุ้น การให้คำชมเชย การเยี่ยมบ้านเสริม

พลัง การแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้รางวัล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดผลสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการวิจัยระหว่าง เมษายน - มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอายุ 35-59 ปี กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดเมื่อปี 2566 ด้วยวิธีเจาะเลือดแบบ DTX อดน้ำอดอาหาร 8 ชั่วโมง ค่าน้ำตาลมากกว่า 100 mg% และได้รับการติดตามระดับน้ำตาลด้วยวิธีเจาะเลือดแบบ FBS ระดับน้ำตาลไม่เกิน 126 mg% โดยใช้โปรแกรม G star power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามด้วยวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยให้มีอายุ ± 3 และระดับน้ำตาล ± 5 ซึ่งอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุ ตั้งแต่ 35-59 ปี
2. มีการรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและการพูด สื่อสารภาษาไทยได้ดี และไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ หลังคลอดหรือให้นมบุตร
3. ไม่มีโรคประจำตัว
4. ไม่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน
5. ได้รับการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตอำเภอ

ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อปี 2566 ด้วยวิธีเจาะเลือดแบบ DTX อดน้ำอดอาหาร 8 ชั่วโมง ค่าน้ำตาลมากกว่า 100 mg% และได้รับการติดตามระดับน้ำตาลด้วยวิธีเจาะเลือดแบบ FBS ระดับน้ำตาลไม่เกิน 126 mg%

6. เป็นผู้ที่มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม
2. ต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย
3. ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสำหรับการป้องกันโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวคิด PRECEDE-PROCEED ของกรีนและครูเตอร์ครอบคลุม 3 ส่วนหลัก คือ 1) ปัจจัยนำ 2) ปัจจัยเอื้อ 3) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 9 ดังนี้ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2) กิจกรรมสร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน 3) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน 4) กิจกรรมส่งเสริมทักษะการป้องกันโรคเบาหวาน 5) กิจกรรมสร้างแรงจูงใจผ่านกลุ่ม 6) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน 7) กิจกรรมรณรงค์ในชุมชน 8) กิจกรรมประกวดบุคคลต้นแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามเรื่องผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า

5 ระดับ โดยแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 2) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 3) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **ระยะก่อนทดลอง** มีการจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีการเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย

2) **ระยะทดลอง** นัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย

- 1) สร้างปฏิสัมพันธ์ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ทำแบบทดสอบก่อนการวิจัย
- 2) ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความหมายสาเหตุ พยาธิสภาพ การปฏิบัติตัว
- 3) สร้างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน
- 4) สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน โดยใช้การเรียนรู้จากตัวแบบด้านบวกคือตัวผู้ที่เสี่ยงโรคเบาหวานมีการปฏิบัติตัวที่ดี ควบคุมระดับน้ำตาลได้ และตัวแบบด้านลบคือผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อน
- 5) กิจกรรมพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ให้ความรู้การเลือกรับประทานอาหาร อาหารโลว์คาร์บ การอ่านฉลากโภชนาการ การคำนวณพลังงานและวางแผนการรับประทานอาหารต่อวัน

ฝึกการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วร่วมกับการแกว่งแขน

6) สร้างแรงจูงใจ โดยสร้างกลุ่มไลน์เพื่อเป็นช่องทางการให้กำลังใจ เสริมพลัง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม

1) ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์น้อย

2) การรณรงค์ในชุมชน เป็นให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน

สัปดาห์ที่ 4 และ 6 เป็นการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์น้อย

สัปดาห์ที่ 3, 5, และ 7 เป็นการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ให้กำลังใจ เสริมพลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 8 จะเป็นการสรุปผลการวิจัยวัดระดับน้ำตาลในเลือด มอบรางวัลให้แก่บุคคลต้นแบบ

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบในระยะการวิจัย จะได้รับการดูแลในระบบบริการตามปกติ และนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 8

3) ระยะหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง ทำแบบประเมินหลังการใช้โปรแกรมฯ ผู้วิจัยสรุปผลและขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการ

กลุ่มเปรียบเทียบ ทำแบบสอบถามหลังการทดลอง มีการให้ความรู้ การฝึกทักษะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน แนะนำการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สรุปกิจกรรม ขอขอบคุณสำหรับการมีส่วนร่วมในการวิจัย และกล่าวปิดโครงการ

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2024-053 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการวิจัย ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและแสดงผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน คือ เพศ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70 และร้อยละ 63.32 ตามลำดับอายุ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.26 ปี (S.D.=6.67) กลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 47.90 ปี (S.D.=7.75) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 43.31 เท่ากัน สถานะ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีสถานะคู่ ร้อยละ 86.7 และร้อยละ 83.3 ตามลำดับระดับการศึกษาสูงสุด พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับอาชีพ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 90 และร้อยละ 80 ตามลำดับความพอเพียงของรายได้ครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นความพอเพียงไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 63.3 เท่ากัน การออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 43.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.3 เท่ากัน พฤติกรรมการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 56.7 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.3 ค่าความน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองมีค่าความน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 140.57 mg%

(S.D. = 19.43) และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าความน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 141.23 mg% (S.D. = 22.34) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีค่าความน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 130-159 mg% โดยกลุ่มทดลองมีร้อยละ 50.0 และกลุ่มเปรียบเทียบมีร้อยละ 63.3

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ		95% CI	t	df	p-value
	M	S.D.	M	S.D.				
พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม	2.94	0.447	4.22	0.152	-1.46 - -1.09	-14.201	29	> .001
พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร	3.08	0.358	4.24	0.178	-1.29 - -1.01	-16.641	29	> .001
พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย	2.80	0.816	4.21	0.207	-1.73 - -1.07	-8.632	29	> .001
ระดับน้ำตาลในเลือด	140.57	19.427	97.20	5.429	36.05-50.68	12.123	29	> .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม 2.94 (S.D. = 0.447) และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม 4.22 (S.D. = 0.152) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -14.201$, $p\text{-value} < .001$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 3.08 (S.D. = 0.358) และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4.24 (S.D. = 0.178) โดยค่าเฉลี่ยด้านการ

รับประทานอาหารหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -16.641$, $p\text{-value} < .001$) พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย 2.80 (S.D. = 0.816) และหลังได้รับโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเป็น 4.21 (S.D. = 0.207) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.632$, $p\text{-value} < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด 140.57 mg/dL (S.D. = 19.427) และหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด 97.20 mg/dL (S.D. = 5.429) โดยระดับน้ำตาล

ในเลือดหลังได้รับโปรแกรมฯ มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.123$, $p\text{-value} < .001$)

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=30$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		95% CI	t	df	p-value
	M	S.D.	M	S.D.				
พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม	4.22	0.152	2.67	0.173	1.46 - 1.63	36.791	58	> .001
พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร	4.24	0.178	2.79	0.269	1.33 - 1.56	24.578	58	> .001
พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย	4.21	0.207	2.56	0.191	1.54 - 1.74	32.014	58	> .001
ระดับน้ำตาลในเลือด	97.20	5.429	140.33	18.310	-50.11--36.15	-12.37	58	> .001

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังจากใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวมของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่ 4.22 (S.D. = 0.152) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยที่ 2.67 (S.D. = 0.173) โดยค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 36.791$, $p\text{-value} < .001$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พบว่ากลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยที่ 4.24 (S.D. = 0.178) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยที่ 2.79 (S.D. = 0.269) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 24.578$, $p\text{-value} < .001$) สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ 4.21 (S.D. = 0.207) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยที่ 2.56 (S.D. = 0.191) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง

3. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

รายละเอียดดังตารางที่ 2

สถิติที่ระดับ .05 ($t = 32.014$, $p\text{-value} < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังใช้โปรแกรมฯ ที่ 97.20 mg/dL (S.D. = 5.429) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยที่ 140.33 mg/dL (S.D. = 18.310) โดยกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -12.370$, $p\text{-value} < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

1) พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ

ปัจจัยเสริม มาใช้เป็นกรอบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การได้รับความรู้ การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากตัวแบบด้านบวกและตัวแบบด้านลบ การฝึกทักษะการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดความตระหนัก และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง การจัดกิจกรรมประกวดบุคคลต้นแบบทำให้เกิดแรงกระตุ้น การใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพทำให้กลุ่มทดลองรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของตนเอง การเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัยร่วมกับอสม.ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเสริมพลัง ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ จำปานานู มงคลเคหา (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดพรี่สิด-โพสิด โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ และพบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ สุนันทา ภักดีอำนาจ, เขาวกิจ ศรีเมืองวงศ์ และ สุรรัตน์ ณ วิเชียร (2566) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระยะเวลา 8 สัปดาห์ และพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้ พฤติกรรมมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ระดับน้ำตาลในเลือด หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองนั้น เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2 ด้าน คือ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มีการให้ความรู้และฝึกทักษะการเลือกอาหารที่มีน้ำตาลต่ำ การลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับประทานอาหารจากตัวแบบด้านบวกและตัวแบบด้านลบ ทำให้กลุ่มทดลองสามารถเลือกรับประทานอาหารป้องกันโรคเบาหวานได้ถูกต้อง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร ซึ่งการลดการบริโภคน้ำตาลที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองได้รับความรู้ มีการฝึกทักษะการออกกำลังกาย โดยเน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน เช่น การแกว่งแขน การเดินเร็ว วิ่งเบาๆ เป็นต้น ทำให้ร่างกายสามารถใช้พลังงานจากกลูโคสในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความไวของอินซูลิน ทำให้เซลล์ในร่างกายสามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ดีขึ้น ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดลดลง นอกจากนี้การเสริมพลังด้วยการเยี่ยมบ้านยังช่วยสนับสนุนให้กลุ่มทดลองเกิดความสม่ำเสมอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาส บารมี และ จักรพันธ์ บุญอ่อน (2566) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วย 4 ป. โดยใช้การประเมินปัญหา ปรับการรับรู้ เปลี่ยนพฤติกรรม และประสานงานเพื่อมีส่วนร่วม และพบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธีรภาพ เสาทอง (2563) ที่ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้โปรแกรมที่ประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง และพบว่าหลังใช้โปรแกรมฯ

กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อน
ใช้โปรแกรมฯ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่ประยุกต์ใช้
แนวคิดฟรีสตีไปเผยแพร่ และใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ป้องกันโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลแห่งอื่นๆ ทั้งพื้นที่อำเภอขุนหาญและในจังหวัด
ศรีสะเกษ

2. ควรมีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล
ในการติดตามเยี่ยมบ้านเสริมพลัง

3. ควรมีการติดตามผู้ป่วยกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบต่อไปในระยะยาว ทุก 3-6 เดือน เพื่อ
ติดตามความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ป้องกันโรคเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์โรคเบาหวาน
ทั่วโลก. สำนักสารนิเทศ สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
[https://ddc.moph.go.th/brc/news.php
?news=29611&deptcode=brc](https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc)
เขมรดี มาสิงบุญ, สายฝน มุ่งคุ้ม, และสุวรรณี มหา
กายนันท์. (2017). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ใน
กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน. *วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 214-
227.
จำปานาฏ มงคลเคหา. (2563). ผลของโปรแกรม
พัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอ
กลาง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช. ห้องสมุดมสธ.

www.opac01.com

ธีรภาพ เสาทอง, ปาหนัน พิทยภิญโญ, และสุนีย์ ละ
ก่าปิ่น. (2563). ผลของการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลใน
เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ไม่
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล,
36(3), 19-32.

ประภาส บาร์มี, และ จักรพันธ์ บุญอ่อน. (2566). การ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
ด้วย 4 ป.: กรณีศึกษาของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
ตำบลบ้านกลาง อำเภอสว่าง
จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารสห วิชาการเพื่อ
สุขภาพ*, 5(1), 25-37.

สุนันทา ภักดีอำนาจ, เขาวกิจ ศรีเมืองวงศ์, และ สุ
ริรัตน์ ณ วิเชียร. (2566). ผลของโปรแกรม
พัฒนาความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพต่อความรู้ พฤติกรรม และระดับ
น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่
2 ในเขตเมือง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 6(2), 53-66.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566).
รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังโรคเบาหวาน.
ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศจังหวัดศรีสะเกษ
(HDC).

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และ วราภรณ์
เสถียรนพเก้า. (2564). รายงานการ
สำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ
ตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2563-2564.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วันทนา มณีศรีวงศ์กุล. (2559). การพัฒนาความรู้ และ
ทักษะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน
ผู้ป่วยเบาหวานด้วยแนวคิดแบบจำลองฟรี
สตี-โพรสตี. *วารสารการพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข*, 36(4), 45-58.

- American Diabetes Association. (2020). 2.
Classification and diagnosis of
diabetes: Standards of medical care
in diabetes—2020. *Diabetes Care*,
43(Supplement 1), S14–S31.
<https://doi.org/10.2337/dc20-S002>
- American Psychological Association. (2019).
*Publication manual of the
American Psychological Association*
(7th ed.). Washington, DC: Author.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health
program planning: An educational
and ecological approach* (4th ed.).
McGraw-Hill.
- WHO. (2023). Diabetes. World Health
Organization.
[https://www.who.int/news-
room/fact-sheets/detail/diabetes](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes).
- Xiling Lin, Yufeng Xu, Xiaowen Pan, Jingya Xu,
Yue Ding, Xue Sun, Xiaoxiao
Song, Yuezhong Ren & Peng-Fei
Shan. (2020). Global, regional, and
national burden and trend of
diabetes in 195 countries and
territories: An analysis from 1990 to
2025. *Scientific Reports*, 10(14790).
[https://doi.org/10.1038/s41598-020-
71908-9](https://doi.org/10.1038/s41598-020-71908-9).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอึ่ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

จตุรงค์ สุภาพิพย์,ส.ป.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอึ่ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในระบบ HDC และอาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองอึ่ง ตำบลหนองอึ่ง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 182 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในระดับเพียงพอ ร้อยละ 89.0 รองลงมามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 7.7 และระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก และอาชีพตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ ร้อยละ 39.9 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดการพัฒนาความรอบรู้ของผู้ป่วยเบาหวานให้เกิดความพร้อมในการรับมือกับปัญหาและส่งเสริมความรอบรู้โรคเบาหวาน ให้กับผู้ป่วยในพื้นที่อื่น และปรับใช้กับโรคอื่นๆ ได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกทา อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ
Email: jaturongsapathip@gmail.com

Factors Influencing Health Literacy Among Diabetic Patients in Nhong-aung Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province

Jaturong Supatip,*B.P.H.*¹

Abstract

This study is a cross-sectional analytical study aimed at studying factors influencing health literacy among diabetic patients. and analyzing factors predicting health literacy among diabetic patients in Nhong-aung Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province. The sample group was 182 people with diabetes who were registered as patients in the HDC system and living in Nhong-aung Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province for 6 months or more, obtained from simple random sampling. The tool used was a questionnaire. Data were collected through surveys and analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as inferential statistics, specifically multiple regression analysis.

The results of the study of health literacy among diabetic patients found that diabetic patients had the highest level of health literacy at an adequate level, 89.0 percent, followed by having health literacy at an average level, 7.7 percent, and 3.3 percent had inadequate health literacy. Factors related to health literacy among people with diabetes include personal factors such as age, education level, and income; social support factors; proactive service factors; and factors in using social media. The factor that can predict health literacy among people with diabetes with the greatest statistical significance is the use of social media, followed by the factor of social support. Proactive service factors and occupations, respectively. Together, they were able to predict the health literacy of 39.9% of diabetic patients. The results of this study can be used to determine the development of knowledge among diabetic patients to be prepared to deal with problems and promote diabetes knowledge. to patients in other areas and can be applied to other diseases to have a good quality of life.

Keyword: Health Literacy, Diabetics

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Kotha Health Promoting Hospital, Sisaket Province,
Email: jaturongsapathip@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย ญี่ปุ่น สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่อายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีความชุกร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และข้อมูลในปี ค.ศ. 2021 ทั่วโลกพบว่าโรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุของการตายถึง 6.7 ล้านคน และทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างน้อย 966 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) โดยอัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขของหลายๆประเทศ ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล (Jesakorn Noin, 2015)

จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,006,781 คน มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 68,755 คน คิดเป็นร้อยละ 6.83 โดยอำเภอที่มีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงสุด 5 อันดับแรกคืออำเภอศีลาลาด เบญจลักษณ์ โนนคูณ ราชิไศล และกันทรารมย์ โดยคิดเป็นร้อยละของผู้ป่วยต่อจำนวนประชากร 11.52, 9.52, 9.44, 8.93 และ 8.87 ตามลำดับ (HDC report, 2567)จากการตรวจราชการรอบที่ 1/2567 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีตามตัวชี้วัดของการตรวจราชการ เกณฑ์ค่าเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 40 จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการดำเนินงานสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 10 คือร้อยละ 35.95 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567)

อำเภอราชิไศล มีประชากร จำนวน 49,755 คน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4,449 คน คิดเป็น ร้อยละ

8.94 โดยตำบลหนองอึ่ง มีประชากร 9,036 คน มีผู้ป่วยเบาหวาน 344 คน คิดเป็นร้อยละ 3.80 ผู้ป่วยรายใหม่ ปี 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 22 พฤษภาคม 2567) จำนวน 29 คน อัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน อำเภอราชิไศล จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2567 6 อันดับแรก ได้แก่ ตำบลบัวหุ้ง ตำบลจิกสังข์ทอง ตำบลหนองหมี่ ตำบลเมืองแคน ตำบลไผ่ และตำบลหนองอึ่ง ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละจากผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดคือ 3.6 3.45 2.74 2.49 2.43 2.36 ตามลำดับ ตำบลหนองอึ่ง มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงร้อยละ 60.02 จากผู้ป่วยทั้งหมด (HDC report, 2567)

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก จะสามารถป้องกันและควบคุมโรคได้ดีกว่า รวมถึงการควบคุมระดับผลการตรวจเลือดได้ดี (ปัทมาพร ธรรมผล, 2559)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญ สามารถนำไปจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองได้ สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง จึงเป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว กำลังให้ความสนใจกันอย่างมากจากการที่มีหลักฐานและวิจัยจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ ที่บ่งชี้ว่าการศึกษามักจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนอ่านออกเขียนได้แต่การศึกษาเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถทำให้คนมีทักษะเพียงพอ หรือ “รอบรู้” พอที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อปฏิบัติตนและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ Health Literacy จึงถือว่าเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเอง

ให้ที่อยู่เสมอ (World Health Organization, 2019) หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่ต่ำ ย่อมส่งต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำเช่นกัน ดังที่องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า และระบบประสาท ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 75 จะมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และทั้งสองโรคเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำมาสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (World Health Organization, 1998)

จากการสังเคราะห์ได้นำแนวคิดของ Nutbeam ที่มีการกำหนดจำนวนองค์ประกอบไว้อย่างละเอียดและสามารถวัดได้อย่างเป็นอิสระต่อกันในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งมีจำนวน 6 องค์ประกอบและให้นิยามไว้ครบในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 ทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ เข้าใจ การอ่าน และการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านที่ 2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง การใช้ความสามารถในการฟัง การดู การพูด การอ่าน การเขียน การสืบค้นเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ หมายถึง สามารถถ่ายทอดหรือสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ ด้านที่ 4 ทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง หมายถึง การกำหนด การวางแผนหรือการตั้งเป้าหมายเพื่อส่งผลต่อความสำเร็จโดยตรง ด้านที่ 5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง สามารถตีความเนื้อหาข้อมูลที่แฝงอยู่ในสื่อและประเมินตัดสินคุณค่าในสิ่งที่สื่อนำเสนอได้ และ ด้านที่ 6 ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ตัดสินใจเลือกอย่างมีเหตุผลเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี (Nutbeam, 2000)

จากการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลหนองอิง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ามาบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโกทาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนม่วง พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงร้อยละ 60.02 จากผู้ป่วยทั้งหมด (HDC report, 2567) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี และลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ด้วย

ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่เพียงพอ จะเป็นส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี และเป็นการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆในด้านสุขภาพ ส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีทางด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานตำบลหนองอิง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูน ทักษะทางปัญญาและสังคมให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่และพื้นที่อื่นๆ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical) เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยการให้บริการเชิงรุก ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน และปัจจัยการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในระบบ HDC และอาศัยในตำบลหนองอิง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาการศึกษา คือ เดือนเมษายน-กันยายน 2567 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ในตำบลหนองอิง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ตามทะเบียนผู้ป่วยของโปรแกรม JHCIS จำนวน 344 คน (HDC report, 2567)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ตามทะเบียนผู้ป่วย HDC และอาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองอิง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 182 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค เบาหวาน
- 2) ไม่จำกัดเพศทั้งเพศชายและหญิง
- 3) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาในการฟังและการพูด โดยฟังได้ดี และพูดเข้าใจ
- 4) ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้

1) การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + x^2P(1-P)}$$

$$n = \frac{(3.841) \times 344 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (344-1) + (3.841) \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

$$n = 181.72$$

$$n = 182 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 182 คน

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (ความแตกต่างของค่าสัดส่วนในประชากรและค่าที่ ประมาณ กำหนดที่ 5% ค่า $e = 0.05$)

x^2 = ค่าไควสแคว์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา = 0.5

2) การสุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดในตำบลหนองอิง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยสุ่มตัวอย่างจากทุกหมู่บ้านทั้งหมด 17 หมู่บ้าน โดยใช้การคำนวณตัวอย่างตามขนาดสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) ได้ร้อยละ 52.9 ของประชากรทั้งหมด จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก (Lottery method) และวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่คืนที่ (Sample without replacement) สำหรับการสุ่มรายชื่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสอบถาม เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินค่าแบบ Likert scale มี 3 ตัวเลือก คือ มาก ปานกลาง และน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มีข้อความที่เป็นเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,6,7,8,10,11,12,13 ถ้าตอบมาก=3 คะแนน, ปานกลาง =2 คะแนน, น้อย=1 คะแนน ส่วนข้อความที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 5,9 ถ้าตอบ มาก=1 คะแนน, ปานกลาง=2 คะแนน, น้อย=3 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 1.00-3.00 คะแนน แปลผลดังนี้

1.00-1.66 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

1.67-2.33 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

2.34-3.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน จำนวน 14 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มีข้อความที่เป็นเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,4,7,13 ถ้าตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง=5 คะแนน, เห็นด้วย=4 คะแนน, ไม่แน่ใจ=3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย=2 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=1 คะแนน ส่วนข้อความที่เป็นเชิงลบ

ได้แก่ ข้อ 3,5,6,8,9,10,11,12,14 ถ้าตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง=1 คะแนน, เห็นด้วย=2 คะแนน, ไม่แน่ใจ=3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย=4 คะแนน, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=5 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 1.00-5.00 คะแนน แปลผลดังนี้

1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อโรคเบาหวานระดับต่ำ

2.34-3.66 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อโรคเบาหวานระดับปานกลาง

3.67-5.00 คะแนน หมายถึง มีทัศนคติต่อโรคเบาหวานระดับสูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก จำนวน 6 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า มีลักษณะการวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้งเป็นบางครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติบ่อยครั้ง=3 คะแนน, ปฏิบัติเป็นบางครั้ง=2 คะแนน, ไม่ได้ปฏิบัติ=1 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 1.00-3.00 คะแนน แปลผลดังนี้

1.00-1.66 คะแนน หมายถึง มีการให้บริการเชิงรุกระดับต่ำ

1.67-2.33 คะแนน หมายถึง มีการให้บริการเชิงรุกระดับปานกลาง

2.34-3.00 คะแนน หมายถึง มีการให้บริการเชิงรุกระดับสูง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วย มาก ปานกลาง น้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มาก=3 คะแนน, ปานกลาง=2 คะแนน, น้อย=1 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยที่ 1.00-3.00 คะแนน แปลผลดังนี้

