



ISSN : 2822-0749 (Online)

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol.3 No. 4 : October - December 2024

ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2567





วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 4 : ตุลาคม - ธันวาคม 2567 : Vol. 3 No. 4 : October - December 2024

เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการสำหรับบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไปในประเทศและนานาชาติได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนาคุณภาพวิชาการให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เป็ตรับ 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 มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากกว่ากำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

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

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์นา 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 อ่ำพันธ์ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชฐ จงเจริญ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นายสุริยนต์ หล้าคำ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. ภก.ไพฑูรย์ แก้วภมร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นายวิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | 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 จงเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อนันต์ ถิ่นทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. ดร.กำพล เข้มทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 4. นางสาวสาวิตรี ยาหอม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. รศ.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 คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 5. ผศ.ดร.วรกร วิชัยโย | อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 6. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 7. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 8. ดร.สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 9. ดร.สมัย ลาประวัตติ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 11. ดร.วิลาวัลย์ ขาดา | 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.สุทธิดี นรดี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ |
| 19. ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์ | นักวิจัยอิสระ |
| 20. นพ.ชำนาญ สมรมิตร | โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ |
| 21. นพ.อัครเดช บุญเย็น | โรงพยาบาลปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ |
| 22. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

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

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. นางจริยา เตชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. นางสาวกมลชนก สมรักษ์	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 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามกำหนด
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิ์กับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ฉบับนี้เป็นปีที่ 3 ฉบับที่ 4 ประจำปี ตุลาคม - ธันวาคม 2567 วารสารเปิดรับบทความวิชาการผ่านการลงทะเบียนส่งบทความทางเว็บไซต์ของระบบ ThaiJO รับรองคุณภาพผลงานบทความวิชาการที่ส่งโดยมีกระบวนการและการดำเนินการตามขั้นตอน ผ่านการพิจารณาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นก่อนอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยและบทความวิชาการ จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และจากการศึกษาวิจัยของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษาที่ส่งมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการตระหนักดี ได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพของผลการศึกษาวิจัยบทความผลงานวิชาการ เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารนี้ให้สอดคล้องหลักเกณฑ์และการนำไปใช้ประโยชน์ต่อของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งมั่นธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานของวารสาร รวมถึงให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นกับผู้สนใจที่ส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

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

นายแพทย์พิเชษฐ์ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
1. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น สุธิดา หล้าเลิศ, พย.ม., สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, ประ.ด.	1-15
2. การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของ พชอ. ตำบลตาอุด อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ สมพงษ์ สุรักษ์, ส.ม., รุจิรา อำพันธ์, ส.ม.	16-23
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกตำบลหัวเสือ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ มนัญญา สุขทองสงว, วท.บ., รุจิรา อำพันธ์, ส.ม.	24-35
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของวัยกลางคนในเขตตำบลโพนยาง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ วีระ คั่นคร, ส.ม., รุจิรา อำพันธ์, ส.ม.	36-48
5. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เชาวฤทธิ์ บุญลี, ส.บ.	49-59
6. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรตำบลคอนกาม อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ รุ่งเพชร ทัดเทียม, ส.บ.	60-71
7. การพัฒนาโปรแกรมและผลของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกหอมแดง ในพื้นที่ตำบลไผ่ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ทองคำ กมล, ส.บ.	72-86
8. การพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จิราภรณ์ ถิรบุตร, พย.บ.	87-99
9. เปรียบเทียบความสำเร็จของ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจหุ่นจำลองจัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอ โดยผู้มีประสบการณ์ ใส่ท่อช่วยหายใจที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เจนตา อุตสาหะ, พ.บ.	100-112

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
10. การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมผลของการใช้สไลด์เคนร่วมกับโปรโปฟอลต่อปริมาณโปรโปฟอลที่ใช้ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ รัชพล หาพันธ์,พ.บ.	113-124
11. การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลบักดอง อำเภอนายูง จังหวัดศรีสะเกษ กันชา บุญเยี่ยม,ส.ม.	125-135
12. ความชุกของภาวะสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตา ก่อนผ่าตัดต้อกระจก และผลของการผ่าตัดต้อกระจก ในผู้ป่วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ชวิศา ไรจนศักดิ์โสธร,พ.บ., สุดารัตน์ ศาสตรธนโรจน์,พ.บ.	136-146
13. การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์วังค์ อำเภอนายูง จังหวัดศรีสะเกษ ทนงเพชร บำราบเสียง,ส.ม.	147-156
14. อุบัติการณ์ และผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กัญญาพร สุพิมพ์,พ.บ.	157-171
15. การประเมินผลการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ในจังหวัดสมุทรสาคร ให้สู่ระดับดีมาก ปีงบประมาณ 2567 ศศิณิศา พึ่งเชษฐา,ภ.ม.	172-186
16. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ กิตติพงศ์ บุญเจริญ,ส.ม., ณัฏฐ์นรี คำดี,ส.บ.	187-199

ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

สุธิดา หล้าเลิศ, พย.ม.¹, สุกอนทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลมัญจาคีรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566 โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางของ DEMETHOD ในกลุ่มทดลองจนครบ 31 คน หลังจากนั้นดำเนินการในกลุ่มควบคุมโดยใช้โปรแกรมการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระบบปกติจำนวน 31 คน รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถสร้างเสริมการเรียนรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างการเรียนรู้และการสร้างพลังอำนาจ,ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น, Email: sutidanaruk.2525@gmail.com

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

The Effect of Discharge Planning Program For Type 2 Diabetic Patients at Ward In Manchakiri Hospital, Khon Kaen Province

Sutida Lalert, *M.N.S.*¹, Sukhontip Arunkarnonphat, *Ph.D.*²

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a discharge planning program for patients with type 2 diabetes admitted to Manchakiri Hospital in Khon Kaen Province, comparing the intervention group and the control group, each consisting of 31 participants. The sample consisted of type 2 diabetes patients discharged from Manchakiri Hospital between July 2023 and September 2023. The participants were randomly selected, with the intervention group receiving a discharge planning program developed by the researcher based on DEMETHOD guidelines, until reaching 31 participants. Subsequently, the control group underwent standard discharge planning procedures with 31 participants over 12 weeks. Data were collected through questionnaires at two-time points: pre- and post-intervention. Descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, and medians, were used for analysis. The difference in mean scores between the groups was compared using an independent t-test, with statistical significance set at 0.05.

The findings revealed that the mean differences in knowledge, attitudes, perceived severity, perceived self-efficacy, and self-care behaviors related to blood sugar control among patients with type 2 diabetes were significantly higher in the intervention group than in the control group at a significance level of 0.05. Additionally, glycated hemoglobin (HbA1c) levels and blood pressure in the intervention group decreased significantly more than those in the control group, also at a significance level of 0.05. These results suggest that the discharge planning program developed by the researcher successfully enhanced awareness and empowered type 2 diabetes patients to better manage their blood sugar levels, achieving the objectives outlined in the study.

KEYWORDS: Effectiveness of Program self-awareness and empowerment, Uncontrolled DM type 2

¹ Registered Nurse, Professional level, Manchakiri Hospital, Khon Kaen Province; Email: sutidanaruk.2525@gmail.com

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

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (The International Diabetes Federation) รายงานว่า ในปี พ.ศ.2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 463 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน (American diabetes association (ADA) , 2020) พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1 ราย ทุก 5 วินาที (International diabetes federation (IDF), 2020) ข้อมูลจากภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2560 รายงานว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4.4 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และญี่ปุ่น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2563) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้นกลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศทั้งในมิติจำนวนคนเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวมซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับสถานการณ์โลก สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่าอัตราป่วยของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2559 – 2561 คิดเป็น 1292.79, 1444.75 และ 1439.44 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน และพบว่าเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคที่กระทรวงให้ความสำคัญในการป้องกันและรักษาตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ในปี 2565 โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ 3,733 ราย (Health data center [HDC], 2566) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 1 ใน 5 โรคแรกที่รับไว้ในหอผู้ป่วยและยังเป็น กลุ่มโรคที่สำคัญในพื้นที่ (Key clinical population) (ข้อมูลเวชระเบียนสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี , 2565) ซึ่งมีความจำเป็นที่โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาระบบการให้บริการ และหนึ่งในปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้านอนรักษาที่โรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ได้มีการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดไม่ได้ 230 , 218, 270 รายตามลำดับ และในจำนวนนี้มีภาวะแทรกซ้อนมีอาการชักได้ส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น 1 ราย ในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน 753 ราย และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 270 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.85 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด และมี ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น 529 ราย คิดเป็น ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้านอนรักษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด สถิติที่สูงนี้ล้วนส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา และแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งถือเป็น 1 ใน 2 ตัวชี้วัดซึ่งเป็นแผนในปี 2566 ที่เป็นเกณฑ์ในการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลมัญจาคีรี (ข้อมูลเวชระเบียนสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี, 2566)

จากการ Assessment ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ในโรงพยาบาลมัญจาคีรี ที่มีประวัติควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้พบว่า การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) จากการรับประทานอาหารได้น้อยแต่ยังรับประทานยาหรือฉีดอินซูลินตามเดิม รับประทานยาผิดขนาด จำขนาดยาไม่ได้ และ ไม่รู้จักอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำปฏิบัติตัวเบื้องต้นเมื่อเกิด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่ถูกต้องจนต้องเข้านอนรักษาในช่วงเวรตึกด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีอาการไม่รู้สีกตัว ส่วนการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เกิดจากไม่ควบคุมอาหารไม่ทราบว่าต้องรับประทานมากน้อยแค่ไหน ฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง หรือ แม้แต่การปรับยาเองตามปริมาณอาหารที่รับประทานเมื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมัญจาคีรีปัจจุบันจากการสัมภาษณ์พยาบาล 5 คนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามารถสรุปแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรกรับ ประเมินภาวะสุขภาพตามแบบประเมินของกอร์ดอนในภาพรวม แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (Hypo-Hyperglycemia)ระยะต่อเนื่อง ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์ถ้าระดับน้ำตาลไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

เฝ้าระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (Hypo-Hyperglycemia) ให้การรักษาตามคำสั่งแพทย์ทำลักษณะนี้จนกระทั่งระยะจำหน่ายระยะจำหน่าย ยังไม่มีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น หรือระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยจะได้รับความรู้จากพยาบาลที่ทำหน้าที่รับผิดชอบตามเตียงผู้ป่วยในแต่ละวัน มีการให้ความรู้ผู้ป่วยข้างเตียง ในเรื่อง อาหาร ยา การออกกำลังกายคร่าวๆ ขาดการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ไม่ได้มีการค้นหาผู้ดูแลผู้ป่วยที่แท้จริงในการให้ความรู้บางครั้งก็ให้ผู้ป่วยโดยตรงเพียงคนเดียว ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุและมีข้อจำกัดในการรับรู้ความจำ ทำให้ต้องมีการให้ข้อมูลซ้ำๆ ทำให้เพิ่มเวลาและเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาล ไม่มีสื่อและอุปกรณ์ในการสอน ทำให้ขาดความน่าสนใจ ส่วนใหญ่จะสอนลักษณะบรรยายในวันที่จำหน่ายใช้เวลาประมาณ 3-5 นาทีซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความเร่ร่อน ทำให้ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ทันเวลา ด้วยระยะเวลาจำกัด ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง ส่วนรายละเอียดของเนื้อหาขึ้นอยู่กับพยาบาลแต่ละคนที่มีความรู้หรือประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ด้วยระยะเวลาจำกัดในระยะจำหน่ายนี้ จึงขาดการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การวางแผนจำหน่ายไม่มีประสิทธิภาพ และขาดการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย และการติดตามประเมินผล พบว่าผู้ป่วยบางรายยังไม่เข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเอง มีความวิตกกังวล รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งอาจส่งผลให้มีการกลับมารักษาซ้ำได้ โรงพยาบาลมัญจาคีรีได้นำรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ DMETHOD มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วนมากใช้วิธีการสอนและให้ข้อมูลเป็นหลักโดยพยาบาลไม่ได้ใช้รูปแบบนี้กับผู้ป่วยทุกคน ทุกครั้งและไม่ครอบคลุม พยาบาลแต่ละคนจำ แนวคิด ของ DMETHOD ไปให้ความรู้ผู้ป่วยทำให้เนื้อหาไม่ครบถ้วน ให้ความรู้คร่าวๆ และไม่ได้เฉพาะเจาะจงไปที่ปัญหาผู้ป่วยขาดอุปกรณ์สื่อการสอนที่ทำให้เกิดความไม่สะดวก ความน่าสนใจ และประหยัดเวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของไทยและต่างประเทศ พบว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นวิธีการหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้

ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เพราะการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทำให้ขาดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลตัวเองและยังพบว่าผู้ป่วยบางคนไม่สามารถนำความรู้มาปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีแนวทางการให้ความรู้ในยุคปัจจุบัน อาทิเช่น อาทิ เช่น Huang, Hung Yu, Shin & Hsu (2017) ที่ทำการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแบบมัลติมีเดียสามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การฉีดอินซูลิน สอดคล้องกับการศึกษาของ จรัสดาว เรนลัด (2562) การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยสื่อเทคโนโลยี ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตัวเองทุกด้านสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก และในปัจจุบันการมีการใช้เครื่องมือสื่อสารผ่านอินเทอร์เน็ตมีมากขึ้น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นแอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาผ่านทางอุปกรณ์สื่อสารที่เป็นที่นิยมกันแพร่หลายใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน เสียค่าใช้จ่ายน้อย มีงานวิจัยที่มีการนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาทิ การศึกษาของ สุจิตราภรณ์ ทับครอง (2561) พบว่าการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ส่งผลต่อระดับความรู้และความเข้าใจเรื่องโรคเบาหวานมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรณิการ์ ยังยืน และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2559) ที่มีการจัดทำโปรแกรมการจัดการตนเองส่งผ่านทางไลน์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) และค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 2001) เชื่อว่าบุคคลมีโอกาสเกิดความพร้อมความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเมื่อความสามารถของบุคคลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการทั้งหมดของตัวเอง จึงต้องมีการพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก็เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความพร้อมในการความสามารถในการดูแลตัวเอง (capabilities for self-care operations) จึงต้องมีการพึ่งพาบุคคลอื่นเพื่อช่วยในการปฏิบัติตนหรือมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองได้ วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลในการพัฒนา

ความสามารถของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับไว้รักษา
ดูแลตนเองที่เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ตามแนวคิด
ของ โอเร็ม คือ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการจัดทำโปรแกรม
การพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยนำแนวคิดการพยาบาล
แบบสนับสนุนและให้ความรู้(education supportive
nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในทฤษฎีการดูแลตนเอง
ของโอเร็มมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วย
อาทิเช่น การศึกษาของ มลิวัลย์ ชัยโคตร (2561) ที่ศึกษา
ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
ต่อความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเอง
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทาง
ไตพบว่าพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เสี่ยงต่อ
ภาวะแทรกซ้อนทางไตในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน
ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 ยังมีรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
ส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลยังมี
น้อยและไม่ครอบคลุมกระบวนการการวางแผนจำหน่าย
ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการวางแผนการ
จำหน่ายผู้ป่วยกลุ่มเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ที่
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรส่วนบุคคล
2. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น
 - ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
โรคเบาหวาน
 - ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานตาม
แนวคิดของ DMETHOD
 - ขั้นตอนที่ 3 การเตรียมความพร้อมการจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและ
ชุมชน
 - ขั้นตอนที่ 4 การติดตามแบบเสริมพลังประเด็น DMETHOD “บัดดี้เมทอด”
 - ขั้นตอนที่ 5 เสริมพลังและสร้างคุณค่าในการปฏิบัติตัว
 - ขั้นตอนที่ 6 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง
 - ขั้นตอนที่ 5 การเชิดชูคนต้นแบบในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
3. ความรู้
4. ทัศนคติ

ตัวแปรตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอ
ผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี
จังหวัดขอนแก่น

1. การรับรู้ความรุนแรง
2. การรับรู้ความสามารถของตน
3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือด

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วย
โรคเบาหวานชนิดที่ 2
และอัตราการ Re-Admit ของโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล
มัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

ในโรงพยาบาล ให้มีความรู้และพฤติกรรมการ
เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยการให้องค์ความรู้
และแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ลดการ Re-admit และส่งผลให้
ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการวางแผน
จำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วย
โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ภายในกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังการทดลอง

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้
ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถแห่งตน
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่
2 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการ
ทดลอง

2.2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้
ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถแห่งตน
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด
ที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมก่อนและหลังการ
ทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. วิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental – Group) และกลุ่มควบคุม (Control – Group) โดยการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two groups pretest - posttest designs) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมวางแผนจำหน่าย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติของหอผู้ป่วย ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ต่อ 1 คน มีขั้นตอนและระยะเวลาการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ประมาณการกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 31 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 เพ็งบุรณ์และวีวรรณ เกิดทอง (2567) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่น้ำหนักเกินคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าขะนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มละ 27 คน รวม 54 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 2.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.18 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหารเท่ากับ 2.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.25 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$= \frac{(27 - 1)0.18^2 + (27 - 1)0.25^2}{(27 + 27) - 2}$$

$$\sigma^2 = 0.05$$

$$\Delta = 0.08 - 0.25 = -0.17$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

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

$$= \frac{2 \times 0.05(1.65 + 0.84)^2}{(-0.17)^2}$$

$$= 26.95$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 27 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548)พบว่า มีผู้ออกจากการศึกษา 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26 ดังนั้นจึง เพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ = 4.04 คน รวมทั้ง 2 กลุ่มเป็นจำนวน 62 คน โดยมีเกณฑ์การตัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) สูงกว่า 180 mg% ที่เข้ารับการรักษาโดยนอนที่โรงพยาบาลมัญจาคีรีในระหว่างเดือน 5 กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566

2) แพทย์แพทย์ลงความเห็นว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายสามารถเข้าร่วมวิจัย เช่น ระดับน้ำตาลสูง หอบเหนื่อยอ่อนเพลียจากการขาดสารน้ำ ความดันโลหิตต่ำ

3) มีการรับรู้ดี สามารถติดต่อสื่อสารไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็น การพูด สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับได้ สามารถติดต่อทางโทรศัพท์หรือ

ใช้ line ติดต่อได้ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1)ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายหรืออยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น ยังมีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
- 2)เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบระยะเวลาหรือไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) มีดังนี้

- 1)ผู้ป่วยเบาหวานมีอาการเปลี่ยนแปลงมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และอยู่ในภาวะวิกฤติ
- 2)อาสาสมัครถอนตัวจากการวิจัย
- 3)ย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวของคนในครอบครัวรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ประวัติการป่วยด้วยโรคเรื้อรังของบุคคลภายในครอบครัว สูบบุหรี่ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ ความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวทางการวางแผน DMETHOD นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองและทฤษฎีการเสริมพลังอำนาจจำนวน 5 ขั้นตอน รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการประชุมกลุ่ม (Focus group) และระดมสมองค้นหาสาเหตุของปัญหา ร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในประเด็น

Disease ประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดที่กำลังเป็นอยู่

Medication- ทบทวนการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่อธิบายถึง ผลข้างเคียงของยาที่พบ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผลจากการรักษา

Environment ผู้ดูแลหลักที่บ้าน การช่วยเหลือตัวเอง การปรุงอาหารภายในครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการออกกำลังกาย

Treatment แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจากโรงพยาบาลและเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Health พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

Diet พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กินเค็ม หวาน มัน ผู้ปรุงอาหารในบ้าน ร้านจำหน่ายอาหาร ขั้นตอนที่ 2 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามแนวคิดของ DMETHOD

สัปดาห์ที่ 2-4 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะ ปรับทัศนคติในการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นให้ความรู้ ปรับทัศนคติและสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาจากการสะท้อนคิดตามแนวคิดของ DMETHOD ได้แก่

Disease ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลการตรวจ วางเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วย

Medication& Treatment แนวทางปรับเปลี่ยนยาตามความเหมาะสม ผลข้างเคียงของยาและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

Diet &Health ฝึกการนับคาร์โบไฮเดรต การควบคุมอาหาร การตรวจสอบความเค็มของอาหารและการเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนและออกแบบกิจกรรมในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดใน 4 ด้าน

สัปดาห์ที่ 5 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ได้แก่ 1) ให้ผู้ป่วยร่วมกันเสนอวิธีปฏิบัติ

พฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเรื่อง 3 อ.2 ส.และ 2) ให้ผู้ป่วยแต่ละคนเลือกแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตน

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามแบบเสริมพลังประเด็น DMETHOD “บัดดี้ดีเมทอท” โดยใช้โทรศัพท์ สื่อสนับสนุนการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแบบบันทึกกิจกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่านไลน์แอปพลิเคชัน แบบรายงานตอบกลับจาก รพ.สต.

สัปดาห์ที่ 6-11 ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและในชุมชนของผู้ป่วยและวางแผนการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลตนเอง ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ขั้นตอนที่ 5 การเสริมพลังและสร้างคุณค่าในการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ที่ 12 Treatment ประเมินผลการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและให้มอบรางวัลผู้ปฏิบัติตัวได้ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอยะนิงและหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านความรู้มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้านทัศนคติมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0. 0.84 การรับรู้ความรุนแรงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

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

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย REC 043/2566 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 59ปี (SD= 5.63) ส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 61.3จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.8 และประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 90.3 รายได้เฉลี่ย 2777.42 บาท (SD=1480.25) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 9.87 ปี (SD=4.16) ดัชนีมวลกาย 24.68(SD=4.34) ระดับความดันโลหิตส่วนบน(Systolic) 142.68 mmHg (SD=8.39) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic) 82.94 mmhg (SD=9.25) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.86 (SD=1.26) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ67.7 สูบบุหรี่ ร้อยละ 3.2

กลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 57.10ปี (SD= 7.29) ส่วนใหญ่สมรสร้อยละ 61.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.0 และประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 90.3 รายได้เฉลี่ย 4009.68 บาท (SD=1480.25) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 9.42 ปี (SD=3.51) ดัชนีมวลกาย 22.71(SD=3.33) ระดับความดันโลหิตส่วนบน (Systolic) 144.10 mmHg (SD=3.33) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic) 86.03 mmhg (SD=8.67) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.99 (SD=1.54) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ77.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.5

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

2.1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

และหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3 คะแนน(95% CI = 2.02-3.98) รายละเอียดตามตารางที่ 1 ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	9.16	1.09	-0.23	-0.80-0.35	-0.782	0.437
กลุ่มควบคุม	9.39	3.17				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	12.58	2.47	3	2.02-3.98	6.125	<0.001**
กลุ่มควบคุม	9.58	1.15				

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ย

ของทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุม 16.90คะแนน (95% CI = 15.52-18.28) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	19.81	0.98	0.13	-0.39-0.65	0.493	0.624
กลุ่มควบคุม	19.68	1.08				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	36.83	2.50	16.90	15.52-18.28	24.517	<0.001**
กลุ่มควบคุม	19.94	2.64				

**P value <0.000

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุม17.42 คะแนน (95% CI= 15.44-19.39) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	19.71	1.57	0.32	-0.38- 1.03	0.907	0.368
กลุ่มควบคุม	19.39	1.20				
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	36.38	4.38	17.42	15.44-19.39	17.645	<0.001**
กลุ่มควบคุม	18.97	3.32				

**P value <0.000

2.4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้

ความสามารถแห่งตน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุม 20.32 คะแนน (95% CI=18.75-21.89) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถแห่งตน ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถแห่งตน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	23.54	0.93	1.22	-0.61-1.84	3.974	0.002
กลุ่มควบคุม	22.32	1.44	20.32	18.75-21.89	25.925	<0.001**
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	42.74	4.11				
กลุ่มควบคุม	22.42	1.46				

**P value <0.000

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลในภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม 26.94คะแนน (95% CI=24.89-28.98) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาลภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมโดยรวมการควบคุมระดับน้ำตาล	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง	28.65	2.69	-2.16	-3.89- -0.93	-3.523	0.001
กลุ่มควบคุม	30.80	2.10	26.94	24.89-28.98	26.227	<0.001**
หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง	58.09	5.41				
กลุ่มควบคุม	31.16	1.86				

**P value <0.000

2.6.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง หลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาล

สะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) หลังการทดลองผลต่างเฉลี่ยของระดับ ดัชนีมวลกาย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.062) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มทดลอง(n=31) Mean (S.D.)	กลุ่มควบคุม(n=31) Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ด้านการควบคุมอาหาร	11.77(1.38)	5.42(0.72)	6.35	5.79-6.92	22.687	<0.001**
ด้านการออกกำลังกาย	11.58(1.36)	5.65 (0.84)	5.94	5.36-6.51	20.675	<0.001**
ด้านการนอนหลับและผ่อนคลาย ความเครียด	11.77(1.28)	6.65(1.25)	5.13	4.48-5.77	15.921	<0.001**
การติดตามการรักษา	11.58(1.15)	6.42(0.62)	5.16	4.69-5.63	22.019	<0.001**
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	11.39(1.05)	7.03(1.08)	4.35	3.81-4.89	16.066	<0.001**
พฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ โดยรวม	58.09(5.41)	31.16(1.86)	26.94	24.88-28.99	26.227	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวบน	129.68(6.99)	142.71(8.74)	-13.03	-17.05- -9.01	-6.483	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	74.32(5.54)	86.52(7.66)	-12.19	-15.58- -8.90	-7.193	<0.001**
ดัชนีมวลกาย	24.55(4.30)	22.71(3.29)	1.84	-0.09-3.79	1.888	0.062
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด	7.11(0.53)	8.78(1.40)	-1.67	-2.21—1.13	-6.199	<0.001**

** P value <0.000

2.7.การกลับมารักษซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมหลังจากมีติดตามการกลับมารักษซ้ำเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2