1.00-1.66 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ระดับต่ำ

1.67-2.33 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง

2.34-3.00 คะแนน หมายถึง มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ระดับสูง

ส่วนที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ การจัดการทางสุขภาพของตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ จำนวน 35 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) มาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มีข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,26,27,28,30,32,33,35 ถ้าตอบ เห็นด้วย=3 คะแนน, ไม่แน่ใจ=2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย=1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 25,29,31,34 ถ้าตอบ เห็นด้วย=1 คะแนน, ไม่แน่ใจ=2 คะแนน, ไม่เห็นด้วย=3 คะแนน โดยมีคะแนนรวมที่ 35-105 คะแนน แปลผลดังนี้

35-62 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ

63-84 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้

85-105 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป ได้ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้

กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยทางทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยการให้บริการเชิงรุก ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน มีค่าดังนี้

ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.84

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.86

ปัจจัยทางทัศนคติต่อโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.92

ปัจจัยการให้บริการเชิงรุก เท่ากับ 0.81

ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด จากนั้นประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงคุณภาพ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ พรรณนาโดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยการให้บริการเชิงรุก ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคเบาหวาน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์สมการทำนายความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยการให้บริการเชิงรุก ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ต่อความรู้ด้านสุขภาพโรคเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-091 รับรองตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 4 มิถุนายน 2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ	เพียงพอ จำนวน(ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่เพียงพอ จำนวน(ร้อยละ)
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	162 (89.0)	14 (7.7)	6 (3.3)
ความรู้ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	164 (90.1)	17 (9.3)	1 (5.5)
ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	153 (84.1)	17 (9.3)	12 (6.6)
ความรู้ด้านการสื่อสารทางสุขภาพ	153 (84.1)	23 (12.6)	6 (3.3)
ความรู้ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	156 (85.7)	19 (10.4)	7 (3.8)
ความรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	151 (83.0)	26 (14.3)	5 (2.7)
ความรู้ด้านการตัดสินใจ	105 (57.7)	73 (40.1)	4 (2.2)
Mean = 93.28 S.D. = 9.524 Min = 46 Max = 104			

2. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก และปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในระดับเพียงพอ ร้อยละ 89.0 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 7.7 และระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 3.3 เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ย 2.81 รองลงมา เป็นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ย 2.73 และด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ย 2.72 ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ย 2.40

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ เพศชาย ร้อยละ 34.1 อายุเฉลี่ย 62.87

ปี อายุมากที่สุด 78 ปี น้อยที่สุด 39 ปี ช่วงอายุที่มีมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 61-70 ปี ร้อยละ 36.8 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 25.8 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 81.9 รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 6.0 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาที่ระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 74.7 รองมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20.3 ส่วนด้านรายได้ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุดอยู่ระหว่าง 2,001-5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 40.1 รองลงมาอยู่ระหว่าง 1,001-2,000 บาท/เดือน ร้อยละ 30.2 ส่วนระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.6 ปี ระยะเวลาที่ป่วยมากที่สุด 22 ปี น้อยที่สุด 1 ปี ช่วงเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คือช่วงระยะเวลา 5-10 ปี ร้อยละ 40.7 รองลงมาช่วงระยะเวลา 3-5 ปี ร้อยละ 27.7

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	62	34.1
หญิง	120	65.9
2. อายุ		
น้อยกว่า 50 ปี	26	14.3
51 – 60 ปี	47	25.8
61 – 70 ปี	67	36.8
70 ปี ขึ้นไป	42	23.1
<i>Mean=62.87, S.D.=6.547, Min=39, Max=78</i>		
3. อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	8	4.4
เกษตรกร	149	81.9
รับจ้าง	11	6.0
รับราชการ	2	1.1
ค้าขาย	10	5.5
ธุรกิจส่วนตัว	1	0.5
อื่นๆ	1	0.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	136	74.7
มัธยมศึกษาปีที่ 3	37	20.3
มัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช.	7	3.8
ปริญญาตรี	1	0.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.5
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	1	0.5
500-1,000 บาท	17	9.3
1,001-2,000 บาท	55	30.2
2,001-5,000 บาท	73	40.1
5,001-10,000 บาท	33	18.1
10,001 บาทขึ้นไป	3	1.6
<i>Mean =1,864, S.D.=1.044, Min=0, Max=24,000</i>		
6. ระยะเวลาการป่วยเป็น		
โรคเบาหวาน	20	11.0
ต่ำกว่า 3 ปี	50	27.5
3-5 ปี	74	40.7
5-10 ปี	27	14.8
11-15 ปี	10	5.5
16-20 ปี	1	0.5
20 ปีขึ้นไป		
<i>Mean=7.6, S.D.=7.834, Min=1, Max=22</i>		

2.2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.1 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 24.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.7 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นรายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 4 ท่านได้รับการสนับสนุนการรักษาโรคอย่างเหมาะสมและเพียงพอจากโรงพยาบาล มีคะแนนเฉลี่ย 2.96 คะแนน รองลงมา ข้อ 8 ท่านได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อน

ของโรคเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย 2.92 คะแนน และข้อ 13 แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการที่โรงพยาบาลให้กำลังใจท่าน ในการควบคุมอาหารรับประทานยาและมาพบแพทย์ตามนัด มีคะแนนเฉลี่ย 2.90 คะแนน ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 3 ชุมชนมีการจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ลานออกกำลังกาย แหล่งเรียนรู้ในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ย 1.40 คะแนน

2.3 ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อโรคเบาหวานมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.0 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.0 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านทัศนคติเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1 ท่านมักจะรู้สึกดีเมื่อได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ย 4.51 คะแนน รองลงมาข้อ 2 ทุกคนมีโอกาเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ย 4.34 คะแนน และข้อ 4 การรับประทานอาหารรสหวานเป็นประจำทำให้เป็นโรคเบาหวานได้ หากไม่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย 3.95 คะแนน ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 9 ท่านมักจะรู้สึกไม่ดี/ไม่พอใจ ถ้ามีใครมาบอกว่ารับประทานอาหารมากเกินไป หรือห้ามไม่ให้รับประทานอาหารที่ชอบ มีคะแนนเฉลี่ย 2.25 คะแนน

2.4 ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก

ผลการศึกษาปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้บริการเชิงรุกมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.6 รองลงมาตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับปัจจัยด้านต่างๆ

อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 26.4 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุกเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 2 ท่านได้รับการคัดกรองโรคแทรกซ้อนอย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย 1.95 คะแนน รองลงมาข้อ 6 ท่านได้รับการแจ้งผลการตรวจโรคเบาหวานหรือผลการตรวจเลือด ปัสสาวะที่บ้านจากแพทย์/พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ท่านปรับปรุงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเรื่องโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ย 1.93 คะแนน และข้อ 3 ท่านได้รับการแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ย 1.80 คะแนน ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือข้อ 5 หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เข้ามาจัดกิจกรรมการพัฒนาพื้นที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ย 0.58 คะแนน

2.5 ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ผลการศึกษาปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.6 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.5 4 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือข้อ 7 สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนได้สะดวกมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 2.11 คะแนน รองลงมาข้อ 5 สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนได้สะดวกมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 2.04 คะแนน ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 1 ท่านติดตามข่าวสารโรคเบาหวาน ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ มีคะแนนเฉลี่ย 1.72 คะแนน

ปัจจัย	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)
ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม	5 (2.7)	44 (24.2)	133 (73.1)
ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน		122 (67.0)	60 (33.0)
ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก	48 (26.4)	134 (73.6)	
ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์	61 (33.5)	72 (39.6)	49 (26.9)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการใช้บริการเชิงรุก และปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและทดสอบนัยสำคัญทางสถิติของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation) จะพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) อยู่ระหว่าง 0.000-0.620 ซึ่งมีค่าต่ำกว่า 0.8 และมีความสัมพันธ์กันทั้งในทางบวกและทางลบ ในการศึกษาจึงไม่เกิด

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการใช้บริการเชิงรุก และปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ตัวแปร	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀
Y	1										
X ₁	.080	1									
X ₂	-.211**	-.002	1								
X ₃	-.077	-.108	-.179*	1							
X ₄	.260**	.007	-.421**	.257**	1						
X ₅	.209**	-.087	-.351**	.431**	.463**	1					
X ₆	-.013	.249**	.265**	-.076	-.206**	-.195**	1				
X ₇	.398**	-.036	.198**	-.049	-.007	.172*	.092	1			
X ₈	.300**	.078	.014	-.134	.017	-.175*	.054	.196**	1		
X ₉	.131	.052	.203**	-.248**	-.032	.083	.129	.452**	.018	1	
X ₁₀	.446**	-.022	-.620**	.220**	.563**	.526**	-.175*	.065	.036	.063	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ตัวแปร Y = ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, X₁ = เพศ, X₂ = อายุ, X₃ = อาชีพ, X₄ = ระดับการศึกษา, X₅ = รายได้, X₆ = ระยะเวลาป่วย, X₇ = แรงสนับสนุนทางสังคม, X₈ = ทัศนคติ, X₉ = การให้บริการเชิงรุก, X₁₀ = การใช้สื่อสังคมออนไลน์

4. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของสมการทำนาย ผลการวิเคราะห์จะพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) คือความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กับตัวแปรอิสระ มีค่า 0.631 ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ส่วนค่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม (R²) มีค่า 0.399 ซึ่ง

ภาวะ Multicollinearity สามารถนำตัวแปรเข้าวิเคราะห์การทำนายได้ เมื่อพิจารณาตามความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน และปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อาชีพ ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการใช้บริการเชิงรุก ตามตารางที่ 4

ก็คือ ตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 39.9 ส่วนผลการทดสอบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับชุดของตัวแปรอิสระโดยใช้สถิติ F ทดสอบ พบว่าตัวแปรตามสามารถทำนายด้วยชุดของตัวแปรอิสระได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร เมื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้น (Linear

Regression) ด้วยวิธี Stepwise พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ($\beta=0.446$, $p<0.01$) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-0.323$, $p<0.01$) ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก ($\beta=0.203$, $p<0.01$) และอาชีพ ($\beta=-0.132$, $p<0.05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 39.9 (Adjusted $R^2= 0.385$) ดังตารางที่ 5

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
4 (Constant)	32.151	7.484		4.296	.000
การใช้สื่อสังคมออนไลน์	6.200	.834	.446	7.435	.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	12.780	2.359	.323	5.418	.000
การให้บริการเชิงรุก	5.344	1.580	.203	3.383	.001
อาชีพ	-1.400	.640	-.132	-2.186	.030

F(df, df) = 4.780 p-value= 0.05 r=0.631 $R^2= 0.399$ Adjusted $R^2= 0.385$

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ รองลงมา คือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก และอาชีพ ตามลำดับ ดังสมการพยากรณ์ต่อไปนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน = $32.151 + 6.200$ (การใช้สื่อสังคมออนไลน์) + 12.780 (แรงสนับสนุนทางสังคม) + 5.344 (การให้บริการเชิงรุก) - 1.400 (อาชีพ)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอึ่ง อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ อภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุดในระดับเพียงพอ ร้อยละ 89.0 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 7.7 และระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 3.3 เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านความรู้และความ

เข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน รองลงมาเป็นด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สิทธานนท์ แจ่มหอม (2564) ได้ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในเกณฑ์สูงร้อยละ 62.6 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเนตรนภา กาบมณี(2564) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และ

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับต่ำ และสอดคล้องกับจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2564) ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตาม 6 องค์ประกอบ พบว่าด้านทักษะความรู้ความเข้าใจการแปลความที่ถูกต้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับถูกต้องดีมาก ในขณะที่ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพและลดความเสี่ยงทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับก้ำกึ่ง ส่วนทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีพอ

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการใช้บริการเชิงรุก และปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทัศนคติต่อโรคเบาหวาน และปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อาชีพ ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยด้านการใช้บริการเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวันวิสาข์ อรพันธ์ (2565) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการใช้บริการเชิงรุกและ

ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับณรงค์ คราญ ชูอินทร (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยกระบวนการระหว่างบุคคล ได้แก่ วิธีการให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนอาสาสมัคร ปัจจัยระดับสถาบัน ได้แก่ การสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากสถาบัน และปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ บทบาทในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับภานุภา ทานาค และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ระบบบริการ เชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและนโยบาย 3อ.2ส.

และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก และอาชีพ โดยสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 39.9 ซึ่งสอดคล้องกับวันวิสาข์ อรพันธ์ (2565) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก ปัจจัยด้านทัศนคติ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปร ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 43.90 และสอดคล้องกับอาภัสรา กล้าณรงค์และน้าอ้อย ภักดีวงศ์

(2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พบว่าปัจจัยที่มีสมารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม ได้ร้อยละ 12.1 สอดคล้องกับวินัย ไตรนาทวัลย์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการสืบค้นข้อมูลสุขภาพจากสื่อออนไลน์/สื่อสังคมมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 40.60

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลหนองอิง อำเภอรามาศิไล จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการให้บริการเชิงรุก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเน้นประเด็นเกี่ยวกับการสื่อสารออนไลน์เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและการให้บริการเชิงรุก การสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด ดังนั้นควรส่งเสริมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่และส่งเสริมการรับสื่อการตรวจสอบข้อเท็จจริงผ่านช่องทางที่เหมาะสมเชื่อถือได้ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างสื่อข่าวสารโรคเบาหวาน ผ่านสื่อออนไลน์เพิ่มมากขึ้น ให้กับประชาชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข่าวสารมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

3. ควรส่งเสริมการให้บริการเชิงรุก การสนับสนุนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ได้เข้ามาจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น จัดกิจกรรมการพัฒนาพื้นที่ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง สร้างชุมชนสุขภาวะที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กิตติพร เนาว่าสุวรรณและคณะ. (2559). ความสัมพันธ์และอำนาจทำนายแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตร์, 8(1):1-13.

จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 18(2):142-155.

นงค์ราญ ชูอินทร์. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(1):254-267.

เนตรนภา กาบมณีและคณะ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 24(1):23-33.

ปัทมาพร ธรรมผล. (2559). ความแตกฉานด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ และเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(3):176-182.

ลฎาภา ทานาค และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(3):140-150.

วันวิสาข์ อรพันธ์และอารี บุตรสอน. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 37(2):14-23.

- วินัย ไตรนาทวัลย์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, 13(2):41-51.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2566). สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560. สืบค้น 11 เมษายน 2567. จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/2018-02-08-14-52-46>.
- สิทธิานนท์ แจ่มหอมและคณะ. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสุขศึกษา, 44(1):75-86.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). เอกสารประกอบการตรวจราชการ รอบที่ 1/2567 จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). HDC report ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวาน จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2567 สืบค้น 11 เมษายน 2567. จาก: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2024&source=pformatted/format1.php&id=e9e461e793e8258f47d46d6956f12832.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). HDC report รายงานตามตัวชี้วัดในระดับ NCD Clinic Plus ปี 2567 อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ สืบค้น 11 เมษายน 2567. จาก: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2024&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). HDC report ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2567 สืบค้น 11 เมษายน 2567 จาก: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2024&source=pformatted/format1.php&id=137a726340e4dfde7bbbc5d8aeee3ac3.
- อานนท์ สังขะพงษ์, ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37(2):55-62.
- อภัสรา กล้านรงค์และน้ำอ้อย รักติวงศ์. (2566). ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 5(3):1-17.
- Jesakorn Noin et al. (2015). Report sequel Conference Symposium (Proceedings).
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for health contemporary education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3):259-267.
- World Health Organization. (1998). Health promotion Glossar. Geneva: WHO Publications.
- World Health Organization. (2019). Health literacy and health promotion. definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual empowerment conference working document. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya, 26-30.

แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ในจังหวัดศรีสะเกษ

อรกมล ศิริมาศ, พ.บ.¹, ละอองเดือน รัตนะวัน, วท.บ.(เทคนิคการแพทย์)²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ชนิดของเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลราชสีไศล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลราชสีไศลในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 ที่ได้รับการส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือดและมีผลเพาะเชื้อเป็นบวก จำนวน 417 ราย เก็บข้อมูลวิจัยได้แก่ด้วยโปรแกรม WHONET 2022 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละอย่างง่ายและ Chi-square

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 417 รายมีผลเพาะเชื้อในเลือดขึ้น 422 ครั้ง ถือเป็น 417 ครั้งเมื่อนับเฉพาะการเพาะขึ้นครั้งแรกของเชื้อชนิดนั้นต่อผู้ป่วยหนึ่งราย พบว่าเกิดจากการปนเปื้อน 157 ครั้งและเป็นการติดเชื้อในกระแสเลือดจริง 260 ครั้ง เป็นเชื้อรา 3 ครั้ง และเป็นแบคทีเรีย 257 ครั้งจากผู้ป่วย 238 ราย ผู้ป่วยมีอายุ 2 ถึง 95 ปี เป็นเพศชาย 55.0% มีโรคประจำตัว 89.0% โดยที่พบบ่อยที่สุดได้แก่โรคเบาหวาน ผลเพาะเชื้อ 63.8% มีที่มาจากชุมชน แบ่งเป็นเชื้อกรัมลบ 75.5% และเชื้อกรัมบวก 24.5% เชื้อที่พบมากที่สุดได้แก่ *Escherichia coli* 95 ครั้ง (37.0%) *Klebsiella pneumoniae* 32 ครั้ง (12.5%) *Staphylococcus aureus* 18 ครั้ง (7.0%) *Burkholderia pseudomallei* 16 ครั้ง (6.2%) และ *Streptococcus pyogenes* จำนวน 10 ครั้ง (3.9%) โดยรวมมีความไวต่อ ceftriaxone 81.7% จากการทดสอบ 191 ครั้ง แต่ในเชื้อกรัมลบที่มาจากโรงพยาบาลความไวลดลงเหลือ 62.5% จากการทดสอบ 56 ครั้ง ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มาจากชุมชนพบอัตราส่วนการของการติดเชื้อเมลิออยด์มากกว่าผู้ป่วยอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญ (17.0% และ 5.5%, $p = 0.02$) ในขณะที่อัตราการติดเชื้อกรัมบวกไม่แตกต่างกัน (22.6% และ 21.6%, $p = 0.88$)

คำสำคัญ: ติดเชื้อในกระแสเลือด, โรงพยาบาลชุมชน, ความไวต่อยาปฏิชีวนะ

¹ อายุรแพทย์ โรงพยาบาลราชสีไศล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย

² นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลราชสีไศล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย

Bacterial Pathogens causing Bloodstream infection in a Community Hospital in Sisaket Province

Onkamon Sirimas, M.D.¹ and Laongduen Ratanawan, B.Sc.(Medical Technology)²

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to analyze the bacterial species that cause bloodstream infections at Rasi Salai Hospital, a community hospital in the northeastern region of Thailand. The sample consisted of 417 patients who visited Rasi Salai Hospital between October 1, 2022, and September 30, 2023, who had positive blood cultures. The data were collected using the WHONET 2022 program and analyzed using simple percentages and Chi-square statistics.

There were 422 positive blood cultures isolated from 417 patients, which were 417 isolates when counting only the first culture of each organism per patient. 157 isolates were contaminations, 260 were true bloodstream infections, 3 were fungal, and 257 were bacterial from 238 patients. The patients age ranged from 2 to 95 years. 55.0% of patients were male, and 89.0% had underlying diseases, the most common being diabetes. Of 257 isolates, 63.8% were community-acquired, 75.5% were gram-negative and 24.5% were gram-positive. The most encountered organisms were *Escherichia coli* (95 isolates, 37.0%), *Klebsiella pneumonia* (32 isolates, 12.5%), *Staphylococcus aureus* (18 isolates, 7.0%), *Burkholderia pseudomallei* (16 isolates, 6.2%), and *Streptococcus pyogenes* (10 isolates, 3.9%). Overall, the sensitivity for ceftriaxone was 81.7% from 191 isolates tested, but in nosocomial gram-negative group, the sensitivity decreased to 62.5% from 56 isolates tested. In the community-acquired group, the prevalence of melioidosis in diabetes patients was significantly higher than that of other patients (17.0% and 5.5%, $p = 0.02$), while the prevalence of gram-positive septicemia was not different (22.6% and 21.6%, $p = 0.88$).

KEYWORDS: bacteremia, septicemia, community hospital

Internal Medicine, Rasisalai Hospital, Sisaket Province, Thailand; E-mail: on-kamon@hotmail.com

² Medical Technologist, Rasisalai Hospital, Sisaket Province, Thailand; E-mail: La_ongdeun@hotmail.com

บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (bloodstream infection/ bacteremia) หมายถึง การเพาะเชื้อแบคทีเรียขึ้นในกระแสเลือด โดยอาจพบร่วมกับการติดเชื้อในอวัยวะต่างๆ (secondary bacteremia) หรือเกิดขึ้นโดยไม่มีอวัยวะอื่นที่ติดเชื้อ (primary bacteremia) (รุจิภาส, 2566) เป็นหนึ่งในสาเหตุของการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิตที่สำคัญ การรักษาหลักได้แก่การให้ยาปฏิชีวนะที่ตรงตามความไวต่อยาของเชื้อที่เป็นสาเหตุ แต่การระบุเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุนั้นจะต้องใช้เวลาในการตรวจทางห้องปฏิบัติการประมาณ 2 ถึง 5 วัน ดังนั้นในการรักษาช่วงแรกที่ยังไม่ทราบเชื้อที่แน่นอนจะมีการให้ยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมเชื้อที่น่าจะเป็นไปได้ทั้งหมดก่อน (empirical antibiotics) ในขณะเดียวกันควรเลี้ยงยาที่ออกฤทธิ์กว้างเกินไป (broad spectrum antibiotics) เพื่อลดโอกาสการเกิดเชื้อดื้อยาในอนาคต การเลือกยาปฏิชีวนะแบบครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะพิจารณาจากปัจจัยของผู้ป่วย ได้แก่ อวัยวะที่สงสัยการติดเชื้อ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการติดเชื้อในอดีต ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ เชื้อที่พบบ่อยในโรงพยาบาลหรือชุมชนนั้นๆ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ การวิจัยชิ้นนี้มีจุดประสงค์เพื่อวิเคราะห์เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลราชสีไศล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงในจังหวัดศรีสะเกษในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจเลือกยาปฏิชีวนะในการรักษาผู้ป่วย และใช้วิเคราะห์สถานการณ์เชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์ชนิดของแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชสีไศล

2. เพื่อหาอัตราการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลราชสีไศลในปีงบประมาณ 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลราชสีไศล ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 จำนวน 2,114 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลราชสีไศลที่ได้รับการส่งตรวจเพาะเชื้อจากเลือด (hemoculture) และมีผลเพาะเชื้อขึ้นเป็นบวกคัดเลือกโดยวิธีจำเพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 417 ราย

เครื่องมือวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ WHONET version 2022 พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และแปลผลความไวต่อยาปฏิชีวนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ WHONET เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สำหรับบันทึก สร้างฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาและวิเคราะห์ผล พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และเผยแพร่ให้สามารถนำไปใช้โดยไม่มีลิขสิทธิ์และไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2538 เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลต่างๆ สามารถเก็บข้อมูลทางระบาดวิทยา วิเคราะห์สถานการณ์เชื้อดื้อยา และนำเสนอเผยแพร่ข้อมูลได้ (O'Brien, 1995) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ WHONET จะมีการปรับปรุงการแปลผลความไวต่อยาปฏิชีวนะให้เป็นปัจจุบันตามค่าอ้างอิงจาก Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI) ในช่วงที่ทำการวิจัยปีพ.ศ. 2565 ถึง 2566 ได้ใช้โปรแกรม WHONET version 2022

การเก็บรวบรวมข้อมูล

นำข้อมูลของผู้ป่วยบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ WHONET ซึ่งผลเพาะเชื้อในเลือดที่เป็น

บวกลูกจะถูกคัดแยกว่าเกิดจากการปนเปื้อนในการเก็บสิ่งส่งตรวจหรือไม่ ตามเกณฑ์ของ Center for disease control ได้แก่ เพาะเชื้อขึ้นเป็น *Bacillus* spp., diphtheroids, coagulase negative staphylococci, micrococci หรือเชื้ออื่นที่อยู่ในรายชื่อแบคทีเรียที่พบตามผิวหนังของ Center for disease control เพียงตัวอย่างเดียว ยกเว้นมีการเพาะเชื้อดังกล่าวขึ้นซ้ำจากการเจาะเลือดคนละตำแหน่งและเวลาและมีอาการอย่างน้อยหนึ่งในสามต่อไปนี้ ได้แก่ มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส หนาวสั่น หรือมีความดันโลหิตต่ำ (CDC, 2024) ผลเพาะเชื้อที่ขึ้นเชื้อเดิมซ้ำในผู้ป่วยรายเดียวกันจะไม่ถูกนำมาคำนวณ (Patient based, first isolate per patient) (Hindler & Stelling, 2007) ผลเพาะเชื้อจากเลือดจะถูกตัดสินว่าเป็นการติดเชื้อจากชุมชนหรือจากโรงพยาบาล โดยการติดเชื้อที่มาจากชุมชน (community acquired infection) ได้แก่ การติดเชื้อที่ไม่เข้าเกณฑ์ nosocomial และ healthcare-associated infection ส่วนการติดเชื้อจากโรงพยาบาล (hospital acquired infection) ประกอบด้วย การติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) ได้แก่ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หลังนอนโรงพยาบาล 48 ชั่วโมงหรือเกิดตั้งแต่อ่อนเข้าโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 วันใน 90 วันที่ผ่านมา และการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (healthcare-associated infection) ได้แก่ การติดเชื้อในผู้ที่ได้รับยาฉีด รับการบำบัดที่บ้าน รับการฟอกไต รับยาเคมีบำบัดแบบฉีดใน 30 วันที่ผ่านมา และผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานพำนักระยะยาว (Friedman, 2002) ความไวต่อยาปฏิชีวนะจะถูกบันทึกเป็น minimum inhibitory concentration (MIC) หากไม่มีรายงาน MIC จะบันทึกเป็น susceptible, intermediate และ resistant แปรผล MIC ตามฐานข้อมูล Breakpoints ของ Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI) 2020 หากมีการทดสอบ extended spectrum betalactamase (ESBL) จะบันทึกไว้เป็นบวกหรือลบ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยค่าจำนวน ค่าพิสัย ค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบข้อมูลด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ในการเปรียบเทียบตัวแปรอิสระระหว่างกลุ่ม กรณีตัวแปรเป็น Categorical data จะทดสอบโดยใช้สถิติ Chi-square หากข้อมูลมีค่าคาดหวัง (expected value) น้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 และใช้ Fisher exact test หากข้อมูลมีค่าคาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 โดยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือ $p = 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-013 รับรองตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567 ถึงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2568 ในรายงานผลการวิจัยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่จะสามารถนำไปสู่การระบุตัวตนของผู้ป่วยได้ โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พินิจสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย และได้ทำการขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลจากทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชโคศล

ผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจเพาะเชื้อจากเลือดและมีผลเป็นบวกระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 มีจำนวน 417 ราย มีผลเพาะเชื้อขึ้นในเลือด 422 ครั้ง เมื่อนับเฉพาะการเพาะขึ้นครั้งแรกของเชื้อชนิดนั้นๆต่อผู้ป่วยหนึ่งรายโดยไม่นับการเพาะเชื้อซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม ถือว่ามี 417 ครั้ง พบว่าเป็นการปนเปื้อน 157 ครั้ง (37%) และเกิดจากการติดเชื้อจริง 260 ครั้ง โดยเป็นเชื้อรา 3 ครั้ง ได้แก่ *Cryptococcus neoformans*,

Talaromyces marneffe และ *Pichia ohmeri* พบการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด 257 ครั้ง มาจากผู้ป่วย 238 ราย ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 2 ปีจนถึง 95 ปี เป็นเพศชาย 131 ราย (55.0%) เพศหญิง 107 ราย (45.0%) มีโรคประจำตัว 212 ราย (89%) ได้แก่โรคเบาหวาน 72 ราย โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ 40 ราย พิษสุราเรื้อรัง 18 ราย ดับแข็ง 17 ราย มะเร็ง 17 ราย บำบัดทดแทนไต 15 ราย ไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป 10 ราย มีภาวะติดเชื้อ 10 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 8 ราย มีอุปกรณ์เทียมในร่างกาย 8 ราย โรคปอดเรื้อรัง 6 ราย ได้รับยาเสพติดเรื้อรัง 5 ราย โรค HIV 2 ราย โรคอื่นๆ 5 ราย ผู้ป่วยบางรายมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค

ผลเพาะเชื้อจากเลือด 257 ครั้ง พบเชื้อทั้งหมด 47 ชนิด แบ่งเป็นการติดเชื้อกรัณบ 194 ครั้ง (75.5%) และกรัณบ 63 ครั้ง (24.5%) เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ *Escherichia coli* จำนวน 95 ครั้ง (37.0%) รองลงมาได้แก่ *Klebsiella pneumoniae* จำนวน 32 ครั้ง (12.5%) *Staphylococcus aureus* จำนวน 18 ครั้ง (7.0%) *Burkholderia pseudomallei* จำนวน 16 ครั้ง (6.2%) *Streptococcus pyogenes* จำนวน 10 ครั้ง (3.9%) และ *Streptococcus pneumoniae* 7 isolates (2.7%) เป็นการติดเชื้อจากชุมชน (community acquired infection) 164 ครั้ง (63.8%) เป็นการติดเชื้อจากโรงพยาบาล (hospital acquired infection) 93 ครั้ง (36.2%) ในการติดเชื้อที่กระแสเลือดที่มาจากชุมชนพบมีเชื้อกรัณบ 78% และกรัณบ 22% ในส่วนการติดเชื้อตารางที่ 1 แสดงชนิดของเชื้อแบคทีเรียเรียงตามจำนวนที่พบจากมากไปน้อยแยกตามที่มาของเชื้อ

เชื้อจากโรงพยาบาลพบสัดส่วนของเชื้อกรัณบ 71% กรัณบ 29% ชนิดของเชื้อที่พบสองอันดับแรกไม่ต่างกัน ได้แก่ *E. coli* และ *K. pneumoniae* ในขณะที่เชื้อที่พบอันดับสาม ได้แก่ *B. pseudomallei* ในกลุ่มที่มาจากชุมชนและ *S. aureus* ในกลุ่มที่มาจากโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาเฉพาะการติดเชื้อในชุมชน ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน มีอัตราส่วนของการติดเชื้อ *B. pseudomallei* ในกระแสเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ (17.0% เทียบกับ 5.5% $p = 0.022$) ในขณะที่อัตราส่วนการติดเชื้อกรัณบและกรัณบไม่ต่างกัน (22.6% เทียบกับ 21.6% $p = 0.883$)

จากการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ 191 isolates ยังมีความไวต่อยา ceftriaxone 81.7% เมื่อแยกเป็นการติดเชื้อกรัณบ พบว่าเชื้อจากชุมชนยังมีความไวต่อ ceftriaxone 87.0% ในขณะที่เชื้อจากโรงพยาบาลมีความไวต่อ ceftriaxone และ ceftazidime ลดลงคือ 62.5% และ 74.8% ตามลำดับ แต่ยังคงมีความไวต่อยา piperacillin/tazobactam และ meropenem มากกว่า 80% ในกลุ่มเชื้อกรัณบ ทั้งจากชุมชนและโรงพยาบาลมีความไวต่อ ceftriaxone, oxacillin และ clindamycin มากกว่า 80% แต่สำหรับ penicillin พบความไวลดลงจาก 82.4% ในกลุ่มที่มาจากชุมชนเหลือเพียง 47.8% ในกลุ่มที่มาจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ในกลุ่มหลังมีค่า 95% confidence interval ค่อนข้างกว้างเนื่องจากมีจำนวน isolates ที่ได้รับการทดสอบน้อยกว่า 30 isolates

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน	จำนวน isolates	(%)	การติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรงพยาบาล	จำนวน isolates	(%)
<i>Escherichia coli</i>	70	42.7	<i>Escherichia coli</i>	25	26.9
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	19	11.6	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	13	14.0
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	15	9.1	<i>Staphylococcus aureus</i>	11	11.8
<i>Streptococcus pyogenes</i>	8	4.9	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4	4.3
<i>Staphylococcus aureus</i>	7	4.3	<i>Moraxella osloensis</i>	3	3.2
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	3.7	<i>Acinetobacter junii</i>	2	2.2

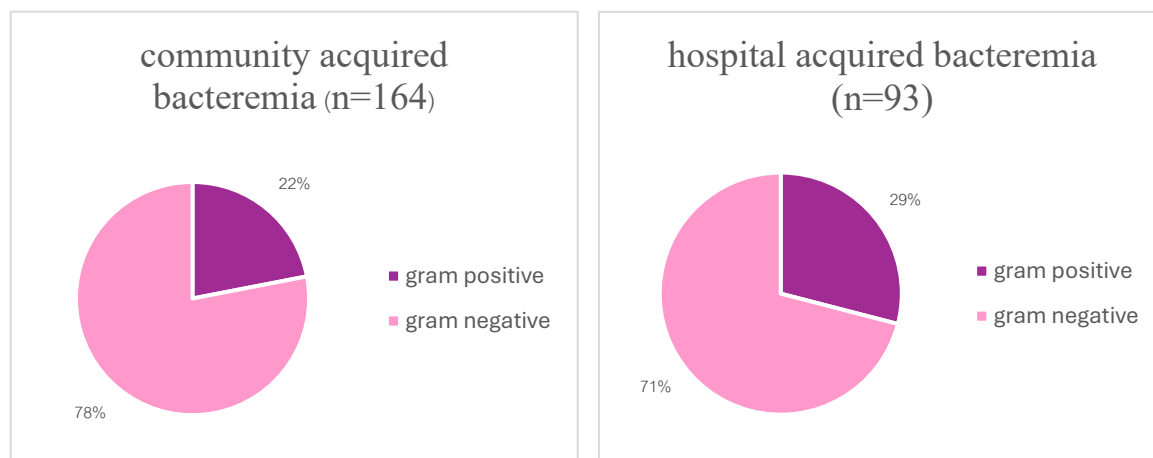
ตารางที่ 1 แสดงชนิดของเชื้อแบคทีเรียเรียงตามจำนวนที่พบจากมากไปน้อยแยกตามที่มาของเชื้อ (ต่อ)

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน	จำนวน isolates	(%)	การติดเชื้อในกระแสเลือดจากโรงพยาบาล	จำนวน isolates	(%)
Salmonella Group D	4	2.4	<i>Campylobacter fetus</i>	2	2.2
<i>Acinetobacter lwoffii</i>	3	1.8	<i>Enterobacter cloacae</i>	2	2.2
<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	1.2	<i>Proteus mirabilis</i>	2	2.2
<i>Aeromonas hydrophila</i>	2	1.2	<i>Sphingomonas paucimobilis</i>	2	2.2
<i>Edwardsiella tarda</i>	2	1.2	Staphylococcus, coagulase positive	2	2.2
<i>Haemophilus influenzae</i>	2	1.2	<i>Streptococcus agalactiae</i>	2	2.2
<i>Staphylococcus hominis</i>	2	1.2	<i>Streptococcus gallolyticus</i> ss. <i>pasteurianus</i>	2	2.2
<i>Streptococcus anginosus</i>	2	1.2	<i>Streptococcus pyogenes</i>	2	2.2
<i>Streptococcus dysgalactiae</i> ss. <i>dysgalactiae</i>	2	1.2			
<i>Streptococcus dysgalactiae</i> ss. <i>equisimilis</i>	2	1.2			

ตารางที่ 2 แสดงการติดเชื้อ *Burkholderia pseudomallei* และเชื้อกรัมบวกระหว่างผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานและไม่เป็น ในการติดเชื้อที่มาจากชุมชน เป็นจำนวน isolates และร้อยละ

การติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน	เป็นเบาหวาน	ไม่เป็นเบาหวาน	
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	9 (17.0%)	6 (5.5%)	
เชื้ออื่น	44 (83.0%)	105 (94.5%)	$P = 0.02$
การติดเชื้อในกระแสเลือดจากชุมชน	เป็นเบาหวาน	ไม่เป็นเบาหวาน	
กรัมลบ	41 (77.4 %)	87 (78.4%)	
กรัมบวก	12 (22.6%)	24 (21.6%)	$P = 0.88$

แผนภูมิที่ 1 และ 2 แสดงร้อยละการติดเชื้อกรัมบวกและลบในการติดเชื้อจากชุมชนและจากโรงพยาบาล



ตารางที่ 3 แสดงความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อกรัมบวกและกรัมลบจากชุมชนและจากโรงพยาบาล

ชนิดของเชื้อ	ร้อยละความไวต่อยาปฏิชีวนะ (95% confidence interval; จำนวนการทดสอบ)				
	ceftriaxone	Ceftazidime	piperacillin/tazobactam	meropenem	
โดยรวม	81.7% (75.3-86.7; 191)	88.8% (83.1-92.8; 187)	93.4% (88.2-96.5; 167)	97.1% (93.0-98.9; 172)	
กรัมลบ					
จากชุมชน	87.0% (78.9-92.5; 108)	96.0% (90.4-98.5; 125)	98.1% (92.8-99.7; 107)	100% (95.8-100; 110)	
จากโรงพยาบาล	62.5% (48.5-74.8; 56)	74.2% (61.3-84.1; 62)	85.0% (72.9-92.5; 60)	91.9% (81.5-97.0; 62)	
	ceftriaxone	penicillin	Oxacillin	clindamycin	vancomycin
กรัมบวก					
จากชุมชน	100%* (80.0-100; 20)	82.4% (64.8-92.6.9; 34)	100%* (62.9-100; 9)	87.9% (70.9-96.0; 33)	97.1% (82.9-99.8; 34)
จากโรงพยาบาล	100%* (56.1-100; 7)	47.8%* (27.4-68.9; 23)	92.9%* (66.2-99.6; 14)	87.0%* (65.3-96.6; 23)	100%* (82.2-100; 23)

*จำนวนทดสอบความไวต่อยาน้อยกว่า 30 isolates

สรุปและอภิปรายผล

การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดในโรงพยาบาลรายปีซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ในจังหวัดศรีสะเกษ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เกิดจากเชื้อกรัมลบร้อยละ 75.5 และกรัมบวกร้อยละ 24.5 โดยเชื้อที่พบมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*, *B. pseudomallei* และ *S. pyogenes* ในกลุ่มที่มาจากชุมชน พบอัตราส่วนของการติดเชื้อ *B. pseudomallei* ในกระแสเลือดในผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญ (17.0% และ 5.5%, $p = 0.02$) ในขณะที่อัตราการติดเชื้อกรัมบวก ไม่แตกต่างกัน (22.6% และ 21.6%, $p = 0.88$) เชื้อกรัมลบจากชุมชนยังมีความไวต่อ ceftriaxone ร้อยละ 87 ส่วนเชื้อกรัมลบที่มาจากโรงพยาบาลมีความไวต่อยา ceftriaxone ลดลง เพียงร้อยละ 62.5 แต่ยังมี ความไวต่อ ceftazidime ปานกลาง ร้อยละ 74.2 และไวต่อ piperacillin/tazobactam ร้อยละ 85 ในส่วนของเชื้อ

กรัมบวกทั้งจากชุมชนและโรงพยาบาลยังมีความไวต่อ ยา ceftriaxone, oxacillin และ clindamycin มากกว่าร้อยละ 80 ยกเว้น penicillin ที่ ความไวในกลุ่มที่จากชุมชนร้อยละ 82.4 ลดเหลือเพียงร้อยละ 47.8 ในกลุ่มที่มาจากโรงพยาบาล

ในการศึกษาของ Hantrakul et al., 2019 พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคเมลิออยด์ที่สูง กล่าวคือมากกว่า 1-5 เคสจนถึงมากกว่า 5 เคสต่อประชากรแสนคนในบางพื้นที่ แต่ในงานวิจัยนี้ไม่มีข้อมูลของจังหวัดศรีสะเกษ ในงานวิจัยของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1,000 เตียง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบการติดเชื้อ *B. pseudomallei* ในกระแสเลือดสูงเป็นอันดับสองรองจาก *E. coli* ทั้งนี้อาจบ่งบอกถึงความรุนแรงของตัวโรคเนื่องจากผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ร้อยละ 77 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า (Hantrakul et al., 2018) เมื่อเทียบกับงานวิจัย

จากโรงพยาบาลขนาดเล็กลงมาคือ 500 เตียงในภาคกลางที่รพ.สมเด็จพระนารายณ์มหาราช พบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดสามอันดับแรกได้แก่ *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus* ซึ่งเหมือนกับที่พบในการศึกษาครั้งนี้ แต่พบ *B. pseudomallei* เพียง 1.87% เป็นอันดับที่ 11 (Kanjanasri, Gulgosol & Yeepho, 2018) การศึกษาในโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช พบอัตราส่วนของการติดเชื้อแบคทีเรียกรัณ 72.6% ใกล้เคียงกับในการศึกษานี้ เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยได้แก่ *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* และ *A. baumannii* และ *S. aureus* โดยงานวิจัยนี้มีการตรวจวิเคราะห์เชื้อโดยวิธีอื่นๆนอกเหนือจากการเพาะเชื้อด้วย (Tanchaen et. al, 2022) ส่วนในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบอัตราส่วนของการกรัณมากกว่าได้แก่ 83.7% แต่ในงานวิจัยนี้จะรวมผลเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจอื่นๆ เช่น ปัสสาวะ และเสมหะด้วย (Malaikanok, Komindr and Vadcharavivad, 2014)

จากข้อมูลดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า เชื้อก่อโรคมมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และในพื้นที่เดียวกันก็มีความแตกต่างของเชื้อตามขนาดของโรงพยาบาล โดยในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่าจะพบ *E. coli*, *K. pneumoniae* และ *S. aureus* มากที่สุดสามอันดับแรก ในขณะที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทยพบความชุกของ *B. pseudomallei* สูงกว่าโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน แต่หากเลือกใช้ ceftazidime เป็นยาปฏิชีวนะตัวเดียวก็อาจไม่ครอบคลุมเชื้อกรัณบวซึ่งมีโอกาสพบได้ประมาณร้อยละ 20

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ที่โรงพยาบาลราชสีโล ในการติดเชื้อจากชุมชน ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมตัวแรกยังสามารถใช้ ceftriaxone ในกรณีทั่วไป ร่วมกับ doxycycline เพิ่มความครอบคลุมโรคเลปโตสไปโรซิสและไข้รากสาดใหญ่ แต่หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเบาหวาน จะมีโอกาสติดเชื้อเมลิออยด์สูงขึ้นซึ่งยา ceftriaxone ไม่ครอบคลุม

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเบาหวานก็ยังมีโอกาสติดเชื้อกรัณบวได้ประมาณ 20% ไม่ต่างจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น จึงอาจเลือกใช้ยา ceftazidime ร่วมกับ clindamycin ในการรักษาแบบครอบคลุมจนกว่าผลเพาะเชื้อเบื้องต้นจะรายงาน สำหรับการติดเชื้อที่มาจากโรงพยาบาล อาจเลือกใช้ ceftazidime โดยอาจจะร่วมกับ clindamycin หรือใช้ piperacillin/tazobactam ตัวเดียวในการรักษาแบบครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ไม่ได้แยกการติดเชื้อปฐมภูมิออกจากการติดเชื้อทุติยภูมิ ซึ่งสามารถช่วยในการตัดสินใจเลือกยาปฏิชีวนะได้ ในการศึกษาครั้งหน้า อาจทำการวิเคราะห์เชื้อก่อโรคตามอวัยวะที่มีการติดเชื้อโดยใช้ผลเพาะเชื้อจากเลือดเพียงอย่างเดียว หรือขยายการศึกษาไปถึงสิ่งส่งตรวจเชื้อจากส่งตรวจอื่นๆเช่น เสมหะ ปัสสาวะ น้ำไขข้อ

เอกสารอ้างอิง

- ภิญญ มุตสิกพันธุ์. (2566). Bacteremia: source identification. ใน รุจิภาส สิริจุฑาทร (บ.ก.), Common consultation in infectious diseases (น. 142-147). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย.
- Centers for Disease control and Prevention. (2024). Bloodstream Infection Event (Central Line-Associated Bloodstream Infection and non-central line-associated Bloodstream Infection). สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2567, จาก https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf.
- Centers for Disease control and Prevention. (2024). Identifying Healthcare-associated Infections (HAI) for NHSN Surveillance. สืบค้น 5 กุมภาพันธ์ 2567, จาก https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/2psc_identifyinghais_

- nhsncurrent.pdf.
- Friedman ND et. al. (2002). Health Care-Associated Bloodstream Infections in Adults: A Reason To Change the Accepted Definition of Community-Acquired Infections. *Annals of Internal Medicine*, 137(10): 791–8. DOI: 10.7326/0003-4819-137-10-200211190-00007.
- Garner JS. (1988). CDC definitions for nosocomial infections, 1988. *American Journal of Infection Control*, 16(3):128–40. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0196-6553\(88\)90053-3](https://doi.org/10.1016/0196-6553(88)90053-3).
- Hantrakun V et. al. (2019). Clinical Epidemiology of 7,126 Melioidosis Patients in Thailand and the Implications for a National Notifiable Diseases Surveillance System. *Open Forum Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz498>.
- Hantrakun V et. al. (2018). Clinical epidemiology and outcomes of community acquired infection and sepsis among hospitalized patients in a resource limited setting in Northeast Thailand: A prospective observational study (Ubon-Sepsis). *PLoS ONE* 13(9): 1-14. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.5544592>.
- Hindler JF, and Stelling J. (2007). Analysis and presentation of cumulative antibiograms: A new consensus guideline from the clinical and Laboratory Standards Institute. *Clinical Infectious Diseases*, 44(6):867–73. DOI:10.1086/511864.
- Kanjanawasri S, Gulgsol N, and Yeepho T. (2018). Causative Pathogens, Risk Factors, Severity and Mortality of Patients with Bacteremia at King Narai Hospital. *J Infect Dis Antimicrob Agents*, 35(2): 65-73.
- Malaikanok H, Komindr A, and Vadcharavivad S. (2014). Causative bacterial pathogens of septic patients at emergency department of King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chula Med J*, 58(4): 383-394.
- O'Brien T. (1995). WHONET: An Information System for Monitoring Antimicrobial Resistance. *Emerging Infectious Diseases*, 1(2): 66–66. <https://doi.org/10.3201/eid0102.950209>.
- Tancharoen L et. al. (2022). Epidemiology and Burden of Sepsis at Thailand's Largest University-Based National Tertiary Referral Center during 2019. *Antibiotics*, 11(7): 899. <https://doi.org/10.3390/antibiotics11070899>.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือ ธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

วัชรินทร์ พันแก่น,ส.บ.¹, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์,ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบลในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางจราจร ดำเนินการในช่วง เดือนเมษายน – สิงหาคม 2567 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 76 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินรูปแบบได้แก่ ประชาชนในเขตตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จำนวน 90 ดำเนินการ 4 ขั้นตอนคือการวางแผน การปฏิบัติการสังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย ค่าสถิติ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่าขั้นตอนการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางจราจร ตำบลไพรบึง แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ประกอบด้วย 3 กิจกรรมได้แก่ (1) สร้างกลไกขับเคลื่อนการขับเคลื่อน (2) การกำหนดบทบาทของทีมงาน และข้อมูลที่จำเป็น (3) การชักชวนในการดำเนินกิจกรรมจัดทำธรรมนูญตำบล ขั้นตอนที่ 2 จัดทำธรรมนูญตำบล (Action) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ได้แก่ (1) ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพทีมงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ (2) สร้างการรับรู้ให้แก่ประชาชน ในการจัดทำธรรมนูญตำบล (3) ขยายร่างธรรมนูญตำบล (4) รับฟังความคิดเห็นของประชาชน (5) ประกาศใช้ธรรมนูญตำบล (6) ทดลองใช้ธรรมนูญตำบล (7) ทบทวน ปรับเปลี่ยนและประกาศใช้ ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนผล (Reflection) และ ขั้นตอนที่ 4 การปรับเปลี่ยนและทำซ้ำ (ACT) จนได้รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้โดยใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางจราจร ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ คือ H2CRSE Model ประกอบด้วย 1) Healthcare Accessibility 2) Community Engagement 3) Collaboration and Partnerships 4) Collaboration and Partnerships 5) Supporting Leadership 6) Evaluating and Development ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและความพึงพอใจในการใช้ธรรมนูญตำบลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุในกลุ่มประชาชนได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: รูปแบบ, การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ, ธรรมนูญตำบล, การมีส่วนร่วม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี E-mail: Sukhontip@scphub.ac.th

Model of Development of a Road Traffic Prevention and Control Model by using the Mechanism of the Phraibuang District Health Board, Sisaket Province

Whatcharin Punkean,*B.P.H.*¹, Sukhontip Arunkamonphat,*Ph.D*²

Abstract

This participatory action research aimed to develop a model for preventing road traffic injuries using the mechanism of the sub-district constitution as a tool for traffic accident prevention and control. The research was conducted between April and August 2024, involving 76 participants, including stakeholders in road traffic accidents in the Phrai Bueng Sub-district. The sample used to evaluate the model consisted of 90 residents. Using the mechanism of sub-district constitution. The research was conducted in 4 phases: planning, action, observation, and reflection, with two iterative cycles. Qualitative data were analyzed inductively, while quantitative data were analyzed using frequency, percentage, standard deviation, mean, and paired t-test statistics.