ตารางที่ 7 แสดงการกลับมารักษซ้ำภายใน 1 เดือน (readmit) ด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนผู้ป่วย readmit (ราย)	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม	31	1	3.2
กลุ่มทดลอง	31	0	0

สรุปผลการวิจัย

จากการใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม 3 คะแนน(95% CI = 2.02-3.98)กลุ่มทดลองมี

กลุ่มทดลองภายหลังมีการติดตามการกลับมารักษซ้ำเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองไม่มีการกลับมารักษซ้ำ คิดเป็นอัตราการ readmit ร้อยละ 0

คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติสูงกว่ากลุ่มควบคุม 16.90 คะแนน (95% CI = 15.52-18.28) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยของรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุม 17.42 คะแนน (95% CI= 15.44-19.39) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม 17.42 คะแนน (95% CI=18.75-21.89)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมโดยรวมในการควบคุมระดับน้ำตาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม 26.94 คะแนน (95% CI=24.88-28.99) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 1.67เปอร์เซ็นต์ (95% CI=-2.21--1.13)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนบนของผู้ป่วย

โรคเบาหวานลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 13.03 มิลลิเมตรปรอท (95% CI=-17.05- -9.01) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่างของผู้ป่วยโรคเบาหวานลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 12.19 มิลลิเมตรปรอท (95% CI=-15.58 - -8.90) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 1.84 คะแนน (95% CI=-0.09-3.79)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนงาม อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินงานโปรแกรมออกเป็น 12 สัปดาห์ โดยใช้แนวทางตาม DMETHOD ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียมและการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลโดยมีกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างการรับรู้ ปรับทัศนคติ และสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งจากผลของการวิเคราะห์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ของโรงพยาบาลมัญจาคีรี ทั้ง 2 กลุ่มที่แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะเห็นว่าการทดลองคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องมีค่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีผลมาจากการจัดระบบในการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แนวทางตาม DMETHOD ร่วมกับการใช้ทฤษฎีโอเรียมมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่กระบวนการทบทวนปัญหาของการดูแลตนเองร่วมกับทีมพยาบาลผู้ให้การดูแลเพื่อร่วมกันออกแบบกระบวนการในการพัฒนาทักษะของผู้ป่วยให้ตรงตามความต้องการและแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดหลังจากนั้นได้ใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเสริมพลังในการปฏิบัติตัวให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเชื่อมั่นและสามารถปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อเนื่องและมีความภาคภูมิใจในตนเองเกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและทีมพี่เลี้ยงในระดับชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สืบเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอาจมีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นโรค

เรื้อรังที่ต้องมีการติดตาม รักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกหมดพลังอำนาจในการต่อสู้กับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ เช่น ความไม่แน่ใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาตนเองการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเช่น การนัดหมาย การตรวจรักษา การมาตรวจตามนัด การที่ต้องมานั่งรอเป็น ระยะเวลาอันยาวนานห้องตรวจเป็นต้น (เยาวภา พรเวียง, 2555) ดังนั้นการให้ความรู้ด้วยกระบวนการหรือเทคนิคใหม่ๆรวมถึงการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ๆในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่องรวมถึงกิจกรรมในเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เกิดพลังในการปฏิบัติตัว ลดความเหนื่อยล้าเบื่อหน่ายจากการรักษา การรอตรวจ การรับประทายาเป็นระยะเวลานาน จึงมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรอบรู้ เท้าทันและเข้าถึงเทคโนโลยีต่างๆที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ผู้วิจัยได้นำมาบรรจุลงในโปรแกรม DMETHODการให้ความรู้ การสร้างแนวปฏิบัติโดยที่ผู้ป่วยร่วมกันออกแบบ การสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่ายก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีองค์ความรู้และมีพลังอำนาจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม จนมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงเข้าสู่เกณฑ์ปกติ สอดคล้องกับการศึกษารัตนา นิลเลื่อม และคณะ (2561) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเรียม และรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 4 ระยะ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที ประกอบด้วย ระยะแรก รับ ระยะรักษาช่วงแรก ระยะรักษาช่วงหลัง และระยะฟื้นฟู การเตรียมกลับบ้าน เฉลี่ยประมาณ 4 วัน โดยจะมีการโทรปรึกษาสอบถามปัญหาทางโทรศัพท์ในสัปดาห์แรก และสัปดาห์ที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองภายหลังการทดลองของกลุ่ม

ทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และประโลม อ้นคง (2563) ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัยในรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยจะมีแผนการสอนและแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการนำคู่มือ พร้อมสื่อวีดิทัศน์เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล ในการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีการแบ่งระยะการวางแผนจำหน่าย ในวันแรกมีการให้ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อรับไว้ในโรงพยาบาล ระยะระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลโดยการนำคู่มือและสื่อวีดิทัศน์มาใช้ในการสอนผู้ป่วยสามารถเปิดดูได้ตลอดเวลา ระยะก่อนจำหน่ายเมื่อมีการประเมินความรู้ผู้ป่วย และระยะหลังจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 สัปดาห์ โดยมีการโทรเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อเป็นการเสริมพลังให้ผู้ป่วย ผลของโปรแกรมคือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้หลังวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่าผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วงปกติถึงร้อยละ 86 ธนพร โพธิ์จักรและคณะ (2562) ได้ศึกษาผลจากการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและการนัดพบด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ เป็นวิธีที่สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสามารถชมซ้ำได้ และได้รับความนิยมแพร่หลายในการให้ความรู้โดยสื่อที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ได้มาตรฐานแล้วนำไปใช้กับอาสาสมัครผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า อาสาสมัครมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุด ในอาสาสมัครถึง 80 เปอร์เซนต์ ชนิษฐ์นาฏ จุริมาศ (2558) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-M-E-T-H-O-D และแบบบันทึกการปฏิบัติตัวในผู้ป่วย มีการใช้แนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาเป็นแนวทางการวิจัยผลการวิจัยพบว่า หลังผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผ่านไป 3 เดือน ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการวางแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 และภายหลัง 3 เดือนมีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ที่ต่ำกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 สรุปการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับระหว่างการรักษา จนถึงระยะจำหน่าย มีการประเมินปัญหาความต้องการ การดูแล การสอน แนะนำ สนับสนุนการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ มีระบบการประสานงาน กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง ทำให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อยู่ในเกณฑ์ และลดการรักษารักษาในโรงพยาบาลได้ และเพื่อให้เกิดกิจกรรมการปฏิบัติตัวมีความต่อเนื่อง ยังยินดีมีการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังเช่น โกศล บุญทา (2566) ได้ใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 50 คน หลังจากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และภายหลังเข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001และในต่างประเทศก็มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เช่นเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น .Li cheng et al (2018) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยเน้นการเสริมพลังอำนาจโดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยแบ่งโปรแกรมนี้จะแบ่งเป็น 4 ช่วง ช่วงที่ 1 ประเมินพฤติกรรมการจัดการตัวเอง พุดคุยถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองร่วมกับผู้ป่วย ช่วงที่ 2 อธิบายการจัดการตนเองโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยมีการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ แบ่งปันประสบการณ์กับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานด้วยกันสนับสนุนส่งเสริมความคิดของผู้ป่วย ช่วงที่ 3 มีการใช้โทรศัพท์ในการให้คำปรึกษาการจัดการตนเองในชีวิตจริง สนับสนุนการมีส่วนร่วมการตัดสินใจพุดคุยถึงแหล่ง

ทรัพยากรในชุมชนช่วงที่4มีการติดตามทางโทรศัพท์ รวมถึงมีสมุดประจำตัวผู้ป่วยมีการนำ The summary of diabetes self-care activity (SDSCA) ไปปรับใช้ ผลคือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานมีผลในการลด HbA1C เฉลี่ยร้อยละ 0.476 ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยใช้ทฤษฎีของโอเรมและการเสริมพลังอำนาจมาออกแบบในการให้ความรู้ ร่วมสร้างแนวปฏิบัติร่วมกันระหว่างพยาบาลในตึกผู้ป่วยในร่วมกับ ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว รวมถึงการประสานส่งต่อข้อมูลและ ดำเนินงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในระดับชุมชน มีการติดตามการปฏิบัติตัวร่วมกันโดยผู้ป่วยและอาสาสมัคร สาธารณ สุขในลักษณะของบัดดี้ จึงส่งผลให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของตนเองได้ ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาโดยนอน โรงพยาบาลลดลง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งใน ระดับครอบครัวและประเทศชาติและส่งผลให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ควรมีระยะเวลาศึกษาที่นานขึ้น เพื่อจะได้ประเมิน ประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการจำหน่ายผู้ป่วย ในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อลด ภาระแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายใน การดูแลรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.ต้องมีความรู้ใหม่ในการวางแผนในการจำหน่าย ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และ สามารถขยายผลในการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปวางแผน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆในโรงพยาบาลได้

2.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนการ จำหน่ายผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมเพื่อดูแล สุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ในกลุ่มใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 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=b2b59e64c4e6c924b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361. (16 ตุลาคม 2565).
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
(2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี : กองสุศึกษา
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- 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)).
- ชนิษฐ์นาฏ จูริมาศ.(2558).ผลของการวางแผนจำหน่าย ต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
โรงพยาบาลเสลภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ร้อยเอ็ด. ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 (2015): พฤษภาคม-
สิงหาคม.p.17-23.
- ธนาพร โพธิ์จักรและคณะ. (2552).การให้ความรู้โดยใช้สื่อ
วีดิทัศน์เรื่องภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานและการ
นัดแพทย์ด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.เทคนิค
การแพทย์และกายภาพบำบัด, 31(3), 347-353.
- เยาวภา พรเวียง และคณะ. (2555). ผลของการเสริมสร้าง
พลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลเท้าและ
คุณภาพชีวิตในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีผลเท้า.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(2): 85-97.

- รัตนานิ เลื่อน และคณะ. (2564). ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 32(2), p.202-216.
- แนวดา เพ็ญบุรณ์และ, วีรวรรณ เกียรติทอง. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ดัชนีมวลกาย และค่าน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่นำหมักในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าชนะ. www.srth.go.th/home/research (Vol.1 NO.1 February-December, 2024)
- อินเทอร์เนต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 สิงหาคม 2567]; 2(2): 1-13. <https://srth.go.th/home/research>.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย.(2554). สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2561).การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน ระดับประเทศ พ.ศ. 2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2560).แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564). กรุงเทพฯ:บริษัท โอโมชั่นอาร์ต จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554).แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคไม่ติดต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2550-2558. นนทบุรี: สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabetes 2011. Diabetes Care, 34(Supplement 1): S11-S61.
- 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.
- Li cheng., et al. (2018). Effectiveness of patient-centred, empowerment-based intervention program among patients with poorly controlled type 2 diabetes. International journal of nursing study.,9(1), 43-51.
- Orem, D.E., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M. (2001). Nursing : Concepts of practice. (6th ed.). St. Louis : mosby.
- WHO. Non communicable diseases 2023.สืบค้นวันที่ 2 เมษายน 2566 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- WHO.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-result>.

การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของ พชอ. ตำบลตาอุด อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

สมพงษ์ สุรักษ์, ส.ม.¹, รุจิรา อัมพันธ์, ส.ม.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของ พชอ. ตำบลตาอุด อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ และส่งเสริมดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาในชุมชน ได้รับการดูแลจากทางเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. กู้ชีพ และผู้นำชุมชนอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. กู้ชีพ และผู้นำชุมชน จำนวน 110 คน ศึกษาระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Pair t- test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.40 มีอายุเฉลี่ยที่ 55.07 ปี อายุน้อยสุด 28 ปี อายุมากที่สุด 74 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.10 ระดับการศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 69.2 เป็น อสม. ร้อยละ 82.70 กู้ชีพ ร้อยละ 9.10 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 8.20 ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ก่อนและหลังฝึกอบรม ของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช เพิ่มขึ้นก่อนการอบรม(P-value<0.001) หลังอบรม (P-value<0.001) พบว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง(S.D.=0.99.) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า หลังการอบรมมีความพึงพอใจในการพัฒนาระบบเครือข่ายด้านสัมพันธภาพกับบุคลากรในหน่วยงาน/การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน ($\bar{X}$ 2.96, S.D. 0.188) ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีโอกาสเสนอแนะข้อคิดเห็นในการกำหนดนโยบาย การวางแผนการปฏิบัติงาน($\bar{X}$ 2.96, S.D. 0.188) และมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$ 29.57, S.D. 0.656)

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบเครือข่าย, ผู้ป่วยจิตเวช, พชอ.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email: sompong1955555@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ
Email: zenuei4298@gmail.com

Developing a network system to care of psychiatric patients by District Health Board participation at Ta Ud Subdistrict ,Khukhan District, Sisaket Province

Sompong Surak, *M.P.H.*¹, Rujira Ampan, *M.P.H.*²

Abstract

This action research was aimed to study the effect of developing a network system to care for psychiatric patients using the participation of the Community Health Volunteers, Ta Uat Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province and promote care for mentally patients with health problems in the community provide care from health officers, village health volunteers, rescue workers and community leaders by quickly and continuously. The sample group consisted of 110 village health volunteers, rescue workers, and community leaders. The study was conducted between April 1, 2024 and September 30, 2024. Data were collected using a self-developed questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pair t- test.

These results found that the sample group was mostly female, 56.40%, with an average age of 55.07 years, the youngest at 28 years, the oldest at 74 years, 79.10% were marital, 69.2% had a lower secondary education level, 82.70% were village health volunteers, 9.10% were lifeguards, and 8.20% were community leaders. Knowledge about psychiatric diseases before and after training of the sample group found that after the training, the sample group had more knowledge about psychiatric diseases before the training ($P\text{-value} < 0.001$). After the training ($P\text{-value} < 0.001$), it was found that knowledge increased to a high level ($S.D. = 0.99$.) with statistical significance at the 0.5 level. Satisfaction with the development of a network system for caring for psychiatric patients using community participation found that after the training, there was satisfaction with the development of the network system in terms of relationships with personnel in the agency/receiving acceptance from colleagues ($\bar{X} = 2.96$, $S.D. = 0.188$). In terms of stakeholders, they had the opportunity to provide suggestions and opinions for policy determination and operational planning ($\bar{X} = 2.96$, $S.D. = 0.188$) and had a high level of overall satisfaction ($\bar{X} = 29.57$, $S.D. = 0.656$).

Keywords: network development, psychiatric patients, District Health Board participation

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Khukhan District of Public Health Office. Sisaket Province,
Email: sompong.kk@gmail.com

² Registered Nurse, Professional level, Khlong Klang Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province,
Email: zenui4298@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประชากรทั่วโลกโดยพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด จำนวน 26 ล้านคน และเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และสังคมที่เป็นจริงได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งการที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดี บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี(กายสิทธิ์ แก้วยาศรี, 2565) การพิจารณาการดูแลตนเองด้านสุขภาพนั้นอาจจำแนกโดยยึดลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีเป็นสำคัญอันได้แก่ ต้องเป็นบุคคลที่รู้จักตนเอง ตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีความสามารถติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเตรียมเผชิญปัญหา พัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยทั่วไป (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2557)

ปัญหาโรคทางจิตเวชนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรัง ความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบของตนที่แตกต่างกันไปอันเกิดจากความผิดปกติในการพูด ความผิดปกติทางอารมณ์ความรู้สึก ความผิดปกติทางความคิด ความผิดปกติทางการได้ยิน ความผิดปกติทางการนอน การบริโภคอาหาร ความผิดปกติในการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว และความผิดปกติทางพฤติกรรมที่แสดงออกทางสังคม ยังส่งผลกระทบต่อไปยังครอบครัว สังคม และชุมชน เนื่องจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย สังคม ชุมชนมีทัศนคติไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยโดดเดี่ยว ไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จะเป็น ในการปรับตัวในสังคมที่ควรจะเป็น(ปกรณ จารักษ์, 2550)

พื้นที่ตำบลตาอุด มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องดูแลจำนวน 20 ราย(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) ดังนั้น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนเกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และ ชุมชน มีสุขภาพะ ทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบ (วรัญญา จิตรบรรทัด,พิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ,สุพัตรา สหายรักษ์ และวัฒนา วาระเพียง, 2560) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองกลาง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการทำงานเชิงรุกในชุมชน เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าแก้ไข รวมถึงจัดระบบเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่างๆ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่มีสม. กู้ชีพ และผู้นำชุมชนเป็นแกนนำที่สำคัญในการดำเนินงานในชุมชน นับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้การทำงานเชิงรุกในชุมชนเป็นรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาในชุมชนได้รับการดูแลจากทางเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม. กู้ชีพ และผู้นำชุมชนอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบลตาอุด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านการศึกษา เพื่อศึกษาการพัฒนา ระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วม

ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ตำบลตาอุด อำเภออุษันย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. ขอบเขตด้านประชากร การศึกษาครั้งนี้
ทำการศึกษากลุ่มประชากร อสม. กู้ชีพ และผู้นำชุมชน
ในตำบลตาอุด อำเภออุษันย์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้
ทำการศึกษาระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 30
กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 5 เดือน

วิธีดำเนินการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษากลุ่มประชากร อสม.
ทั้งหมดในตำบลตาอุดจำนวน 91 คน กู้ชีพ อบต.ตาอุด
จำนวน 10 คน ผู้นำชุมชนตำบลตาอุดจำนวน 9 คน รวม
เป็น 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้
แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ
ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ
สถานภาพของผู้ตอบ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา ประเภทตำแหน่ง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่อง
โรคจิตเวช จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ
ในการพัฒนาระบบเครือข่าย ลักษณะแบบสอบถามเป็น
แบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมินค่า 3 ระดับ โดยมี
เกณฑ์เลือกคำตอบ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 10
ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ ลักษณะ
แบบสอบถามเป็นแบบคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ใน
การทําวิจัยโดยการนำไปทดสอบความตรง (Validity)
และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา
(Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ใน
การเก็บรวบรวมข้อมูลไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
แบบสอบถามรวมทั้งฉบับประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล
ความรู้เรื่องโรคจิตเวช ความพึงพอใจ ได้ค่า IOC เท่ากับ
0.70

2. การหาค่าความเชื่อมั่น
(Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตามทีปรับปรุง
ข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างตำบลนิคม
พัฒนา อำเภออุษันย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่ง
มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง และนำแบบสอบถามที่ได้
ไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยวิธีการวิเคราะห์ค่าสัมประ
สิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha
coefficient) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ไม่
ต่ำกว่า 0.7 ถือว่า เป็นค่าความเชื่อมั่น ที่ยอมรับได้
ความรู้เรื่องโรคจิตเวชได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.879
ความพึงพอใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.850

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเตรียมแบบสอบถามที่ได้นำไป
ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตาม
จำนวนกลุ่มเป้าหมาย

2. ประสานงานผู้อำนวยการส่งเสริม
สุขภาพตำบล พื้นที่เป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ใน
การศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ขอความร่วมมืออาสาสมัคร
สาธารณสุขหมู่บ้าน ในการสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล

4. อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการใช้แบบสอบถาม และสถิติวิธีการเก็บข้อมูลเป็นตัวอย่างแก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

5. อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

6. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่เก็บรวบรวม ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และเลือกใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจในการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตาอุด อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช วิเคราะห์โดยใช้ Pair t- test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย เลขที่ SPPH 2024-121 รับรองตั้งแต่วันที่ 24 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย

เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.40 ชาย ร้อยละ 43.60 ส่วนใหญ่มีอายุ 55 ปี รองลงมา 53 ปี มีอายุเฉลี่ย 55.07 ปี โดยที่อายุน้อยที่สุด 28 ปี อายุมากที่สุด 74 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.10 รองลงมาโสด ร้อยละ 15 ระดับการศึกษา จบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 69.20 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 20.00 ประเภทตำแหน่ง เป็น อสม. ร้อยละ 82.70 รองลงมาเป็น กู้ชีพ ร้อยละ 9.10 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 8.20 ซึ่งได้แก่ผู้ใหญ่บ้าน

ส่วนที่ 2- ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชก่อนและหลังฝึกอบรม

เมื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ก่อนและหลังฝึกอบรม ของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการอบรม มีความรู้ในระดับปานกลาง (S.D=1.12) หลังอบรมพบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช ก่อนและหลังฝึกอบรม (n=110)

ความรู้ของ	n	Mean		S.D.	95% CI	P-value
		Min	Max			
ก่อนอบรม	110	5	10	1.12	0.27 – 0.52	<0.001
หลังอบรม	110	6	10	0.99		

ส่วนที่ 3: ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบ
เครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ตำบลตาอุด อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เมื่อวัดความพึงพอใจในการพัฒนาระบบ
เครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของ
ชุมชนตำบลตาอุด อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษของ
กลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการอบรมมีความพึงพอใจในการ

พัฒนาระบบเครือข่ายด้าน ($\bar{X}$ 2.96, S.D. 0.188) ด้าน
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีโอกาสเสนอแนะข้อคิดเห็นในการ
กำหนดนโยบาย การวางแผนการปฏิบัติงาน ($\bar{X}$ 2.96,
S.D. 0.188) และมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$ 29.57, S.D. 0.656)

ดังตารางที่ 2:

ตารางที่ 2. ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตาอุด
อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n=110)

หัวข้อ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความ พึงพอใจ
ด้านการบริหารจัดการ			
1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มีโอกาสเสนอแนะข้อคิดเห็นในการกำหนดนโยบาย การ วางแผนการปฏิบัติงาน	2.96	0.188	มาก
2. มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ปฏิบัติงานและเครือข่าย	2.93	0.261	มาก
3. สัมพันธ์ภาพกับบุคลากรในหน่วยงาน/การได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน	2.96	0.188	มาก
4. องค์กรให้ความสำคัญ ในการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการทำงานเป็น ทีม	2.95	0.228	มาก
5. เปิดโอกาสให้เครือข่ายเสนอข้อมูลและข้อคิดเห็นต่อผู้บริหารในการพัฒนาและ ปรับปรุงการบริหารงานของ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จขององค์กร	2.95	0.209	มาก
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน			
6. มีการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน	2.96	0.188	มาก
7. การปฏิบัติงานถูกต้องตามข้อกำหนดที่วางไว้	2.96	0.188	มาก
8. มีขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	2.95	0.209	มาก
9. สร้างระบบการทำงานร่วมกันในชุมชน	2.96	0.188	มาก
10. มีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง	2.97	0.164	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	29.57	0.656	มาก

ส่วนที่ 4. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

จากการรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม พบว่า ประธาน อสม.ตำบลตาอุดได้แสดงความคิดเห็นว่า “การประชุมครั้งนี้ดีมากค่ะทำให้เรารู้ว่าเราต้องทำอะไรบ้าง แจ่มใสมาก่อน ใครมีหน้าที่อะไรก็ไม่สับสนค่ะ” ผู้ใหญ่บ้านหมู่ 1 ตำบลตาอุดได้แสดงความคิดเห็นว่า “การประชุมครั้งนี้ทำให้ผมได้ทราบขั้นตอนว่าเมื่อเกิดเหตุแล้วต้องทำอย่างไร ระบุเหตุแบบไหนครับ” และ กู้ชีพตำบลตาอุด ได้แสดงความคิดเห็นว่า “การประชุมครั้งนี้ทำให้ผมทราบขั้นตอนการดูแลคนไข้ และถ้าหากกระทำความผิดได้ต้องทำอะไร พร้อมได้ทราบว่าลำดับขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยเมื่อพบกับเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งควบคุมได้และไม่ได้ ต้องแจ้งใครก่อนตามลำดับขั้นตอน เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามแผนงานที่ตั้งไว้”

จากการดำเนินงานมีการสร้างข้อตกลงร่วมกันในการส่งต่อ มีการสื่อสารทางโทรศัพท์ และหนังสือ ส่งต่อ เกิดระบบการส่งต่อที่ชัดเจนขึ้น เครือข่าย มีความพึงพอใจในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช และมี การทำงานร่วมกันกับโรงพยาบาลชุมชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต : กรณีศึกษาเขตรพ.สต.โนนแต อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย จิตเวชด้วยวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า แม้การจัดตั้งเครือข่ายสุขภาพจิตเริ่มจากการที่ประชาชนในชุมชนรู้สึก หวาดกลัวผู้ป่วยทางจิตที่ไม่มีผู้ดูแล บุคลากรพ.สต.ดำเนินการเครือข่ายเพื่อเป้าหมายเพื่อบริการ ด้านดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนก็ตาม แต่สุดท้ายผล การดำเนินการคือผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ผู้นำชุมชนเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น บุคลากร ในเครือข่ายสุขภาพจิตโนนแต เกิดความเสมอภาค ภูมิใจ ความสุขใจ

และชุมชนมีความร่วมมือเป็นอย่างดี ทำให้ปัญหาความเดือดร้อนจากผู้ป่วยจิตเวชที่หลากหลายยุ่งยากซับซ้อน ขณะเดียวกันบุคลากร ด้านสุขภาพจิตมีจำกัด ควรมีการจัดการรายกรณี

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตาอุด อำเภออุษันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ การดำเนินงานเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ ทีมมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการ ทำงาน การส่งเสริมการให้ความรู้ และการปรับ เปลี่ยนความคิด เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน การสอนสาธิต การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน การ สนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เมื่อทีมมี ความรู้ สร้างความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยส่งผล ให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น มีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตัวเองและมองเห็นคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ อภิวัฒนพร (2556) ลดลง อย่างชัดเจน และส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่องหรือบางรายขาดผู้ดูแล อีกทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ก็ขาดศักยภาพในการให้ความช่วยเหลือ ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้บุคลากรผู้ดูแล ในชุมชนขาดความมั่นใจ ขาดทักษะ และระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ รูปแบบการให้บริการไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละระยะการดำเนินโรค เป็นปัญหาต่อการให้บริการและเข้าถึงบริการของประชาชนจากการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ผ่านมาเป็นการดำเนินงานที่ต่างคนต่างทำ และยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางอย่างเป็นระบบ ดังนั้นจากปัญหา

ดังกล่าวโรงพยาบาลสกลนครจึงดำเนินการพัฒนา
เครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้ประชาชน
เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และเพื่อรองรับนโยบายของ
กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพ
บุคลากรในเครือข่าย ระบบการดูแล การส่งต่อระหว่าง
เครือข่ายเพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการต่อไป

การนำไปใช้ประโยชน์

สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ผู้ป่วยในชุมชนมี
ความปลอดภัย ได้รับการส่งต่ออย่างถูกต้อง และรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในงานวิจัย

1. เครือข่ายชุมชนตระหนักและเล็งเห็น
ความสำคัญในปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ให้ความร่วมมือในการ
ดูแล ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ
กลับมาดำรงชีวิตร่วมกับชุมชนได้

2. ผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการและสภาพปัญหาที่
กล่าวว่าผู้ป่วยที่ได้รับความสนใจจากผู้ดูแลจะทำให้ ผู้ป่วย
มีอาการดีขึ้น ผลคือต่อทีมในการดูแลผู้ป่วย จิตเวช คือทีมมี
ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยจิต
เวช ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ที่ดี ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยมี
อาการดีขึ้น อยู่ในชุมชนได้ นานขึ้น และประการสำคัญ
คือ ด้านความรู้สึกรู้สึก มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
มีสัมพันธภาพ ที่ดีต่อกัน ประสานร่วมมือกัน ในการ
ทำงาน

เอกสารอ้างอิง

กายสิทธิ์ แก้วยาศรี.(2565).การพัฒนารูปแบบการ
เฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน
ชุมชน จังหวัดเลย. วารสาร วิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือน
พฤษภาคม - สิงหาคม 2565.328 - 342.