The study results revealed that the traffic accident prevention and control process in Phrai Bueng Sub-district consisted of 4 steps. Step 1 planning included three activities: (1) Establishing a driving mechanism; (2) defining the roles of the leadership team and necessary information; (3) rehearsing activities for drafting the community charter. Step 2, Action, involved 7 activities: (1) Conducting a workshop to enhance the capacity of the leadership team and define roles and responsibilities (2) Raising public awareness about the community charter drafting (3) Drafting the community charter (4) Gathering public opinions (5) Announcing the charter (6) Trialing the community charter and (7) Reviewing, revising, and officially implementing the charter. Step 3 : Reflection and Step 4 : ACT The developed model for preventing road traffic injuries using the community charter in Phrai Bueng Sub-district, Phrai Bueng District, Sisaket Province was the H2CRSE Model, comprising: 1) Healthcare Accessibility 2) Community Engagement 3) Collaboration and Partnerships 4) Supporting leadership and 5) Evaluating and Development. The evaluation of the developed model indicated that the average scores for knowledge preventive behaviors, awareness of accident severity, social support for road traffic injury prevention, community participation in activities, and satisfaction with the community charter were significantly higher after the trial compared to before the trial at a statistical significance level of 0.05. Therefore, the developed model can be effectively used to prevent and control accidents in the community as intended.

Keywords: Road traffic Model, Mechanism of Sub-district constitution, Community participation

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Phrai Bueng District Health Office, Sisaket Province

² Lecturer, Sirindhorn of Public Health College Ubon Ratchatani Email: Sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นอันดับ 2 ของโลกโดยมีอัตราการตาย 28.03 ต่อแสนประชากร และจากข้อมูลบูรณาการ 3 ฐานได้แก่ สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนจำนวน 18,218 คน พบสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ (1) ด้านความเร็ว คิดเป็น 41% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด (2) ผู้ขับขี่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็น 18% ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดและ (3) ไม่สวมหมวกนิรภัย คิดเป็น 22% (WHO, 2021) ปัญหาด้านอุบัติเหตุจากการจราจรทางถนน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้พิการ และผู้เสียชีวิต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากข้อมูล Global Status on Road Safety 2021 อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 8 ของคนทุกกลุ่มอายุทั่วโลกสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจมหาศาล คิดเป็น 3% ของ GDP โลก ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ประสบอุบัติเหตุ ครอบครัว และชุมชน (WHO, 2021) ซึ่งแนวโน้มของปัญหาอุบัติเหตุทางถนนยังคงทรงตัวไม่ลดลงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นสาเหตุจากจำนวนยานพาหนะและการสัญจรเพิ่มขึ้นตามการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การบังคับใช้กฎหมายยังมีข้อจำกัดทั้งทางด้านกำลังคนและการใช้เทคโนโลยีการ ดำเนินการในระดับพื้นที่ ระดับชุมชน และบุคคลประชาชนและชุมชนยังไม่ตระหนัก โดยเฉพาะด้านกลไกการดำเนินงานในระดับพื้นที่การจัดการปัญหาในระดับอำเภอจึงถือว่ามีความเหมาะสมในการดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงระดับชุมชนและท้องถิ่น ผ่านกลไกศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และเชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.ท้องถิ่น) (Thai RSC, 2565) ซึ่งกรมควบคุมโรคได้กำหนดให้ชุดตัวบ่งชี้ขั้นต่ำที่สำคัญในการสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคของการดำเนินงานควบคุม

อุบัติเหตุจากการจราจรและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนระดับอำเภอ (District Quality of life : DQP) โดยจัดตั้งคณะทำงาน (Core Team) ศูนย์ปฏิบัติการ คณะทำงาน (Core Team) ในการป้องกันอุบัติเหตุการจราจรในระดับอำเภอเพื่อให้มีการประชุมขับเคลื่อนวางแผน แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไก พชอ. ในแผนยุทธศาสตร์ชาติปี 2565-2570 (ปัญญ จันทรพาณิชย์, 2565) ซึ่งมีงานวิจัยที่ได้ศึกษาแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุ พบว่าปัจจัยภาพรวมประชาชนขาดความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ ประชาชนไม่ทราบว่าจะได้รับผลประโยชน์หรือเสียผลประโยชน์มากนักน้อยเพียงใด มีความรู้ความเข้าใจในการจัดทำแผนน้อย ไม่เคารพกฎจราจร ขาดวินัยและจิตสำนึกต่อส่วนรวม แนวทางส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแต่การดำเนินงานยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (ไพบุลย์ ศรีพิมพ์สอ, 2566) สอดคล้องกับข้อมูลของการเกิดอุบัติเหตุจราจรเขตสุขภาพที่ 10 ที่พบว่าสภาพปัญหาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับปัญหาของประเทศ โดยจังหวัดศรีสะเกษถูกจัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสีแดง พบสภาพปัญหาจากการดำเนินงานขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนงาน คณะกรรมการ/อนุกรรมการ ศปถ. อำเภอ./ศปถ.อปท. อย่างเป็นรูปธรรมตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานหรือคณะกรรมการจากหน่วยงานต่างๆ ในทุกระดับ (ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน บรรเทาสาธารณภัยกระทรวงมหาดไทย, 2565)

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอไพรบึง พ.ศ. 2562-2566 มีจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนเท่ากับ 609 (6), 585 (12), 482 (2), 471 (10), 514 (11) ราย ตามลำดับและเมื่อเปรียบเทียบจำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนปี พ.ศ. 2566 กับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562-2566) พบว่า จำนวนการบาดเจ็บและเสียชีวิตทางถนนของอำเภอไพรบึง มีค่าสูงกว่าค่ามัธยฐาน ซึ่งจากการ

วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน พบว่าลักษณะผู้บาดเจ็บได้รับอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 318 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.87 มีอายุ < 20 ปี จำนวน 195 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.40 พบสูงสุดช่วงอายุ 12-17 ปี จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่อำเภอไพรบึง ส่วนใหญ่ยังพบอุบัติการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุในถนนสายรองซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งอุบัติเหตุใหญ่ครั้งล่าสุดในช่วงปี 2566 บริเวณหน้าวัดบ้านสำโรงพลัน เป็นเขตชุมชนเป็นที่ตั้งของชุมชนของหมู่บ้านจำนวน 3 หมู่บ้าน ซึ่งมีผู้ขับซิ่งรถด้วยความเร็ว และมีอาการเมาสุรา (ข้อมูลจากตำรวจได้ทำการตรวจวัดแอลกอฮอล์ผู้ขับขี่ได้ปริมาณแอลกอฮอล์ 240 mg%) ซึ่งอัตราการเสียชีวิตดังกล่าวส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุสูงมากเมื่อเทียบกับค่าเป้าหมาย และการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอไพรบึงได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตลอดแต่ยังพบช่องว่างของการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอที่ขาดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม รวมถึงการบูรณาการแผนการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาอุบัติเหตุทางถนนผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ) ยังไม่ต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้อัตราการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรไม่ลดลง

ด้วยความสำคัญและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำการสำรวจการมีส่วนร่วมโดยใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบลมาเป็นฐานคิดในการแสวงหาคำตอบที่มีมุมมองและฐานคิดใหม่ต่อการจัดการความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรแบบมีส่วนร่วมก่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว โดยชุมชนร่วมกันกำหนดกฎ กติกาและข้อตกลงของสังคม ร่วมกันในการจัดการระบบการป้องกันอุบัติเหตุการจราจรเริ่มตั้งแต่ระดับครอบครัวถึงชุมชน เพื่อแสวงหาทางออกต่อปัญหาสุขภาพและสามารถวางแผนการพัฒนาเทคโนโลยีและการใช้

ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่งผลให้มีพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำถามการวิจัย

รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อติดตามและประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research :PAR) Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995) ตามกรอบแนวคิดของ เคมมิสและ แมกแท็กกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1990) ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 รอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาร่างเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินประสิทธิผล

ของรูปแบบที่พัฒนาในประชากรกลุ่มเล็กแล้วนำประเด็นปัญหาที่พบมาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความเที่ยงตรง สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย(Participants) ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังต่อไปนี้ ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

2.1.กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 76 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับตำบล (พชต.) คณะกรรมการปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับตำบล คณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคระดับตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไพร่บึงและผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลไพร่บึง คณะกรรมการปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สปถ.ท้องถิ่น) ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระภิกษุ ตัวแทนสถานศึกษา ตัวแทนชมรมผู้ประกอบการร้านค้า ตัวแทนภาคประชาชนในเขตตำบลไพร่บึง รวมทั้งหมด จำนวน 76 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

(1)) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับตำบล (พชต.), คณะกรรมการปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (สปถ.อำเภอ), คณะกรรมการปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (สปถ.ท้องถิ่นระดับตำบล) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลไพร่บึงและผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลไพร่บึง

(2) ตัวแทนผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลไพร่บึง อำเภอไพร่บึง

(3) ตัวแทนประชาชน/ผู้ประกอบการร้านค้า /พระภิกษุ /ครูและตัวแทนนักเรียนในเขตพื้นที่ตำบลไพร่บึง อำเภอไพร่บึง

(4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

2.2 ได้แก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลไพร่บึงอำเภอไพร่บึง จังหวัดศรีสะเกษโดยสุ่มแบบง่าย

จากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวรรณกุล, 2557)

(simple random sampling) จำนวน 90 คน โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลไพร่บึง อำเภอไพร่บึง อย่างน้อย 1 ปีและสมัครใจเข้าร่วมในการจัดกิจกรรม

(2) ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองภาวะความเสี่ยงในพฤติกรรม การเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย การใช้โทรศัพท์ขณะขับรถ มีพฤติกรรม การขับรถเร็ว ขับรถไม่คาดเข็มขัดนิรภัยฯ

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

(1).ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

(2).การย้ายออกจากพื้นที่ ตำบลไพร่บึง อำเภอไพร่บึง จังหวัดศรีสะเกษ

3 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง

เดือน เมษายน 2567 ถึง สิงหาคม 2567

4 ขั้นตอนการวิจัย

4.1 ระยะก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

4.1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์ของการเกิดอุบัติเหตุจากฐานข้อมูล Health Data Centerและเก็บข้อมูลแนวทางการดำเนินการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุจากการประชุมกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุของตำบลไพร่บึง อำเภอไพร่บึง จังหวัดศรีสะเกษ

4.1.2 จัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคืนข้อมูล และชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน จากนั้นสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนในเขตตำบลไพร่บึง โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดในการเก็บข้อมูลร่วมสรุปข้อมูลจากแบบสอบถาม และวางแผนจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ การสร้างการมี

ส่วนร่วมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุให้แก่ประชาชนในเขตตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

4.2. ระยะออกแบบและพัฒนารูปแบบ

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

กิจกรรมที่ 1 จัดเวทีระดมความคิดกับ คณะกรรมการชุมชน แกนนำ ชุมชน ตัวแทนชุมชน โดยใช้เครื่องมือ 5 ขึ้น เพื่อศึกษาศักยภาพของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตำบลไพรบึงและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์ และจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนน กิจกรรมที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนของพื้นที่ตำบลบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งเลือกประเด็นที่สำคัญมาวิเคราะห์ด้วย แผนภูมิแก๊งปลา การค้นหาสาเหตุของปัญหาแท้จริงผ่านผังโยงใยสาเหตุของปัญหา (Web of causation) และกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา และสร้างบันไดผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม – แรงต้าน พร้อมค้นหาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การใช้

เทคนิคการประชุมกลุ่มย่อย (Focus group discussion) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกธรรมนูญตำบลแบ่งเป็นขั้นตอนได้แก่ ของการสังเคราะห์เชิงระบบ เป็นขั้นตอนของการสังเคราะห์โครงการ วิเคราะห์ห้วงศักราชภายใน จุดอ่อน จุดแข็ง อุปสรรค ตลอดจนความต้องการในการพัฒนาประเด็นปัญหา โดยแบ่งกิจกรรมตามลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1)การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบลซึ่งเป็นทีมทำให้มีศักยภาพและมีความพร้อมในการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้รู้จักตัวตน การวางแผน การจัดระบบความคิดและการออกแบบการจัดกิจกรรม ใน 4 กิจกรรม กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ผู้บริหารยุคใหม่” กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “การสังเคราะห์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร” กิจกรรมที่ 3 “การสื่อสารอย่างสร้างสรรค์” ฝึกการสื่อสาร ทักษะการติดต่อสัมพันธ์ การปฏิเสธ หลีกเลี้ยง พร้อมแสดงทางเลือกที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)

กิจกรรมที่ 4 การจัดทำธรรมนูญตำบล 7 ขั้นตอน ศึกษาแนวคิด แต่งตั้งคณะทำงาน จัดเวทีถ่วงความคิดเห็นของประชาชนโดยการประชุม ยกย่องธรรมนูญ จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นของประชาชนจากการทดลอง ปรับปรุงธรรมนูญตำบลเพื่อให้ได้ตามความต้องการของประชาชนและประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ การจราจร โดยใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรมและดำเนินงานตามกิจกรรม ระยะเวลา จำนวน 60 วัน

ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation)

การติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน โดย การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ภาศิเครือข่ายในชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข ร่วมสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) ทุกเดือนในเวทีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลไพรบึง

ร่วมประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตฯโดยการประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

- 1) ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มประชาชนทั่วไปที่ไ้รชไร้ ใช้นนในเขตตำบลไพรบึง
- 2) ประเมินกระบวนการดำเนินงาน การใช้ธรรมนูญตำบล การมีส่วนร่วม ข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคจากแบบประเมินและข้อร้องเรียนทางเอกสาร ช่องทางออนไลน์และข้อคิดเห็นในเวทีการประชุมระดับตำบล

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

1) จัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานต่อชุมชน เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบให้ภาศิเครือข่ายในชุมชนรับทราบ เพื่อรับรู้คุณค่าของการดำเนินงานร่วมกันเป็นการกระตุ้นให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

2) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อให้ภาศิเครือข่ายในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา

3)วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงาน ในทุกขั้นตอนและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

4.3 ระยะหลังดำเนินการ

หลังการดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ครบ 2 วงรอบ ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชนตลอดจนผู้เกี่ยวข้องร่วมสรุปผลการพัฒนารูปแบบและสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อรักษาจุดแข็ง และวางแผนนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ซ้ำเพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบต่อเนื่องในวงรอบต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุของประชาชน จำนวน 8 ข้อ

นอกจากนี้ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการศึกษาเอกสาร การสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งข้อมูลจากการสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนในเขตตำบลไพรบึง จำนวน 90 คน แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล ลักษณะประชากรของประชากรที่ใช้ในการ วิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ถนนและแนวทางป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 14 ข้อ คำถามเป็นแบบถูกผิด มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ

ถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 4 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ จำนวน 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 5 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุในชุมชน จำนวน 10 ข้อ แบบมาตราส่วนประเมินค่า(Rating Scale)ระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนแบ่งออกเป็น 4 ด้านวิเคราะห์แผนชุมชน ด้านการจัดการทุน ด้านกิจกรรมสร้างสุขภาพด้านการประเมินผล จำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้กลุ่ม ตัวอย่างเลือกตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟารายด้านเท่ากับ 0.76,0.78,0.74 และ 0.80 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูล ค่าสถิติ

Paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-054 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

การศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา ในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ด้านบริบท ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ เป็น 1 ใน 6 ตำบลของอำเภอไพรบึง ซึ่งเป็นตำบลที่ตั้งอยู่เป็นจุดศูนย์กลางของการบริหารราชการระดับอำเภอ โดยกำหนดพื้นที่การปกครองเป็นเทศบาลตำบลไพรบึง มีพื้นที่ทั้งหมด 12 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 7,500 ไร่ ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของ 2 ตำบล คือ ตำบลไพรบึง จำนวน 8 หมู่บ้าน ตำบลสำโรงพลัน จำนวน 3 หมู่บ้าน เทศบาลตำบลไพรบึง ตั้งอยู่ตามแนวทางหลวงหมายเลข 2111 สายพยุห์ - ขุนหาญ กม. ที่ 18-25 แบ่งการปกครอง เป็น 11 หมู่บ้าน 2,956 หลังคาเรือนประชากร ชาย 5,387 คน หญิง 5,379 คน รวมทั้งหมด 10,766 คน มีหน่วยบริการสุขภาพ 3 หน่วยได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำโรงพลัน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห่ม และเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลไพรบึง เป็นพื้นที่ที่ตั้งของส่วนราชการในระดับอำเภอและที่ตั้งของเทศบาลตำบลไพรบึงและพื้นที่ตั้งของของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธานคณะกรรมการ สภาพทางสังคมประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมรับจ้างทั่วไป จึงทำให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเป็นวิถีที่

เมืองกึ่งชนบทและมีถนนสายหลักคือเส้น 226 ที่เชื่อมต่อการคมนาคม จากจังหวัดอุบลราชธานีไปสู่จังหวัดศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์และเชื่อมต่อไปถึงจังหวัดร้อยเอ็ด มหาสารคามและจังหวัดในภาคอีสานตอนบนและภาคกลาง ด้วยเส้นทางการคมนาคมที่สำคัญหลายเส้นทาง ส่งผลทำให้ปริมาณของรถและผู้ที่เดินทางมีปริมาณที่สูง จึงทำให้ปัญหาด้านอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน

2. จากผลการวิเคราะห์สภาพปัญหา

และการดำเนินงาน การดำเนินงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล พบว่าสภาพปัญหาที่สำคัญในพื้นที่จากสถิติผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อแสนประชากร ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดศรีสะเกษ พบจากสถิติผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดศรีสะเกษ สะสมจำนวน 5,171 ครั้งพบผู้บาดเจ็บจำนวน 5,048 คนและพบผู้เสียชีวิตจำนวน 123 คนจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุเพศชายจำนวน 2,915 คนและเพศหญิงจำนวน 2,133 คน โดยจำแนกช่วงอายุที่มากที่สุดคือช่วงอายุ 36-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.41 โดยแยกเป็นอุบัติเหตุจักรยานยนต์เป็นผู้บาดเจ็บจำนวน 321 คน ผู้เสียชีวิตจำนวน 21 คนรถจักรยานยนต์จำนวน 4,727 คน ผู้เสียชีวิต 102 คนและการนำธรรมนูญตำบลมาใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของอำเภอไพรบึงพบว่ามีบางตำบลได้นำเครื่องมือธรรมนูญตำบลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนเช่น ตำบลโนนปูน ผลการดำเนินงานพบว่าสามารถนำมาช่วยในการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนในการออกแบบการดูแลสุขภาพได้ ส่วนตำบลไพรบึงซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้นำเอาเครื่องมือธรรมนูญตำบลมาใช้ในการออกแบบแนวทางในการดูแลสุขภาพของประชาชนจากการสำรวจข้อคิดเห็นของประชาชนและทีมนำในระดับตำบลพบว่ายังเป็นเรื่องใหม่และประชาชนยังไม่คุ้นชิน ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องได้ดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นในการสร้างองค์ความรู้และการสร้างความเข้าใจรวมถึงการขอความร่วมมือ

จากประชาชนในพื้นที่ให้ร่วมคิด วิเคราะห์และดำเนินกิจกรรมร่วมกัน⁵

3. ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมาวุธตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 76 คน จำแนกเป็น เพศชายร้อยละ 47.4 เพศหญิงร้อยละ 52.6 ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 47.4 ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสูงสุดร้อยละ 31.6 ระยะเวลาปฏิบัติงานในด้านการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 44.7

3.2 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากแบบสัมภาษณ์และคำถามปลายเปิดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 60.0 เพศหญิงร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 46.02 ปี (SD=12.08) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 45.6 สถานภาพในสังคมหรือตำแหน่งในหมู่บ้าน/ตำบลและในหน่วยงานราชการ สถานภาพในชุมชนเป็น อสม./พรส./อพปร ร้อยละ 23.3 เป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 7.8 ประชาชน ร้อยละ 46.7 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 4.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเดือนละ 23,196.89 (SD=16,124.76) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในการป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน เคยเป็นคณะกรรมการดำเนินการป้องกันและลดอุบัติเหตุในชุมชนเป็นคณะกรรมการ พชอ./พชต.ร้อยละ 13.3 ระยะเวลาเฉลี่ยในการปฏิบัติงาน 2.64 ปี (SD=4.94) เคยประสบอุบัติเหตุร้อยละ 27.8 และแยกประเภทของพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุแบ่งเป็นรถจักรยานร้อยละ 72.2 รถยนต์ร้อยละ 27.8 รถจักรยานร้อยละ 4.1 และยานพาหนะร้อยละ 6.6 ตามลำดับ

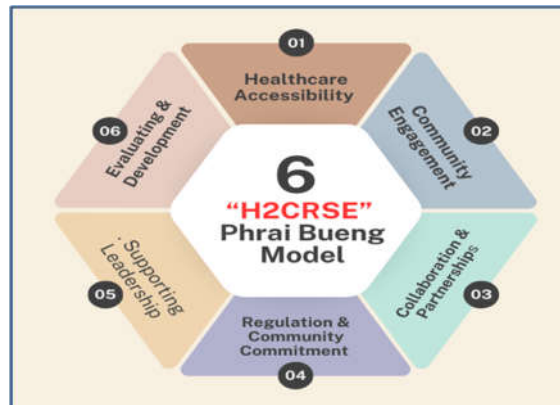
4. ขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการ
ป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจราจรโดยใช้ธรรมาวุธตำบล มีขั้นตอนดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning)** ประกอบด้วย 3 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุ

ในระดับตำบลโดยใช้เครื่องมือธรรมาวุธตำบลโดยจัดตั้งกลไกในการขับเคลื่อนในรูปแบบของทีมนำระดับตำบล กิจกรรมที่ 2 การจัดเตรียมทีมและข้อมูลในการจัดทำร่างธรรมาวุธตำบลไพรบึง โดยทีมนำระดับตำบลไพรบึงที่ได้รับการแต่งตั้งมาจากตัวแทนหลายภาคส่วนในตำบลไพรบึงร่วมกับทีมพัฒนารูปแบบในพื้นที่ได้ประชุมเตรียมข้อมูล และกิจกรรมที่ 3 ชักซ้อมกระบวนการร่างธรรมาวุธตำบล การเตรียมกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกระบวนการ จัดเตรียมสถานที่ในการจัดทำธรรมาวุธในส่วนกลางได้แก่ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล ศาลาประชาคมประจำหมู่บ้านทุกหมู่ **ขั้นตอนที่ 2**

(Action) การจัดทำธรรมาวุธตำบลไพรบึง ในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุการจราจรแบ่งเป็น 7 กิจกรรมดังต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 1 การจัดประชุมทีมนำเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการจัดทำธรรมาวุธตำบล กิจกรรมที่ 2 สร้างการรับรู้ให้แก่ประชาชนในการจัดทำธรรมาวุธตำบลโดยการเปิดเวทีประชาคม “เปิดใจพูดเปิดใจฟัง” กิจกรรมที่ 3 ชื่นชมร่างธรรมาวุธตำบล โดยตัวแทนกลุ่มจัดทำเอกสารยกย่องให้ชุมชนอ่าน/ทำความเข้าใจ/ปรับเปลี่ยนข้อความหลังจากนั้นจึงจัดเวทีประชาคมเพื่อกำหนดกรอบ “ตะล่อมสู่เป้าหมายร่วม” กิจกรรมที่ 4 รับฟังความคิดเห็นของประชาชนในการร่างธรรมาวุธตำบลโดยการจัดเวทีประชาคม กิจกรรมที่ 5 ประกาศใช้ธรรมาวุธตำบลโดยใช้เวทีการประชุมระดับตำบลและมีการทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงโดยชุมชน กิจกรรมที่ 6 การแปลงธรรมาวุธตำบลไปสู่การปฏิบัติโดยให้ทุกหมู่บ้านได้ดำเนินการกิจกรรมตามธรรมาวุธที่เขียนไว้และมีบทบาทบังคับใช้โดยชุมชนในระยะเวลา 3 เดือน กิจกรรมที่ 7 ประเมินทบทวนการใช้ธรรมาวุธตำบลโดยการจัดเวทีประชาคมกลุ่มผู้ใช้ธรรมาวุธอีกครั้งเพื่อทบทวนประเด็นธรรมาวุธสุขภาพระดับตำบลที่ดำเนินการได้จริงหรือจำเป็นต้องปรับปรุง/ตัดทิ้ง **ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนผล (Reflection)** ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษาและรับฟังข้อเสนอแนะกิจกรรมที่ 2 ดำเนินงานโดยใช้กลยุทธ์คืนข้อมูลสู่ชุมชน”และ **ขั้นตอนที่ 4 (ACT)** การปรับเปลี่ยนและทำซ้ำ การเปิด

โอกาสรับฟังความคิดเห็นของประชาชนโดยการออกประชาคมทุกหมู่บ้านเพื่อหาข้อดี ข้อเสียและข้อสนับสนุนเพิ่มเติม

5. รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ คือ H2CRSE Model ประกอบด้วย 1.Healthcare Accessibility :การเข้าถึงบริการสุขภาพ 2.Community Engagement :การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่ตรงตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3.Collaboration & Partnerships:ความร่วมมือและการเป็นหุ้นส่วน การจัดกิจกรรมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ “H2CRSE Model”

6. การประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับตำบล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของด้านความรู้ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 6.36 คะแนน (95% CI=5.94-6.67) ผลต่าง

4 . Regulation & Community Commitment: กฎระเบียบและข้อตกลงร่วมของชุมชน การบังคับใช้กฎระเบียบข้อบังคับที่ปกป้องสุขภาพของประชาชน 5. Supporting Leadership :การสนับสนุนความเป็นผู้นำและสร้างคุณค่าของทีมผู้ปฏิบัติงาน 6.Evaluating & Development: การประเมินผลเพื่อปรับปรุงและพัฒนาการติดตามผลผลิตและผลลัพธ์ดำเนินการป้องกันและควบคุมการเกิดอุบัติเหตุในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปรูปแบบพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ตามภาพประกอบที่ 1

ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น 13.13 คะแนน (95% CI=12.68 -13.59) ผลต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุ เพิ่มขึ้น 12.32 คะแนน (95% CI=11.36-13.28)) ผลต่างค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 24.77คะแนน (95% CI=10.32-12.12) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการคิด วางแผนตัดสินใจ เพิ่มขึ้น 5.70 คะแนน (95%CI=5.22-6.17) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการจัดการด้านงบประมาณ เพิ่มขึ้น 3.80 คะแนน (95%CI=3.38-4.22) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการดำเนินกิจกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น 2.69 คะแนน (95%CI=2.46-

2.91) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการ ประเมินผลเพิ่มขึ้น 4.21 คะแนน (95%CI=3.79-4.62) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของ การเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมอุบัติเหตุจราจร ก่อนและหลังการทดลอง (n=90)

การประเมินรูปแบบ	ก่อนการพัฒนา Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา Mean(S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p- value
ความรู้	6.02 (1.99)	12.38(0.68)	6.36	5.94-6.67	30.38	<0.001**
พฤติกรรมการป้องกัน	18.70(1.14)	31.83(1.95)	13.13	12.68-13.59	57.46	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรง	29.77(4.79)	42.09 (3.28)	12.32	11.36-13.28	25.48	<0.001**
แรงสนับสนุนทางสังคม	23.88(2.17)	35.10(3.65)	24.77	10.32-12.12	24.77	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยใช้ธรรมนูญตำบล						
ด้านการคิดวางแผนตัดสินใจ	10.43(1.97)	16.13(1.23)	5.70	5.22-6.17	23.87	<0.001**
ด้านการจัดการด้านงบประมาณ	11.27(1.74)	15.06(1.09)	3.80	3.38-4.22	18.07	<0.001**
ด้านกิจกรรมสุขภาพ	5.45(1.05)	8.14(0.35)	2.69	2.46-2.91	23.91	<0.001**
ด้านการประเมินผล	14.25(1.20)	18.46(1.41)	4.21	3.79-4.62	20.23	<0.001**

p-value= 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันและควบคุม อุบัติเหตุทางถนนผ่านการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) ผ่าน กระบวนการพัฒนา PAOR จำนวน 2 รอบจนได้ รูปแบบการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนผ่าน การใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบล ตำบลไพรบึง อำเภอ ไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ คือ H2CRSE Model ประกอบด้วยประกอบด้วย Healthcare Accessibility, Community Engagement, Collaboration & Partnerships ,Regulation & Community Evaluating & Development ส่วนการประเมินผล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ระดับคะแนนของความรู้ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความ รุนแรงของอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมและการมี ส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่

พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุสูงขึ้นจนเกิด กระบวนการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมติดตามประเมินผล ร่วมรับประโยชน์และร่วมขยายผลของการปฏิบัติ ปฏิบัติถูกต้องไปสู่ประชาชนกลุ่มที่อยู่ใกล้เคียงกัน รวมถึงการที่ภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมทำให้เกิดการดำเนินงานในการป้องกันและ ควบคุมการเกิดอุบัติเหตุเป็นระบบมากขึ้น ประชาชนมี พฤติกรรมในการป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดอุบัติเหตุของประชาชนลดลง ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสะอาด ศิริมงคล(2565) การพัฒนารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญ สุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรค ไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ระหว่าง เดือนกันยายน 2565 –มกราคม 2566 รวมระยะเวลาการศึกษา ทั้งสิ้น20 สัปดาห์ กลุ่ม ตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยนายก องค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้ากองสาธารณสุข

สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าอาวาส ผู้ประกอบการร้านค้า ไวยาวัจกร ประชาชน เกษตรกร ผู้ปลูกทุเรียน รวมทั้งหมด 70 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 100 คน การวิจัยใช้กระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหาและเปรียบเทียบผลต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่าผลการวิจัยพบว่ารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ SIUDOM Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy 2) Integration & Coordination 3) Unity 4) Distribute 5) Open eyes – Open mind : คนในชุมชนเปิดการรับรู้และเปิดใจทำร่วมกัน 6) Measure monitor and motivation ดังนั้นการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุการจราจรของตำบลไพรบึงซึ่งถือว่าเป็นตำบลที่อยู่ในพื้นที่ของอำเภอไพรบึง จำเป็นต้องมีการดำเนินงานที่เชื่อมต่อการประสานกับพื้นที่ใกล้เคียงซึ่งเป็นบทบาทของทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลจึงต้องปรับเปลี่ยนกิจกรรมบางอย่างให้สอดคล้องกับทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้ดำเนินการในเรื่องนี้ในระดับอำเภอด้วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉลองชัย สิทธิวังและคณะ (2564) การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอ นำร่อง จังหวัดน่านโดยใช้เครื่องมือ 5 ขั้นตอนตาม

กระบวนการวางแผนแบบ Logical Model ประกอบด้วย 1) สามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพและแผนที่จุดเสี่ยงการบาดเจ็บทางถนน 2) แผนภูมิต้นไม้ปัญหา 3) บันไดผลลัพธ์ 4) การวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน และ 5) การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 1) การประเมินต้นน้ำ คือ มีการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและนำมาสู่การกำหนดมาตรการ หรือการจัดทำแผนงานโครงการ/นโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา โดยใช้เครื่องมือการวางแผนแบบ Logical Model 2) การประเมินกลางน้ำ คือ บทบาท/กลไกการทำงานของคณะกรรมการ พชอ. ในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการความปลอดภัยทางถนน จำนวนจุดเสี่ยงการบาดเจ็บทางถนนที่ได้รับการแก้ไขและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การขับขี่ปลอดภัยตาม 10 ข้อหาหลัก หรือ “10 รสขม” ที่เป็นประเด็นปัญหาของแต่ละพื้นที่ และ 3) การประเมินปลายน้ำ คือ การประเมินข้อมูลจากการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนต่อแสนประชากร เปรียบเทียบก่อนกับหลังดำเนินโครงการ และผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพหลังดำเนินโครงการ ได้แก่ จำนวนภาคีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมและรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ผลการวิจัยพบว่า คณะทำงานในพื้นที่วิจัยมีการใช้เครื่องมือ 5 ขั้นตอนและการวางแผนแบบ Logical Model ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับภาคีเครือข่ายทุกอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธานคณะทำงานและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีประสิทธิผลในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนภาคีเครือข่ายและการพัฒนาความปลอดภัยทางถนน คือ 1) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลง 2) สามารถลดจำนวนครั้งการบาดเจ็บทางถนนลงได้ด้วยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย และ 4) เกิดรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขจุดเสี่ยงทางถนน
มาตรการทางสังคม การเข้าสาธิตและจัดการ
เชิงกลไกของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องผ่านการสั่งการ
และการประสานงานของภาคราชการ ซึ่งเป็นการ
จัดการกับปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ยังมีข้อจำกัด
คือ ยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล
ได้อย่างยั่งยืน ซึ่งรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ได้เน้นการ
พัฒนากลไกการทำงานของภาคประชาชนในชุมชน
หมู่บ้านในลักษณะของชุมชนออกแบบการปฏิบัติงาน
ด้วยชุมชนเองโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายและ
บังคับใช้กฎหมายของชุมชนนั้นคือธรรมนูญตำบล
ไพรบึง เกิดแนวทาง การทำงาน การติดตามประเมินผล
ที่เป็นระบบส่งผลให้การควบคุมและป้องกันอุบัติเหตุ
ในเขตตำบลมีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาการ
เกิดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในพื้นที่ตำบลไพรบึงและส่งผลให้
อัตราการเกิดอุบัติเหตุการจราจรในภาพรวมของอำเภอ
ไพรบึงลดลงได้ ซึ่งการดำเนินงานเชื่อมประสานของทีม
นำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยการมีส่วนร่วม
ตั้งแต่ระดับอำเภอและลงสู่ระดับตำบลได้แก่
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลต้องม
ีความสอดคล้องกัน มีนโยบายที่ชัดเจนเพื่อเอื้อต่อการ
ทำงานในระดับชุมชน ซึ่งการวิจัยในหลายพื้นที่ได้
ดำเนินกิจกรรมในลักษณะชุมชนสนับสนุนให้เกิด
นโยบายสู่ชุมชนที่ขนาดใหญ่ขึ้นหรือขยายผลสู่การใช้
เครื่องมือธรรมนูญตำบลในชุมชนขนาดใหญ่ในระดับ
จังหวัด เช่น การพัฒนารูปแบบการกำจัดขยะติดเชื้อ
ผอมโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะ
ผอมเขตเทศบาลตำบลวิเศษ อำเภอเมืองบึงกาฬ โดย
ใช้ VISIT model(ซึ่งองค์ประกอบ คือ 1) การสมัครใจ
เข้าร่วม 2) การตรวจสอบได้ มีความโปร่งใส 3) การ
ประสานงานระหว่างภาคี 4) การสร้างรายได้ และ 5) มี
ทีมให้ความรู้เทคโนโลยีคัดแยกขยะ ส่งผลให้ประชาชน
ในชุมชนถึงเมืองสามารถคัดแยกขยะได้ถูกต้อง(ประกัน
ชัย ไกรรัตน์,2560)หรือการใช้ธรรมนูญตำบลในการ
แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของกระบวนการขับเคลื่อน
ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการส่งเสริม

สุขภาพด้วยการออกกำลังกายในชุมชนตำบลโคกกวาง
อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ ส่งผลให้ประชาชนมี
กิจกรรมทางกายที่หลากหลาย ประชาชนมีความรู้
ในการดูแลตนเอง มีความเข้าใจกันแบบองค์รวม ทำให้
ขยายผลการดำเนินงานธรรมนูญตำบลไปใช้ในประเด็น
สุขภาพด้านอื่นๆได้ (อรรถพล ศรีประภา,2558)หรือ
การนำธรรมนูญตำบลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของ
ประชาชนสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการของ
วงเดือน พระนคร (2564)ซึ่งกระบวนการสร้างและ
ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อำเภอบึงคล้า
ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอนที่ 1) ศึกษา
สถานการณ์ ขั้นตอนที่2)จัดทำธรรมนูญสุขภาพ 8
ขั้นตอน ประกอบด้วย (1)สร้างความเข้าใจผู้บริหารและ
ผู้นำชุมชน (2)จัดตั้งคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพระดับ
ตำบล (3)ทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาพื้นที่
(4)ออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
(5)ยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล (6)จัดเวทีประชาคม
หมู่บ้านพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบลเชื่อมโยงกับ
การจัดทำแผนพัฒนาตำบล(7)ปรับปรุงร่างและจัดเวที
พิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบลและ 8) ประกาศใช้
ธรรมนูญสุขภาพตำบล ขั้นตอนที่ 3) การขับเคลื่อน
ธรรมนูญสุขภาพ หลังประกาศใช้ 2 ขั้นตอน (1) ยกร่าง
ธรรมนูญสุขภาพ อำเภอ และประชาพิจารณ์ (2) ขึ้น
ดำเนินการ และขั้นตอนที่ 4) ประกาศใช้ธรรมนูญ
สุขภาพอำเภอในการขับเคลื่อน โดยมีร่างประกาศ
ประกอบด้วย 10 หมวด 83 ข้อ ซึ่งผลการดำเนินงาน
พบว่าได้ธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอเชื่อมโยงกับ
ธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลได้แนวทางการวาง
แผนการจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น
3 แห่งในประเด็นการจัดการขยะจนเกิดนวัตกรรม
หมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะที่สามารถนำมาใช้ใน
ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ
จราจรเป็นสิ่งที่ต้องใช้ทั้งการกระตุ้นเพื่อการสร้างการ
รับรู้ปรับเปลี่ยนความเชื่อ การสร้างโมเดลการปฏิบัติตัว
ที่ถูกต้อง การประเมินและติดตามซ้ำๆจะส่งผลให้บุคคล

สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งธรรมเนียมปฏิบัติเป็นเครื่องมือที่นำมาเพื่อปรับกระบวนการให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่ง Becker (1974) กล่าวว่า การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อต่อไปนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค บุคคลมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหากรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค บุคคลมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรคหากประเมินว่าโรคมีความรุนแรง หรือเป็นอันตรายต่อร่างกาย 3) การรับรู้ประโยชน์ และ 4) การรับรู้อุปสรรค บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค หากประเมินว่าการกระทำนั้นมีประโยชน์สูงต่อตนเองและมีอุปสรรคต่ำ โดยการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายเป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมในการป้องกันโรค และ 5) ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ หากบุคคลได้รับความแนะนำจากบุคคลอื่นการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือจากสื่อต่างๆ ตลอดจนการได้รับความชักชวนจากเพื่อนจะเป็นสิ่งช่วยส่งเสริมหรือกระตุ้นให้บุคคลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมป้องกันโรค (ทวีศักดิ์ หาญคาภา, 2556) ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติสอดคล้องกับการสนับสนุนทางด้านสังคม (Social support) คือ สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีน วัตถุประสงค์หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ จนเกิดภาวะการณ์มีสุขภาพดีซึ่งการใช้ธรรมเนียมปฏิบัติอย่างต่อเนื่องย่อมจะส่งผลให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มข้นและแข็งแกร่งมากขึ้น ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลโดยใช้เครื่องมือธรรมเนียมปฏิบัติมาดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ จนเกิดกระบวนการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม

ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุการจราจรได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรประสานความร่วมมือและเชื่อมกลไกการทำงานให้เกิดการขับเคลื่อน จำเป็นต้องมีการพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตลอดจนสร้างความร่วมมือในการมองเป้าหมายเดียวกันคือ ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน

2. ควรพัฒนาระบบบูรณาการฐานข้อมูลการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสู่การใช้ประโยชน์ โดยสามารถเชื่อมโยงการประมวลผลและนำเสนอข้อมูลผ่าน Data Visualization

3. ควรพัฒนาบุคลากรด้านการส่งต่อผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย รวมถึงสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อและจัดการข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. (2565). แผนที่เส้นทางเชิงกลยุทธ์ ทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2565-2570. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทยสืบค้น ณ วันที่ 23 พฤษภาคม 2566. https://dip.ddc.moph.go.th/new/%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3/3base_status_new.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน (Road Traffic Injury(RTI). กระทรวงสาธารณสุข https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=73.

- ฉลองชัย สิทธิวัจ, นิยม สุนทร, กรภัทร ชันไชย, ชาญชัย มหาวัน, นิคม อุทุมพร, เกษร ไชยวุฒิ, กันจน เดชนันท์ and Kanchon Techanan. (2564).การพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอนำร่อง จังหวัดน่าน < <http://hdl.handle.net/11228/5397> ><http://hdl.handle.net/11228/5397>.
- ไพบูลย์ ศรีพิมพ์สอ,(2566).แนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในเขตอำเภอภูดง จังหวัดอุดรธานี.วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม.ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2566.P1-13.
- ปัญญ จันทร์พาณิชย์.(2565).การนำเสนอผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับอำเภอและท้องถิ่น.
- สำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี 2565. ศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย การบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน 3 ฐาน [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://rti.ddc.moph.go.th/RTD/DI/Mo%20dules/Report/Report11.aspx10>.
- ศูนย์ข้อมูลกลางด้านการบาดเจ็บป้องกันบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565).สถิติอุบัติเหตุทางถนน.สืบค้นในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566; <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=37380&deptcode=>.
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ(ThaiRISC).(2566)รายงานแสดงสถิติการเกิดอุบัติเหตุแยกตามขนาดเครื่องยนต์ รถจักรยานยนต์. สืบค้น ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2566; <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJmZmZTJlNGUzMGE1IiwidCI6IjBiNTRkMTRLTMyYTkNNGEyMC1iOTVhLTgzMWQ0ZTQ5MmE5NyIsImMiOjEwQWwQ%3D%3D>.
- สะอาด ศิริมงคล.(2566).การพัฒนาารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็น การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระการ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. ปีที่.2 ฉบับที่.1 มกราคม – เมษายน 2566.p 39-51.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,รายงานการเกิดอุบัติเหตุในสถานการณ์ช่วงสงกรานต์ ปีงบประมาณ 2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้นในวันที่ 20 เมษายน 2566; <http://www.ssko.moph.go.th/kpi.php>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง (2565).รายงานการเกิดอุบัติเหตุปีงบประมาณ 2566.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง สืบค้นในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566; <https://ssokanthararom.com/index.php/component/users/>.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง.(2565).รายงานการเกิดอุบัติเหตุปีงบประมาณ 2566.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง. สืบค้นในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566; <https://ssokanthararom.com/index.php/component/users/>.
- อรุณ จิรวรรณกุล.(2557).สถิติในงานวิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม..บริษัทวิทยพัฒน์ กรุงเทพฯ.
- อำนาจ ราชบัณฑิต (2565) รูปแบบการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่นปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (2022): กันยายน – ธันวาคม หน้า98-110.
- Kemmis S, McTaggart R.(1988). The Action ResearchPlanner. Australia: Deakin University Press; 1988.6.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (1999). Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Perspective (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

สุนทรา สันทยา,พย.บ.¹, สุนทรทิพย์ อรุณกมลพัฒน์,ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 90 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการรักษาของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างพลังอำนาจ, ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ
Email: suntharagift@gmail.com

²อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email: Sukhontip@scphub.ac.th

Empowerment Program for Blood Sugar Control awareness and Self Management in Type 2 Diabetic Patients with uncontrolled Blood Sugar Levels at Ban Non Ngam Health Promoting Hospital, Sratana District, Sisaket Province

Sunthara Sontaya, *B.N.S.*¹, Sukhontip Arunkamonphat, *Ph.D.*²

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of self-awareness and empowerment of patients in controlling blood sugar levels among patients with type 2 diabetes mellitus uncontrolled. There were two groups, each consisting of 90 patients. The experimental group comprised type 2 diabetes with uncontrolled diabetes mellitus and received care self-awareness and empowerment program developed by the researcher at Ban Non-Ngam Health Promoting Hospital in Sri Rattana District, Sisaket Province. The comparison group consisted of type 2 diabetes mellitus uncontrolled in Tum Subdistrict, Sri Rattana District, Sisaket Province, who received a treatment program from the Ministry of Public Health. The study lasted 12 weeks, with data collected twice, before and after the experiment, from May 2024 to August 2024. Data were analyzed using descriptive statistics presented in percentages, means, standard deviations, and medians. The mean score differences between variables across the groups were compared using an independent t-test, with statistical significance set at the 0.05 level.

The results showed that the mean score differences in knowledge, perceived risk, perceived severity of uncontrolled diabetes mellitus, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy, and behaviors in controlling blood sugar levels in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group at the 0.05 level. And blood sugar levels in type 2 diabetes patients of the experimental group decreased more than the comparison group with statistical significance at the 0.05 level. The findings demonstrate that the developed program successfully achieved its objectives by improving awareness and empowering type 2 diabetic patients to control their blood sugar levels.