จินตนา ฐนิพันธ์.(2557).การปฏิบัติการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนที่พึงประสงค์ใน
ทศวรรษหน้าสำหรับเด็กที่มีปัญหาทางจิต.
วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่
28 ฉบับที่ 1เดือนมกราคม-เมษายน 2557.
16 – 28.

ปกรณ จารักษ์.(2550).ประสิทธิผลการพัฒนาระบบ
การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
โรงพยาบาล สร้างคอม อำเภอสร้างคอม
จังหวัดอุดรธานี วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข
ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน
2550.1220 - 1230.

ประภาส อนันตา และจรัญญู ทองอนง.(2555). ผล
ของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้าน
ตำบลขวาว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี
พ.ศ. 2555. วารสารสำนักงาน ป้องกันควบคุม
โรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 20 ฉบับที่ 1
เดือนตุลาคม – มีนาคม 2556. 1-8.

วรัญญา จิตบรรทัด,พิมพ์พรรณ เรื่องพุทธ,สุพิศรา
สหายรักษ์ และวัฒนา วาระเพียง.(2560).
การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายการณ์ในการ
ดูแล คนพิการสูงอายุในชุมชน.รายงานวิจัย
ฉบับสมบูรณ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
2560.1571 – 1577.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2567).

ฐานข้อมูล Health Data Center:HDC.2566.

[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 30กันยายน 2566]

เข้าถึงได้จาก <http://www.ssko.moph.go.th/>.

อภิชาติ อภิวัฒน์พร.(2556). การพัฒนาเครือข่าย
บริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในจังหวัด
สกลนคร.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปี
ที่ 21 ฉบับ ที่ 2 ปี 2556. 131-137

Best, J. W. (1977). Research in Education.
(3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยเสือ อำเภอยุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

มนัชญา สุขทองสา , วท.บ.¹, รุจิรา อำพันธ์ , ส.ม.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างได้แก่สตรีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเสือ อำเภอยุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 265 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่าง 1 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดและพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 47 ปี ร้อยละ 35.10 มีระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 และมีทัศนคติต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.00 เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($r = 0.068$, $P\text{-value} = 0.271$) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยด้านด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรม, มะเร็งปากมดลูก

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเสือ อำเภอยุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: Manatchaya@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง อำเภอยุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: zenui4298@gmail.com

Factors related to behavior in receiving cervical cancer screening services, Hua Suea Subdistrict, Khukhan District, Sisaket Province

Manatchaya Sukthongsa, *B.Sc.*¹, Rujira Ampan , *M.P.H.*²

Abstract

This descriptive research was aimed at determining factors related to the behavior of receiving cervical cancer screening services, sample group including 265 women, aged 30-60 years, in the service in the Ban Hua Suea Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province. Data were collected between 1 April 2024 and 30 September 2024, using an instrument of a questionnaire created by the researcher consisting of characteristics, knowledge about cervical cancer, attitudes, and behaviors in receiving cervical cancer screening services. Data were analyzed descriptively using frequency, mean, percentage, and standard deviation; correlation was determined using the Pearson correlation coefficient and chi-square statistics.

The results found that the majority of the sample had an average age of 47 years, 35.10%, have a level of knowledge about cervical cancer at a moderate level, 43.00%, and the attitude towards receiving cervical cancer screening services was a high level, 40.00%, it was found that personal characteristics factors were not related to the behavior of coming to receive cervical cancer screening services ($r = 0.068$, $P\text{-value}=0.271$), it was found that knowledge about cervical cancer was a factor relationship with the behavior of coming to receive cervical cancer screening services, significant at the 0.05 level ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$), it was found that the attitude factor, significant relationship with the behavior of receiving cervical cancer screening services at the 0.05 level ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$).

Keywords: Correlated factors, behavior, cervical cancer

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Hua Suea Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province,
Email: Manatchaya@gmail.com

² Registered Nurse, Professional level, Khlong Klang Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province,
Email: zenui4298@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็ง ที่พบอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองมาจาก มะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของ สตรีเป็นอันดับ 3 ของสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด สำนักงานวิจัยมะเร็งแห่งชาติ (IARC, 2014) ทุกๆ ปีจะมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก 530,000 ราย และทำให้สตรีเสียชีวิตมากกว่า 270,000 รายในแต่ละปี (WHO, 2013) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในลำดับที่ 6 ของโรคมะเร็ง โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 5,422 ราย มีอุบัติการณ์ 11.1 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งเต้านมในมะเร็งของสตรีไทย โดยมีอัตราอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ ประมาณ 14.4 รายต่อประชากรหญิงแสนคนต่อปี จะเห็นว่ามะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความสูญเสียต่อ ชีวิตและทรัพย์สินทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัว ในส่วนตัวผู้ป่วยเองนั้นจะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะในรายที่พบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะท้ายของโรค นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยที่พบว่าเป็น มะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามแล้วนั้นมีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฝังแร่การฉายแสงหรือการให้ยาเคมีบำบัดต้องใช้เวลานานในการรักษา เสียค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งมีผลแทรกซ้อนจากการรักษาในระยะยาวอีกด้วย (เพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์และเพชรศักดิ์ อุทัยนิล, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี ช่วงอายุ 35 - 60 ปี ให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสมตั้งแต่ปี ประชาชนในการดูแลรับผิดชอบตนเองในขั้นต้นเพื่อร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยงและอาการที่พบตลอดจนสามารถ ดูแลและเฝ้าระวัง

ตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้พ.ศ. 2556-2560 บรรลุผลงานที่ ร้อยละ 100

กรมการแพทย์ได้กำหนดแผนปฏิบัติการ ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก โดยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear และกำหนดเป็นบริการที่ไม่เสีย ค่าใช้จ่ายภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโดยกำหนดนโยบายให้สตรีที่มีอายุ 35 - 60 ปี ทุกคนได้รับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกเพื่อค้นหาวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกให้ได้ตั้งแต่อยู่ในระยะแรกเริ่มจะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งและอัตราการตายจากโรคมะเร็งได้อย่าง เป็นรูปธรรมแต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ภายในเวลา 5 ปี

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 พบผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 295 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.06 ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด (โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2566) เมื่อลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกไม่ได้ ยุทธศาสตร์ในการจัดการมะเร็งปากมดลูกคือ ทำการคัดกรองเพื่อค้นหาและวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะการรักษา มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก ผลการรักษาดี ผลแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ

ดังนั้น ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกตำบลบ้านหัวเสือ อำเภอยุกันต์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมของสตรีในการรู้จักเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองและประสานกับสถานบริการในระดับต่างๆ เพื่อการวินิจฉัยดูแลรักษาส่งต่อ เป็นการพัฒนาบทบาทของประชาชนในการดูแลรับผิดชอบตนเองในขั้นต้น เพื่อร่วมค้นหา

ปัจจัยเสี่ยง และอาการที่พบตลอดจนสามารถดูแลและเฝ้า
ระวังตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกตำบลหัวเสือ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัด
ศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบล
หัวเสือ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับ
บริการตรวจมะเร็งปากมดในตำบลหัวเสือ อำเภوخุขันธุ์
จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพและประวัติคนในครอบครัวที่เคย
ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม
3. ทักษะคิดเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูก

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการตรวจโรคมะเร็ง
ปากมดลูก

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาระหว่าง วันที่ 1
เมษายน 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2567 รวม
ระยะเวลา 5 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มสตรีที่มี
อายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตบริการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวเสือ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัด
ศรีสะเกษ ในช่วงปีงบประมาณ 2566 จำนวน 846 คน
(ข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS รพ.สต.บ้านหัวเสือ, 2566)

กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง (Sample size)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง
ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณ
ค่าคำนวณสัดส่วน (Proportion testing) โดยใช้ตาราง
สำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (1970). ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างที่ได้ 265 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสือ
อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้แบบสอบถาม
(Quertionnaire) แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งมี
รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่
ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ สถานภาพ ของผู้ตอบ
คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ
ประวัติครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่2 สอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปาก
มดลูก ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกเพียงคำตอบเดียว
คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ลักษณะ
แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมิน
ค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบ คือ เห็นด้วยอย่าง
ยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับ
บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ลักษณะแบบสอบถามเป็น

แนวเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมินค่า 3 ระดับ โดยมี
เกณฑ์เลือกคำตอบ คือ มาก ปานกลาง น้อย จำนวน 5
ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้
ในการทำวิจัยโดยการนำไปทดสอบหาความตรง
(Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1.การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
แบบสอบถามรวมทั้งฉบับประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกทัศนคติและพฤติกรรม
การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้ค่า IOC เท่ากับ
0.8

2.การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัย
นำแบบสอบถามตามที่ปรับปรุงข้อมูลไปทดลองใช้
(Try out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีอายุ 30 - 60 ปี
ตำบลตาตุ่ม อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30
คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง และนำ
แบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยวิธีการ
วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความ
เชื่อมั่น โดยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าเท่ากับ
0.841 และทัศนคติ เท่ากับ 0.833

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเตรียมแบบสอบถามที่ได้นำไปปรับปรุง
แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตามจำนวน
กลุ่มเป้าหมาย

2. ประสานงานผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพตำบล
พื้นที่เป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาและ
ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
ในการสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล

4. อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย
วิธีการใช้แบบสอบถาม และสถิติวิธีการเก็บข้อมูลเป็น
ตัวอย่างแก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

5.อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการเก็บรวบรวม
ข้อมูลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

6. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์
ครบถ้วนของคำตอบ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้บรรยายลักษณะของข้อมูล
ที่ได้ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ในตัวแปรอายุ ระดับ
การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติคนในครอบครัว
เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับ
โรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูก กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูกส่วนตัวแปรอายุ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยรวม ทัศนคติการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกโดยรวม และพฤติกรรมการมารับบริการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพและประวัติคนในครอบครัวที่เคย
ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง
ปากมดลูก และทัศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจ
มะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์
จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการทดสอบไคสแควร์
(Cornbrash's alpha confident) โดยค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาค

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ รับผิดชอบต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย เลขที่ SPPH 2024-059 รับรองตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2567 ถึงวันที่ 2 เมษายน 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างดี จึงได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียอมรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 35.10 สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 89.10 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.70 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.60 ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 97.70 มีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 2.30 เป็นมารดา ร้อยละ 66.67 ที่สาว ร้อยละ 33.30

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยเฉลี่ยเท่ากับ 14.61 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ข้อ 1. มะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทยคือมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X}$ = 1.000, S.D. = 0.000 คะแนน) รองลงมาคือข้อ 9. การมีก้อนที่ท้องเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ($\bar{X}$ = 1.000, S.D. = 0.530 คะแนน) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 11. มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะมีเลือดออกจากช่องคลอด ($\bar{X}$ = 0.820, S.D. = 0.263 คะแนน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (n=265)

ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ในระดับต่ำ (≤ 11 คะแนน)	62	23.40
มีความรู้ในระดับปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	114	43.00
มีความรู้ในระดับสูง (≥ 16 คะแนน)	89	33.60
รวม	265	100

จากตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน จำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 33.60 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.40

ส่วนที่ 3 ทรรศนคติเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง แสดงทรรศนคติในภาพรวมดังนี้

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุก 5 ปี เป็นการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.750$, S.D. = 0.462

2. การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.670$, S.D. = 0.528

3. การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกแล้วไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เสียชีวิตได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.610$, S.D. = 0.630

4. บุคคลที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูกมีส่วนให้ประชาชนตื่นตัวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.580$, S.D. = 0.652

5. อสม. มีส่วนช่วยในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.710$, S.D. = 0.541

สรุปผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (n=265)

ทัศนคติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี เป็นการค้นหาในระยะแรก	4.75	0.462	เห็นด้วยระดับสูง
2. การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาได้	4.67	0.528	เห็นด้วยระดับสูง
3. การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เสียชีวิตได้	4.61	0.630	เห็นด้วยระดับสูง
4. บุคคลที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูกมีส่วนให้ประชาชนตื่นตัวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.58	0.652	เห็นด้วยระดับสูง
5. อสม.มีส่วนช่วยในการตรวจมะเร็งปากมดลูก	4.70	0.541	เห็นด้วยระดับสูง

จากตารางที่ 2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลหัวเสือ อำเภอชานัญ จังหวัดศรีสะเกษ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงทัศนคติในภาพรวมดังนี้

1. การตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุก 5 ปี เป็นการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.75$, S.D. = 0.462

2. การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.528

3. การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เสียชีวิตได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.630

4. บุคคลที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูกมีส่วนให้ประชาชนตื่นตัวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.652

5. อสม.มีส่วนช่วยในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.70$, S.D. = 0.541

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ

20.00 และน้อยที่สุด ระดับต่ำ ร้อยละ 10.00 โดยมี
คะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.240
คะแนนต่ำสุด 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 5.00 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล
ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลห้วยเสือ อำเภوخุขันธุ์

จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อายุ ($r = 0.068$, $P\text{-value} = 0.271$)
สถานภาพสมรส ($P\text{-value} = 0.541$) ระดับการศึกษา
($P\text{-value} = 0.641$) อาชีพ ($P\text{-value} = 0.522$) บุคคลใน
ครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ($P\text{-value} = 0.676$)
บุคคลใน ครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก
($P\text{-value} = 0.795$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีในตำบลห้วยเสือ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ
($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านข้อมูลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($n=265$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก			2 x	P-value
	ปฏิบัติทุก 5 ปี	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. สถานภาพ	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)	5.020	0.541
โสด	5 (62.5)	3 (37.5)	0 (0)		
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	135 (57.2)	85 (36.0)	16 (6.8)		
หย่า	3 (42.9) 4	(57.1)	0 (0)		
หม้าย	11 (78.6)	3 (21.4)	0 (0)		
2.ระดับการศึกษา	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)	9.715	0.641
ไม่ได้เรียน	7 (58.3)	4 (33.3)	1 (8.3)		
ประถมศึกษา	109 (55.1)	75 (37.9)	14 (7.1)		
มัธยมศึกษาตอนต้น / ปวช.	12 (85.7)	2 (14.3)	0 (0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวส.	21 (61.8)	12 (35.3)	1 (2.9)		
อนุปริญญา	0 (0)	1 (100)	0 (0)		
ปริญญาตรี	4 (80)	1 (20)	0 (0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (100)	0 (0)	0 (0)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านข้อมูลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก (n=265) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก			χ^2	P-value
	ปฏิบัติทุก 5 ปี	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
3. อาชีพ	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)	13.055	0.522
ว่างงาน	13 (68.4)	6 (31.6)	0 (0)		
แม่บ้าน	16 (50.0)	13 (40.6)	3 (9.4)		
เกษตรกร	106 (56.7)	68 (36.4)	13 (7.0)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (100)	0 (0)	0 (0)		
ค้าขาย	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0)		
รับจ้าง	5 (50.0)	5 (50.0)	0 (0)		
ธุรกิจส่วนตัว	3 (100)	0 (0)	0 (0)		
อื่น ๆ	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0)		
4. บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)	0.783	0.676
ไม่มี	151 (58.3)	92 (35.5)	16 (6.2)		
มี	3 (50)	3 (50)	0 (0)		
5. บุคคลในครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)	0.459	0.795
ไม่มี	150 (57.9)	93 (35.9)	16 (6.2)		
มี	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	47.12	9.058	0.068	0.271
ความรู้	7.574	0.711	0.338	< 0.001
ทัศนคติ	4.670	0.528	0.416	< 0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเร้งปากมดลูกและทัศนคติ

มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยเสือ อำเภอยุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถนำมาอภิปราย ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิจัย พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 35.10 มีอายุเฉลี่ย 47.12 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน / อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 89.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.10 ดังนั้นจึงไม่พบความแตกต่างระหว่าง อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับการศึกษาของฐนรินทร์ สีกุดมะลิวัลย์ บางนันทน์และชาลินี มานะยิ่ง (2564) ที่ศึกษาพบว่า ได้ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.62 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า ประถมศึกษา ร้อยละ 48.72 มีสถานภาพสมรสคู่ (อยู่กินกับสามี) ร้อยละ 74.36 มีอาชีพแม่บ้าน/ค้าขาย/ธุรกิจ ส่วนตัว ร้อยละ 38.46 รายได้เฉลี่ยเดือน 3,789.74 บาท มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 20.72 ปี เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.18 คุมกำเนิด ร้อยละ 74.36 โดยวิธีการกินยาคุมกำเนิด ร้อยละ 30.77

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การที่สตรีไม่มีความรู้

ในเรื่อง การตรวจมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้ละเลยต่อการตรวจเพราะการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดีนั้นจะต้องมี ความรู้เป็นองค์ประกอบ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์ และเพชรศักดิ์ อุทัยนิล (2565). ได้ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาสี ที่ศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.30 ทศนคติของการมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีระดับทัศนคติที่ดี ($x=4.20$, $S.D=0.50$) พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.705) ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และทัศนคติของการมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพราะเมื่อทราบถึงวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์ และเพชรศักดิ์ อุทัยนิล (2565) ได้ทำการศึกษารื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาสี ที่ศึกษาพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษในระดับปานกลาง ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อจะได้มีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นตามไป

1.2 จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในตำบลหัวเสือ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษในระดับปานกลาง ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ดี เพื่อจะได้มีพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกดีขึ้นตามไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาแบบเจาะลึกเพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

2.2 ศึกษารูปแบบการเชิญชวนให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 การทำวิจัยคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงคุณภาพ จะช่วยวิเคราะห์สาเหตุ ปัญหา และข้อสรุปได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ชัชวาล นฤพันธ์จิรกุล รัตนา ธรรมวิชิตและธานินทร์ สุธีประเสริฐ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(6), 1022-1031.

ณัฐธยาน์ ภิมย์สิทธิ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 35(2), 95-108.

บุษบา ไชยรินทร์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มไทลื้อ ในตำบลศรีดอนชัย อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. [หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยพะเยา].

รัฐพล สาแก้ว จงกลนี ธนาไสย์ และ บัณฑิต วรรณประพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. 23(1), 17-30.

ศิริรัตน์ เพ็ญขันทา ดวงกมล ปิ่นเอื้อยและทิพย์สัมพันธ์ เกษโกมล. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ป้องกันโรคและการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 28(2): 1-16.

สุชุมล โพธิ์ทอง. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 32(2): 966-970.

สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
การไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน
ชุมชนที่คัดสรร: จังหวัดนนทบุรี.
วารสารวิชาการกรมสนับสนุน บริการสุขภาพ,
9(1), 12-20.

สุวิมล สอนศรี วาโรณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร
โพธิ์ทรัพย์สุข. (2564). ผลของโปรแกรมการ
ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
สตรีกลุ่มเสี่ยง อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด. วารสาร
พยาบาล, 70(3), 11-19.

อรทัย วิเชียรบุณ และวุฒิชัย จิรา. (2563). ปัจจัยที่มีผล
ต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอ
เสนาเหล็ก จังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและ
พัฒนาระบบสุขภาพ, 13(2), 250-258.

:พีญานิภา ชำนาญบริรักษ์ และ:พีชรศักดิ์ อุทัยนิล.
(2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของ
สตรี ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพ ตำบลเขวาส.วารสารวิชาการทางการ
พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ,
2(2):59-70.

Bloom BS. (1971). Hand book on formative and
summative evaluation of student
learning. Graw-Hill Book Company.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของวัยกลางคนในเขตตำบลโพนยาง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ

วีระ คันศร, ส.ม.¹, รุจิรา อัมพันธ์, ส.ม.²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลโพนยาง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกด้วยวิธี คำนวณขนาดตัวอย่างจำนวน 123 คน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนยาง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 15 พฤษภาคม - 30 กันยายน 2567 โดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแก้ไขจากแบบสอบถามของ ชนัญญา ปัญจพล ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเท่ากับ 0.736 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Chi-square Test และ Fisher's Exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 55.28, 49.59 และ 44.72 ตามลำดับ และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม มีการเตรียมความพร้อมอยู่ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.78, 49.59 และ 44.72 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ($p\text{-value} = 0.087, 0.101, 0.240, 0.356, 0.200, 0.634, 0.734, 0.116, 0.070, 0.098, 0.404, 1.000, 0.502, 0.074, 0.888, 0.108$ และ 0.287 ตามลำดับ) อาจจะมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เช่น ศาสนา การมีบ้านหรือที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง รูปแบบการอยู่อาศัย เป็นต้น

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ควรมีการสนับสนุนให้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ เพื่อยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมให้มีการจัดทำบัญชีรายรับรายจ่าย และการออมเงิน เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : การเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัจจัย วัยกลางคน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนยาง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ
Email: weera@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง อำเภอขุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ
Email: zenuei4298@gmail.com

Factors related to preparation for entering towards an ageing society of middle-aged people in Phon Yang Subdistrict, Wang Hin District, Sisaket Province

Weera Khansorn, *M.P.H.*¹, Rujira Ampan , *M.P.H.*²

Abstract

This cross-sectional descriptive study was aimed at studying factors related to middle-aged people's preparation for entering the aging society. The sample group consisted of individuals aged 40-59 years living in Phon Yang Subdistrict, Wang Hin District, Sisaket Province, selected by calculated 123 people in the area of responsibility of Phon Yang Health Promoting Hospital, Wang Hin District, Sisaket Province, and collected data between 15 May and 30 September 2024, using a questionnaire created by the researcher, which was reviewed from literature and revised from Chananya Panchaphon. The reliability of the research tool for preparing to enter the elderly society was obtained at 0.736. Data was analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, median, and 25th and 75th percentiles; relationships were analyzed using inferential statistics, Chi-square test, and Fisher's Exact test at the statistical significance level of 0.05.

The results found that, most of the sample group were preparing to enter the aging society in terms of physical, economic, and environmental aspects at the most good level: 55.28%, 49.59%, and 44.72%, respectively, and preparation mentally, socially, and in technology and innovation. Preparation was at the most moderate level, 48.78%, 49.59%, and 44.72%, respectively, and it was found that personal characteristics factors were not related to preparation for entering the elderly society (*p*-value = 0.087, 0.101, 0.240, 0.356, 0.200, 0.634, 0.734, 0.116, 0.070, 0.098, 0.404, 1.000, 0.502, 0.074, 0.888, 0.108, and 0.287, respectively). Some other factors were related to preparing friends for entering the elderly society, such as religion, having their own home or residence, residence style, and others.

Therefore, relevant agencies and public health in this area should support mental preparation to accept the changes in the situation that will occur in the elderly, including promoting the preparation of income and expense accounts and saving money in order to prepare to enter the elderly society with quality.