KEYWORDS: Effectiveness of Program self-awareness and empowerment, type 2 Diabetes Mellitus uncontrolled

¹ Registered Nurse, Professional level, Ban Non Ngam Health Promoting Hospital, Sratana District, Sisaket Province
Email: suntharagift@gmail.com

² Lecturer, Sirindhorn of Public Health College Ubon Ratchatani, Email: Sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากโรค NCDs ที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560 จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 15.0 เป็น 22.0 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 13.1 โรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้นจาก 26.9 เป็น 31.8 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 35.9 เป็น 47.8 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2560) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสังคมโลกในยุคปัจจุบัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพประชาชนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและโรคเบาหวานนับเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขขณะนี้เนื่องจากเป็นภัยเงียบที่มักไม่แสดงอาการที่ชัดเจน (WHO, 2022) โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อมูลว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความร้ายแรง และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต และโรคอื่น ๆ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกโดยพบในผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 และทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงมากกว่าหนึ่งพันล้านคน (WHO, 2022) ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพอย่างมากก่อให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวและรัฐและยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทำให้คุณภาพชีวิตลดลงรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบต่างๆ มากมาย โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 รายในทุก ๆ 5 วินาที (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มี

ผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน ดังนั้นประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ควรตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดควรน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งหากตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ (กรมควบคุมโรค, 2566) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้แก่โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยในปี 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดหัวใจ จากข้อมูลของระบบรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 16 สิงหาคม 2566 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 7.4 ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย ≤ 9.6 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่เขต 4 (17.4) รองลงมาเขต 7 (16.6) และเขต 6 (11.6) ตามลำดับ และพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมองพบ 196.3 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย ≤ 237.1 ต่อแสนประชากร) พบสูงสุดที่เขต 4 (17.44) รองลงมาเขต 7 (15.79) และเขต 6 (11.65) ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 พบว่าความชุกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 6,359.1, 6,670.2, 6,995.9, 7,339.7 และ 7,634.0 ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่คิดเป็นร้อยละ 475.7, 470.2, 481.4 และ 526.6 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) สำหรับการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ปี 2566 ด้านการดูแลรักษา ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและ ระดับความดันโลหิตได้ ผลการดำเนินงาน

โรคเบาหวานระหว่างปี 2562 - 2566 พบร้อยละ 28.26, 29.42, 29.15, 30.22 และ 31.7 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 40) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของเขตสุขภาพที่ 10 เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบอัตราป่วยเบาหวานรายใหม่ 415.61 ต่อประชากรแสนคนและพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 32.55 (จินตภา อันพิมพ์และจุติพร ผลเกิด, 2564) จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราป่วยโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็น 718.21, 777.84 และ 820.41 ต่อประชากรแสนคนและพบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 36.91 (วนิดา สมภูงาและพุทธิกร ประมวล, 2565) จังหวัดศรีสะเกษ พบสถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น แบ่งรายโรคได้ดังนี้ อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ 4,816.52, 5,177.66, 5,588.45, 5,929.56 และ 6,145.18 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มเท่ากับร้อยละ 7.49 7.86 6.22 และ 3.64 ลดลงในปี 2565 ตามลำดับ อัตราป่วย เบาหวานเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 27.59 โรคเบาหวานจังหวัดศรีสะเกษมีผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดจำนวน 65,010 ราย ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี(เกณฑ์ค่าเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 40) เท่ากับจำนวน 24,242 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.29 ซึ่งภาพรวมของจังหวัดถือว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด แต่มีอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ ศรีรัตนะ บึงบูรพ์ พยุห์ ศิลาลาด วังหิน ห้วยทับทัน ยางชุมน้อย ปรังค์ภู และอุทุมพรพิสัย ร้อยละ 64.75, 56.80, 53.94, 49.09, 48.39, 46.39, 46.82, 44.47, 43.06, 41.92, 41.59 และ 40.76 ตามลำดับ (HDC สสจ.ศรีสะเกษ, 2566) ซึ่งปัจจุบันค่าใช้จ่ายด้านการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังฯ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ เป็น PCC หลักโดยมีประชากรในความรับผิดชอบทั้งหมด 2,613 คน เป็นแบ่งเป็นเพศชายทั้งหมด 1,332 คนและเป็นเพศหญิงทั้งหมด 1,281 คน จากสภาพปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ปี พ.ศ. 2558-2561 ปีงบประมาณ 2558 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 34 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7 ปี 2559 จำนวน 34 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7 ปี 2560 จำนวน 39 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.8 ปี 2561 จำนวน 43 ราย ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.3 และอัตราป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในปี 2563-2566 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็น 5,838.85, 5,656.02, 5,436.39 และ 5,740.52 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 104 92 64 และ 79 คน คิดเป็นร้อยละ 54 62.59 42.38 และ 52.67 ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) ซึ่งพบว่าเป็นสัดส่วนที่สูงขึ้นเรื่อยๆ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆตลอดชีวิต โดยเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน ระดับปกติ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558) ซึ่งผู้ป่วยจะสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด (American Diabetes Association, 2011) อย่างไรก็ตาม มี ปัจจัยหลายประการที่พบว่าเป็นอุปสรรคทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ เกิดความรู้สึกหมดพลังอำนาจในการต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่น

การนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็น ระยะเวลาานานในห้องตรวจเป็นต้น (เยาวภา พรเวียง,2555)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ส่วนหนึ่งยังมีความเชื่อว่าโรคเบาหวานสามารถเป็นได้ในทุกกลุ่มวัยและบุคคลใ้ล้ๆตัวก็ป่วยด้วยโรคเบาหวานและไม่พบอันตรายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ส่งผลให้ไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังมีการรับประทานอาหารตามใจปากโดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลศรีโนนงามเป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ของการทำการเกษตร เป็นแหล่งปลูกผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทูเรียน เงาะ มังคุด ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะรับประทานมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในช่วงเวลาดังกล่าวสูงขึ้น ดังนั้นการสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกระทำควบคู่ไปด้วย ที่สนับสนุนผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคและระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย ตัวแปรต้น

โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 รพสต.บ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการประชุมกลุ่ม (Focus group) และระดมสมองค้นหาทราบสาเหตุของปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะ ปรับทัศนคติของผู้ป่วยเบาหวาน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง

สัปดาห์ที่ 4 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและออกแบบกิจกรรมในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยการสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม

สัปดาห์ที่ 6 การติดตาม กระตุ้นเตือนเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1)และเสริมพลังอำนาจให้ทำกิจกรรมต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 7-11 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2-3 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 5 การเชิดชูคนต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 12 การสรุปผลการดำเนินงานและเชิดชูบุคคลต้นแบบในการปฏิบัติตัว

ตัวแปรตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

- 1.ความรู้
- 2.การรับรู้โอกาสเสี่ยง
- 3.การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 4.การรับรู้ประโยชน์
- 5.การรับรู้อุปสรรค
- 6.การรับรู้ความสามารถของตน
- 7.พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi –Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษแบบ Two Group Pretest – Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จำนวน 90 คน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 90 คน

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ประมาณการกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 79 คน คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน Lemeshow,1990)

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

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_α = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ = 0.05 ดังนั้น = 1.65

Z_β = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % = 0.84

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
= ความต่างของผล (Effect size)

แวนดา เพ็งบุรณ์และวีรวรรณ เกิดทอง (2567) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่นำหนักเกินคลินิกโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลท่าชนะกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 27 คน รวม 54 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 2.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.18 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.25 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$\begin{aligned} s_p^2 &= \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \\ &= \frac{(27 - 1)0.18^2 + (27 - 1)0.25^2}{(27 + 27) - 2} \end{aligned}$$

$$\sigma^2 = 0.05$$

$$\begin{aligned} \Delta &= 0.08 - 0.25 \\ &= -0.17 \end{aligned}$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned} n/\text{group} &= \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2} \\ &= \frac{2 \times 0.05(1.65 + 0.84)^2}{(-0.17)^2} \\ &= 26.95 \end{aligned}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 27 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548)พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26 ดังนั้นจึง เพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 4.04 คน แต่เนื่องจากการทดลองในครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงามยังมีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ค่อนข้างสูงผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดที่มีมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงามและเลือกกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตูม อำเภอศรีรัตนะเป็นกลุ่มทดลองจำนวน

เท่ากัน จำนวน 90 คน รวมทั้ง 2 กลุ่มเป็นจำนวน 180 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) สูงกว่า 126 mg% ในช่วงเวลา 4 เดือนขึ้นไป

2) รับประทานยาที่คลินิกโรคเบาหวานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ใน รพ.สต.บ้านโนนงามและ รพ.สต.ตุม

3) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

4) รู้สึกตัวดี การได้ยินปกติ สื่อสารได้ปกติ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อาศัยอยู่ในอำเภอศรีรัตนะและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลันและต้องรับไว้ในโรงพยาบาล

3) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบระยะเวลาหรือไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) มีดังนี้

1) เข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองไม่ครบทุกขั้นตอน

2) ย้ายที่อยู่ใหม่เนื่องจากทำให้ไม่สามารถมารับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงามและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตุม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรักษา โรคประจำตัวของคนในครอบครัวรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมที่การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 5 กิจกรรมในระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดขั้นตอนต่างๆดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

(1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการประชุมกลุ่ม (Focus group) และระดมสมองโดยใช้ในกระบวนการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติเรื่องเบาหวานโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (1993) 4 ขั้นตอน

(2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะ ปรับทัศนคติในการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นกันเองและผ่อนคลาย และมีความไว้วางใจที่จะเล่าถึงสภาพปัญหาและความต้องการของตน 2) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกครั้งแรกที่ทราบว่า ตนเป็นโรคเบาหวาน และความรู้สึกต่อภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อทราบถึงการตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยทบทวนความรู้และวิเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานร่วมกับผู้ป่วยในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรค และผู้วิจัยนำผลระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยแต่ละคนมาพิจารณารวมกัน ซึ่งเป็นการค้นข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เพื่อทราบถึงการตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้และ 4) ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ภายในกลุ่มและทบทวนเกี่ยวกับพฤติกรรม การควบคุมโรคของตนและบันทึกข้อมูล สัปดาห์ที่ 4 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 1) ผู้วิจัยอธิบายถึงความรุนแรงของโรคและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 2) ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมของ ตนที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ 3) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุและอุปสรรค ที่ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม ขั้นตอน 3 การวางแผนและออกแบบกิจกรรมในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน 4 ด้าน ในสัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยร่วมกันเสนอวิธีปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเรื่อง 3 ข้อ 2) ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับ

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 6 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 การทำ Family Meeting ประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชน ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือกในช่วงที่ผ่านมา 2) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงสิ่งสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ พฤติกรรมที่สำเร็จตามแนวทางที่เลือก 3) ให้ผู้ป่วยร่วมกันตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติ ตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก 4) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก

5) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ 6) ผู้วิจัยให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาคิดหาได้และ 7) ผู้วิจัย

เสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ และส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

สัปดาห์ที่ 7-11 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ 1) ให้ผู้ป่วยเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือก 2) ให้ผู้ป่วยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ 3) ผู้วิจัยให้คำแนะนำปรึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคิดหาวิธีแก้ไขปัญหาคิดหาได้ 4) ผู้วิจัยเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจ กรณีที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคตามแนวทางที่เลือกได้ถูกต้องเหมาะสมและส่งเสริมให้มีการปฏิบัติต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 การเชิดชูคนต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในสัปดาห์ที่ 12 การสรุปผลการดำเนินงานและเชิดชูบุคคลต้นแบบในการปฏิบัติตัว เป็นการสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการ ปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงคืได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอวังหินและหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้าน การรับรู้ความรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของโรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 การรับรู้อุปสรรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-068 วันที่ 19 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 38.9 เพศหญิงร้อยละ 61.1 อายุเฉลี่ย 65.86 ปี (SD= 7.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.8 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.1 รายได้เฉลี่ย 4561.11 บาท (SD=5272.07) ดัชนีมวลกาย 23.38 (SD=3.70) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 10.01 ปี (SD=3.64) ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic) 132.61 mmHg (SD=15.71) ความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) 74.62 mmHg (SD=9.95) ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 164.74 mg% (SD=66.79) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.20 (SD=2.05) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 77.8 สูบบุหรี่สูบลมากกว่า 2 มวนต่อวันขึ้นไปร้อยละ 11.2 ดื่มสุราร้อยละ 24.4 กลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศชายร้อยละ 56.7 เพศหญิงร้อยละ 43.3 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 68.9 อายุเฉลี่ย 61.80 ปี (SD= 6.71) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.6 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.7 รายได้เฉลี่ย 4392.22 บาท (SD=5229.03) ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	7.82	1.03	0.33		5.612	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.08	0.68	2.43			
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	9.61	0.51	0.48-0.99		28.462	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.18	0.63	2.26-2.60			

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดัชนีมวลกาย 19.09 (SD=3.75) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 9.33 ปี (SD=4.54) ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic) 134.52 mmHg (SD=15.03) ความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) 77.60 mmHg (SD=10.09) ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 160.71 mg% (SD=55.05) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.40 (SD=2.08) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวพบป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 74.4 สูบบุหรี่ร้อยละ 7.8 ดื่มสุรา ดื่ม 1-2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 31.1

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่ม ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.43 คะแนน (95% CI = 2.26-2.60) รายละเอียดตามตารางที่ 1

หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.28 คะแนน (95% CI = 4.52-6.03) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	15.64	3.01	0.37	-0.46-1.19	0.873	0.383
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.27	2.61				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	20.68	2.50	5.28	4.52-6.03	13.767	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.40	2.64				

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรง	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	20.11	1.52	1.32	0.91- 1.74	6.271	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.79	1.29				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	23.47	0.96	4.58	4.24-4.91	27.100	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.90	1.28				

2.4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	20.17	1.79	1.23	0.75-1.72	4.987	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.94	1.52				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	23.38	1.27	4.27	3.86-4.68	20.557	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	19.12	1.51				

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	10.26	2.54	-0.37	-1.11-0.38	-0.970	0.333
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.62	2.53				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	17.72	2.81	7.00	6.22-7.78	17.733	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.72	2.47				

2.6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.16 คะแนน (95% CI=6.48-7.83) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถแห่งตน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	37.70	2.69	1.57	0.80-2.33	4.032	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	36.13	2.52				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	43.38	2.07	7.16	6.48-7.83	20.991	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	36.22	2.48				

2.11. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลในภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาล สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 23.69 คะแนน (95% CI=23.07-24.31)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาล	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	22.16	2.71	-0.80	-1.59- -0.01	-1.996	0.047
กลุ่มเปรียบเทียบ	22.95	2.66				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	47.29	1.31	23.69	23.07-24.31	75.811	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	23.60	2.66				

2.12. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบ -19.82 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (95% CI=-28.11-11.53) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 8 ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวาน		Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	162.46	60.89	5.86	-9.78- 21.49	0.739	0.461
	กลุ่มเปรียบเทียบ	156.60	44.07				
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	143.48	26.11	-19.82	-28.11-11.53	75.811	<0.001
	กลุ่มเปรียบเทียบ	163.30	30.13				

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

จากการใช้รูปแบบการสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.43 คะแนน (95%CI = 2.26-2.60)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.28 คะแนน (95%CI = 4.52-6.03) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.58 คะแนน (95%CI= 4.24-4.91)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.27 คะแนน (95%CI=3.86-4.68) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.00 คะแนน (95%CI=6.22-7.78)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.16 คะแนน (95% CI=6.48-7.83) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 23.69 คะแนน (95% CI=23.07-24.31) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 19.82 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (95%CI=-28.11-11.53)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินงานตามโปรแกรมออกเป็น 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างการรับรู้ ปรับทัศนคติ และสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจากผลของการวิเคราะห์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของหน่วยบริการทั้ง 2 แห่งที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะเห็นว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องมีค่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีผลมาจากการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอศรีรัตนะได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องซึ่งจะส่งผลให้ระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องก่อนการทดลองของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันมากนัก แต่เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการติดตามรักษอย่างต่อเนื่อง เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกลดพลังอำนาจในการต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เช่น ความไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่นการนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็นระยะเวลานานหน้าห้องตรวจเป็นต้น(เยาวภา พรเอียง, 2555) ดังนั้นการให้ความรู้ด้วยกระบวนการหรือเทคนิคใหม่ ๆ รวมถึงการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย

โรคเบาหวานจึงต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องรวมถึง กิจกรรมเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว ลดความเหนื่อยล้าเป็นหน่วยจากการรักษา การรื้อตรวจ การรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ เท่าทันและเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้วิจัยได้นำมาบรรจุลงในโปรแกรมการให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ผู้ป่วยร่วมกันออกแบบ การสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่ายก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ความรู้และมีพลังใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม จนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ โทศล บุญทา (2562) ได้ใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 50 คน หลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภายหลังเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำได้ทั้งในและนอกหน่วยบริการสุขภาพ เช่นการศึกษาของ ปารณีย์ ไชธรรม (2563) ได้มีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนอกหน่วยบริการสุขภาพด้วยการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 4 ขั้นตอนตั้งแต่การสำรวจปัญหา การสะท้อนคิด การปฏิบัติตัวและการคงอยู่ของการปฏิบัติตัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยรวมและรายด้านทุกด้านสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการเยี่ยมบ้าน ไม่แตกต่างกัน ($p = .09$) แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทุกรายคืออยู่ในค่าเป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เช่นการศึกษาผลการใช้กิจกรรมกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรม การดูแล

ตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดร้อยเอ็ดของเกษร ศรีธรรมมา (2560) โดยการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ต่อการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ การอบรมให้ความรู้ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ตลอดจนการมีที่เลี้ยงเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรม การควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินของเวรดา เพ็ญบูรณ์และวิวรรธณ เกิดทอง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้สื่อผสมประกอบด้วยวีดิทัศน์ การแจ้งเตือนทางแอปพลิเคชัน การติดตามเยี่ยมบ้านและการเสริมพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนทำให้ดัชนีมวลกายและค่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงได้ ดังนั้นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่บุคลากรสาธารณสุขจะสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในหน่วยบริการปฐมภูมิได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้มากขึ้น เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น
- 2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.ได้องค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และสามารถขยายผลในการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆในหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้
- 2.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี : กองสุศึกษา
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ.
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
(2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซน์.
- โกศล บุญทา.(2566).การเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง
ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. 2566.[เข้าถึง
เมื่อ 14 เม.ย. 2567].เข้าถึงได้จาก:
[http://www.chiangmaihealth.go.th/
document/231010169690646468.pdf](http://www.chiangmaihealth.go.th/document/231010169690646468.pdf).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง
Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD
DM,HT,CVD). (ระบบออนไลน์).สืบค้นทาง
อินเทอร์เน็ต วันที่14 เมษายน 2567 แหล่งที่มา
:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/
reports/report.php?source=pformatted/
format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92
d4b1ec16a599d882b&id=29eec762c959
1d1f8092da14c7462361. (16 ตุลาคม 2565)
- เยาวภา พรเวียง และคณะ. (2555). ผลของการเสริมสร้าง
พลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าและ
คุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(2): 85-97.
- แหวตา เพ็งบุรณ์และ, วีรวรรณ เกิดทอง. (2567). ผลของ
โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการ
ควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมใน
เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกิน
คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าชนะ.
www.srth.go.th/home/research
(Vol.1 NO.1 February-December, 2024)
อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2567];
2(2): 1-13. https://srth.go.th/home/ research.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข.(2561).การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล
การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่
ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ระดับประเทศ
พ.ศ. 2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข.(2560).แผนยุทธศาสตร์การป้องกัน และ
ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 –
2564). กรุงเทพฯ:บริษัท โอโมชั่นอาร์ต จำกัด.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2554). สมาคมต่อม
ไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข,
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554).แนวทางเวช
ปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ:
บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข. (2561). การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผล
การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่
ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ.
2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรม
ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อ
แห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข, สำนักงาน
American Diabetes Association. (2011). Standards
of medical care in diabetes 2011.
Diabetes Care, 34(Supplement 1): S11-S61.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and
personal health behavior. Health education
monographs, 2, 324-473.
- Bloom BS. (1968). Learning for mastery.
Evaluation comment, 1(2). Center for the
study of evaluation of instructional programs,
University of California, Los Angeles, USA.

- Bloom, B.S. (1956).Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals handbook I: Cognitive domain. New York: McKay.
- Gray, R. E, Doan, B. D., & Church, K. (1990). Empowerment and persons with cancer: Politics in cancer medicine. Journal of Palliative Care,6: 33-45.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21: 1201-1210.
- Lemeshow S, Hosmer.(1990). D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons
- Lewin, Kurt.(1951). “Field. Theory and Learning” Ind. Cartwright Field theory in Social Science:Selected Theoretical. New York:Harper and Row.
- WHO. Non communicable diseases 2023.สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- WHO. (2019).Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

ประสิทธิผลการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ

อินทุภา ทองพันชั่ง,ส.บ.¹, สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดศรีสะเกษ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการและ 3) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 104 แห่งในจังหวัดศรีสะเกษ โดยมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 312 คน ประกอบด้วยหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ 104 คน และผู้ปฏิบัติงาน 208 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการใน 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัว การบูรณาการงาน การรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ประสิทธิผลการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ในระดับดี โดยด้านการบูรณาการงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.21$, S.D. = 0.68) รองลงมาคือด้านความสามารถในการปรับตัว ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = 0.72) ด้านการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.75) และด้านความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 0.79) ตามลำดับ โดยพบว่าหัวหน้าหน่วยบริการมีการประเมินประสิทธิผลสูงกว่าผู้ปฏิบัติงานในทุกด้าน 2) ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ การสนับสนุนจากหน่วยงานระดับสูง ($\beta = 0.42$) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ($\beta = 0.38$) การมีส่วนร่วมของชุมชน ($\beta = 0.35$) ภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วย ($\beta = 0.31$) และความพร้อมของทรัพยากรและงบประมาณ ($\beta = 0.29$) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการได้ร้อยละ 68.5 ($R^2 = 0.685$) 3) ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญ ประกอบด้วย (1) การพัฒนานโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในช่วงการเปลี่ยนผ่านหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (2) การสร้างกลไกการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (3) การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอและทันเวลาสำหรับการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (4) การพัฒนาระบบการฝึกอบรมและพัฒนา ศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง และ (5) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประสิทธิผลการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัด ศรีสะเกษและพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันโดยเฉพาะในการวางแผนพัฒนาบุคลากร การจัดสรรทรัพยากร และการสร้างความร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในระดับปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: ประสิทธิผลการบริหารจัดการ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ,

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: tuanjai_eye@hotmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: samailaprawat@gmail.com

Management Effectiveness of Primary Care Units or Primary Care Networks in Sisaket Province

Inthupa Thongpanchang,*B.P.H.*¹, Samai Laprawat,*Dr.P.H.*²

Abstract

This research aims to 1) study the management effectiveness of primary care units or primary care unit networks in Sisaket Province, 2) analyze factors affecting management effectiveness, and 3) synthesize policy recommendations for improving the management of primary care units. The study employs a mixed-method approach combining quantitative and qualitative research. The sample consists of 104 primary care units in Sisaket Province, with 312 informants, including 104 primary care unit heads and 208 staff members. Research instruments include a questionnaire assessing management effectiveness in four areas: adaptability, integration, culture maintenance, and goal achievement, and in-depth interviews with 20 executives and staff members. Data analysis involves descriptive statistics, multiple regression analysis, and content analysis.

The findings reveal that 1) the management effectiveness of primary care units is at a good level, with integration scoring the highest ($\bar{x}=4.21$, S.D.=0.68), followed by adaptability ($\bar{x}=4.15$, S.D.=0.72), culture maintenance ($\bar{x}=4.08$, S.D.=0.75), and goal achievement ($\bar{x}=4.03$, S.D.=0.79), respectively. Unit heads consistently rated effectiveness higher than staff in all areas. 2) Factors significantly affecting management effectiveness ($p<0.05$) include support from higher-level agencies ($\beta=0.42$), staff capacity development ($\beta=0.38$), community participation ($\beta=0.35$), leadership of unit heads ($\beta=0.31$), and resource and budget availability ($\beta=0.29$). These variables collectively explain 68.5% of the variance in management effectiveness ($R^2=0.685$). 3) Key policy recommendations include (1) developing clear and continuous policies to support primary care systems, especially during the transition period after transferring responsibilities to local administrative organizations; (2) creating mechanisms for integrating work between relevant agencies such as provincial health offices, hospitals, and local administrative organizations; (3) allocating sufficient and timely resources and budget for primary care unit development; (4) developing continuous training and capacity-building systems for personnel; and (5) promoting community participation in planning and delivering primary health services.

The research results can be used as guidelines for improving the management effectiveness of primary care units in Sisaket Province and other areas with similar contexts, particularly in planning personnel development, resource allocation, and building cooperation with communities and relevant agencies to enhance the quality of primary health services for the public.

Keywords: Management effectiveness, Primary care unit, Primary care unit network.