Keywords: Preparation for an aging society, factors, middle age

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Phon Yang Health Promoting Hospital, Wang Hin District, Sisaket Province, Email: weera@gmail.com

² Registered Nurse, Professional level, Khlong Kiang Health Promoting Hospital, Khukhan District, Sisaket Province, Email: zenui4298@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยจะก้าวเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 66,558,935 คน จำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป รวม 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 และภาคอีสานมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 16.04 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทำให้เกิดผลกระทบและปัญหาต่างๆตามคำอธิบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป. : ออนไลน์) ดังนี้ ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมโทรม มีโรคภัยต่างๆเบียดเบียนทั้งโรคทางกายและทางสมอง ผู้มีอายุเกิน 65 ปี มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสมอง คือ โรคสมองเสื่อม โรคหลงลืม โรคซึมเศร้า เป็นต้น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลานดูแลอุปการะเลี้ยงดู รายได้ไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงชีพ ปัญหาทางด้านความรู้ ผู้สูงอายุไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมกับวัยและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่ ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการยกย่องจากสังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นข้าราชการ ตำแหน่งสูงซึ่งเคยมีอำนาจและบารมีแวดล้อม เมื่อเกษียณอายุราชการอาจเสียดยอำนาจและตำแหน่งที่เสียไป ปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะไม่ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกว้าเหว่ อ้างว้าง และอาจจะมีควมวิตกกังวลต่างๆ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกคนต้องตระหนักรู้ เพราะความแก่ชราเป็นสิ่งที่ห้ามกันไม่ได้แม้จะมีเงินไปเสริมเติมแต่งแค่ไหน สุดท้ายก็แค่ชะลอความเสื่อมของร่างกาย หากการอยากอยู่อย่างมีความสุข เป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง มีความมั่นคงทางการเงิน ตลอดจนมีลูกหลานห้อมล้อม ควรมีการพิจารณาปรับใช้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองใน 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และเทคโนโลยีนวัตกรรม

เพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุในอนาคตที่เต็มเปี่ยมทั้งคุณค่า ศักดิ์ศรีและความสุข (บรรลุ ศิริพานิช, 2563)

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ได้กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งมีเป้าหมายที่ต้องการสร้างจิตสำนึกให้กับคนในสังคม ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งถือว่าการสร้างหลักประกันและสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ประเทศไทยยังมีช่องว่างด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรและการพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรนำไปสู่ความจำเป็นในการปรับตัวเพื่อรองรับภาระทางสังคมที่วัยกลางคนต้องดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นแม้ประชากรผู้สูงอายุจะมีอายุน้อยลง แต่ไม่ได้หมายความว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านั้นจะดีตามไปด้วย หากบุคคลสามารถปรับตัวได้ดีเพราะมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะสามารถดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข แต่ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลไม่ได้เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอาจต้องเป็นทุกข์และประสบความยากลำบากในชีวิต ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุจึงต้องเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุทำได้ด้วยการวางแผนชีวิตกันแต่เนิ่นๆ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม เพื่อก้าวสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข (เกื้อวงศ์ บุญสิน, 2560) เป้าหมายปลายทางของชีวิต คือการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและมีเวลาในการเตรียมการน้อยกว่าประเทศพัฒนาแล้วที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญผลกระทบต่างๆจากสังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

จังหวัดศรีสะเกษมีสัดส่วนแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีผู้สูงอายุจำนวน

232,607 คน จากประชากรทั้งหมด 1,458,580 คน คิดเป็นร้อยละ 15.90 ซึ่งในขณะนี้ แนวโน้มผู้สูงอายุใน จังหวัดศรีสะเกษปี 2563 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จังหวัด ศรีสะเกษกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเข้าสู่ สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ อำเภอม่วงสามสิบอยู่ภายใต้การ ปกครองของจังหวัดศรีสะเกษมีประชากรทั้งหมด 50,738 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,846 คน จากประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 19.01 ตำบลโพธิ์ยางอยู่ในการดูแลของอำเภอม่วงสามสิบ มีทั้งหมด 12 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 6,569 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,277 คน คิดเป็นร้อยละ 15.08 ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้ม การเพิ่มขึ้นในทุกๆปี และมีประชากรวัยกลางคนที่มี อายุระหว่าง 40-59 ปี 2,460 คน คิดเป็นร้อยละ 29.05 ของประชากรทั้งหมด และกลุ่มประชากรวัยกลางคนนี้ ถือเป็นกำลังสำคัญในเชิงเศรษฐกิจ และมีภาระหน้าที่ ที่ต้องดูแลและเกื้อกูลกลุ่มวัยอื่นๆในสังคม โรคที่พบใน ผู้สูงอายุของตำบลโพธิ์ยางส่วนใหญ่ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง วัณโรค โรคหัวใจ โรคเหล่านี้ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆในผู้สูงอายุ ถ้าหากยังไม่มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต และยังไม่ มีการจัดการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (งานควบคุมโรค และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโพธิ์ยาง, 2567)

ตำบลโพธิ์ยางมีการใช้ชีวิตที่แตกต่างกันไป และ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเกษียณอายุตนเองได้ยังคง ต้องทำงานต่อไปเพื่อหาเลี้ยงตนเอง ครอบครัว ทำงาน หาเข้ากินค่า ประชากรวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ดังนั้น คณะผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ สัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุของประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ยาง อำเภอ ม่วงสามสิบ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นแนวทางในการเตรียม

ความพร้อมให้กับประชากรวัยกลางคนและเป็นการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยกลาง อีกทั้งยังสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยในการใช้ ชีวิต เพื่อลดผลกระทบต่างๆและเพิ่มคุณภาพต่างๆใน ด้าน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจที่จะ เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุของประชากรวัยกลางคน ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโพธิ์ยาง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียม ความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากร วัยกลางคน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ยาง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัด ศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากร วัยกลางคน เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ยาง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัด ศรีสะเกษ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น แบบสอบถาม ซึ่งมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคม - 30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวัยกลางคน คือ บุคคลอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลโพธิ์ยาง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2,460 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลอายุระหว่าง 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลโพธิ์ยาง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัด

ศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวแทนของประชากรทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง จำนวน 123 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างครั้งนี้ เนื่องจากประชากรในการศึกษามีขนาดใหญ่ 2,460 คน จึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าสัดส่วนประชากร (อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ, 2550)

$$n = \frac{NZ^2 a/2 p(1-p)}{[e^2(N-1)] + [Z^2 a/2p(1-p)]}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา
 N = ขนาดของประชากรวัยทำงานอายุ 40-59 ปี จำนวน 2,460 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ภายใต้โค้งปกติ
มาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z_{(0.025)}$
= 1.96

P = ค่าประมาณสัดส่วนของการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.43 (ภาณุวัฒน์ มีชนะและคณะ, 2560)

e = ความแม่นยำของการประมาณค่า (Precision estimate) ซึ่งกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 20 ของค่า p มีค่าเท่ากับ 0.086

แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{2460 (1.96^2)[0.43(1-0.43)]}{(0.086^2)(2460-1) + [(1.96^2)(0.43)(1-0.43)]}$$

$$= 121.09$$

$$\approx 122 \text{ คน}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 122 คน

จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 123 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแก้ไขจากแบบสอบถามของ ชันัญญา ปัญจพล (2558). และกรอบแนวคิดในการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ หนี้สินของครอบครัว การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่โดยมีลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกจากตัวเลือกที่กำหนด รวมเป็นจำนวน 11 ข้อ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว อายุการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สภาพแวดล้อมที่พักอาศัย เป็นข้อคำถามปลายเปิดรวมเป็นจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ ชันัญญา ปัญจพล (2558) แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย 6 ข้อ
2. ด้านจิตใจ 7 ข้อ
3. ด้านสังคม 7 ข้อ
4. ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ
5. ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม 6 ข้อ
6. ด้านสภาพแวดล้อม 1 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือ

ตรวจสอบเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้ผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณาความถูกต้องทางด้านความตรงของเนื้อหาความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของเนื้อหาแล้วนำมาหาค่าดัชนีความ

สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item Objective Congruence: IOC) หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญเครื่องมือทุกข้อคำถาม ได้มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

นำแบบสอบถามทำการ Try out โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มประชากรวัยกลางคนของการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรวัยกลางคนอายุระหว่าง 40-59 ปี ตำบลกฤษณา อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยรวมเท่ากับ 0.736

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดเตรียมแบบสอบถามที่ได้นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมาย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Max) และค่าต่ำสุด (Min)

1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.ตัวแปรเชิงคุณภาพ (Qualitative) ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ความเพียงพอของรายได้ หนี้สินของครอบครัว สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percent)

2.ตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative) ได้แก่ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว อายุการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ค่าสูงสุด 75 และ ค่าต่ำสุด 25

2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

ทดสอบหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุรายด้าน กับ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว อายุการทำงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ หนี้สิน สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย การตรวจสุขภาพประจำปี โรคประจำตัว การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi-Square Test และ Fisher's Exact test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย เลขที่ SPPH 2024-081รับรองตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 12 พฤษภาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.40 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.60 ค่าเฉลี่ยของอายุอยู่ที่ 49.51 (S.D = 4.93) โดยอยู่ในช่วงอายุ 45-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.28 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 82.92 จบระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 74.80 มีสถานภาพสมรส มากที่สุด ร้อยละ 87.80 มีสมาชิกในครอบครัว มากที่สุดที่ 1-5 คน ร้อยละ 73.17 กลุ่มตัวอย่างมีอายุการทำงานอยู่ในช่วง 26 ปีขึ้นไป มากที่สุด ร้อยละ 52.85 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าจนถึง 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 69.10 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 65.04 ซึ่งไม่มีความเพียงพอของรายได้และมีหนี้สินมากที่สุด ร้อยละ 41.47 มีหนี้สินในครอบครัว ร้อยละ 90.24 มีความพร้อมในบริการด้านไฟฟ้า น้ำอุปโภคและเครื่องบริโภค ร้อยละ 99.19 มีความเพียงพอในการบริการด้านไฟฟ้า น้ำอุปโภคและเครื่องบริโภค ร้อยละ 98.37 กลุ่มตัวอย่างเคยตรวจสุขภาพประจำปี มากที่สุด ร้อยละ 78.05 ไม่มีโรคประจำตัว มากที่สุด ร้อยละ 71.54 กลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.35 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 71.54

จากการศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรวัยกลางคน รายงาน พบว่า

ด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมคือ สังเกตอาการตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 65.04 รองลงมาคือ พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 63.42 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ รับประทานอาหารที่เป็น เนื้อสัตว์ ติดมัน หนักเกินไป อาหารประเภททอด กะทิ ร้อยละ 21.95 และศึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการลดตกหล่น ร้อยละ 16.26

ด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมคือ มีวิธีการลดความเครียด ความวิตกกังวลด้วยวิธีต่างๆ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง นั่งสมาธิ ร้อยละ 45.63 รองลงมา คือ เตรียมใจสำหรับบทบาทหน้าที่ที่ต้องเปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการเป็นผู้นำมาเป็นทีปรีชา ร้อยละ 42.27 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม คือ เริ่มมีการวางแผนชีวิตและไม่วิตกกังวลกับอนาคตที่กำลังจะมาถึงและศึกษาการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อนำมาปฏิบัติเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 11.94 เท่ากัน รองลงมา คือ เตรียมใจสำหรับบทบาทหน้าที่ที่ต้องเปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจากการเป็นผู้นำมาเป็นทีปรีชา ร้อยละ 5.70

ด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมที่สุด คือ สร้างสัมพันธ์ภาพและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนในครอบครัวมากขึ้น ร้อยละ 52.03 รองลงมา คือ มีการติดต่อกับเพื่อนวัยเดียวกันสม่ำเสมอ ร้อยละ 39.84 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสมคือ ค้นหากิจกรรมหรือ งานอดิเรกที่สนใจ เช่น กิจกรรมที่ทำร่วมกันในสังคม การออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่น การจัดทำกลุ่มเย็บผ้า การท่องเที่ยว เป็นต้น ร้อยละ 18.70 รองลงมาคือ เตรียมศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามกฎหมาย และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีการจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 13.82

ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่เหมาะสมคือ มีการฝากเงินในรูปแบบกองทุน ธนาคาร สหกรณ์ หมู่บ้าน ฅาปนกิจ ร้อยละ 62.60 รองลงมา คือ วางแผนการเงินสำหรับใช้ในครอบครัวในแต่ละเดือน ร้อยละ 53.66 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม

คือ เตรียมจัดการแบ่งทรัพย์สินให้ทายาทหรือทำ
พินัยกรรม ร้อยละ 37.40 รองลงมาคือ มีการทำบัญชี
รายรับ-รายจ่าย ร้อยละ 35.77

ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม กลุ่มตัวอย่างมี
พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคม
ผู้สูงอายุ ที่เหมาะสม คือ สามารถติดต่อสื่อสารกับ
เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีอาการ
เจ็บป่วยหรือพบเหตุการณ์ต่างๆ ร้อยละ 36.59
รองลงมา คือ ใส่ใจเรื่องการดูแลสุขภาพและศึกษา
ข้อมูลด้านสุขภาพบนสื่อต่างๆ เช่น นิตยสาร
หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ทีวี วิดีโอ เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ร้อยละ 34.96 และกลุ่มตัวอย่างมี
พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคม
ผู้สูงอายุ ที่ไม่เหมาะสมคือ มีการจัดซื้อเครื่องมือ
ทางการแพทย์และนวัตกรรม เช่น เครื่องวัดความดัน
ปรอทวัดไข้ มาใช้เอง ร้อยละ 57.72 รองลงมา คือ มี
การจัดเตรียมนวัตกรรม เช่น รองเท้าเพื่อสุขภาพ เก้าอี้
นั่งเพื่อสุขภาพ เครื่องนวดคลายกล้ามเนื้อ ร้อยละ
33.30, 44.72 ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากด้านร่างกาย
กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่เหมาะสมในเรื่องการสังเกต
อาการตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการ
ผิดปกติ อีกทั้งด้านเศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการลด
ความเครียด ความวิตกกังวลด้วยวิธีต่างๆ ที่เหมาะสม
นอกจากนี้ด้านสิ่งแวดล้อมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดที่จะ
วางแผนเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในเรื่องการเพิ่มแสง
สว่างในที่พักอาศัยมากที่สุดจึงทำให้มีการเตรียมความ
พร้อมอยู่ในระดับดี ส่วนด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้าน
เทคโนโลยีและนวัตกรรม มีการเตรียมความพร้อมอยู่
ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 48.78, 49.59 และ
44.72 ตามลำดับอาจเนื่องมาจากด้านจิตใจกลุ่ม
ตัวอย่างยังขาดการวางแผนชีวิต รวมถึงการวางแผน
ไม่ให้วิตกกังวลกับอนาคตที่กำลังจะมาถึงและการศึกษา
การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อนำมาปฏิบัติ
เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ด้านสังคมกลุ่มตัวอย่างมียังขาด

การปฏิบัติในเรื่องค้นหากิจกรรมหรืองานอดิเรกที่สนใจ
เช่น กิจกรรมที่ทำร่วมกันในสังคมการออกกำลังกาย
ร่วมกับผู้อื่น การจัดทำกลุ่มเย็บผ้า การท่องเที่ยว และ
การศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับ
ตามกฎหมาย และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีการจัด
ขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนด้านเทคโนโลยีกลุ่มตัวอย่างยัง
ขาดการเตรียมความพร้อมในเรื่องการเตรียมความ
พร้อมในเรื่องของการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์
และนวัตกรรม เช่น เครื่องวัดความดัน ปรอทวัดไข้
มาใช้เองและการจัดเตรียมนวัตกรรม เช่น รองเท้าเพื่อ
สุขภาพ เก้าอี้นั่งเพื่อสุขภาพ เครื่องนวดคลายกล้ามเนื้อ
ซึ่งประชากรไม่ค่อยปฏิบัติหรือจัดซื้อมาใช้เองภายใน
ครอบครัว จึงทำให้มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับ
ปานกลาง

สรุปผลการศึกษา

1.การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
พิจารณารายด้าน พบว่า มีการเตรียมความพร้อมด้าน
ร่างกาย ด้านเศรษฐกิจ และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับ
ดี ร้อยละ 55.28, 49.59 และ 44.72 ตามลำดับ อาจ
เนื่องมาจากด้านร่างกายกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่
เหมาะสมในเรื่องการสังเกตอาการตนเองเมื่อเริ่มมี
อาการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ อีกทั้งด้าน
เศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการลดความเครียด ความ
วิตกกังวลด้วยวิธีต่างๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้ด้าน
สิ่งแวดล้อมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดที่จะวางแผนเพื่อเข้า
สู่สังคมผู้สูงอายุในเรื่องการเพิ่มแสงสว่างในที่พักอาศัย
มากที่สุดจึงทำให้มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับดี
ส่วนด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยีและ
นวัตกรรม มีการเตรียมความพร้อมอยู่ระดับปานกลาง
มากที่สุด ร้อยละ 48.78, 49.59 และ 44.72 ตามลำดับ
อาจเนื่องมาจากด้านจิตใจกลุ่มตัวอย่างยังขาดการ
วางแผนชีวิต รวมถึงการวางแผนไม่ให้วิตกกังวลกับ

อนาคตที่กำลังจะมาถึงและการศึกษาการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อนำมาปฏิบัติเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ด้านสังคมกลุ่มตัวอย่างมียังขาดการปฏิบัติในเรื่องค้นหากิจกรรมหรืองานอดิเรกที่สนใจ เช่น กิจกรรมที่ทำร่วมกันในสังคม การออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่น การจัดทำกลุ่มเย็บผ้า การท่องเที่ยว และการศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุพึงได้รับตามกฎหมาย และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีการจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนด้านเทคโนโลยีกลุ่มตัวอย่างยังขาดการเตรียมความพร้อมในเรื่องการเตรียมความพร้อมในเรื่องของการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์และนวัตกรรม เช่น เครื่องวัดความดัน บรอกซ์ใช้เอง และการจัดเตรียมนวัตกรรม เช่น รองเท้าเพื่อสุขภาพ แก้วน้ำเพื่อสุขภาพ เครื่องนวดคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งประชากรไม่ค่อยปฏิบัติหรือจัดซื้อมาใช้เองภายในครอบครัว จึงทำให้มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง

2.ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุภาพรวม

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$)

อภิปรายผล

การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของวัยกลางคน

การเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่า มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี อาจเนื่องมาจากด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่เหมาะสมในเรื่องการดูแลตนเองโดยการสังเกตอาการเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ทำให้ทราบถึงอาการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว และมีการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะกลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพที่ต้องทำงานหนัก ทำให้

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและเกิดการเหนื่อยล้า ซึ่งการพักผ่อนให้เพียงพอ และการสังเกตอาการตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทราบถึงอาการของตนเองการสังเกตอาการตนเองและการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อร่างกายเพราะการดูแลสุขภาพตนเองให้มีความแข็งแรงนั้นช่วยลดความเสี่ยงสภาพของช่วยให้ร่างกายได้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่างกายสดชื่น อารมณ์แจ่มใส (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างทำให้มีสุขภาพที่ดีซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (ภรณ์ ภูประเสริฐ, 2561) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการดูแลสุขภาพเรื่องการสังเกตอาการตนเองเมื่อเริ่มอาการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ และการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้ลดโอกาสการเกิดโรคลดการเสื่อมสภาพของร่างกาย และมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นอกจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และไม่เพียงพอต่อการทำงานของร่างกายแล้วกลุ่มตัวอย่างยังขาดการศึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการผลิตตกหล่น ซึ่งการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจที่จะมีการดูแลตนเอง และบริเวณที่อยู่อาศัยมากขึ้นเพื่อไม่让自己เกิดอุบัติเหตุ ซึ่งการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการผลิตตกหล่นเป็นสิ่งที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ เพราะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความใส่ใจในการระมัดระวังตนเอง มีการวางแผนบริเวณที่อยู่อาศัยหรือการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลร่างกายตนเองเพื่อลดโอกาสการได้รับบาดเจ็บ (กรมอนามัย, 2560)

อีกทั้งการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการฝากเงินในรูปแบบกองทุน ธนาคารสหกรณ์หมู่บ้าน ฅาปนกิจ และมีการวางแผนการเงินสำหรับใช้ในครอบครัวในแต่ละเดือน การปฏิบัติในเรื่องการฝากเงินและการวางแผนการใช้เงินทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการในเรื่องการเงินในแต่ละเดือนและ

ยังมีการออมเงินเพื่อไว้ใช้จ่ายจำเป็นและตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่น การเข้าถึงการรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย การทำประกันชีวิต การเดินทางเข้ารับการรักษาได้รวดเร็ว หรือการประกอบอาชีพในอนาคต ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ดีและมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภานุวัฒน์ มีชนะ และคณะ (2560) ที่อธิบายว่าการเตรียมความพร้อมเรื่องการเตรียมการเงินก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกสบาย และมีความสุขในการดำรงชีวิต ไม่ต้องพบกับปัญหาในการใช้ชีวิตในเรื่องการเงิน

นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการวางแผนในเรื่องของการเพิ่มแสงสว่างในบริเวณที่พักอาศัยให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ และการรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อลดความเสี่ยง เช่น การดูแลความสะอาด การตัดหรือถางหญ้าที่อาจเสี่ยงต่อการเป็นท่อน้ำของสัตว์นำโรค ซึ่งการวางแผนในเรื่องการเพิ่มแสงสว่างและการปรับสภาพแวดล้อมทำให้สะดวกและปลอดภัยต่อการใช้ชีวิต ลดการเกิดอุบัติเหตุเมื่อมีอายุมากขึ้น ทั้งยังเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเมื่อต้องอยู่เพียงลำพังรวมทั้งการทำความสะอาดบริเวณรอบบ้าน ถือว่าเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดีต่อผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุส่วนมากจะอยู่ที่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องวางแผนต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและเป็นการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559) แต่กลุ่มตัวอย่างยังขาดการวางแผนในเรื่องของการจัดของใช้ภายในที่อยู่อาศัยให้เป็นสัดส่วนและเป็นระเบียบและการปรับปรุงพื้นที่โดยการใช้วัสดุพื้นที่ไม่ลื่นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการลื่นหกล้ม ซึ่งการขาดการวางแผนในเรื่องการจัดของใช้ให้เป็นระเบียบและการปรับปรุงพื้นที่ไม่มีความเสี่ยงนั้น เพราะในชนบทมีการสร้างบ้านที่ยกพื้นสูง หากไม่มีการปรับปรุงพื้นที่หรือเปลี่ยนวัสดุพื้นหรือไม่มีการจัดของใช้ภายในบ้าน หากต้องอยู่เพียง

ลำพัง จะทำให้เกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุอาจลื่นหกล้ม และพลัดตกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไพร อำเภอมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ของกริช เกียรติญาณ และธณัฐา โรจตระกูล, (2564) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทำให้มีความสะดวกในการดำรงชีวิต และลดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น ลดพื้นต่างระดับ

ส่วนด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม มีการเตรียมความพร้อมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างยังขาดการเตรียมความพร้อมเรื่องการวางแผนชีวิตเพื่อไม่ให้เกิดความวิตกกังวลกับอนาคตที่กำลังจะมาถึง และยังขาดการศึกษาข้อมูลการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเพื่อนำมาปฏิบัติเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในการใช้ชีวิตได้ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) อาจทำให้ไม่ทราบว่า จะต้องปฏิบัติตัวหรือต้องเตรียมความพร้อมอย่างไร เพื่อไม่มีความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอาจทำให้มีปัญหามาในอนาคต หากขาดการวางแผนในการใช้ชีวิตหรือไม่มีความรู้ในเรื่องการใช้ชีวิตให้มีความสุข ซึ่งจะทำให้มีผลต่อสุขภาพทางด้านจิตใจได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียดไม่สบายใจไม่รู้จักวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลหรือการควบคุมอารมณ์ตนเองรวมทั้งวิธีการปล่อยวาง การยอมรับความจริงหรือเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากตนเอง และครอบงำเมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างถูกวิธีอาจทำให้เกิดอันตรายต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างจะต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านจิตใจ ต้องมีการวางแผนการใช้ชีวิตและการวางแผนไม่ให้เกิดความวิตกกังวล รวมถึงการศึกษาข้อมูลการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุร่วมด้วย (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์, 2562) อีกทั้งการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังขาดการเตรียมความพร้อมในเรื่องของการค้นหากิจกรรมหรืองานอดิเรกที่สนใจ เช่น กิจกรรมที่ทำร่วมกันในสังคม การออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่น การจัดทำกลุ่มเย็บผ้า การท่องเที่ยว และการศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามกฎหมาย และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนที่มีการจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ จึงมีการเตรียมความพร้อมด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง หากกลุ่มตัวอย่างขาดการค้นหา กิจกรรมหรืองานอดิเรกที่สนใจ ขาดการศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงได้รับตามกฎหมาย และการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ อาจทำให้ขาดความรู้ในเรื่องของสิทธิสำหรับผู้สูงอายุ หรือพลาดโอกาสต่างๆที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับ รวมถึงอาจจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายหรือสิทธิสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องรับรู้เพื่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต การที่กลุ่มตัวอย่างขาดการเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุนั้น อาจส่งผลต่อการใช้ชีวิตในการเข้าสู่สังคมของตนเองในอนาคต (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เพราะการค้นหา กิจกรรมหรืองานอดิเรก รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมในอนาคตนั้นเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นในสังคม ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ได้สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการเป็นผู้สูงอายุหรือการใช้ชีวิต หากกลุ่มตัวอย่างขาดการเตรียมความพร้อมในเรื่องดังกล่าวจะอาจทำให้ไม่ได้พบปะกับบุคคลอื่นหรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้าน ไม่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดกับผู้อื่นส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือเกิดความเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ชนัญญา ปัญญา, (2558) การเตรียมความพร้อมการค้นหา กิจกรรมหรืองานอดิเรก หลังจากเกษียณอายุ บางคนอาจทำงานต่อจึงมีความสามารถ และความถนัด จึงมีการเตรียมความพร้อมที่จะเรียนรู้ หรือหางาน

อดิเรกที่ต่างกันไป แต่ต้องอาศัยการเรียนรู้ รวมถึงการศึกษาและค้นคว้าข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ พึงได้รับตามกฎหมาย เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดี

นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดการเตรียมความพร้อมในเรื่องของการจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์และนวัตกรรม เช่น เครื่องวัดความดันปรอทวัดไข้ มาใช้เอง และการจัดเตรียมนวัตกรรม เช่น รองเท้าเพื่อสุขภาพ เก้าอี้นั่งเพื่อสุขภาพ เครื่องนวดคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งประชากรไม่ค่อยปฏิบัติหรือจัดซื้อมาใช้เองภายในครอบครัว จึงทำให้มีการเตรียมความพร้อมด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยเป็นชุมชนที่ห่างจากตัวเมืองและเป็นชนบท กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด มีการเข้าถึงมีการเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ยังไม่เพียงพอ และอาจเนื่องจากเครือข่ายทางอินเทอร์เน็ตหรือเครื่องมือสื่อสารที่ยังไม่สามารถที่จะเข้าถึงหรือรับรู้ถึงข่าวสารเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์จึงทำให้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ไม่ค่อยเป็นที่รู้จักสำหรับประชาชนมากนัก(ทรงศักดิ์ รักพ่วง และ ฤชงค์ เสนานุช, 2562) นวัตกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสิทธิที่ผู้สูงอายุต้องได้รับตามกฎหมาย ให้ประชากรได้รับรู้และเข้าใจถึงสิทธิประโยชน์ของตนเอง รวมถึงจัดกิจกรรมที่ทำร่วมกันในสังคมสำหรับผู้สูงอายุให้ประชาชนวัยกลางคนได้เข้าร่วม เพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านสังคม

2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม และส่งเสริมเกี่ยวกับการวางแผนชีวิต และการจัดการปัญหาไม่ให้เกิดกั่วงวลกับอนาคต

ที่กำลังจะมาถึง เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจที่สูงขึ้น

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้ส่งเสริม ให้ประชาชนได้รับรู้ถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ อุปกรณ์การดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมและเข้าถึงเทคโนโลยีและนวัตกรรมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการเตรียมความพร้อมสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ภายในชุมชน และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสังคม

2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสภาพปัญหา เช่น ปัญหาทางด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ เพื่อหาแนวทางการแก้ไข้ปัญหาในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กริช เกียรติญาณ,ธณสธา ไรจระกุล.(2564). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กรณีศึกษาตำบลวัดไทรย์ อำเภอมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์.มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.

เกื้อวงศ์ บุญสิน.(2560).การคาดการณ์ประชากรไทยในอนาคต.สถาบันคลังปัญญาด้านยุทธศาสตร์ชาติ วิทยาลัยรัฐกิจ มหาวิทยาลัยรังสิต.[เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.slideshare.net/Klangpanya/ss-95771145>.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2567). 93 วันสู่สังคม"คนชรา" 5 จังหวัดคนแก่เยอะสุด-น้อยสุด.[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก<https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2567).การพักผ่อนให้เพียงพอและการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ช่วยวัยเก่าหลับสนิทเต็มตื่น.[อินเทอร์เน็ต].2567 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27990>.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2567).3 เดือน "งดเหล้าเข้าพรรษา".[อินเทอร์เน็ต].2567.[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29823>.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(ม.ป.ป.). (2561).ปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ.[อินเทอร์เน็ต].2561.[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://pri.moph.go.th/services/people/healthknowledge/27-elderlypeople>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2562).สร้างจิตใจที่แจ่มใสให้ผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมทางสังคม.[อินเทอร์เน็ต].2562.[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/social-activities-for-elders>.

กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ(2563). กรมกิจ การผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.(ม.ป.ป).เดิมรู้เตรียมพร้อมก่อนสูงวัย. การวางแผนการใช้ชีวิตและการวางแผนไม่ให้เกิดความวิตกกังวล.[อินเทอร์เน็ต].2563.[เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go>.

- th/download/knowledge/th156870830-2-257_0.pdf
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ศูนย์สุขภาพแนวหน้า รามาธิบดี.(2563). โรคติดเชื้ทางเดินหายใจ ป้องกันได้ด้วยตนเอง. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต].2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/frontier/th/kmfever>
- งานควบคุมโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนยาง.(2566).สถิติโรคที่พบในผู้สูงอายุในตำบลเขินและแนวโน้มการเกิดโรค; 2567.
- จิราภรณ์ กันทะวี และ คณะ.(2563).การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนวัยก่อนสูงอายุในเขตเทศบาลบ้านคู ตำบลบ้านคู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย.เทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้<https://fit.ssru.ac.th/useruploads/files/20200629/dea42ac21a02bd6a5b9e08555735c6a03739ce10.pdf>.
- ชนัญญา ปัญจพล. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(ส่วนกลาง).[อินเทอร์เน็ต].2558 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567].เข้าถึงได้จาก: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2015/TU_2015_5505030121_4744_3608.pdf.
- ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง และคณะ.(2563).การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชากรในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรินทร์.
- ดลนภา ไชยสมบัติ,บัวบาน ยะนา.(2562).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของ ประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา.
- ทรงศักดิ์ เสนานูช, ฤชงค์ รักพ่วง.(2562). ความสำคัญต่อสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. นวัตกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. คณะสังคมสังเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
- ประกาย จิโรจน์กุล และคณะ.(2560). การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร.[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และสาธารณสุขศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยสวนดุสิต; 2560.
- ภรณ์ ภูประเสริฐ.(2561). "ชาญชรา60 มุ่งสู่ ...สังคมสูงอายุอย่างเข้าใจ"สร้างเสริมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/44114-ชาญชรา%2060%20มุ่งสู่สังคมสูงอายุอย่างเข้าใจ.html>.
- ภาณุวัฒน์ มีชนะ และคณะ(2560).การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี.วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวัลดา ชูรักษ์.(2560). การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง. สาขาวิชาพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

เชาวฤทธิ์ บุญสี, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

วัณโรค เป็นโรคติดเชื้อที่มีความสำคัญ ส่วนใหญ่มักเกิดพยาธิสภาพที่ปอด แพร่กระจายได้ในอากาศผ่านการไอ จาม หรือพูด ผู้ที่สูดอากาศที่ปนเปื้อนวัณโรคเข้าไปมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ประกอบด้วย 1) การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม 2) อบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้แก่ ญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย และ อสม. 3) การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย และ อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 4) การกำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคโดยญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย 5) การสื่อสารระหว่างญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผ่านระบบออนไลน์ทุกวัน 6) ประเมินค่าคะแนนความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 7) ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข 8) ค้นข้อมูลผู้ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค 62 คน มีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การพัฒนาศักยภาพญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ติดตามกำกับการกินยาและสอบถามอาการผู้ป่วยผ่านญาติผู้อาศัยร่วมบ้านทุกวัน

คำสำคัญ : วัณโรค, วัณโรคดื้อยา, การดูแลผู้ป่วย, การพัฒนารูปแบบ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: Ritvachao_2511@hotmail.com

Model of development of multi drug reaction on tuberculosis care model at Takeanram health center, Phue Sing District, Sisaket Province

Chaovarit Boonlee, B.P.H.¹

Abstracts

Tuberculosis is an infectious disease that is important. Most often, pathology occurs in the lungs. It can be spread through the air through coughing, sneezing, or talking. People who breathe in air contaminated with TB are more likely to become infected. This action research was aimed at studying the development of a patient care model for drug-resistant tuberculosis at Takeanram Health Promoting Hospital, Phue Sing District, Sisaket Province. A research tool was a questionnaire for caregivers of tuberculosis patients; quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Inferential statistics, and qualitative data used a content analysis.

The results found that the process of developing a care model for patients with drug-resistant tuberculosis consists; 1) meeting with stakeholders via a participatory process, 2) training on tuberculosis patient care for relatives who live in the house with the patient and Village Health Volunteers, 3) care for tuberculosis patients by relatives who live in the house with the patient and Village Health Volunteers together with staff at the Health Promoting Hospital, 4) supervision of medication taking for tuberculosis patients by relatives who live in the home with the patient, 5) communication between relatives who live together with the patient and the staff of the Health Promoting Hospital via the online system every day, 6) evaluate knowledge scores, behaviors, and attitudes in caring for tuberculosis patients, 7) extract lessons, summarize operational results, problems, obstacles, and solutions and 8) Return information to the community and related agencies. 60 caregivers of tuberculosis patients had a statistically significant increase in tuberculosis knowledge scores (p -value < 0.001). Behavior scores in caring for drug-resistant tuberculosis patients, it was a statistically significant increase (p -value < 0.001) in attitudes to caring for patients with drug-resistant tuberculosis, statistically significant increase (p -value < 0.001) attitudes in caring for patients with drug-resistant tuberculosis statistically significantly increased (p -value < 0.001) participation in developing a care model for patients with drug-resistant tuberculosis, statistically significant increase (p -value < 0.001) success factors developing the potential of relatives who live in the home with patients as caregivers for tuberculosis patients. The staff of this Health Promoting Hospital follow up and supervise the taking of medicines and inquire about the patient's condition through relatives who live in the house everyday.

Keywords: Tuberculosis, drug-resistant tuberculosis, patient care, model development

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level. Takeanram Health Promoting Hospital, Sisaket Province
E-mail: Ritvachao_2511@hotmail.com

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญ พบว่า ในปี ค.ศ. 2022 เป็นสาเหตุการตายจากโรคติดต่อสูงเป็นอันดับสอง รองลงจากโควิด-19 (WHO, 2023) ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคปีละมากกว่า 10 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2023) วัณโรคมีสาเหตุมาจากแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis ส่วนใหญ่มักเกิดพยาธิสภาพที่ปอดแพร่กระจายได้ในอากาศผ่านการไอ จาม หรือพูด ผู้ที่สูดอากาศที่ปนเปื้อนวัณโรคเข้าไปมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ (WHO, 2023)

ในประเทศไทยจากการรวบรวมผลการดำเนินงานวัณโรคจากหน่วยบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั่วประเทศปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 78,955 ราย ส่วนอัตราผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา พ.ศ. 2565 พบว่า มีอัตราการความสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 79.8 สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษา มาจากเสียชีวิต ร้อยละ 9.8 และ ขาดยา ร้อยละ 5.6 ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา พ.ศ. 2566 มีการขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคยา MDR/RR-TB 886 ราย Pre XDR-TB 56 ราย และ XDR-TB 6 ราย (กรมควบคุมโรค, 2567)

จังหวัดศรีสะเกษ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 2,141 ราย พ.ศ. 2563 จำนวน 2,236 ราย พ.ศ. 2564 จำนวน 1,973 ราย พ.ศ. 2565 จำนวน 1,799 ราย พ.ศ. 2566 จำนวน 1,960 ราย ในพื้นที่อำเภอภูสิงห์ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 72 ราย พ.ศ. 2563 จำนวน 92 ราย พ.ศ. 2564 จำนวน 77 ราย พ.ศ. 2565 จำนวน 83 ราย พ.ศ. 2566 จำนวน 73 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 10 ราย

รักษาหาย 7 ราย ขาดยา 1 ราย เสียชีวิต 2 ราย พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่ จำนวน 16 ราย รักษาหาย 6 ราย ขาดยา 2 ราย รักษาครบ 4 ราย เสียชีวิต 2 ราย ดื้อยา 2 ราย พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่ จำนวน 9 ราย รักษาหาย 5 ราย ขาดยา 1 ราย รักษาครบ 2 ราย เสียชีวิต 1 ราย พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่ จำนวน 12 ราย รักษาหาย 9 ราย ขาดยา 1 ราย ดื้อยา 2 ราย พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่ จำนวน 7 ราย รักษาหาย 4 ราย ขาดยา 1 ราย กำลังรักษา 1 ราย ดื้อยา 1 ราย จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรายใหม่สะสม ระหว่าง ปี พ.ศ. 2562 – 2566 จำนวน 54 ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.41 ซึ่งจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ผู้ป่วยวัณโรคหนึ่งคนสามารถแพร่เชื้อผ่านการสัมผัสใกล้ชิดให้บุคคลอื่น ได้มากถึง 10 – 15 คน ภายในระยะเวลา 1 ปี (WHO, 2023)

จากสถานการณ์ที่ได้กล่าวมาข้างต้น หากมีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม ทำให้ประชากรมีความเสี่ยงจะได้รับเชื้อวัณโรคดื้อยาลาวยานาน 10 – 15 เท่า ของจำนวนผู้ป่วยในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
ดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม
อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

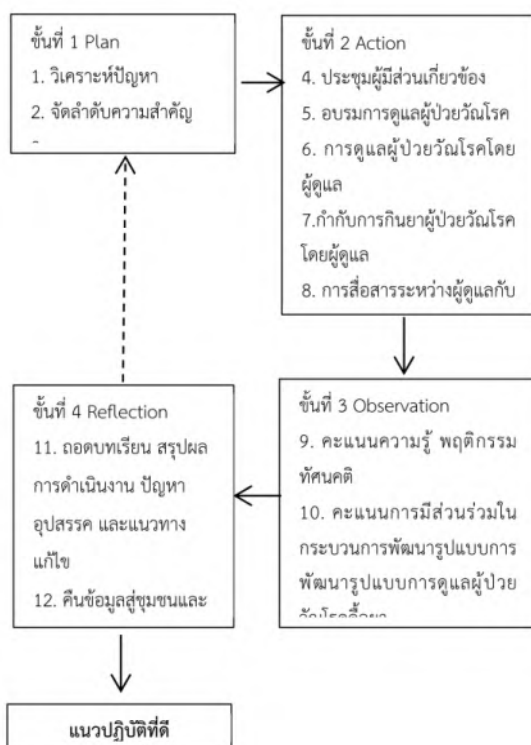
3. ศึกษาผลของการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคดื้อยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ

4. ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนา
ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัด
ศรีสะเกษ

สมมติฐาน

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอ
ภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพแสดงกรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย
เชิงปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคประกอบด้วย
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วย
วัณโรคที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลตะเคียนราม จำนวน 62 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลตะเคียนราม อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ญาติผู้กำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคดื้อ
ยา คัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง

1. กลุ่มที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 62 คน
ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลตะเคียนราม จำนวน 2 คนอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน จำนวน 60 คน

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
จำนวน 20 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม จำนวน 2 คน,
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 14 คน
ญาติผู้กำกับการกินยาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำนวน 4 คน

ขั้นตอนการวิจัย

1. พัฒนาเครื่องมือสำหรับงานวิจัย
2. เก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้
เครื่องมือสำหรับงานวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และข้อมูล
ทุติยภูมิ
3. จัดเตรียมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องความ
น่าเชื่อถือ ของข้อมูลก่อนนำมาวิเคราะห์ พิจารณาจาก
ความสมบูรณ์ของเนื้อหา
4. วิเคราะห์ข้อมูล สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ
การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน
วิเคราะห์ด้วย Pair-t test สำหรับการทดสอบ
ความสัมพันธ์ของค่าคะแนนความรู้และคะแนนระดับ
การมีส่วนร่วม สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย สำหรับการเก็บข้อมูล

1. เชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ พฤติกรรม ทักษะ การมีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ เชิงลึก แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกประเด็นการ สนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสังเกต

การแปลผล

ข้อมูลเชิงปริมาณ มี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด วิเคราะห์และแปลผลด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ส่วนการวิเคราะห์และแปลผล ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถาม การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ เชิงลึก แบบบันทึกภาคสนามแบบบันทึกประเด็นการ สนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการสังเกต

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ pair-t test สำหรับการ ทดสอบความสัมพันธ์ของค่าคะแนนความรู้และคะแนน ระดับการมีส่วนร่วม

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-074 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 1 พฤษภาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญ และตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพใน บุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้ พิจารณาสื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความ เสียหายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียินยอมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม

และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดย เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ ในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.8 กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มอายุ 56-60 ปี ร้อยละ 21.0 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 46-50 ปี ร้อยละ 19.4 และกลุ่มอายุ 31-35 ปี ร้อยละ 16.1 กลุ่มตัวอย่างมี ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40.3 รองลงมา คือ ระดับประกาศนียบัตร วิชาชีพ ร้อยละ 19.4 สำหรับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มี ช่วงรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ต่อเดือน และ 10,001-15,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 20 เท่ากัน และ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.9 ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคดื้อยา (n=62)

ระดับคะแนนความรู้ เรื่องวัณโรคดื้อยา	ก่อนการ พัฒนา (ร้อยละ)	หลังการ พัฒนา (ร้อยละ)
ระดับความรู้มากที่สุด	0	69.4
ระดับความรู้ปานกลาง	82.3	27.4
ระดับความรู้น้อยที่สุด	17.7	3.2

จากตารางที่ 1 ระดับคะแนนความรู้เรื่อง วัณโรคดื้อยา ก่อนการพัฒนาในกลุ่มตัวอย่างมีระดับ ความรู้เรื่องวัณโรคดื้อยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 82.3 และมีความรู้เรื่องวัณโรคดื้อยา อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 17.7 หลังการพัฒนา กลุ่ม ตัวอย่าง มีระดับความรู้มากที่สุด ร้อยละ 69.4 ระดับ ความรู้ปานกลาง ร้อยละ 27.4 และระดับความรู้น้อยที่สุด ร้อยละ 3.2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ pair t-test (n=62)

ความรู้เรื่องวัณโรค	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	95%CI	p-value
คะแนนความรู้เรื่องวัณโรคก่อนการพัฒนา	62	7.32	1.55	14.98	61	3.99-5.22	< 0.001
คะแนนความรู้เรื่องวัณโรคหลังการพัฒนา	62	11.93	1.94				

จากตารางที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรค ค่ะ คะแนนเต็ม 15 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน มีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรค ก่อนการพัฒนา เฉลี่ย 7.32 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.55 หลังการพัฒนา มีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 11.93

คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.94 การเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ pair-t test พบว่า $t = 14.98$, $df = 61$, $95\%CI = 3.99-5.22$, $p-value < 0.001$ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value < 0.001$)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (n=62)

ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	ก่อนการพัฒนา (ร้อยละ)	หลังการพัฒนา (ร้อยละ)
ระดับการมีพฤติกรรมมากที่สุด	1.6	100
ระดับการมีพฤติกรรมมาก	35.5	
ระดับการมีพฤติกรรมปานกลาง	61.3	
ระดับการมีพฤติกรรมน้อย	1.6	
ระดับการมีพฤติกรรมน้อยที่สุด		

จากตารางที่ 3 ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

ยาน้อย ร้อยละ 61.3 และมีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคน้อยที่สุด ร้อยละ 1.6 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง มีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุด ร้อยละ 100

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ pair t-test (n=62)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	95%CI	p-value
คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคก่อนการพัฒนา	62	30.48	5.03	20.49	61	12.96-15.77	< 0.001
คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคหลังการพัฒนา	62	44.85	1.73				

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ค่ะ คะแนนเต็ม 75 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ก่อน

การพัฒนา เฉลี่ย 30.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.03 หลังการพัฒนา มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 44.85

คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair-t test พบว่า $t = 20.49$, $df = 61$, $95\%CI = 12.96-15.77$, $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่า

หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 5 ระดับคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง (n=62)

ระดับคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง	ก่อนการพัฒนา (ร้อยละ)	หลังการพัฒนา (ร้อยละ)
ระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งมากที่สุด		96.8
ระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งมาก	17.7	3.2
ระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งปานกลาง	71.0	
ระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งน้อย	11.3	

ระดับคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งปานกลาง ร้อยละ 71.0 และมีระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งระดับ

มาก ร้อยละ 17.7 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง มีระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งมากที่สุด ร้อยละ 96.8 และระดับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งมาก ร้อยละ 3.2

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ pair t-test (n=62)

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	95%CI	p-value
คะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งก่อนการพัฒนา	62	46.69	4.98	30.83	61	19.35-22.03	< 0.001
คะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งหลังการพัฒนา	62	67.38	2.12				

ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง คะแนนเต็ม 75 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน มีคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง ก่อนการพัฒนา เฉลี่ย 46.69 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.98 หลังการพัฒนา มีคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดียิ่งเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็น 67.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.12 การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ pair-t test พบว่า $t = 30.83$, $df = 61$, $95\%CI = 19.35-22.03$, $p\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติการดูแลผู้ป่วย

วัณโรคดียิ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ตารางที่ 7 ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (n=62)

ระดับคะแนนความรู้เรื่องวัณโรคดื้อยา	ก่อนการพัฒนา(ร้อยละ)	หลังการพัฒนา(ร้อยละ)
ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด		93.5
ระดับการมีส่วนร่วมมาก	24.2	6.5
ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง	50.0	
ระดับการมีส่วนร่วมน้อย	25.8	

ระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาปานกลาง ร้อยละ 50 ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาระดับน้อย ร้อยละ 25.8 และมีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาระดับมาก ร้อยละ 24.2 หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยามากที่สุด ร้อยละ 93.5 และระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยามาก ร้อยละ 6.5

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ pair t-test (n=62)

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	95%CI	p-value
คะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาก่อนการพัฒนา	62	30.48	5.03	20.49	61	12.96-15.77	< 0.001
คะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลังการพัฒนา	62	44.85	1.73				

การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา คะแนนเต็ม 75 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ก่อนการพัฒนา เฉลี่ย 30.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.03 หลังการพัฒนา มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเฉลี่ย เพิ่มขึ้น เป็น 44.85 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.73 การเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ pair-t test พบว่า $t = 20.49$, $df = 61$, $95\%CI = 12.96-15.77$, $p-value < 0.001$ สรุปได้ว่า หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p-value < 0.001$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ มีประเด็นอภิปรายผล ดังนี้

1. บริบทและสภาพปัญหาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอกุสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สะสมระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 54 ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.41 มีกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตะเคียนรามได้รับการถ่ายทอดความรู้จากโรงพยาบาล
ภูสิงห์และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูสิงห์ โดยการ
อบรมให้ความรู้และการศึกษาจากคู่มือต่าง ๆ ที่
เกี่ยวข้อง ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
และญาติ ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค จะได้รับการ
ถ่ายทอดความรู้โดยการฝึกปฏิบัติและให้คำแนะนำเมื่อมี
ผู้ป่วยวัณโรคโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม ซึ่งไม่มี
หลักสูตร หรือรูปแบบการแนะนำที่เป็นมาตรฐาน ทำให้
การฝึกปฏิบัติและให้คำแนะนำในแต่ละครั้งมีรูปแบบไม่
เหมือนกัน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอ
ภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ มีกระบวนการ ดังนี้ การศึกษา
บริบทของวัณโรค การประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ด้วย
กระบวนการมีส่วนร่วม อบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
ให้แก่ญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย และอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดย
ญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย และอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การกำกับการกินยา
ผู้ป่วยวัณโรคโดยญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วย การ
สื่อสารระหว่างญาติผู้อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยและ
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านระบบ
ออนไลน์ทุกวัน ประเมินค่าคะแนนความรู้ พฤติกรรม
ทัศนคติ และระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
วัณโรค ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา
อุปสรรค และแนวทางแก้ไข และมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน
และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูล
ร่วมกันนำไปสู่การร่วมกันแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
ดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม
อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการทดสอบ
ความสัมพันธีก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้
สถิติ pair t test พบว่า ในด้านความรู้เรื่องวัณโรค หลัง
การพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องวัณโรค

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)
ส่วนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หลังการ
พัฒนามีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)
สำหรับทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยานั้น หลังการ
อบรมมีค่าคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และด้านระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หลังการพัฒนา มี
ระดับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคดื้อยา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปผลการวิจัย

จากผลการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน
ราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ สรุปการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียนราม อำเภอภู
สิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยเน้นกระบวนการตาม
แนวทางของ Kemmis and Mc Taggart (1988) ได้แก่
การวางแผน(Planning) การปฏิบัติการ (Action) การ
สังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ
(Reflection) ส่งผลให้มีกระบวนการพัฒนารูปแบบการ
ดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลตะเคียนราม มีกระบวนการพัฒนา
ศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคและการกำกับติดตามการ
กินยาโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตะเคียนรามทุกวัน

2. รูปแบบที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ตะเคียนราม อำเภอภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “เยี่ยม
ยาม ไตรถาม” เยี่ยมยาม หมายถึง การติดตามเยี่ยม
บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ
ญาติผู้ป่วย คอยกำกับการกินยา สอบถามอาการ และ
ให้กำลังใจผู้ป่วย ไตรถาม หมายถึง การติดตามกำกับ

การกินยาโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลตะเคียนราม ผ่านระบบออนไลน์ทุกวัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