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office. Email: tuanjai_eye@hotmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office.

Email: samailaprawat@gmail.com

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพ ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนแบบองค์รวมต่อเนื่องและผสมผสานโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (World Health Organization, 2018) ในประเทศไทย การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิได้รับความสำคัญมาก ขึ้นช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโดยเฉพาะหลังจากการประกาศใช้พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยในปี พ.ศ. 2544 นำไปสู่การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน(สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ, 2562) อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมียังคงเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น การขาดแคลนบุคลากร ข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เกรียงศักดิ์ เอกพงศ์ และวงศา เลหาศิริวงศ์, 2562)

จังหวัดศรีสะเกษเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเนื่องจากมีพื้นที่กว้างขวางและมีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564) การศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง ผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ ในด้านต่อไปนี้ 1) ความสามารถในการปรับตัว 2) การบูรณาการงาน 3) การรักษาแบบแผนวัฒนธรรม 4) ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีขั้นตอนดังนี้:

1. การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง: ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

2. การพัฒนาเครื่องมือวิจัย:

2.1 แบบสอบถาม: พัฒนาแบบสอบถามเพื่อวัดประสิทธิผลการบริหารจัดการในด้านต่างๆ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง

2.2 แบบสัมภาษณ์: พัฒนาแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงลึกจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล:

3.1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามกับหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง 104 แห่ง

3.2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์

ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานจำนวน 20 คน

4.การวิเคราะห์ข้อมูล:

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน

4.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดกลุ่มประเด็น

5.การสังเคราะห์ข้อมูล: นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์ร่วมกันเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

6.การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย: นำผลการวิจัยมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามวิธีการวิจัย:

1. การวิจัยเชิงปริมาณ:

ประชากร: หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 136 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง: หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 104 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของแต่ละอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ได้ตัวแทนที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูล: หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือผู้แทน 1 คน และผู้ปฏิบัติงาน 2 คนต่อหน่วย รวมทั้งสิ้น 312 คน

2.การวิจัยเชิงคุณภาพ:

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หรือผู้แทน) 1 คน ผู้บริหารโรงพยาบาลศรีสะเกษหรือผู้แทน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด 1 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับอำเภอ 3

คน สาธารณสุขอำเภอ 3 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากประสบการณ์การทำงานและความรู้เกี่ยวกับระบบบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถาม: ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2: ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัว การบูรณาการงาน การรักษาแบบแผนวัฒนธรรม และความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย ส่วนที่ 3: ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ส่วนที่ 4: ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม แบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (5-point Likert Scale) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

แบบสัมภาษณ์: ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ 1) สถานการณ์ปัจจุบันของการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการ 3)ความท้าทายและอุปสรรคในการบริหารจัดการ 4) แนวทางการพัฒนาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ:

สถิติเชิงพรรณนา: ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

สถิติเชิงอนุมาน: ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ:

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่ข้อมูล การหาแบบแผน และการตีความ

ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล

การสังเคราะห์ข้อมูล:

นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาสังเคราะห์ร่วมกันเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-110 รับรองตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 4 กรกฎาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล (ร้อยละ 85.6) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(ร้อยละ 60.6) และรับผิดชอบประชากรระหว่าง 3,500 - 7,000 คน (ร้อยละ 55.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดศรีสะเกษ (n = 104)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ที่ตั้ง		
- นอกโรงพยาบาล	89	85.6
- ในโรงพยาบาล	15	14.4
สังกัด		
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	63	60.6
- องค์การบริหารส่วนจังหวัด	39	37.5
- อื่นๆ	2	1.9
จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ		
- น้อยกว่า 3,500 คน	25	24.0
- 3,500 - 7,000 คน	58	55.8
- มากกว่า 7,000 คน	21	20.2

1. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมจากความคิดเห็นของทั้งหัวหน้าหน่วยและผู้ปฏิบัติงานด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การบูรณาการงาน ($\bar{x} = 4.21$, S.D. = 0.68) รองลงมาคือ ความสามารถในการปรับตัว ($\bar{x} = 4.15$, S.D. = 0.72) ตามด้วยการรักษาแบบแผนวัฒนธรรม ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 0.75) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย ($\bar{x} = 4.03$, S.D. = 0.79) ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.03 - 4.21 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพการบริหารจัดการในระดับดีทั้งหมด แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดศรีสะเกษ

ด้าน	ระดับมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ)		ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ ประสิทธิผล
	หัวหน้าหน่วย	ผู้ปฏิบัติงาน			
ความสามารถในการปรับตัว	77.6	66.4	4.21	0.68	ดี
การบูรณาการงาน	80.8	71.6	4.15	0.72	ดี
การรักษาแบบแผนวัฒนธรรม	76.8	66.8	4.08	0.75	ดี
ความสามารถในการบรรลุเป้าหมาย	75.2	68.0	4.03	0.79	ดี

2. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูงสุดคือ "ภาวะผู้นำ"

2.1 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์

($r = 0.72$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ทุกปัจจัยที่ศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p < 0.001$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รองลงมาคือ "การวางแผนเชิงกลยุทธ์" ($r = 0.68$) และ "การมุ่งเน้นผู้รับบริการ" ($r = 0.65$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดในบรรดาปัจจัยที่ศึกษาคือ "ผลลัพธ์การดำเนินการ" ($r = 0.55$) ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ภาวะผู้นำ	0.72	< 0.001	***
การวางแผนเชิงกลยุทธ์	0.68	< 0.001	***
การมุ่งเน้นผู้รับบริการ	0.65	< 0.001	***
การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	0.61	< 0.001	***
การมุ่งเน้นบุคลากร	0.59	< 0.001	***
การมุ่งเน้นการปฏิบัติ	0.57	< 0.001	***
ผลลัพธ์การดำเนินการ	0.55	< 0.001	***

หมายเหตุ $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

2.2 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ สามารถอธิบายได้ว่าทุกปัจจัยที่นำเสนอในตารางมีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p < 0.001$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ "การสนับสนุนจากหน่วยงานระดับสูง" ($\beta = 0.42$) รองลงมาคือ "การพัฒนาศักยภาพบุคลากร" ($\beta = 0.38$) และ "การมีส่วนร่วมของชุมชน" ($\beta = 0.35$)

"ภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วย" ($\beta = 0.31$) และ "ความพร้อมของทรัพยากรและงบประมาณ" ($\beta = 0.29$) ก็มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โมเดลนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของประสิทธิผลการบริหารจัดการได้ 68% ($R^2 = 0.68$) ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่ค่อนข้างสูง พบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลการบริหารจัดการ

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (β)	t	p-value	ระดับนัยสำคัญ
การสนับสนุนจากหน่วยงานระดับสูง	0.42	5.67	< 0.001	***
การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	0.38	4.92	< 0.001	***
การมีส่วนร่วมของชุมชน	0.35	4.45	< 0.001	***
ภาวะผู้นำของหัวหน้าหน่วย	0.31	3.89	< 0.001	***
ความพร้อมของทรัพยากรและงบประมาณ	0.29	3.56	< 0.001	***

หมายเหตุ p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

3.การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

3.1 นโยบายด้านการพัฒนาภาวะผู้นำ โดยการจัดอบรมพัฒนาทักษะภาวะผู้นำให้แก่ผู้บริหารทุกระดับในหน่วยบริการปฐมภูมิ สร้างระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) เพื่อสนับสนุนผู้บริหารรุ่นใหม่ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมิต่างๆ

3.2 นโยบายด้านการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับสูง กำหนดแนวทางการสนับสนุนที่ชัดเจนจากหน่วยงานระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อให้การสนับสนุนแก่หน่วยบริการปฐม

ภูมิอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนเพื่อปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

3.3 นโยบายด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan) ส่งเสริมการฝึกอบรมและการศึกษาต่อเนื่องในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการบริการปฐมภูมิ สร้างระบบแรงจูงใจและความก้าวหน้าในอาชีพสำหรับบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ

3.4 นโยบายด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนในทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาโครงการสุขภาพชุมชนที่ชุมชนมี

ส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ จัดเวที
ประชาคมสุขภาพระดับตำบลเป็นประจำทุกปี

3.5 นโยบายด้านการจัดสรรทรัพยากรและ
งบประมาณพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณที่
สอดคล้องกับภาระงานและบริบทของพื้นที่ ส่งเสริมการ
ระดมทุนและการสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนและ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งกองทุนพัฒนาหน่วย
บริการปฐมภูมิระดับจังหวัด

3.6 นโยบายด้านการพัฒนาระบบข้อมูลและ
เทคโนโลยีสารสนเทศ พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง
สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับระบบ
สุขภาพอื่นๆ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการ
ให้บริการและการบริหารจัดการ จัดอบรมการใช้
เทคโนโลยีสารสนเทศให้แก่บุคลากรทุกระดับ

3.7 นโยบายด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ
กำหนดมาตรฐานคุณภาพบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับ
บริบทของพื้นที่ ส่งเสริมการทำวิจัยและพัฒนา
นวัตกรรมในการให้บริการปฐมภูมิ จัดให้มีการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวปฏิบัติที่ดี (Best Practices)
ระหว่างหน่วยบริการ

สรุปและอภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ผลการวิจัย
แสดงให้เห็นว่าหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดศรีสะเกษ
มีประสิทธิภาพการบริหารจัดการอยู่ในระดับดี
โดยเฉพาะในด้านการบูรณาการงานและความสามารถในการปรับตัว สอดคล้องกับแนวคิดของ Hoy and Miskel (2001) ที่เน้นความสำคัญของการปรับตัวของ
องค์กรต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม
ยังมีช่องว่างระหว่างหัวหน้าหน่วยและผู้ปฏิบัติงานใน
ทุกด้าน ซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างในบทบาทหน้าที่
และการเข้าถึงข้อมูล

2. ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหาร
จัดการ การสนับสนุนจากหน่วยงานระดับสูงและการ
พัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อ
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ สอดคล้องกับงานวิจัย

ของ สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2562) ที่พบว่า
การสนับสนุนจากส่วนกลางและการพัฒนาบุคลากรเป็น
ปัจจัยสำคัญในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ การมี
ส่วนร่วมของชุมชนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อ
ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Starfield et al.
(2005) ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

3. ข้อท้าทายและโอกาสในการพัฒนา แม้ว่า
หน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดศรีสะเกษจะมี
ประสิทธิภาพการบริหารจัดการในระดับดี แต่ยังมี
ข้อท้าทายในการพัฒนา เช่น การขาดแคลนบุคลากร
เฉพาะทาง และข้อจำกัดด้านงบประมาณ การถ่ายโอน
ภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นทั้งโอกาส
และความท้าทายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิใน
อนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. พัฒนานโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องใน
การสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะในช่วง
การเปลี่ยนผ่านหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น

2. สร้างกลไกการบูรณาการการทำงาน
ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น

3. จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณให้
เพียงพอและทันเวลาสำหรับการพัฒนาหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
วางแผนและจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. พัฒนาระบบการฝึกอบรมและพัฒนา
ศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการพัฒนา
ทักษะที่จำเป็นสำหรับการให้บริการปฐมภูมิ

2. สร้างระบบการประสานงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้ภายในและระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการปฐมภูมิ เช่น ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลกระทบของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อประสิทธิภาพการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดศรีสะเกษ
3. ศึกษาความพึงพอใจและความต้องการของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. วิจัยเปรียบเทียบประสิทธิผลการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิระหว่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ทอง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายวิสิทธิ์ศักดิ์ พิริยานนท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผู้บริหารและบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดศรีสะเกษทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณ นายแพทย์ นิมิตร เลิศพัฒนสุวรรณ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลศรีสะเกษ นายแพทย์สมชาย ภาณุมาสวิวัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีห์ นายอรรถวุฒิ ชาร์ผล สาธารณสุขอำเภอราชสีห์ นายแพทย์ชำนาญ สมมิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย นายศุภรัชต์

ผาธรรม สาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ตลอดการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. (2563). รายงานสถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ปี 2563. นนทบุรี: สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ.
- ประสิทธิ์ สิริพันธ์, เพ็ญประภา ศิริโรจน์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2561). การประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(1), 87-98.
- เกรียงศักดิ์ เอกพงศ์ และวงศา เลขาศิริวงศ์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(3), 119-137.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). รายงานการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ. (2562). การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย: บทเรียนและข้อเสนอเชิงนโยบาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 13(3), 225-237.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ:
สำนักนายกรัฐมนตรี.

- Hone, T., Macinko, J., & Millett, C. (2018).
Revisiting Alma-Ata: what is the role of
primary health care in achieving the
Sustainable Development Goals?. The
Lancet, 392(10156), 1461-1472.
- Hoy, W. K., & Miskel, C. G. (2001). Educational
administration: Theory, research, and
practice (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kraef, C., & Kallestrup, P. (2019). After the
Astana declaration: is comprehensive
primary health care set for success this
time?. BMJ Global Health, 4(1), e001871.
- Pettigrew, L. M., De Maeseneer, J., Anderson,
M. I. P., Essuman, A., Kidd, M. R., & Haines,
A. (2015). Primary health care and the
Sustainable Development Goals. The
Lancet, 386(10009), 2119-2121.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005).
Contribution of primary care to health
systems and health. The Milbank Quarterly,
83(3), 457-502.
- World Health Organization. (2018). Declaration
of Astana. Geneva: World Health
Organization.
- World Health Organization and United Nations
Children's Fund (UNICEF). (2020).
Operational framework for primary health
care: transforming vision into action.
Geneva: World Health Organization and
United Nations Children's Fund (UNICEF).

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย

บุญโฮม ทิพย์สมบัติ,ป.พย.¹.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรงจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลบึงบูรพ์ ในช่วงเวลาระหว่าง 10 พฤศจิกายน 2566 – 11 มกราคม 2567 ศึกษาด้วยการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 รายเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรงระดับสูง โดยรายที่ 1 เป็นชายไทย อายุ 33 ปี มีพฤติกรรมทำร้ายบุคคลอื่น รายที่ 2 เป็นชายไทยอายุ 18 ปี มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและยาควบคุมอารมณ์เหมือนกัน การสร้างสัมพันธภาพและการให้คำปรึกษา ทั้งผู้ป่วยและญาติ เกิดความไว้วางใจและยอมรับในตัวผู้ป่วย เพื่อให้สามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ หลังให้การรักษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยังควบคุมอารมณ์ได้น้อย มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพยาเสพติดและมีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำอีก จากปัจจัยบุคลิกภาพที่ผิดปกติที่มีผลจากยาเสพติด การถูกครอบครัวปฏิเสธและการกลับไปอยู่ในชุมชนที่มียาเสพติด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อให้ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมการดูแล เผื่อระวังอย่างต่อเนื่องและป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำ

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้า, พฤติกรรมรุนแรง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email : mudmee2005@gmail.com

Nursing care of patients with amphetamine addiction who have Violent behavior : 2 case studies

Boonhom Thipsombat,*Dip in N.EQU BN.*¹,

Abstract

This case study was a comparative study of nursing care for 2 violent methamphetamine addicts who were admitted as inpatients at Buengbun Hospital during November 10, 2023, and January 11, 2024. This case study used Gordon's health assessment model, including the 5-step nursing process and related nursing theories.

The results of the comparative study showed that both methamphetamine addicts had a high level of violent behavior. Case 1 was a 33-year-old, Thai male who had a history of harming others. Case 2 was an 18-year-old, Thai male who had repeated self-harm. Both patients received the same antipsychotic and mood stabilizer treatment. Relationship building and counseling were conducted for both patients and relatives, resulting in trust and acceptance of the patients so that they could be discharged back home to their families. After treatment, it was found that both cases still had poor emotional control and were at risk of returning to narcotic use, addiction, and violent behavior. Due to abnormal personality factors resulting from narcotics, family rejection, and returning to a community with narcotics, it was necessary to refer them to network partners to participate in continuous care, monitoring, and prevention of recurrence of violence.

KEYWORDS: Nursing care for patients addicted to methamphetamine , violent behavior

¹ Registered Nurse, Professional level, Buengbun Hospital, Sisaket Province Email: mudmee2005@gmail.com

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงจำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อย 4 อันดับโรคได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวชยาเสพติด การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ยาเสพติดมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเองการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาระโรคและความสูญเสียของสังคมไทย

ยาบ้า (amphetamine) มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงเมื่อเทียบกับยาเสพติดชนิดอื่น เป็นยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการหลั่ง Catecholamine โดยเฉพาะ Norepinephrine ตำแหน่งที่ออกฤทธิ์ส่วนใหญ่อยู่บริเวณ Cerebral cortex และ Reticular activating system มีฤทธิ์กระตุ้นทั้ง α และ β Receptors โดยตรงเป็นผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงได้ อาจเกิดภาวะฉุกเฉินได้ทั้งในช่วงเสพและหยุดเสพ หากเสพปริมาณที่สูงและเป็นเวลานาน ทำให้สมองส่วนควบคุมอารมณ์ ควบคุมพฤติกรรม จะทำงานได้น้อยลง การยับยั้งชั่งใจลดลง ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรง นอนไม่หลับ หงุดหงิด ขาดเหตุผล หลงผิด ประสาทหลอน หลงลืม จำอะไรไม่ได้ เพ้อคลั่ง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วน ภายใต้ข้อจำกัดของเวลา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของทุกฝ่าย การประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggressive Scale) การพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของ เพพพลาว การพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งชุมชน เข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป

โรงพยาบาลบึงบูรพ์ มีรายงานผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 2566 จำนวน 45 ราย ยาเสพติดหลักที่ใช้เป็นยาบ้านอกจากนั้นยังพบว่าผู้กลับไปเสพซ้ำและมีพฤติกรรมรุนแรง จากข้อมูลการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมีผู้ป่วยยาเสพติดมีพฤติกรรมรุนแรงเข้ารับการรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน 3 ราย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 4 ราย ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวถ้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อหรืออันตรายถึงแก่ชีวิต นอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน ทั้งด้านความปลอดภัยและความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาตลอดจนการดูแลให้การพยาบาล ส่งผลให้เกิดปัญหายุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ พฤติกรรมรุนแรง
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง

วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเปรียบเทียบ 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงจากการเสพยาบ้า ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบึงบูรพ์ ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2567 มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ข้อมูลการซักประวัติ ข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย รวมถึงการติดตามเยี่ยมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพ และวางแผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลของ เพพพลาวร่วมกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การรักษาของแพทย์ วางแผนทางการพยาบาล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การจำหน่าย โดยหลัก D-METHOD ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลบึงบูรพ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมการวิจัย

กรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-018 วันที่รับรอง 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 หมดอายุวันที่ 7 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 โดยผู้ศึกษาคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเคารพในบุคคล (Respect for person) คือให้เกียรติและเคารพในการตัดสินใจของผู้เป็นกรณีศึกษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับการรายงานผลการศึกษานำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชายอายุ 33 ปี ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรส โสด อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 จำหน่ายวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ.2566 ระยะวันนอน 4 วัน การวินิจฉัยโรค 1) Acute psychosis 2) Amphetamine use

กรณีศึกษารายที่ 2 เพศชายอายุ 18 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา สถานภาพสมรส โสด อาชีพว่างงาน ภูมิลำเนา อำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567 จำหน่ายวันที่ 11 มกราคม 2567 ระยะวันนอน 2 วัน การวินิจฉัยโรค 1) Multiple laceration wound both finger 2) Hypokalemia 3) Acute fever 4) Amphetamine use 5) สาเหตุภายนอก ทำร้ายตนเองด้วยการชกกระຈ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยเสพยาบ้าที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2 ราย มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ถึงตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	1 วันก่อนมาทะเลาะกับน้ำชายและจะไข้มีดี แผลมทำร้ายน้ำชาย และทำลายสิ่งของในบ้านญาติจึงแจ้งตำรวจนำส่งโรงพยาบาล	20 นาที่ก่อนมา ชกกระຈมีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้งสองข้าง
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	2 สัปดาห์ก่อนมา เสพยาบ้า ไม่ยอมนอนเห็นภาพหลอนและ หงุดหงิด ที่ญาติพุดจาเสียดสี เรื่องการใช้ยาเสพติด และทำลายข้าวของภายในบ้าน 1 วันก่อนมาทะเลาะกับญาติและทำร้ายญาติ โดยการไข้มีดีแผลม ญาติจึงแจ้งตำรวจนำส่งโรงพยาบาล	20 นาที่ก่อนมามีอาการหงุดหงิดแล้ว ชกกระຈมีแผลฉีกขาดที่มือทั้งสองข้าง กลับมารับการรักษาเข้าด้วยทำร้ายตนเองไข้มีดีชกกระຈมารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนมา 8 ชั่วโมง และได้รับการเย็บแผลในเวรตึก
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	มีประวัติ Thalassemia ได้รับการผ่าตัดม้ามเมื่ออายุ 11 ปี	ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่เคยแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัด
ประวัติการใช้สารเสพติด	เริ่มดื่มสุราเมื่อ 17 ปี เมื่ออายุ 23 ปี มีประวัติการใช้ยาเสพติดและเข้ารับการบำบัดและถูกดำเนินคดีบ่อยครั้ง เคยหยุดเสพยาด้วยตนเองแต่มีปัญหาในครอบครัวจึงกลับไปเสพยา	มีประวัติการใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุ 14 ปี เคยเข้ารับการบำบัดและหยุดเสพยาเสพติดด้วยตนเองแต่มีอาการหงุดหงิดจึงกลับมาเสพยา มีประวัติการใช้กัญชาและดื่มสุราพร้อมด้วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการแรกเริ่ม	แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หงุดหงิดไววาย ปฏิเสธ อาการผิดปกติไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการ รักษา ถามคำตอบคำ ประเมิน OAS = 3 คะแนน V/S BT= 36.6 °C ,PR = 116 /min , RR = 20 /min BP= 120/88 mmHg	แรกเริ่มรู้สึกตัวดี มีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้งสอง ข้าง ดูท่าทางหงุดหงิด พูดเสียงดัง ประเมิน OAS =3 คะแนน มีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้งสอง ข้าง V/S BT= 39 °C , PR= 116 /min , RR 20 /min BP = 125/79 mmHg