การดำเนินงานวันโรคในชุมชน มีความจำเป็น
จะต้องสร้างความเข้าใจกับชุมชนและผู้ป่วย ให้มีความ
เข้าใจว่า โรคนี้สามารถรักษาให้หายได้ และเมื่อกินยา
ครบในช่วงรักษาเข้มข้นจะไม่แพร่เชื้อ เพื่อป้องกันการ
ติดต่อ การรณรงค์ผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การกำกับการกินยาผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์
มีข้อจำกัดในการดำเนินการ เช่น ไม่มีโทรศัพท์มือถือ
ใช้แอปพลิเคชันไม่เป็นการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของผู้ป่วย
จึงควรมีการปรับใช้รูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสม
กับบริบทของผู้ป่วยเป็นหลัก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายตำบลตะเคียนราม
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ความร่วมมือในการ
ตอบแบบสอบถามและการพัฒนาในกิจกรรมการวิจัยใน
ครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณทีมแพทย์ เกษัชกร พยาบาล
และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำคลินิกวันโรค
โรงพยาบาลภูสิงห์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูสิงห์ ภาคี เครือข่าย
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนที่ให้ความ
ร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาในวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2567). สถานการณ์และการดำเนินงานวัน
โรคของประเทศไทย. กองวันโรค กรมควบคุมโรค.
กองวันโรค กรมควบคุมโรค. (2563). การบริหารจัดการค้นหา
และรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง สำหรับผู้สัมผัส
วัณโรค. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์
ดีไซน์.
กองวันโรค กรมควบคุมโรค. (2564). รายงานสถานการณ์และ
การเฝ้าระวังวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก
(Extensively drug-resistant TB: XDR-TB).
[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566].
เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/2gNuo>.
กองวันโรค กรมควบคุมโรค. (2565). แผนปฏิบัติการระดับชาติ
ด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560 - 2564 (เพิ่มเติม
พ.ศ. 2565). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค
แอนด์ดีไซน์.
คณะอนุกรรมการป้องกันควบคุมโรควัณโรค. (2564). แผน
ยุทธศาสตร์แผนงานยุติปัญหาวัณโรค ระยะ 5 ปี
(พ.ศ. 2564-2568) ของเขตสุขภาพที่ 7.
จินตนา งามวิทยาพงศ์ยาโน และคณะ. (2563). การพัฒนา
รูปแบบความร่วมมือของหลายภาคส่วน เพื่อยุติวัณโรค
ในเขตเทศบาลเมืองและอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
(ปีที่ 1). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
ชลวัน ภูโณไชยวงศ์. (2561). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการ
เกิดวัณโรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคที่
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาล
เจริญกรุงประชารักษ์, 14(2), 1-10.
ณัฐกร จันทะ, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, & พรรณวดี พุทธิคณะ.
(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอใน
การรับประทานยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน.
วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์, 25(3),
296-309.
ทศพร เจริญจิต. (2564). การสอบสวนวัณโรคดื้อยาในพื้นที่
อำเภอแก่งคร้อ ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงสิงหาคม
พ.ศ. 2562. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(1),
110-124.
ชนะภูมิ รัตนานุกาศ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับวัณ
โรคดื้อยาหลายขนานและระยะเวลา
เริ่มรักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนานในประเทศไทย.
[รายงานการวิจัย]. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- เพชรวรรณ พึ่งรัศมี, & วีระศักดิ์ จงสุวิวัฒน์วงศ์. (2542). วัณโรคชนิดดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) คุกคามประเทศไทย
จริงหรือ: ผลการทบทวนรายงานการวิจัย 55 เรื่อง
ระหว่าง พ.ศ. 2511 - 2541. [รายงานการทบทวน
เอกสารทางวิชาการ]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- เพชรวรรณ พึ่งรัศมี. (2561). สถานการณ์วัณโรคประเทศไทย
2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน
2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/kqzM6>.
- ศุภเลิศ เนตรสุวรรณ และคณะ. (2561). การประเมิน
ประสิทธิภาพการใช้ระบบ CARE-call ในการติดตามการ
รับประทานยาเพื่อเพิ่มความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาและลดอัตราการขาดยาวัณโรค.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2562). แนวทางปฏิบัติป้องกัน
ควบคุมวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมากภายใต้
พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์.
- สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการ
รักษาวัณโรคดื้อยาตามคำแนะนำของสมาคมโรคติดต่อ
สมาคมโรคทรวงอกประเทศสหรัฐอเมริกาและสมาคม
โรคทางเดินหายใจในสหภาพยุโรป ปี พ.ศ. 2562.
[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566].
เข้าถึงได้จาก: <https://www.pidst.or.th/A919.html>.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2560). การสำรวจความชุกของ
วัณโรคระดับชาติในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2556.
กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์.
- สุชาติ ทองแป้น. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดวัณ
โรคดื้อยาหลายขนานในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ
วัณโรคปอด. วารสารกรมการแพทย์, 43(6), 50-56.
- อภิญา นาคะพงศ์. (2564). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคดื้อยา
หลายขนานในผู้ป่วยวัณโรคในโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ. 2561-2563. วารสาร
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย,
11(2), 273-289.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery, instruction
and curriculum. Regional Education Laboratory
for the Carolinas and Virginia, Topical Papers
and Reprints, Number 1. Evaluation comment,
1(2), n2.
- World Health Organization. (1989). Guidelines for the
safe use of wastewater and excreta in
agriculture and aquaculture: Measures for
public health protection. Geneva: World
Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2020). Global
tuberculosis report 2020. [อินเทอร์เน็ต]. 2020
[เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://shorturl.asia/wmx57>.
- World Health Organization. (2023a). Global
tuberculosis report 2023.
- World Health Organization. (2023b). Global
tuberculosis report 2023: Fact sheet.
- World Health Organization. (2023c, November 7).
Tuberculosis fact sheet. Retrieved March 3,
2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรตำบลคอนาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

รุ่งเพชร ภัตติเยม, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์และรูปแบบการดูแลสุขภาพ 2) พัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพ และ 3) ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร กลุ่มตัวอย่างการวิจัย
คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตามจุดมุ่งหมาย และคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของ
ประชากรกรณีที่เราทราบขนาดประชากร ประกอบด้วย 1) แรงงานภาคการเกษตร จำนวน 165 คน และ 2) กลุ่มเครือข่ายที่
เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร จำนวน 50 คน ดำเนินการศึกษา ระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 – เมษายน 2567
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แนวทางการสนทนากลุ่ม และแนวทางการสังเกต วิเคราะห์
ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired Samples t-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธี
การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย จากการสำรวจและประเมินความเสี่ยง พบว่า พบปัญหาจากการทำงานยังพบผู้ป่วยที่มีอาการหลังจาก
การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และยังไม่มียุทธศาสตร์ดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรอย่างมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ซึ่งต้อง
พัฒนารูปแบบตามสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย
4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2) กระบวนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน
3) กระบวนการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพ
แรงงานภาคการเกษตร ก่อนพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 6.5 (S.D.=1.82) หลังพัฒนารูปแบบ มีค่าเฉลี่ย 8.5
(S.D.=1.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบแรงงานภาคการเกษตรมีค่าเฉลี่ย
การดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ (Mean Difference= 2.0) สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น
ทำให้กระบวนการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดผลลัพธ์เพื่อแก้ไขปัญหาความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงาน
ภาคการเกษตร

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การดูแลสุขภาพ, แรงงานภาคการเกษตร

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ,
Email: rungpet_ycy@hotmail.com

A Model Development of Health Care for Agricultural Workers In Khonkam Sub-district, Yangchumnoi District, Sisaket Province

Rungpet Thatthiam, B.P.H.¹

Abstract

This research and development study aimed to study 1) the situation and patterns of health care, 2) the development of health care patterns, and 3) finding results of the development of health care patterns for agricultural workers. The sample was selected using the purposive sampling method, and the sample size was calculated using the sample size calculation formula to estimate the population mean in the case of knowing the population size, which consisted of 1) 165 agricultural workers and 2) 50 agricultural workers' networks; the study was conducted between December 2023 and April 2024. Data were collected using research instruments consisting of questionnaires, group discussion guidelines, and observation guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-tests, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results finding, survey, and risk assessment found that work-related problems were still found, there were still patients with symptoms after using pesticides, and there was no participatory health care pattern for agricultural workers at the local level, which had to be developed according to the changing problems. The developed agricultural labor health care model consists of 4 components: 1) a structure model that is appropriate for the context of the area, 2) a process for assessing occupational risks, 3) a process for both reactive and proactive health care, and 4) participatory monitoring and evaluation. The average health care of agricultural labor before the model development was 6.5 (S.D. = 1.82), and after the model development, it was 8.5 (S.D. = 1.28), which was statistically significant ($p\text{-value} = 0.001$). After the model development, the average health care of agricultural labor was higher than before the model development (mean difference = 2.0). In conclusion, the developed health care model resulted in a participatory health care process in the community to solve the problem of occupational risks of agricultural labor.

Keywords: development model, Health care, agricultural workers

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Khonkam Health Promoting Hospital, Yangchumnoi District, Sisaket Province, Email: rungpet_ycy@hotmail.com

บทนำ

ภาคการเกษตรทั่วโลกได้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกันอย่างแพร่หลาย พบว่า มีการใช้สูงถึง 3 ล้านตันต่อปีโดยประมาณ ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งประชากรในประเทศส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพทางการเกษตร เช่น การเพาะปลูกข้าว พืชไร่ พืชสวน ผัก ผลไม้ การเลี้ยงสัตว์ และการประมง ซึ่งพบว่า แรงงานภาคการเกษตร ยังมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการทำเกษตร และมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ปลอดภัย ไม่เหมาะสม หรือเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีอันตราย และการใช้ที่มากเกินไปจนทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม และเกิดความจำเป็น รวมทั้งการใช้โดยปราศจากนโยบายและมาตรการทางกฎหมายที่ควบคุมอย่างเข้มงวด จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อปัญหาในหลาย ๆ ด้าน ทั้งผลกระทบที่ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม และเกิดปัญหาต่อสุขภาพเกษตรกร เมื่อมีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในร่างกาย ข้อมูลปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มสารกำจัดแมลงมากที่สุด คิดเป็นอัตราป่วย 4.4 ต่อประชากรแสนคน และรองลงมาคือ สารกำจัดวัชพืช อัตราป่วย 1.62 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการปลูกพืชเศรษฐกิจและมีการใช้สารเร่งกระตุ้นทางการเกษตรกรรม จำนวน 193,962 คน คิดเป็นร้อยละ 13.41 ปี พ.ศ.2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ส่งตรวจคัดกรองผู้เสี่ยงต่อการแพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร โดยใช้กระดาษทดสอบโคลินเอสเตอเรส จำนวนผู้รับการตรวจทั้งหมด 40,723 ราย พบผู้มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 7,076 ราย

คิดเป็นร้อยละ 17.37 ซึ่งอำเภอขามเฒ่าน้อย ได้ส่งตรวจคัดกรองผู้เสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร โดยใช้กระดาษทดสอบโคลินเอสเตอเรส ปี พ.ศ.2562, 2563, 2564 และ 2565 พบว่า ผู้มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 25.3, 33.2, 13.8 และ 39.5 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2566 จำนวนผู้รับการตรวจทั้งหมด 1,180 ราย พบผู้มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 362 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.5 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามเฒ่าน้อย, 2566) ตำบลคอนกาม อำเภอขามเฒ่าน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นตำบลที่มีประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ทำสวน ปลูกหอม พริก กระเทียม ซึ่งมีเกษตรกรจำนวน 1,378 หลังคาเรือน พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 - 2565 พบผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนัง พุพองเป็นผื่นแดง หลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 161,103,101 และ 48 ราย ตามลำดับ และ ปี 2566 พบว่า ผู้มีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 29.8 ซึ่งพบว่า สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับจังหวัด (ร้อยละ 21.3) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนกาม, 2566) นับเป็นความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานเกษตรกรรม และจากการสำรวจและประเมินความเสี่ยง พบปัญหาจากการทำงาน ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรอย่างมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ จึงจำเป็นที่จะทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยและพัฒนา (Research and Development :R&D) เพื่อพัฒนารูปแบบ ในการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน และการจัดการแก้ไขความเสี่ยงจากการทำงานเพื่อให้มีการบูรณาการกิจกรรมต่างๆ ที่ครอบคลุมตามปฏิบัติการ 5 ด้านของการสร้างเสริมสุขภาพตาม

แนวคิด “สร้างนำซ่อม” ของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Chapter for Health Promotion) (World Health Organization, 1986) สอดคล้องกับการลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วม และรูปแบบการปฏิบัติงานที่มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการดูแลสุขภาพของแรงงานภาคการเกษตร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของแรงงานภาคการเกษตร
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของแรงงานภาคการเกษตร ตำบลคอนกาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา นำแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Borg WR, Gall MD (1983) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดขั้นตอนในการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (กระบวนการ R3D2) ดังนี้

Research-1 ขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ดำเนินการเดือน ธันวาคม 2566

Development-1 ขั้นตอนพัฒนารูปแบบดำเนินการเดือน ธันวาคม 2566

Research-2 ขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีขนาดเล็กและประเมินผล ดำเนินการเดือนมกราคม 2567

Development-2 ขั้นตอนปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม ดำเนินการเดือน กุมภาพันธ์ 2567

Research-3 ขั้นตอนการนำไปใช้กับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่และประเมินผล ดำเนินการเดือน มีนาคม - เมษายน 2567

พื้นที่การศึกษา พื้นที่แรงงานภาคการเกษตรในเขตรับผิดชอบของตำบลคอนกาม ซึ่งมีจำนวนแรงงาน

มีมากที่สุดกว่าแรงงานประเภทอื่นๆ และกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร ในตำบลคอนกาม มาพัฒนารูปแบบ และนำรูปแบบการพัฒนาที่ได้ขยายผลทั้งตำบลคอนกาม จำนวน 13 หมู่บ้าน

ประชากรเป้าหมายในการศึกษา ประกอบด้วยแรงงานภาคการเกษตร และ กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร มีรายละเอียด ดังนี้

1. แรงงานภาคการเกษตรเพาะปลูก

พืช ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีที่ทราบขนาดประชากร (Dawson-saundersB, 1993) จากประชากร 3,930 คน ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 165 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวน 13 หมู่บ้านของตำบลคอนกาม โดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ แล้วดำเนินการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากแบบไม่มีการแทนที่ (ไม่ใส่คืน) เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) แรงงานภาคการเกษตรเพาะปลูกพืชในพื้นที่ 2) ทุกเพศ อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ 4) มีความพร้อมที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้ ไม่สมัครใจและไม่มีความพร้อมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยจนเสร็จสิ้น ทั้งนี้ เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) คือ 1) ป่วยด้วยโรคติดต่อ และ 2) อาสาสมัครขอถอนตัวจากการศึกษา

2. กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับ

แรงงานภาคการเกษตร ทั้งสิ้น 50 คน ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ รพ.สต.คอนกาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย จำนวน 8 คน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน 3) ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน 4) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน 5) เกษตรตำบล / พัฒนาชุมชน

ตำบล จำนวน 1 คน และ 6) คนในครอบครัวของแรงงาน
ภาคการเกษตร จำนวน 5 คน 1) เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องในการ
ดำเนินงานป้องกันความเสี่ยงแรงงานภาคการเกษตร
2) สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ 3) มีความพร้อม
ที่จะสามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาวิจัยจนเสร็จสิ้น
กระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครเข้าร่วม
โครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) มีประสบการณ์
ในการทำงานต่ำกว่า 1 ปี ทั้งนี้ เกณฑ์การให้เลิกจาก
การศึกษา (Discontinuation criteria) คือ 1) ป่วยด้วย
โรคติดต่อ และ 2) อาสาสมัครขอลาออกจากการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยได้สร้าง
1) แบบสอบถามงานวิจัย การพัฒนารูปแบบการดูแล
สุขภาพแรงงานภาคการเกษตร ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและ
ข้อมูลการประกอบอาชีพ จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูล
พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลการ
ป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน ประยุกต์จาก
แบบคัดกรองของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
(2558) โดยข้อคำถามการป้องกันความเสี่ยงจากการ
ทำงานภาคการเกษตร มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับ
คะแนนดังนี้ ระดับมาก (6-10 คะแนน) ระดับปานกลาง
(3-5 คะแนน) และระดับน้อย (0-2 คะแนน) ส่วนที่ 4
แบบสอบถามการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโค
โรนา 2019 ประยุกต์จากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพ
ในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่
พชรพร ครองยุทธ และอดิเรก เร่งมานะวงษ์, 2564) มี
จำนวน 10 ข้อ แบ่งระดับคะแนนดังนี้ ระดับมาก (6-10
คะแนน) ระดับปานกลาง (3-5 คะแนน) และระดับน้อย
(0-2 คะแนน) และ 2) แนวทางการสนทนากลุ่มและการ
สังเกตการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร การ
ตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจน
และความครอบคลุมของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ที่เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และแรงงานภาค
การเกษตร

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา
(Content Validity) และดำเนินการพิจารณาเป็นรายข้อ
และตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างคำถามและ
วัตถุประสงค์ (Item - Objective Congruence Index :
IOC) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือได้ข้อคำถามรายข้อที่มีค่า
IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป จึงนำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุง
แก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับ
กลุ่มประชากรเป้าหมาย ในพื้นที่รับผิดชอบตำบล
บึงบอน อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30
คน ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ โดยการหาค่า
ความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่า Alpha เท่ากับ
0.85 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับหรือเชื่อถือได้ และเป็นแบบวัดที่
สามารถใช้เก็บรวบรวมข้อมูลได้

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) เชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา โดยใช้สถิติ
เชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ค่าต่ำสุด-สูงสุด และการเปรียบเทียบความแตกต่างก่อน-
หลังพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาค
การเกษตร ด้วยสถิติ Paired Samples t-test

2) เชิงคุณภาพ วิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล
(Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุป
เชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหา
ที่ศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย
เกี่ยวกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
เกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-196 รับรองวันที่
7 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและ

ตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้ให้สิทธิให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยิตรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

1.ขั้นตอนResearch-1 สถานการณ์การดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร

ด้านการดูแลสุขภาพจากการทำงานของกลุ่มแรงงานภาคการเกษตรและกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร พบว่ายังพบผู้ป่วยที่มีอาการหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร มีการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับแรงงานภาคการเกษตรค่อนข้างน้อย ยังไม่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรอย่างบูรณาการในระดับพื้นที่ ตั้งแต่การทำงานเชิงรับที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่ การคัดกรอง และ ชักประวัติ การให้ความรู้ในการป้องกันตนเองและการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตามมาตรการรายบุคคล การส่งต่อเมื่อเข้าเกณฑ์ เพื่อวินิจฉัยและรักษา และการบันทึกข้อมูลและรายงานติดตามผลร่วมกัน การทำงานเชิงรุกที่ไม่ครอบคลุม ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงและการเจ็บป่วย การสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การให้คำแนะนำในการจัดการแก้ไขความเสี่ยงจากการทำงาน และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพ ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้แรงงานภาคการเกษตร ขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อมูลก่อนพัฒนารูปแบบ จากแบบสอบถามการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร จำนวน 165 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 43.0 ($\bar{X}$ =53.2, S.D. = 8.9, Min = 25.0, Max = 75.0) ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.0 ระยะเวลาประกอบอาชีพ มากกว่า 30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.8 ($\bar{X}$ =29.0, S.D. = 11.0, Min = 5.0, Max = 36.0) และไม่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ร้อยละ 71.5 ดังตารางที่ 1 ผู้วิจัยจึงนำข้อสรุปที่ได้มาสังเคราะห์เพื่อร่วมกันกับแรงงานภาคการเกษตรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ออกแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรต่อไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแรงงานภาคการเกษตร จำแนกตามข้อมูลทั่วไปข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลการประกอบอาชีพ (n=165)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
- ชาย	121	73.3
- หญิง	44	26.7
2. อายุ		
- อายุต่ำกว่า 40 ปี	14	8.4
- อายุ 41-50 ปี	46	27.8
- อายุ 51-60 ปี	71	43.0
- อายุมากกว่า 60 ปี	34	20.8
$\bar{X}$ = 53.2, S.D. = 8.9, Min = 25.0, Max = 75.0		
3. โรคประจำตัว		
- มี (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง)	38	23.0
- ไม่มี	127	77.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแรงงานภาคการเกษตร จำแนกตามข้อมูลทั่วไปข้อมูลสุขภาพ และข้อมูลการประกอบอาชีพ (n=165) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
4. ระยะเวลาประกอบอาชีพ		
- ต่ำกว่า 10 ปี	14	8.4
- 11-20 ปี	38	23.0
- 21-30 ปี	46	27.8
- มากกว่า 30 ปี	67	40.8
$\bar{X} = 29.0$, S.D. = 11.0, Min = 5.0, Max = 35.0		
5. การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)		
- ไม่มีการใช้	118	71.5
- สวมหมวกนิรภัย	0	0.0
- สวมแว่นตา	2	1.2
- ใส่ผ้าปิดจมูก	23	13.9
- ใส่ผ้ายาล้างมือ	2	1.2
- ใส่ถุงมือยาง	2	1.2
- ใส่เสื้อแขนยาว/กางเกงขายาว	8	4.8
- ใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าหุ้มส้น	16	9.6

2. ขั้นตอน Development-1 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร

พบว่า เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร ดำเนินการประชุมระดมสมองร่วมกันเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลสุขภาพจากการทำงานของแรงงานภาคการเกษตร กำหนดเป้าหมายของการดูแลและวางแผนงานการดูแล การป้องกันความเสี่ยง ดำเนินการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละเครือข่ายเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการดูแล และปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องในการดูแลแรงงานภาคการเกษตร โดยนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร ไปทดลองใช้กับกลุ่มแรงงานภาคการเกษตร จำนวน 30 คน

ขั้นตอน Research-2

ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ความเสี่ยงจากการทำงานได้อย่างครอบคลุม โดยนำเทคนิคของการวิเคราะห์งานด้านความปลอดภัย (Job Safety Analysis) เพื่อให้แรงงานมีการป้องกันความเสี่ยงตามความเหมาะสม และจัดกระบวนการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรค/รักษา/ฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อ โดยปฏิบัติตามแบบรายงานและแนวทางการดูแลสุขภาพจากการทำงานต่างๆ ที่สร้างขึ้น ซึ่งทำให้เกิดรูปแบบ 1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2) กระบวนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน และ 3) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม การเข้าใจในกระบวนการทำงานการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก ยังมีค่อนข้างน้อย เพราะมองว่าเป็นบทบาทของทีมงานด้านสุขภาพอย่างเดียว ดังนั้น เพื่อให้การทำงานมีความเป็นทีมที่เข้มแข็งและเสริมศักยภาพในส่วนนี้ จึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมเกิดขึ้น 4) กระบวนการการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก

ขั้นตอน Development-2

มีกระบวนการครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุกในส่วนที่ต้องปรับปรุงและเพิ่มเติมจากปัญหาหน้างานก่อนพัฒนารูปแบบ ทำให้มีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงจากการทำงานได้ถูกต้องเหมาะสม และได้นำรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร ทั้ง 4 องค์ประกอบนำไปใช้กับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่

ขั้นตอน Research-3

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาซึ่งเป็นแรงงานภาคการเกษตรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้ จำนวน 165

คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตามจุดมุ่งหมาย(Purposive sampling) และคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีที่ทราบขนาดประชากร(Dawson-saundersB, 1993)

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ แรงงานภาคการเกษตร

3.1 ผลลัพธ์ที่มีต่อแรงงานภาคการเกษตร

3.1.1 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบแรงงานภาคการเกษตรส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ

82.4 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลางและน้อย ร้อยละ 12.1 และ 5.5 ตามลำดับ หลังพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก 89.5 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลางและระดับน้อย ร้อยละ 8.5 และ 2.0 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.001) โดยภายหลังการพัฒนารูปแบบแรงงานมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบเท่ากับ 2.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ (n=165)

การดูแลสุขภาพ									
ในการป้องกันโรค	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean	95% CI of Mean	t	df	p-value	
ไวรัสโคโรนา 2019				Difference	Difference				
ก่อนพัฒนารูปแบบ	165	6.5	1.82	2.0	1.23 – 8.28	7.65	164	0.001	
หลังพัฒนารูปแบบ	165	8.5	1.28						

เมื่อพิจารณาการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 รายข้อ ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังพัฒนารูปแบบแรงงานดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น โดยหลังพัฒนารูปแบบแรงงานมีการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 8) ไม่ไปร่วมงานสังสรรค์ หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม เช่น สนามชนไก่ สนามมวย เป็นต้น ร้อยละ 89.6 รองลงมา ได้แก่ ข้อ 1) ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดบ่อย ๆ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ ทำความสะอาดมือ

ทันที หลังจากจับสิ่งของสาธารณะ เช่น รวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น และข้อ 9) นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 87.8 และ 85.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ (n=165)

การดูแลสุขภาพในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019	ก่อนพัฒนารูปแบบ (ร้อยละ)	หลังพัฒนารูปแบบ (ร้อยละ)
1. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาดบ่อย ๆ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ ทำความสะอาดมือทันที หลังจากจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น	49.7	87.8
2. ล้างมือให้สะอาด ก่อนสัมผัสใบหน้า แคะจมูก ตา ของตนเองทุกครั้ง	26.1	52.1
3. กินอาหารที่ปรุงสุก ใหม่ ๆ ทุกมื้อ	49.7	83.6
4. เมื่อกินอาหารร่วมกับผู้อื่น จะต้องกินอาหารจานเดียว หรืออาหารชุดสำหรับ 1 คน	30.3	40.9
5. ใช้ของส่วนตัว เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว โทรศัพท์ ฯลฯ ร่วมกับผู้อื่น	41.8	72.7
6. สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า รถโดยสารสาธารณะ เป็นต้น	25.5	47.8
7. ยืน นั่ง เว้นระยะห่างจากผู้อื่น อย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน ทุกครั้ง	32.1	81.8
8. ไม่ไปร่วมงานสังสรรค์ หรือกิจกรรมการรวมกลุ่ม เช่น สนามชนไก่ สนามมวย เป็นต้น	77.6	89.6
9. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	32.7	85.4
10. ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วันๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที	35.8	74.5

3.1.2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ก่อนพัฒนารูปแบบแรงงานภาคการเกษตรส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.4 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลางและน้อย ร้อยละ 12.1 และ 5.5 ตามลำดับ หลังพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก 89.5 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลางและระดับน้อย ร้อยละ 8.5 และ 2.0 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ก่อน-หลังพัฒนารูปแบบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) โดยภายหลังการพัฒนาารูปแบบแรงงานมีค่าเฉลี่ยมากขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบเท่ากับ 2.0

3.2 ผลลัพธ์ที่มีต่อแรงงานภาคการเกษตร และกลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน

3.2.1 แรงงานภาคการเกษตรมีภาวะสุขภาพดีขึ้น พิจารณาจากแรงงานภาคการเกษตรตำบลคอนกาม ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยที่มีอาการทางผิวหนังพุพอง เป็นผื่นแดง หลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 8 คน (ลดลงจากปี 2562 - 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 161,103,101 และ 48 ราย ตามลำดับ และปี 2567 พบว่า ผู้มีระดับเอนไซม์โคเลสเตอรอลระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 9.82 (น้อยลงกว่าปี 2566 ร้อยละ 29.8) และจากผลการวิจัยพบว่า

แรงงานภาคการเกษตรการกลุ่มตัวอย่าง มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ภายหลังพัฒนารูปแบบร้อยละ 80.0 (ก่อนการพัฒนารูปแบบมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตราย ร้อยละ 28.5)

3.2.2 กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร มีการทำงานอย่างมีส่วนร่วม มีการประสานงานที่ดี ทำให้แรงงาน ครอบครัว และชุมชน มีความพึงพอใจในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร

3.2.3 กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานภาคการเกษตร ได้พัฒนารูปแบบ และนำรูปแบบการพัฒนาที่ได้ขยายผลทั้งตำบลคอนกาม ด้วยการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตรอย่างบูรณาการในระดับพื้นที่ ตั้งแต่การทำงานเชิงรับและเชิงรุกอย่างครอบคลุม มีการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงและการเจ็บป่วย การสำรวจและประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การให้คำแนะนำในการจัดการแก้ไขความเสี่ยงจากการทำงาน และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลสุขภาพนอกจากนั้น การสร้างเครือข่ายกำกับติดตามและประเมินผล การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ 2) กระบวนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน 3) กระบวนการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ทำให้การพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพของแรงงานภาคการเกษตร ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประเด็นในการป้องกันความเสี่ยงของการทำงานของแรงงานภาคการเกษตร ภายหลังการพัฒนารูปแบบฯ ยังมีการ

ป้องกันความเสี่ยงค่อนข้างน้อย ได้แก่ การมีอาการระคายเคืองตา/ ผิวหนัง แสบจุก เป็นต้น ได้รับสัมผัสสารเคมีจากการหายใจ/การกิน /ทางผิวหนัง ในขณะที่ทำงาน และการมีอาการผื่นคันที่ผิวหนัง /คัดจมูก เพราะบริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละออง หรือควัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เกษตรกรบางส่วนที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรบางส่วนยังไม่เหมาะสมในบางประเด็น คือ เกษตรกรใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานทุกครั้ง การใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่นทุกครั้ง และหลังจากเลิกฉีดพ่นแล้วไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ไม่อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายเมื่อเสื้อผ้าเปื้อกซึมสารเคมีทันที พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวมีโอกาสทำให้เกษตรกรสัมผัสสารเคมีขณะปฏิบัติงาน และส่งผลกระทบต่ออาการผิดปกติเฉียบพลันหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ เช่น เวียนศีรษะ เป็นผื่นคัน คลื่นไส้ แน่นหน้าอก มือสั่น เป็นต้น (วรารัตน์ สังวะลี และคณะ, 2567) ซึ่งพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่ไม่เหมาะสมนับเป็นปัญหาเชิงพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกษตรกรมีโอกาสรับสัมผัสสารเคมีทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร ตำบลคอนกาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จและเกิดผลลัพธ์ที่น่าพอใจ เนื่องจากได้รับความร่วมมือจากแรงงานภาคการเกษตร ครอบครัว และทีมเครือข่ายทำงาน เป็นการปฏิบัติร่วมกัน จนได้รูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับ

บริบทพื้นที่ 2) กระบวนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน 3) กระบวนการการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก และ 4) การติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยที่พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บูรณาการทุกภาคส่วนมาร่วมดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและพื้นที่ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับแรงงาน กลุ่มเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลยุทธ์ของการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ที่เพิ่มความสามารถเป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และการเป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่างๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขและหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคม และสื่อมวลชน จะช่วยทำให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน เจษฎากร โนนรินทร์ และธรรณิทธิ์ เสนานิmitt, 2567)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ควรนำการพัฒนาในรูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานภาคการเกษตร ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ นำไปพัฒนาต่อเนื่อง ประเมินผล และมีการถอดบทเรียน กับพื้นที่และการดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยอื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ การดูแลสุขภาพ และความเสี่ยงจากการทำงานจากอุบัติการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นต่อไป

2. ด้านการพัฒนาจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประเด็นในการป้องกันความเสี่ยงของการทำงานของแรงงานภาคการเกษตร ภายหลังการพัฒนาแบบฯ ยังมีการป้องกันความเสี่ยงค่อนข้างน้อย ได้แก่ การมีอาการระคายเคืองตา/ ผิวหนัง แสบจุก เป็นต้น ได้รับสัมผัสสารเคมีจากการหายใจ/การกิน /ทางผิวหนัง ในขณะที่ทำงาน และการมีอาการผื่นคันที่ผิวหนัง /คัดจมูก เพราะ

บริเวณที่ทำงานมีฝุ่นละออง หรือควัน ดังนั้น จึงควรพัฒนาความรู้ความเข้าใจเป็นประเด็นแรกๆ ในการดำเนินการ

3. ด้านการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า องค์ประกอบด้านโครงสร้างรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ กระบวนการประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน กระบวนการการดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก และการติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงควรศึกษากระบวนการการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนร่วมกัน ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย ที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการศึกษา และคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนกาม รวมทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกท่านที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2558). ความเสี่ยงจากการทำงานของแรงงานนอกระบบ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การศึกษาผลกระทบจากการใช้สารเคมีอันตรายที่ใช้ในภาคเกษตร(ไกลโฟเสต) และค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร. (ออนไลน์). เข้าถึงได้ <https://ddc.moph.go.th/uploads/public/1388720230220111053.pdf>.

เจษฎากร โนอินทร์ และธณินทร์ เสนานิมิตร.(2567).

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนแปรรูปเกษตรอินทรีย์บางกระทุ่ม. วารสารศูนย์การพัฒนาเรียนรู้สมัยใหม่, 9(6): 197-211.

พชรพร ครองบุษ และอดิเรก เร่งมานะวงษ์. (2564).

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแรงงานนอกระบบภาคการเกษตรในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) จังหวัดขอนแก่น. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 44(1): 78-89.

วรรัตน์ สักวะลีและคณะ.(2567). การประเมินความ

เสี่ยงต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลเชียงใหม่ อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ,37(1): 52-67.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนกาม.(2566).

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขปี 2566. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนกาม.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย.(2566).

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขปี 2566. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565).

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ2565. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.

Borg WR, Gall MD. (1983). Educational

Research: An Introduction (4 th Ed.). New York,Ny: Longman Inc.

Dawson-saundersB. (1993). Basic&Biostatistics.

2nded.Norwalk, Connecticut: Appleton&Lange.

World Health Organization. (1986). Ottawa

charter for health promotion. In: First International conference on Health Promotion. Ottawa,Canada: World Health Organization.

การพัฒนาโปรแกรมและผลของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกหอมแดง ในพื้นที่ตำบลไผ่ อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ

ทองคำ กมล, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นแบบกลุ่มเดียวเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมและประเมินผลของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกหอมแดง ดำเนินการวิจัยดำเนินการวิจัยในระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 ระยะที่ 1 ศึกษาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มตัวอย่างเกษตรกร 57 คน ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้โปรแกรม “รอบรู้ รอบด้าน การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช” และศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและจัดโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริม ความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจาก การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และจัดกิจกรรมให้ กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ครั้ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเกษตรกร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.2 และมีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 42.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 94.7 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44 และมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.5 มีประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 47.4 และสัมผัสสารเคมี 1-2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 47.4 เคยได้รับการอบรมเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 91.2 และได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 66.7 ผลของโปรแกรม-จำแนกตามรายด้านพบว่า ด้านความรู้ก่อนการใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 6.58 (S.D.=3.44) หลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 12.32 (S.D.=0.74) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 25.91 (S.D.=2.16) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 32.91 (S.D.=1.21) ด้านการสื่อสารก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 29.93 (S.D.=2.04) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 35.91 (S.D.=1.75) ด้านการจัดการจัดการตนเองก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 19.89 (3.83) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 27.39 (S.D.=1.37) ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 21.82 (3.91) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 28.44 (S.D.=1.21) และด้านการตัดสินใจก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 38.39 (4.34) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 47.25 (S.D.=1.37) ความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการใช้โปรแกรมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และความรอบรู้สุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขั้นตอนการเตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 39.40 (S.D.=5.45) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 30.32 (S.D.=1.53) พฤติกรรมขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 38.28 (S.D.=3.82) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 42.93 (S.D.=1.00) พฤติกรรมหลังเสร็จสิ้นการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 46.89 (S.D.=3.33) หลังใช้โปรแกรม 50.81 (S.D.=1.09) พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังการใช้โปรแกรมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.011$) โดยก่อนการใช้ อยู่ในระดับไม่ปลอดภัยร้อยละ 29.8 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปลอดภัย ร้อยละ 31.6

คำสำคัญ : ความรอบรู้สุขภาพ, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่ อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ E-mail : thongkumkomol@gmail.com

Development of Program and Effects of Health Education and Health Literacy on pesticides to reduce Health Risk among Farmers at planting shallots in area of the Phai Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province

Thongkum Kamol, *B.P.H.*¹

Abstract

This quasi-experimental study was using a one-group pretest-posttest design, aimed to evaluate the effectiveness of the health education, health promotion literacy and reducing health risks among farmers using chemical pesticides, involved development and assessment of health education program to enhance health literacy and reduce health risks for farmers growing shallots, conducted two phases; phase 1; involved studying the health literacy and preventive behaviors against pesticide exposure among of 57 sample, phase 2; involved creating and developing a health literacy promotion program, was tested on the sample group; the program called "Comprehensive Literacy on Pesticide Use," was assessed for its effectiveness in improving health literacy, promoting preventive behaviors against pesticide exposure, and reducing health risks and impacts.

The findings revealed that the majority of the farmers were female (84.2%), aged 51-60 years (42.1%), were married (94.7%), and had completed primary education (44%). Average household income was less than 5,000 baht per month for 82.5% of the participants. In terms of pesticide usage, most participants had been using pesticides for over 10 years (47.4%) and were exposed to chemicals 1-2 days per week (47.4%). The majority (91.2%) had received training on pesticide use, and 66.7% obtained information from health officers. The effects of the health literacy program for farmers on pesticide-related health literacy, categorized by aspect, are as follows health literacy in pesticide use, knowledge before the program; mean=6.58, S.D.=3.44, and after the program; mean=12.32, S.D.=0.74, access to Information and services before the program; mean=25.91, S.D.=2.16, and after the program; mean=32.91, S.D.=1.21, communication before the program; mean=29.93, S.D.=2.04, and after the program; mean=35.91, S.D.=1.75, self-management before the program; mean=19.89, S.D.=3.83, and after the program; mean=27.39, S.D.=1.37, critical media literacy before the program; mean=21.82, S.D.=3.91, and after the program; mean=28.44, S.D.=1.21, decision-making before the program; mean=38.39, S.D.= 4.34, and after the program; mean=47.25, S.D.=1.37. The average health literacy scores for pesticide use improved significantly after participating in the program ($p < 0.001$). Health literacy program effects on pesticide exposure prevention behaviors, before the program; mean = 39.40, S.D. = 5.45, and after the program; mean = 30.32, S.D. = 1.53; behavior during pesticide spraying before the program; mean = 38.28, S.D. = 3.82, and after the program; mean = 42.93, S.D. = 1.00; behavior after completing pesticide spraying before the program; mean = 46.89, S.D. = 3.33, and after the program; mean = 50.81, S.D. = 1.09. The average scores for pesticide exposure prevention behaviors significantly improved after participating in the program ($p < 0.001$). Cholinesterase enzyme levels in the blood revealed that before the program, 29.8% of participants had unsafe levels; after the program, 31.6% of participants had safe blood cholinesterase levels, significantly increased after the program ($p < 0.011$).

Keywords: health literacy, pesticides, shallot farmers

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Phai Health Promoting Hospital, Rasi Salai District, Sisaket Province, E-mail : thonhkumkamol@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการใช้สารเคมีในการเกษตรได้ขยายวงกว้างมากขึ้น เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีความต้องการของตลาดที่เปลี่ยนไป ทำให้เกษตรกรจำเป็นต้องใช้สารเคมีเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ผลผลิตตามที่ตลาดต้องการ โดยทั่วไปแล้วมีการใช้สารเคมีทางการเกษตรหลายประเภทในประเทศไทย แต่สารเคมีที่สำคัญกระบวนวิทยาคือการใช้เป็นปริมาณมากต่อปีและมักทำให้ผู้ใช้เกิดอาการเจ็บป่วยมี 3 กลุ่มใหญ่ คือ สารกำจัดแมลง สารกำจัดหนูและสัตว์พา และสารกำจัดวัชพืช ซึ่งสารเคมีเหล่านี้มีผลต่อสุขภาพของเกษตรกรเป็นอย่างมาก บางท่านอาจรู้สึกรำคาญพิษจากสารเคมีทาง การเกษตรเหล่านี้ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องรายงานหรือรายงานแล้วไม่เกิดผลใดๆต่อเกษตรกร แต่ในความเป็นจริงแล้ว ความเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรเกิดขึ้นบ่อยมาก และอาจมีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าสารเคมีทางอุตสาหกรรมเสียอีกแต่กลับไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ทำให้มีตัวเลขสถิติ น้อยกว่าความจริง

นอกจากนี้การใช้สารเคมียังส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมในชุมชน เช่นสิ่งมีชีวิตในธรรมชาติ แหล่งน้ำ และอาหาร และที่สำคัญ คือผู้บริโภคผลผลิตทางการเกษตรที่มีสารเคมีตกค้างหรือปนเปื้อน บริษัทผู้ผลิตสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมักกล่าวว่าการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องจะปลอดภัย หรือโฆษณาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชว่าไม่เป็นอันตรายต่อ สิ่งแวดล้อม คำกล่าวอ้างเหล่านั้นเป็นสิ่งที่ผิด แท้จริงแล้ว สารเคมีเป็นพิษและไม่มีทางที่จะปลอดภัยจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้เลย

จากรายงานขององค์การอาหารและเกษตรแห่ง สหประชาชาติ เมื่อปีพ.ศ.2543 พบว่า ในโลกมีสารเคมีที่ มนุษย์ผลิตขึ้นมากกว่า 6 ล้านชนิด ประมาณร้อยละ10ของ จำนวนสารเคมีทั้งหมดเป็นสารเคมีที่ถูกใช้ในชีวิตประจำวัน มีสารเคมีที่เกิดขึ้นใหม่ปีละ 1,000 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นยาฆ่าเชื้อรา มากกว่า250 ชนิด ยาฆ่าหญ้ามากกว่า 150 ชนิด ในประเทศไทยมีพื้นที่ทำการเกษตรกรรมอันดับที่ 48 ของ โลกแต่ใช้ยาฆ่าแมลงมากเป็นอันดับที่ 5 ของโลก ใช้ยา ฆ่าหญ้าอันดับ 4 ของโลก และใช้ฮอร์โมนอันดับ 4 ของโลก มีผู้ป่วยเนื่องจากสารเคมีปีละ 750,000 คน ในจำนวนนี้ เสียชีวิตปีละ 50,000 คนสาเหตุมาจากการใช้สารเคมี ทำให้ ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง มีสารเคมีตกค้างในร่างกาย

ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง (องค์การอาหารและเกษตรแห่ง สหประชาชาติ อ้างถึงในพิพัฒน์ ชนาเทพพรและคณะ, 2547) ในปีพ.ศ.2544-2545 คนไทยเสียชีวิตด้วยสาเหตุจาก โรคมะเร็งมากเป็นอันดับหนึ่ง สาเหตุส่วนหนึ่งมาจาก ร่างกายได้รับสารพิษ ซึ่งส่วนใหญ่ปนเปื้อนมากับอาหารและ จากการใช้สารเคมีทางการเกษตร ปัจจุบันเกษตรกรไทย ยังคงนิยมใช้สารเคมีทางการเกษตรอย่างแพร่หลาย (กมล เลิศรัตน์และคณะ, 2544และพิพัฒน์ ชนาเทพพร และคณะ, 2547)

จากข้อมูลผลการศึกษาพฤติกรรม (ใช้เครื่องมือ นบ.01) และผลตรวจวัดระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสใน เกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงของตำบลไผ่ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติ ตัวในขณะทำงาน เท่ากับ 1.48 (SD = 0.15) อยู่ในระดับ น้อย เมื่อแบ่งพฤติกรรมการใช้สารเคมีออกเป็น 3 ระดับ คือ มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (2.34 – 3 คะแนน) มีพฤติกรรม เสี่ยงปานกลาง (1.67 – 2.33 คะแนน)และมีพฤติกรรมเสี่ยง ต่ำ (1 – 1.66 คะแนน) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี พฤติกรรมในใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัว ในขณะทำงาน มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.71 และจากผลการเจาะเลือดตรวจวัดระดับเอนไซม์โคลีน เอสเตอเรส พบว่าส่วนใหญ่มีผลเลือดเป็นปกติ ร้อยละ 38 รองลงมา คือ ปลอดภัย ร้อยละ 25.9 และมีความเสี่ยง ร้อยละ 20.1

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบ การศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมความรู้สุขภาพ ในกลุ่ม เกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาและ พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้ สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบทางสุขภาพ โดยเฉพาะในเกษตรกรที่ทำหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชในการปลูกหอมแดงโดยมุ่งเน้นการศึกษาเชิงพื้นที่ เพื่อได้แนวทางการจัดการที่เหมาะสมตามบริบทชุมชน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน เกษตรกรปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัย มีความ รอบรู้ด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ลดความเสี่ยงและไม่ เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร ทำให้มีคุณภาพชีวิต

ที่ดีและเกิดการพัฒนายั่วยืนรวมถึงเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับอำเภอต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมและประเมินผล ของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกหอมแดง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพสำหรับเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกหอมแดง
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

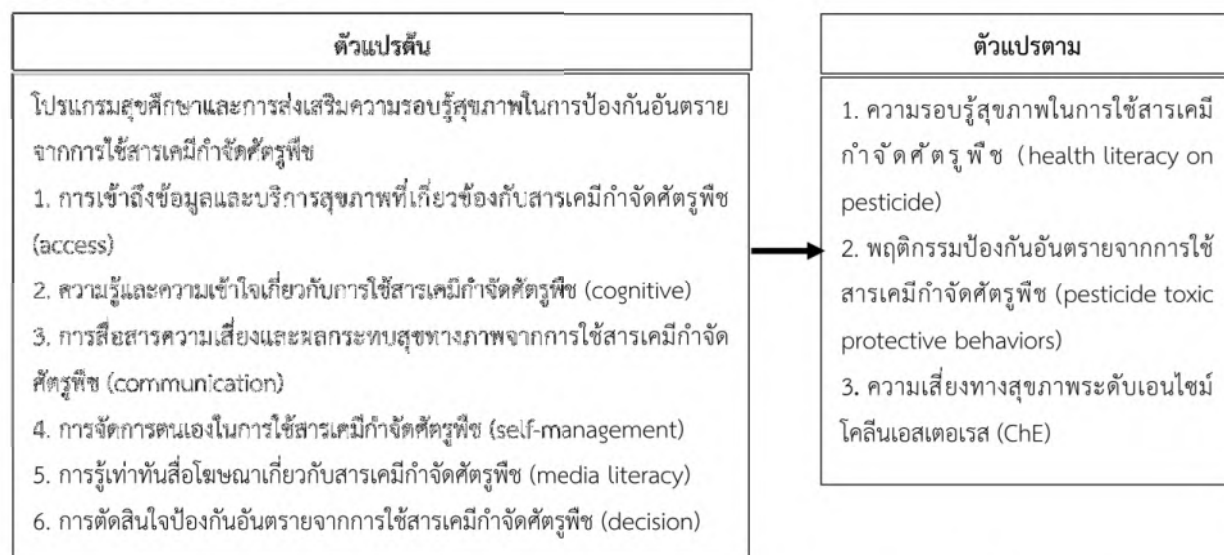
3. ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้สุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส

ขอบเขตการศึกษา

การการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research with one group design) โดยประเมินผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมความรู้สุขภาพและลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีพื้นที่เพาะปลูกในเขตตำบลไผ่ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 57 คน ในมีประวัติเคยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกหอมแดงมาแล้ว ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2566 อายุระหว่าง 50-60 ปี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2566 ถึงเดือน กันยายน 2567

กรอบแนวคิดในการศึกษา



วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้แบบแผน การวิจัยกลุ่ม

เดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเขตตำบลไผ่ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive

sampling) จำนวน 57 คน กำหนดคุณสมบัติในการคัดเข้า คือ มีประวัติเคยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการปลูกหอมแดงมาแล้ว

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1 เครื่องมือที่ใช้

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น โดยจะศึกษาจากทฤษฎี ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปร และกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1.1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกร มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้สุขภาพแนวทางการพัฒนาความรู้สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรรวมถึงศึกษาข้อมูลพื้นฐานโดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารรายงานประจำปีขององค์การบริหารส่วนตำบลและผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเกษตรกรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ รวมถึงสัมภาษณ์สภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาความรู้สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 จัดทำโครงร่างโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกร โดยให้นำข้อมูลใน ขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมการให้สุขศึกษาและส่งเสริมความรู้สุขภาพให้แก่เกษตรกรผู้เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ การสาธิต รวมทั้งการ ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการสื่อสารกับเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม จากนั้นตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้สุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการจัดโปรแกรมสุขศึกษาและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนาหลังจากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุงและออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง โดยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลอง ใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง จำนวน 57 คน ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศ ชี้แจง รายละเอียดขั้นตอนการเข้าร่วมโปรแกรม แจกของเอกสาร ปิดฉลากประกอบด้วย แบบชี้แจงอาสาสมัครแบบยินยอมอาสาสมัครและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและวัดระดับความรู้สุขภาพและสอบถามพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (pesticide Toxic Protective Behavior's : PPBs) และตรวจคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพโดยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (cholinesterase reactive paper) นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดไว้

กิจกรรมครั้งที่ 2 จัดโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผลกระทบทางสุขภาพจากการปนเปื้อนของสารเคมีในร่างกายวิธีปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย เป็นต้น และฝึกปฏิบัติทักษะในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจัดกิจกรรมด้วยการบรรยายประกอบสื่อการสอน สื่อวีดิทัศน์ สื่อเอกสารชุดความรู้การทำกิจกรรมกลุ่มการ อภิปราย ฝึกปฏิบัติ และการนำเสนอจากกลุ่ม

กิจกรรมครั้งที่ 3 ติดตามกระตุ้น และส่งเสริมการพัฒนาทักษะความรู้สุขภาพ โดยการเข้าเยี่ยม เกษตรกรเป็นกลุ่มย่อย เพื่อเป็นการกระตุ้น และ ประเมินพัฒนาการของความรู้สุขภาพใน การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

กิจกรรมครั้งที่ 4 สรุปการเรียนรู้และยุติโปรแกรมเพื่อสรุปผลการเรียนรู้และประเมินความคิดเห็นของเกษตรกรต่อการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาและในขั้นตอนสุดท้ายผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายเพื่อเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและใช้เปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินและปรับปรุง โปรแกรม สุขศึกษาและการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกร โดยใช้ผลการวัดความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมใน ครั้งนี้และเปิดโอกาสให้เกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง ได้แสดงความคิดเห็น และประเมินความพึงพอใจ ต่อการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ จากนั้นดำเนินการ รวบรวมและวิเคราะห์ผล เพื่อใช้ในการ ปรับปรุง โปรแกรม สุขศึกษาส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสำหรับเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงให้มีความสมบูรณ์ต่อไป

3.1.2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดระดับความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยชื่อ คำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วยคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ 2.1) ด้านความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 13 ข้อ คำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิด หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน 2.2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 7 ข้อ 2.3) ด้านการสื่อสารความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 8 ข้อ 2.4) ด้านการจัดการตนเองในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 6 ข้อ 2.5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาชวนเชื่อเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 6 ข้อ และ 2.6) ด้านการตัดสินใจในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการ Protective Behaviors: PPBs มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของเกษตรกร แบ่งตามลักษณะของพฤติกรรมการใช้ได้เป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีข้อความจำนวน 10 ข้อ ช่วงขณะทำการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 9 ข้อ และช่วงหลังเสร็จสิ้นจากการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 11 ข้อ โดยข้อความในส่วนที่ 2 และ 3

มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก และส่วนที่ 4 การตรวจคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase Reactive Paper) โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วของเกษตรกร ดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่ต้องรายงานผลการตรวจต่อกระทรวงสาธารณสุข แบ่งผลการตรวจเลือดเกษตรกรออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปลอดภัย (≥ 100.0 U/ml) กลุ่มปกติ (87.5 – 99.9 U/ml) กลุ่มความเสี่ยง (75.0 – 87.4 U/ml) และกลุ่มไม่ปลอดภัย (< 75.0 U/ml) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนตามคู่มือการคัดกรองสุขภาพเกษตรกรของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมกระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของ เนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ นำไปทดลองใช้ (try out) กับเกษตรกรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า (Alpha-Coefficient) ของครอนบาคแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ มีค่า $\alpha = 0.86$ บ่งชี้ว่าอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้ค่า $\alpha = 0.88$

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) วิเคราะห์ข้อมูล ของเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนน ของปัจจัยที่ศึกษาด้วยสถิติ McNemar's Test และ Kruskal Wallis's Test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกับคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Paired Samples t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-110
วันที่ 1 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเกษตรกรผู้สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยมีพื้นที่เพาะปลูกอยู่ในพื้นที่ตำบลไม้ อำเภอรายไยศรี จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.2 และมีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 94.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28 และมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 82.5 เมื่อสำรวจข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.4 และสัมผัสสารเคมี 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 47.4 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ