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 33 ปี 1วันก่อนมา ทะเลาะกับน้ำชาย และจะทำร้ายน้ำชายด้วย มีดปลายแหลม ทำลายสิ่งของในบ้าน เมื่อ เครียดหรือหงุดหงิดหรือมีปัญหาใน ครอบครัวจะเสพยาบ้า จากประเมินแบบ แผนสุขภาพของกอร์ดอนพบว่า มีแบบแผน สุขภาพผิดปกติได้แก่ 1).แบบแผนการนอน หลับพักผ่อน 2).แบบแผนการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ 3).แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 4). แบบแผน การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด 5).แบบแผนคุณค่าและความ เชื่อผิดปกติ มีการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้มี พลังอำนาจเหนือคนธรรมดา 2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง เจ้าหน้าที่ตำรวจนำส่ง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้ เรื่อง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เอะอะ ไววาย ยังมีพฤติกรรมก้าวร้าว ทางคำพูด ประเมิน OAS(Overt aggressive scale) = 3 คะแนน ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อยากกลับ บ้าน บอกว่าตัวเองไม่ได้เป็นอะไร ควบคุม อารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหูแว่ว ภาพหลอน BT= 36.6 °C ,PR = 116 /min , RR = 20 /min BP= 120/88 mmHg	1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 18 ปี 20 นาทีก่อน มา ชกกระຈกมีแผลฉีกขาดที่นิ้วมือทั้ง สองข้าง กลับมารักษาซ้ำด้วยทำร้าย ตนเอง เสพยาบ้าเพื่อความสนุกและ เมื่อเครียดหรือหงุดหงิดเพื่อช่วยให้ ผ่อนคลายอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ทะเลาะกับปู่และ ย่าบ่อยครั้งมีแบบแผนสุขภาพผิดปกติ ได้แก่ 1).แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน 2). แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโน ทัศน์ 3).แบบแผนบทบาทและ สัมพันธภาพ 4). แบบแผนการปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด 2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอารมณ์ หงุดหงิด พูดเสียงดัง มีแผลฉีกขาดที่ มือทั้งสองข้าง เข้ามารับการรักษาด้วย ตนเอง ประเมิน OAS(Overt aggressive scale) = 3 คะแนน จาก ประวัติทำร้ายตนเองและกลับมารักษา ซ้ำ ควบคุมอารมณ์ได้น้อย ปฏิเสธหู แว่ว ภาพหลอน V/S BT= 39 °C , PR= 116 /min , RR 20 /min BP = 125/79 mmHg	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีแบบแผนการ ดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเมื่อมี ความเครียดมักใช้สารเสพติดช่วยให้ ผ่อนคลายและช่วยหลีกเลี่ยงปัญหา มี การใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน มี ลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความ ขัดแย้งกับครอบครัว มีบทบาทใน ครอบครัวและชุมชนน้อย ไม่ได้รับ การยอมรับในสังคม ขาดความ ภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง เมื่อมีสิ่งมากระทบ มี พฤติกรรมทำร้ายบุคคลอื่นหรือ ทำลายข้าวของ และทำร้ายตนเอง กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีประวัติ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงประเมิน OAS = 3 คะแนน รายการที่ 1 มี ความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่นมากกว่า รายการที่ 2 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่ เกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำเนื่องจาก บุคลากรให้ความสำคัญกับการซัก ประวัติที่ครอบคลุม และการติดตาม เฝ้าระวังให้การบำบัดรักษาได้ตรง ปัญหาและความต้องการเฉพาะราย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา(ต่อ)

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.แผนการรักษาของแพทย์ - CBC ,BUN , Cr, Electrolyte,Ca, Mag, Phosphorus, , LFT, DTX,Urine Methamphetamine - Haloperidol 5 mg IM for aggression - Valium 10mg IV for agitation /insomnia - On Heplock - LoraZepam 1 mg 1 x hs - Haloperidol 2 mg 1 x hs - Artane 2 mg 1 x hs - Folic acid 5 mg 1x1 pc D/C F/U 1 week + urine amphetamine <u>Home Med</u> - LoraZepam 1 mg 1 x hs #10 tab - Haloperidol 2 mg 1 x hs #10 tab - Artane 2 mg 1 x hs #10 tab - Folic acid 5 mg 1x1 pc #10 tab	3.แผนการรักษาของแพทย์ - CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, Mag, Phosphorus , LFT Test, , Urine Methamphetamine, U/A - CXR PA upright - 0.9 % NSS 1000 ml V drip 80 ml/hr. - suture+dressing wound at ER - Haloperidol 5 mg M for aggression - Valium 10mg IV for agitation /insomnia - KCL Elixirs 30 ml state - Haloperidol (5mg) 1 x hs - Haloperidol (2mg) 1x1 pc - Artane (2 mg) 1x hs - Lorazepam (1mg) 1 tab hs - Paracetamol 500mg 1 x prn - Vitamin B. complex 1x2 pc - Ceftriaxone 2 gm IV OD D/C F/U 1 Week Dresing Wound OD ตัดไหมตามนัด <u>Home Med</u> - Augmentin 1x2 pc # 8 - Paracetamol (500 mg) 1 tab prn #10 - Vitamin B complex 1x2 pc #20 - Haloperidol (5mg) 1xhs # 10 - Haloperidol (2mg) 1x1 pc เข้า #10 - Artane (2 mg) 1xhs #10 - Lorazepam (1mg) 1 tab hs #10	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐาน การบำบัดผู้ติดยาเสพติด ผลการตรวจ Urine Methamphetamine Positive การรักษาภาวะฉุกเฉิน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือการให้ยา ระวังการก้าวร้าวรุนแรงให้ผู้ป่วยสงบ มีการจำกัดพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดอาการ คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนใกล้ชิด และ ทำลายข้าวของโดยต้องทำอย่าง เร่งด่วนภายใต้สถานการณ์ของความ ฉุกเฉินและข้อจำกัดของเวลา มีการ เฝ้าระวังเมื่อเกิดอาการข้างเคียง ให้ ได้ยาระงับอาการอย่างต่อเนื่อง ทั้ง สองรายไม่มีพฤติกรรมที่รุนแรงซ้ำ กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการเย็บแผลที่ห้องอุบัติเหตุได้รับ KCL Elixirs 30 ml 1 dose เพื่อแก้ไขภาวะโปแตสเซียมในเลือด ต่ำ ทั้ง 2 รายได้รับการจำหน่ายและ นัดตรวจซ้ำ 1 สัปดาห์ และได้รับยา รักษาทางจิตเวชต่อเนื่อง เป็น ระยะเวลา 10 วัน ได้ส่งต่อพยาบาล จิตเวชและยาเสพติดเพื่อให้ได้รับการ ติดตามต่อเนื่องในชุมชนรวมทั้ง นำเข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง กรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลเย็บ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
1.เสี่ยงต่อการทำร้าย บุคคลอื่น ทำลายข้าว ของและอาคารสถานที่ เนื่องจากพฤติกรรม รุนแรงและไม่ไว้วางใจ บุคคลอื่น	1.เสี่ยงต่อการทำ ร้ายตนเองซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยเสพ ยาบ้าและมี พฤติกรรมก้าวร้าว	1. ประเมิน ความ คิ ด อ ร ม ณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่นทำลายข้าวของและอาคาร สถานที่ เพื่อทราบความรุนแรง และ เตรียมการป้องกันได้ทันทั่วทั้ง 2.จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่ง กระตุ้น ไม่มีสิ่งกีดกัให้เกิดอันตรายต่อ ผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของ แหลมของมีคม น้ำยาเคมียา เป็นต้น 3.สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความเข้าใจ ฟังอย่างตั้งใจ สงบและมีความรู้สึก ปลอดภัย 4.เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อน ให้การพยาบาล ใช้น้ำเสียงที่ นุ่มนวล มั่นคงและชัดเจน 5. การประเมินความรุนแรงที่เป็น สัญญาณเตือน ของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพูด 6. เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้าย ตนเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน 7.ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว และให้ การรักษาตามแนวทาง 8.รายงานแพทย์ ดูแลการให้ยาและ ผลข้างเคียงจากการใช้ยา 9.จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย เพื่อป้องกัน อันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยผูกมัดผู้ป่วย	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ประเมิน OAS = 3 คะแนน ยังแสดงออกทางคำพูด ที่รุนแรง หงุดหงิดต่อต้าน ได้ให้กา รักษาโดยฉีดยา -Haldol 5 mg IM prn for agitation ,Valium 10 g IV prn for agitation/insomnia และ ทำการผูกมัด หลังให้การรักษา ยังมี อาการ หงุดหงิดก้าวร้าวระดับน้อยถึงปาน กลาง ได้สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ประเมิน OAS ซ้ำ = 2 คะแนน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	1. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้ง ก่อนให้การพยาบาล 2. แจ้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อผูกมัดผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ 3. เตรียมบุคลากรให้เพียงพอ ได้แก่ ตำรวจ คนงาน พยาบาล 4. ดูแลความปลอดภัยของบุคลากร 5. ดำเนินการผูกมัดแบบ 4 จุด คือ ผูกยึดบริเวณข้อเท้าก่อนและผูกยึดบริเวณข้อมือ 2 ข้าง 6. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกมัดสามารถเคลื่อนไหวได้ การผูกมัดต้องหลวมให้ 1 – 2 นิ้ว สอดใต้ผ้าได้ แขน ขา ต้องไม่บิดเบี้ยว ขณะให้การผูกมัดได้คำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกิดประโยชน์ผู้ป่วยเสมอ 7. ประเมินอาการทุก 15 – 30 นาที 8. คลายผ้าผูกมัดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผิวหนังและข้อบริเวณที่ผูกมัด ให้มีการไหลเวียนโลหิตและการเคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ 9. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 – 2 ชั่วโมง 10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะ หรืออุจจาระตามที่ต้องการ 11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 12. คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบและยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและ บุคคลอื่น	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ปฏิบัติตามแนวทางผูกมัด จัดสถานที่ให้อยู่ใกล้ที่ทำงานพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอันตรายที่จำเกิดขึ้นและทำการยุติการผูกมัดทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการสงบหรือสามารถควบคุมอารมณ์ได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชเนื่องจากได้รับยาชนิดฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	3.เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชเนื่องจากได้รับยาชนิดฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง	1.ดูแลเฝ้าระวังการให้ยา Haloperidol 5 mg IM stat ,Valium 10 mg IV และให้ยาลดอาการข้างเคียง Artane 2 mg ตามแผนการรักษา 2. ประเมินอาการข้างเคียงที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หายใจลำบาก กลืนลำบาก หัวใจเต้นไม่ปกติ หายใจ มีอาการสั่น เหงื่ออ่อนเพลีย ผิดปกติ แพ้ยา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา 5. ประเมินสัญญาณชีพ พิจารณารายงานแพทย์ทราบเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการได้รับยา 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ใช้ลิปสติคมันทาริมฟีปาก รับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ขณะลุกนั่ง หรือเปลี่ยนจากนอนมาเป็นนั่งหรือยืน 7. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ระวังการเกิดอุบัติเหตุ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง คือ ภาวะง่วงนอนและนอนหลับ Vital signs กรณีศึกษาที่ 1 BT=36.8 °C PR=100/min RR=20 /min BP 138/80 mmHg O₂sat 99 % กรณีศึกษาที่ 2 BT=36.3 °C PR=70 /min RR=20 /min BP 100/60 mmHg O₂sat =98 % หลังตื่นนอนกรณีศึกษาทั้ง 2 รายสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีเดินเซ อาการสงบ รับประทานยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวชได้ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างบำบัดรักษา
4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุความรู้สึกที่ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 3. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง เสริมแรง เสริมพลังความสามารถที่มี เพื่อให้สร้างความเข้มแข็งในจิตใจ	กรณีศึกษารายที่ 1 มารดาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล มารดายังรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วยเนื่องจากถูกทำร้ายบ่อยจึงไม่อยากให้ผู้ป่วยกลับบ้านทำให้เหนื่อยใจรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกความห่วงใยที่มีต่อกัน เพื่อความเข้าใจกันและเพิ่มคุณค่าใน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	4.มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ	4. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่างๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเอง หลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ 5. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น ให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยเฉพาะในด้านบวกที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย มีโอกาสได้แสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน	ตนเอง กรณีศึกษารายที่ 2 มีมาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ยังมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ยังอยากทำสิ่งที่ดี อยากมีงานทำเพื่อไม่ให้เป็นการของครอบครัว
5 แบบแผนการเผชิญ ปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	5.แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม	1.ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2.ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิมๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีตและส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น 3.แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียทางเลือกได้เหมาะสม 4. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิหรือการผ่อนคลาย ชมเชย ให้กำลังใจ เสริมแรงในทางบวก 5.ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการความเครียดได้	กรณี ศักดิ์ศึกษารายทั้ง 2 ราย มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ประกอบกับใช้ยาเสพติดเป็นเวลานาน ทำให้สมองสูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถรู้คิด ตัดสินใจได้บนพื้นฐานความจริง ลดลง หงุดหงิดก้าวร้าวง่าย จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ด้วยยาและเข้ารับการบำบัดในชุมชนแบบชุมชนล้อมรั้ว เพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขณะจำหน่ายไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว
6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	6 .เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย 2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด มีผลกระทบต่อร่างกาย ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคม ตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงในกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง จากประวัติเคยพยาบาลหยุดยาเสพติดด้วยตนเองหลายครั้ง เนื่องจากจากสภาพทางจิตใจ บุคลิกภาพรวมถึงสภาพแวดล้อม ที่มียาเสพติดใน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
6. เสี่ยงต่อการ กลับไปเสพยาเสพติด ซ้ำเนื่องจากขาด แรงจูงใจในการเลิก ยา	6 .เสี่ยงต่อการ กลับไปเสพยาเสพติด ซ้ำเนื่องจากขาด แรงจูงใจในการเลิก ยา	3. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อเสียของการใช้ยา เสพติ ด ะ ร ฐ ์ น ั้ ห ุ ด ถึ ง ก าร เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัวผู้ป่วย เอง 4. แนะนำวิธีการป้องกันการกลับไป เสพซ้ำ เช่น การทำงานอดิเรกที่ตนเอง สนใจ การช่วยครอบครัวทำงาน 5.สอนทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อน การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ 6. ให้กำลังใจผู้ป่วยที่สามารถบอก ทักษะการปฏิเสธและหลีกเลี่ยงการ กลับไปเสพยาซ้ำได้	ชุมชน ทำให้ไม่สามารถหยุดใช้ยา เสพติได้ ได้ให้ความรู้ ให้กำลังใจ ผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยา เสพติซ้ำกรณีศึกษาที่ 2 มีแรงจูงใจ เลิกเสพยาเพื่อไม่ให้เป็นภาระของ ครอบครัวกรณีศึกษาที่ 1 ขาดการ ยอมรับจากครอบครัว จึงมีโอกาสที่ จะกลับไปเสพซ้ำ เนื่องจากเป็นการ เข้ารับการรรักษาในโรงพยาบาลใน ช่วงเวลาอันสั้น จึงต้องเตรียมต้องส่ง ต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน
7 ญาติวิตกกังวล เนื่องจากเคยถูก ผู้ป่วยทำร้ายและไม่ ต้องการรับผู้ป่วย กลับบ้าน		1.ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการก้าวร้าวหวาดระแวง และวิธีจัดการกับอาการดังกล่าว 2.แนะนำการประเมินสัญญาณเตือน การเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การ กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ หงุดหงิดไม่นอน ส่งเสียงดัง ช่มชู่จะทำร้ายคนอื่น เป็น ต้น 3. เมื่อพบว่า มีสัญญาณเตือนให้แจ้ง เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือตำรวจเพื่อ ดูแลช่วยเหลือทันที 4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดง ความเข้าใจกันกระตุ้นการมีส่วนร่วม ในครอบครัว 5. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจใน สถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ ผู้ป่วยมีทักษะ ในการทำความเข้าใจ ปัญหาและดูแลด้านจิตใจของตนเอง อย่างเหมาะสม	กรณีศึกษารายที่ 1 ญาติญาติเกิด ความเบื่อหน่ายหวาดกลัวจึงขอให้ อยู่โรงพยาบาลนาน ๆ ปฏิเสธไม่ ยินยอมให้กลับสู่ชุมชนจาก จึงได้ ประสานพยาบาลจิตเวชจึงต้องให้ คำปรึกษา และสร้างความมั่นใจ ให้กับญาติไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและช่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ และปรับตัวเข้าหากัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลเกิด จากการทำร้าย ตนเองนิ้วมือทั้งสอง ข้าง	7.เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลเกิด จากการทำร้าย ตนเองนิ้วมือทั้งสอง ข้าง	1.ประเมินแผล และลักษณะทั่วไปของ แผล 2.บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 - 6 ชั่วโมง 3. ล้างแผลด้วยหลัก Aseptic technique วันละ 1 ครั้ง บันทึก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของแผล 4.ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm. iv ODและสังเกตอาการข้างเคียงของยา 5.ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแล บาดแผลให้มาทำแผลทุกวันและตัด ไหมเมื่อครบ 7 วัน และไม่ให้แผลเปื่อย น้ำ	กรณีศึกษารายที่ 2 มีแผลจากการ ทำร้ายตนเองซ้ำเสี่ยงต่อแผล ติดเชื้อได้รับการเย็บแผลที่ห้อง อุบัติเหตุการจากประเมินบาดแผล ตลอดระยะเวลาที่รับการรักษาใน โรงพยาบาลไม่พบอาการของการ ติดเชื้อได้ให้คำแนะนำการดูแล บาดแผลการกลับมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจดี
	8.เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากมีภาวะโป แตสเซียมในเลือดต่ำ	1.สังเกตอาการเหนื่อยเพลียใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด 2.บันทึกสัญญาณชีพทุก 2 - 4 ชั่วโมง 3.จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มี กิจกรรมเท่าที่จำเป็นระวังอุบัติเหตุ 4.แนะนำญาติให้จัดหาผลไม้ที่มีโป แตสเซียมสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น มะละกอ กุ้ง ส้ม องุ่น เป็นต้น 5.บันทึกสารน้ำเข้าออก เพื่อประเมิน ความสมดุล ของระดับ เกลือแร่ใน ร่างกาย 6.ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการ รักษา 7.ดูแลให้ได้รับยา KCL Elixirs 30 ml ตามแผนการรักษา	กรณีศึกษารายที่ 2 มีระดับโป แตสเซียมในกระแสเลือด 3.24 mmol/L ดูแลให้ได้รับ KCL Elixirs 30 ml 1 dose state ให้คำแนะนำ การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อรับประทานผลไม้ที่มีโปแต สเซียม ผู้ป่วยเข้าใจดีบอกชนิดของ ผลไม้ที่หาได้ในท้องถิ่นได้ อาการ เหนื่อยอ่อนเพลียลดลง
8.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	9.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	1.ให้ความรู้และประเมินความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยและญาติ 2.วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการ จำหน่าย D METHOD D- Diagnosis ให้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผลกระทบของยาเสพติด การ ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การกลับไปเสพซ้ำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความรู้และ เข้าใจ แผนการรักษาและการ ปฏิบัติตัว โดยกรณีศึกษาที่ 1 ได้ให้ คำปรึกษาแก่ญาติให้เกิดความ มั่นใจในความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วย จำหน่ายกลับบ้าน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล(ต่อ)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
8.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	9.การวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยตาม หลัก D -METHOD	M - Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อระวังและ อาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา E – Environment แนะนำการจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้นที่มีอยู่ในบ้าน และวัตถุที่เป็น อันตราย T - Treatment แนะนำการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แนะนำ การปฏิบัติตัว การช่วยเหลือจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง H- Health แนะนำการพักผ่อนอย่าง เพียงพอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพแบบ 3 อ 2 ส. O - Out patient แนะนำการมารับ การตรวจตามนัด การขอความ ช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน 1669 D – Diet การรับประทานอาหารที่ เหมาะสม	

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพยาบ้าเหมือนกัน ซึ่งทั้งสองรายประเมินจากประวัติและพฤติกรรม ประเมิน OAS = 3 คะแนน ผลการตรวจ Urine Amphetamine ให้ผลบวกทั้ง 2 ราย กรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะทางกายคือมีผลที่นิ้วมือทั้งสองข้างจากการทำร้ายตนเอง และภาวะ Hypokalemia กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้สารเสพติดหลักคือยาบ้า เพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและหลีกเลี่ยงปัญหา มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งในครอบครัว มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หลังการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต ทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทาน เพื่อควบคุมอารมณ์

ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น กรณีศึกษารายที่ 1 ยังมีความกดดันจากการที่ครอบครัวปฏิเสธ ทำให้ระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากรณีศึกษารายที่ 2 ได้ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเพื่อเพิ่มการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติจนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องผู้ที่ใช้ยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัวและสังคม พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะความรู้และความสามารถสูงในการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งระยะฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่อง และเตรียมจำหน่าย โดยการให้การบำบัดควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการให้คำปรึกษา

การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการวิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด โดยให้การดูแลในลักษณะทีมวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ชุมชน ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้กำลังใจ แก้ไขความวิตกกังวล เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี มีการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดโดย พยาบาลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการ สร้างสัมพันธ์ภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พุดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลและแก้ปัญหา มีความหวังกำลังใจ ให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤติของชีวิต เชื่อมประสานชุมชน และภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพายาเสพติด สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะให้มี ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ยาเสพติดที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

2. ควรนำผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อจัดทำ แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบและ แนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐาน

3. ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตร เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อพัฒนา ศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ถึงระบบ บริการสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การศึกษารูปแบบ การบำบัดรักษา การพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ใช้ยา และสารเสพติด อย่างเป็นองค์รวม

4. สถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สุขภาพจิตและยาเสพติดควรมีอุปกรณ์ให้พร้อมในการดูแล ความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติการ

พยาบาล สถานที่ควรเป็นมุมห้อง อยู่ในโซนสีเหลือง มีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง มีการจัดเก็บและดูแล เครื่องมือ อุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย มีระบบแจ้ง เตือน สัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

5. ควรมีการสร้างเครือข่ายประสานงาน ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีความเสี่ยง สูงต่อการก่อความรุนแรง ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มี ช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนในกรณีต้องขอความช่วยเหลือ ในการร่วมดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายเฝ้าระวังแจ้งเหตุ โดยมีการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการ ดูแลที่ต่อเนื่องและแก้ปัญหาได้ทันทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษารายกรณีควรทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หากศึกษารายกรณีเป็น เวลานานมากเท่าใดยิ่งได้ผลดีมากเท่านั้น จะทำให้ทราบผล ของการพัฒนาพฤติกรรมและสาเหตุของปัญหาชัดเจน นำไปสู่การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนว

ทางการคัดกรอง การประเมินความรุนแรง การ บำบัดรักษาการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด สำหรับศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาลยาเสพติด และสถานพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563). คู่มือ ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทพรอส เพอร์สพลัส จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนว ทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. ปิยอนต์ พับลิชชิง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). หลักสูตร การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหา ด้านจิตเวชสำหรับพยาบาล.

- ขวัญพนมพร ธรรมไทย. (2564). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในกลุ่มเลือกสรร: บุคลิกภาพผิดปกติ พฤติกรรมก้าวร้าวและการถูกทารุณกรรม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2556). การดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตเวชจากการเสพสารเสพติด. ในฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2 (หน้า 226-254). โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส จำกัด.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ญาติา วุฒิสาสตร์กุล, วิยะดา ทิพม่อม, และธัญญาสิริ ธัญสวัสดิ์. (2565). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพพพลาวในกระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(2), 365 – 375.
- ทิพย์ภา เชษฐ์เขาวลิต. (2559). การพยาบาลผู้ติดสารเสพติดใน วันดี สุทธิรังษี, ธนอมศรี อินทนนท์ และ ศรีสุดา วนาลีสิน (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช(หน้า 113-128). สงขลา : โครงการตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธวัชชัย สีนพานาจ. (2549). โรคจิตเวชที่เกิดร่วมกับโรคติดสารเสพติด พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม และนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ : บางกอกบล็อก.
- ธิตพันธ์ อานันรัตน์. (2555). ทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับบุคลิกภาพผิดปกติในทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : พุ่มทอง.
- เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. (2558). โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorder). ใน นันทวัช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปเนต ผู้กฤติยาคามิ, สุพร อภินันท์เวชและพนม เกตุมาน(บรรณาธิการ), จิตเวชศิริราช DSM-5 (หน้า 455-466). กรุงเทพฯ : ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์. มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2560.
- มุกข์ตา ผดุงสยาม.(2561). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร บริษัท นิโอ ดิจิตอล จำกัด
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) (2563) . แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่.
- สายรุ้ง ภูณาคำ. (2566).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงจากการใช้สารเสพติด : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 (2023) กรกฎาคม - กันยายน, 577-589
- สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
- ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดของประเทศ . สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มกราคม 2567 , จาก <https://antidrugnew.moph.go.th>
- โสภิตา ดาวสดใส.(2564). คู่มือ การเรียนการสอน หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและสารเสพติด(หน้า 97 – 104).ขอนแก่น : บริษัท ขอนแก่นพิมพ์พัฒนา จำกัด.
- อังกูร ภัทรการ และคณะ. (2564). คู่มือแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (Community base treatment : CBTx)สำหรับชุดปฏิบัติการในชุมชน “วิถีใหม่การแก้ไขปัญหาเสพติดอย่างยั่งยืน”. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ออนป้าจำกัด.



กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