91.2 และได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ อบรม ร้อยละ 14

ส่วนที่ 2 พบว่าความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านความรู้ก่อนการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 6.58 (S.D.=3.44) หลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 12.32 (S.D.=0.74) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 25.91 (S.D.=2.16) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 32.91 (S.D.=1.21) ด้านการสื่อสารก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 29.93 (S.D.=2.04) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 35.91 (S.D.=1.75) ด้านการการจัดการตนเองก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 19.89 (3.83) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 27.39 (S.D.=1.37) ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 21.82 (3.91) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 28.44 (S.D.=1.21) และด้านการตัดสินใจก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 38.39 (4.34) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 47.25 (S.D.=1.37) ซึ่งค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการใช้โปรแกรมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้สุขภาพโดยรวม 6 ด้าน	n	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI	t	P value
ด้านความรู้							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	6.58	3.44				
หลังใช้โปรแกรม	57	12.32	0.74	5.74	4.84-6.63	12.82	<0.001
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	25.91	2.16	7	5.31-8.09	9.67	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	32.91	1.21				
ด้านการสื่อสาร							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	29.93	2.04	5.98	3.63-5.84	8.59	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	35.91	1.75				
ด้านการจัดการตนเอง							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	19.89	3.83	7.5	6.35-8.64	13.11	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	27.39	1.37				
ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	21.82	3.91	6.62	5.66-7.57	13.93	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	28.44	1.21				
ด้านการตัดสินใจ							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	38.39	4.34	8.86	7.65-10.07	14.70	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	47.25	1.37				

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังใช้โปรแกรม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขั้นตอนการเตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 39.40 (S.D.=5.45) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 30.32 (S.D.=1.53) พฤติกรรมขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 38.28 (S.D.=3.82) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 42.93 (S.D.=1.00) พฤติกรรมหลังเสร็จสิ้นการฉีดพ่นสารเคมีกำจัด

ศัตรูพืชมีก่อนใช้โปรแกรม มีค่าเฉลี่ย 46.89 (S.D.=3.33) หลังใช้โปรแกรม 50.81 (S.D.=1.09) ซึ่งค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังการใช้โปรแกรมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	N	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI	t	P value
เตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	39.04	5.45	-8.72	7.35-10.39	12.71	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	30.32	1.53				
ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	38.28	3.82	4.65	3.59-5.70	8.83	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	42.93	1.00				
หลังเสร็จสิ้นการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	46.89	3.33	3.9	2.91-4.92	7.81	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	50.81	1.09				
พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยรวม							
ก่อนใช้โปรแกรม	57	124.21	10.70	22.42	6.63-4.84	15.55	<0.001
หลังใช้โปรแกรม	57	146.63	1.37				

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพต่อระดับโคลีนเอสเตอเรส ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

จากการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางสุขภาพจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยค่าระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด พบว่า หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.011$) โดยที่ก่อนการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 29.8 และภายหลังการเข้า

ร่วมโปรแกรมพบว่า มีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 31.6 ผลการวิเคราะห์พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีค่าระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.011$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพต่อระดับโคเลสเตอรอล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับเอนไซม์ โคเลสเตอรอล ในเลือด	จำนวน (ร้อยละ)		p- value
	ก่อนการ ใช้ โปรแกรม	หลังการ ใช้ โปรแกรม	
	โปรแกรม	โปรแกรม	
- กลุ่มปกติ	14(24.6)	16(28.1)	
- กลุ่มผิดปกติ	12(21.1)	18(31.6)	
- กลุ่มมีความเสี่ยง	14(24.6)	15(26.3)	
- กลุ่มไม่ผิดปกติ	17(29.8)	8(14)	
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	2.60 $\pm$ 1.16	2.26 $\pm$ 1.03	<0.011

สรุปผลการวิจัย

1.ข้อมูลทั่วไปเกษตรกรผู้สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตำบลไม่ จากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มเกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.2 และมีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 42.1 รองลงมาคือ อายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 94.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาจบระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 28 และมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 82.5เมื่อสำรวจข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.4 และสัมผัสสารเคมี 1-2 วัน/สัปดาห์ร้อยละ 47.4 ส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 91.2 และได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ อสม. ร้อยละ 14

2.ความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ) ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้สุขภาพสำหรับเกษตรกรพบว่าความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้านความรู้ก่อนการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 6.58 (S.D.=3.44) หลังการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 12.32 (S.D.=0.74) ด้านการเข้าถึง

ข้อมูลและบริการก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 25.91 (S.D.=2.16) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 32.91 (S.D.=1.21) ด้านการสื่อสารก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 29.93 (S.D.=2.04) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 35.91 (S.D.=1.75) ด้านการจัดการจัดการตนเองก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 19.89 (3.83) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 27.39 (S.D.=1.37) ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 21.82 (3.91) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 28.44 (S.D.=1.21) และด้านการตัดสินใจก่อนใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 38.39 (4.34) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 47.25 (S.D.=1.37) ซึ่งค่าเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังการใช้โปรแกรมมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย คะแนนความรอบรู้สุขภาพรวมทั้ง 6 ด้าน สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ(144.07 $\pm$ 13.01 และ 133.61 $\pm$ 3.37 คะแนน, $p<0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และรัตนดา ทรัพย์บำเรอ (2564) เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้สุขภาพด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด จังหวัดพะเยา ดำเนินการวิจัยผานวิธีเพื่อพัฒนาโปรแกรมและศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มเกษตรกร พบว่า เกษตรกรที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาวิจัยของ ธวัชชัย เอกสันติ (2563) เรื่อง การพัฒนาความรอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบทางสุขภาพของแรงงานภาคเกษตรกรรมในแปลงนาข้าว จังหวัดนครราชสีมา ได้วิจัยทั้งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่มที่ได้เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม รอบรู้สุขภาพ พบว่า เกษตรกรที่เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับความรอบรู้สุขภาพรวมทุกองค์ประกอบเพิ่ม สูงขึ้น และมีระดับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเช่นกัน และมากกว่า กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเมื่อพิจารณาจากความเสี่ยงทางสุขภาพด้วยการตรวจระดับโคเลสเตอรอลในเลือด พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม เกษตรกรที่เข้าร่วมมีระดับเอนไซม์โคเลสเตอรอล

เรสในเลือดสูงขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

3.ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.001$) (124.21 ± 10.70 และ 146.63 ± 1.37 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาผลการศึกษา ก่อนการใช้โปรแกรม จำแนกระยะการปฏิบัติงาน พบว่า ทั้งในระยะเตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทั้งระยะขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และระยะหลังเสร็จสิ้นการฉีดพ่นสารเคมี กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.1 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 29.9 และหลังใช้โปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 100

การศึกษาของ จงรัก สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาโส โสภณ (2565) ได้ทำการวิจัยและพัฒนาแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันสารเคมี กำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร ภายหลังการวิจัยและพัฒนา แบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกษตรกรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีเรสในเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.011$) โดยที่ก่อนการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 29.8 และ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 14 ผลการวิเคราะห์พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.011$) ความรอบรู้สุขภาพส่งผลต่อสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมและการ ศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ จากการประเมิน และตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพต่ำหรือไม่เพียงพอ จะมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บน้อย มีความสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และการจัดการตนเองได้ไม่ดี

พฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพเพิ่มขึ้น และผลการตรวจเลือด โคลีนเอสเตอเรสเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับที่ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ที่ระบุว่า การพัฒนาความรู้สุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเนื่องจากความรู้สุขภาพ (Health literacy) เป็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Rootman, 2002) ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพให้มีความยั่งยืนอย่างแท้จริง จึงควรพัฒนาความรู้สุขภาพ ให้เป็น ดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานสุขศึกษา (Health Education) และกิจกรรมการสื่อสาร (Communication activities) ทั้งนี้ เนื่องจากการดำเนินงานสุขศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยตรง (Nutbeam, 2000)

4.เปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้สุขภาพต่อระดับโคลีนเอสเตอเรส ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางสุขภาพจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรม กลุ่มมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสที่ควร เกิดความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพได้มาก ส่งผลต่อการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมในการ ดูแลสุขภาพ (Brabers, Rademakers, Groenewegen, van Dijk & De Jong, 2017) ผู้ที่มีความ รอบรู้สุขภาพน้อยมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพได้มาก และผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพสูง จะมีการตัดสินใจ ในการดูแลสุขภาพดี (Chesser, Woods, Smothers & Roger, 201

ข้อจำกัด และ ข้อเสนอแนะ

1.ข้อจำกัด

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมได้แสดงความคิดเห็นว่า หากจะให้เกษตรกรไม่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงเพาะปลูกหอมแดงอาจจะกระทำได้อย่างเพราะในบางช่วงมีการระบาดของโรคและแมลงศัตรูพืช หากไม่กำจัดแมลงศัตรูพืชเหล่านี้ด้วยการฉีดพ่นสารเคมีก็อาจจะทำให้ผลผลิตที่ได้นั้นไม่คุ้มค่างบประมาณที่ลงทุนลงแรงไป

ดังนั้นเกษตรกรจึงจำเป็นต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงเพาะปลูกหอมแดง

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ควรเน้นที่การสร้างความรู้ของเกษตรกรในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะช่วยให้เกิดความปลอดภัยทางสุขภาพของเกษตรกรและควรส่งเสริมให้เกษตรกรได้เข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในราคาที่เหมาะสมและใช้อย่างถูกต้องหากจำเป็นต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงปลูกหอมแดง

2.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ควรนำโปรแกรมสุขภาพและการส่งเสริมความรู้สุขภาพในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มที่ปลูกพืชเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศไทย เช่นเกษตรกรที่ปลูกข้าว ปลูกมันสำปะหลัง ปลูกข้าวโพด เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมีความเสี่ยงทางสุขภาพ

2.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาแบบการวิจัยและการพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาหลักสูตรที่เหมาะสมสำหรับเกษตรกรในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจมีบริบทและปัจจัยที่แตกต่างกันไปและสามารถป้องกันแก้ไขปัญหาคาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ตรงกับความต้องการของ เกษตรกรในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

กนกพร จันตะเภา, ฤทธิรงค์ พันธิตี

และวรารัตน์ หนูวัฒนา. (2564). เปรียบเทียบความรู้ การป้องกัน และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระหว่างเกษตรกรปลูกข้าวและเกษตรกรปลูก แตงโม ตำบลหนองหลวง อำเภอนาทะโก จังหวัด นครสวรรค์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ แห่งประเทศไทย, 3(3), 52-63.

กรสิริ ศรีนิล และคณะ. การเปลี่ยนแปลง ประชากรของแมลงศัตรูข้าวที่สำคัญใน จังหวัดเชียงรายจากผลกระทบของสภาวะภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลง. (ออนไลน์). (2562). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 7

พฤศจิกายน 2566). เข้าถึง ได้จาก
[https://dspace.tarr. arda.or.Th/handle/6622815955/9550\(2562\).](https://dspace.tarr. arda.or.Th/handle/6622815955/9550(2562).)

กรมส่งเสริมวิชาการเกษตร. การปรับปรุงทะเบียน

เกษตรกร. (ออนไลน์). (2562). (เข้าถึงเมื่อ วันที่ 7 ธันวาคม 2566). เข้าถึงได้ จาก
http://farmer.doae.go.th/index.php/bi_report/bi_report5#tabs1.

กฤติญา แสงภักดี, กัญจน์ ศิลปะสิทธิ์, ดวงรัตน์ แพงไทย, วสินี ไชว์พันธุ์, ศิริณภา ศิริยนต์, และภัทรพงษ์ เกริกสกุล. (2557). การศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืชของชาวนา อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารแก่นเกษตร, 42(3), 375-384.

กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ และเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรดในเขตสุขภาพที่ 8.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 12(1), 150-157.

กองสุขภาพ. (2559). การสร้างเสริมและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).

กองสุขภาพ. (2556). คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไปในการปฏิบัติ ตามหลัก 3อ 2ส. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค. (2564). สื่อการเรียนรู้ เรื่อง Health Literacy. (ออนไลน์). (เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2567). เข้าถึงได้
<file:///D:/Users/hp/Downloads/hl-%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B8%B9%E0%B9%89.pdf>.

ขวัญธิดา ทองภูบาล. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สาร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2556). ความฉลาดทางสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- จันทร์จารี เกตุมาโร. (2556). อาชีวนามัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จุฬาร คำรัตน์ และสัมมนา มูลสาร. (2552). การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ปลูกผัก. วารสารวิชาการ ม.อบ, 11(1), 111-130
- จุมพล ไทยสุชาติ. (2541). การศึกษาการใช้สารกำจัดวัชพืชในหอมแดงของเกษตรกรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. (ออนไลน์). เข้าถึงได้ <https://tarr.arda.or.th/preview/item/LZPX-EqtNes24agWRLEDiw>.
- จรงค์ สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาโสโสภณ. (2565). การวิจัยและพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(1), 84-93
- มาน ปัทมะ พลยง และคณะ. (2563). การศึกษาแบบผสมผสานวิธี: พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่มีผลต่ออาการเฉียบพลันของเกษตรกรทำนาอำเภอภาษี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 9 (1), 104-115.
- ดวงใจ วิจัย. (2554). สถานะทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเพื่อการเผยแพร่ข่าวสารเคมีทางการเกษตร 17-18 มิถุนายน 2554 หมวดที่ 2-8.
- ทรัพย์สตรี แสนทวีสุข และวัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์. (2555). การใช้สารกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัยต่อคนและสิ่งแวดล้อม: คู่มือสำหรับเกษตรกรและผู้สนใจ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยวิทยาศาสตร์ สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีวรรณ ศรีสุขคำ และรัตนา ทรัพย์บำเรอ. (2564). การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มเกษตรกรปลูกข้าวโพด จังหวัดพะเยา. วารสารควบคุมโรค, 47(3), 571-583.
- ทวีศักดิ์ สมบูรณ์. (2557). ผลของโปรแกรมเครือข่ายป้องกันตนเองของเกษตรกรในการลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มชาโป๊นินของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในตำบลสระนกแก้ว อำเภอโพธาราม จังหวัด ราชบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธวัชชัย เอกสันติ และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมและผลของโปรแกรมสุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้สุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงนาข้าว. 2565.เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/258094>.
- นันทิกา สุนทรไชยกุล, เพ็ญศรี วัจฉลญาณ และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2552). การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- นัสพงษ์ กลิ่นจำปา และดาริวรรณ เศรษฐธรรม. (2562). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลป่าไม้งาม อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 25(2), 26-34.
- เนตรชนก เจริญสุข. (2557). รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนาในอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- เนตรชนก เจริญสุข. (ม.ป.ป.). ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมีกำจัด 195 ศัตรูพืชของชาวนา ในอำเภอตอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. Naresuan University Journal: Science and Technology (NUJST), 24(1), 91-101.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2546). การเจ็บป่วยของคนไทยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. เอกสารประกอบการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติสำหรับการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ ปี พ.ศ. 2546. เครือข่ายสาขานโยบายการเกษตรและชนบท แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปรีชา เปรมปรี. (2559). สถานการณ์โรคและการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ใน การประชุมวิชาการ เพื่อเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: ณ ศูนย์ประชุมสถาบันวิจัย จุฬาลกรณ์ กรุงเทพมหานคร.
- ปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์, สยาม อรุณศรีมรกต, จันทิมาปิยะพงษ์ และกฤษณ์ชัย เจริญจิตร. (2560). การวิเคราะห์พื้นที่ระบาดของหอยเชอรี่ในประเทศไทย. วารสารเกษตรพระวรุณ, 14(2), 247-257.
- ปิติ พูนไชยศรี. (2556). อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในอาชีพเกษตรกร: เอกสารการสอนชุดวิชา อาชีวอนามัยและความปลอดภัย. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พีรพล ไชยชาติ และเกศินี สราญฤทธิชัย. (2562). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 7(4), 42-51.
- พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535, (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2544 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2551. วันที่ค้นข้อมูล 23 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก <http://www.chemtrack.org/law/chem.asp?ID = HAZ>.
- พณิศา ลุงคะ และพันธ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันตนเองจากสารเคมี กำจัดศัตรูพืชตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการลดการสัมผัสสารเคมีในเกษตรกร. วารสาร ควบคุมโรค, 46(3), 247-256.
- มณีนรัตน์ สอนม่วง, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, มลีนี สมภพเจริญ และดุสิต สุจิรารัตน์. (2564). ความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของคณานับจ้างฉีดพ่น. วารสารสุขภาพ, 42(2), 1-11.
- รัตนา ทรัพย์บำเรอ, สุรัตน์ หงส์สืบสอง และณลิน สิทธิธรรณ. (2561). การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพ จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช: กรณีศึกษาในเกษตรกรปลูกกระเทียม จังหวัดพะเยา. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร: วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 26(1), 20-31.
- ศิริพร สมบูรณ์ และคณะ. (2553). ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 24(1), 102-117.
- ศิริพรรณ นาคน้อย และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต/คาร์บาเมตต่อพฤติกรรมการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัม และค่า SDPTG Aging Index ในชาวนาไทย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพิษวิทยาไทย, 32(2) 41-60
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. องค์ความรู้ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยกระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper). กรุงเทพฯ : กระทรวงเกษตร และสหกรณ์; 2560.

- สมศักดิ์ อินทมาต และ ชิดหทัย เพชรช่วย. (2555). การประเมินการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในเกษตรกรผู้ปลูกดอกเบญจมาศ ตำบลธาตุพนม อำเภอธาตุพนม จังหวัด นครพนม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม, 14(2), 21-30.
- สยาม อรุณศรีมรกต วรพร สังเนตร และปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์. (2560). การใช้สารเคมีในการทำนา ข้าวของเกษตรกรในอำเภอนงนุช จังหวัดปทุมธานี. วารสารเกษตรพระวรม, 14(2), 173-180.
- สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร. (2560). รายงานสรุปการนำเข้าวัตถุดิบทรายปี 2560. วันที่ค้น ข้อมูล 17 สิงหาคม 2567, เข้าถึงได้จาก http://www.doa.go.th/ard/index.php?option=com_content&view=article&id=22:stat2535&catid=29:stat&Itemid=104
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานเกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพรล้างพิษ ภัยจิตผ่องใส. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือเกษตรกรปลอดโรค สำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุนันท์ ศรีวิรัตน์ และสุวิทย์ แก้วสนิท. (2558) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรในพื้นที่จังหวัดสงขลา. วารสารควบคุมโรค, 41(2), 130-141.
- อิสราภรณ์ หงส์ทอง และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. (2552). ผลกระทบของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพเกษตรกรกลุ่มปลูกหอมแดง ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. นิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เข้าถึงได้ <https://hc01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/121827/92827>
- เอกราช สมบัติสวัสดิ์. (2556). ระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดตัวบ่งชี้ผลจากการสัมผัสสารกำจัด ศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตในชาวนาตำบลธาระหลอด อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา. วันที่ค้นข้อมูล 9 ธันวาคม 2562, เข้าถึงได้จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43236>
- อังคินันท์ อินทร์กำแหง. (2559). โครงการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy HL และพฤติกรรมสุขภาพ Health behavior HB ตามหลัก 3อ 2 ของ กลุ่มวัยทำงาน อายุและ 59 ปี และตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติของกลุ่มวัยเรียน อายุ 7- 14 ปี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อิสระ มรดก และชิดหทัย เพชรช่วย. (2557). การประเมินการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตในเกษตรกรผู้ปลูกพริก พื้นที่ตำบลนากระเนง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. เอกสารสืบเนื่องการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและงานอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- Abang, A. F. et al. (2013). Vegetable growers perception of pesticide use practices, cost, and health effects in the tropical region of Cameroon. International journal of Agronomy and Plant Production, 4, 873-883.

- Boudry, I., Blanck, O., Cruz, C., Blanck, M., Vallet, V., Bazire, A., Capt, A., Josse, D., & Lallement, G. (2008). Percutaneous penetration and absorption of parathion using human and pig skin models in vitro and human skin grafted onto nude mouse skin model in vivo, *J Appl Toxicol*, 28(5), 645-57. doi: 10.1002/jat.1317
- Thetkathuek, A., Yenjai, P., Jaidee, W., Jaidee, P., & Sriprapat, P. (2017). Pesticide Exposure and Cholinesterase Levels in Migrant Farm Workers in Thailand. *J Agromedicine*, 22(2), 118-130. doi: 10.1080/1059924X.2017.1283276
- Van Bortel, W., Trung, H. D., Thuan, Le, K., Sochantha, T., Socheat, D., Sumrandee, C., Baimai, V., Keokenchanh, K., Samlane, P., Roelants, P., Denis, L., Verhaeghen, K., Obsomer, V., & Coosemans, M. (2008). The insecticide resistance status of malaria vectors in the Mekong region. *Malar*; 7, 102. doi: 10.1186/1475-2875-7 102.
- World Health Organization: WHO. (1990). Public Health impact of pesticides used in agriculture. World Health Organization.
- World Health Organization. (1990). Public Health Impact of Pesticides Used in Agriculture. The WHO Recommended Classification of Pesticides by Hazard and Guideline to Classification 2000-2002.
- World Health Organization. (1998). Health promotion Glosser. Geneva: WHO Publications. World Health Organization. (2009). The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification. Germany: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

การพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ

จิราภรณ์ ภิรูปุตร, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำนวน 30 คน และศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 11 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และนาฬิกาจับเวลา และ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด แบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดและของศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85, และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบด้วย ใบรายการเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัด 2) ค่าเฉลี่ย ระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด หลังการพัฒนา (mean = 12.86, S.D. = 1.92) ลดลงกว่าก่อนการพัฒนา (mean = 22.03, S.D. = 3.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต่อการใช้นโยบายการเตรียมเครื่องมือโดยรวม (mean = 4.76, S.D. = .43) อยู่ในระดับมากที่สุด 4) ความพึงพอใจของศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือโดยรวม (mean = 4.81, S.D. = 0.40) อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปได้ว่า แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ สามารถนำไปใช้ได้จริง ควรส่งเสริมในทางปฏิบัติแก่พยาบาลห้องผ่าตัด ที่อยู่ในระยะเรียนรู้งานให้นำไปใช้ในการพัฒนางาน โดยประยุกต์ใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ผู้ป่วยสูงอายุ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail : jiraporn399.125@gmail.com

Developmen of a Guideline for Preparation of Surgical Instrumentation for the Older patients with Hip Arthroplasty in Sisaket Hospital

Jiraporn Thiraboot, *B.N.S.*¹

Abstract

This quasi-experimental research was aimed at developing and evaluating a surgical instrument preparation guideline for elderly patients undergoing hip replacement surgery at Sisaket Hospital. The study sample comprised 30 operating room nurses and 11 orthopedic surgeons, selected using purposive sampling based on predefined criteria, between March and May 2024, using instruments that were divided into two parts: 1) tools used for research implementation, which included the surgical instrument preparation guideline and a stopwatch, and 2) data collection toincluding a characteristics information questionnaire, a record form for the time spent on instrument preparation, and satisfaction evaluation forms. The tools were validated for content validity by three experts, and the reliability of the satisfaction evaluation forms for nurses and surgeons was tested using Cronbach's Alpha Coefficient, yielding values of 0.85 and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics was paired t-tests.

The results findings: 1) the surgical instrument preparation guideline for elderly patients undergoing hip replacement surgery at Sisaket Hospital included a surgical instrument/equipment checklist; 2) the average time spent on instrument preparation significantly decreased after implementing the guideline ($p < .0001$); 3) operating room nurses' overall satisfaction with the guideline for preparation of surgical instrumentation was highest (mean = 4.76, S.D. = 0.43); and 4) orthopedic surgeons' overall satisfaction with the guideline for preparation of surgical instrumentation was also highest (mean = 4.81, S.D. = 0.40).

In conclusion, the developed guideline for surgical instrument preparation in elderly patients under going hip replacement surgery at Sisaket Hospital is practical and should be promoted for use by novice operating room nurses to enhance their work performance, with potential adaptation to other hospital settings.

Keywords: Preparation of Surgical Instrumentation , Elderly patients, Hip Arthroplasty

¹ Expert Professional Nurse, Sisaket Hospital, Sisaket Province, E-mail : jiraporn399.125@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น รัฐบาลจึงให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง พบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2583 ซึ่งในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคน หรือร้อยละ 79 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มติดเตียงจำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ประมาณ 1.3 ล้านคน หรือร้อยละ 21 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ (ถาวร ทองเพชร, 2566) กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ในปัจจุบันมีผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักเป็นจำนวนมากและมีความรุนแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน (วิศณี พรหมพันธุ์, อุไรรัตน์ กันภัย, ปาณิดา คุณสาระ, และวิวัฒน์ เหล่าชัย, 2566) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของระบบต่างๆ โครงสร้างของร่างกายไม่แข็งแรง (ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, และชุตินา บ่ายเที่ยง, 2566) มวลกระดูกลดลง ทำให้กระดูกบางลง (พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช, 2563) จึงเกิดการหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหักได้ง่าย (ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, และชุตินา บ่ายเที่ยง, 2566) กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมักพบร่วมกับโรคกระดูกพรุน ส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้มหรืออุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง (พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, และ

เยาวลักษณ์ สงวนพานิช, 2563) จากการคาดการณ์จะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักทั่วโลก 2.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มขึ้นเป็น 4.5 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในทวีปเอเชียถึงร้อยละ 50 (ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, และชุตินา บ่ายเที่ยง, 2566) ในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับและมีอัตราการตายในปีแรก ร้อยละ 23 ซึ่งอัตราการตายในปีแรกหลังกระดูกหักจะสูงที่สุด จากข้อมูลทีกล่าวมาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดจนกว่าจะสามารถช่วยเหลือตัวเองและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างใกล้เคียงกับภาวะปกติ (วิศณี พรหมพันธุ์, อุไรรัตน์ กันภัย, ปาณิดา คุณสาระ, และวิวัฒน์ เหล่าชัย, 2566) การรักษากระดูกสะโพกหัก ขึ้นอยู่กับลักษณะกระดูกและเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ รวมถึงความรุนแรงของการแตกหัก ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุด ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกหักและการนอนบนเตียงนาน การรักษากระดูกสะโพกหัก แบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้ 1) การรักษาแบบ 2) การรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักควรทำ การรักษาด้วยการผ่าตัดโดยเร็วที่สุดภายใน 72 ชั่วโมง หลังได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล (ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, และชุตินา บ่ายเที่ยง, 2566) เนื่องจากเป็นกระดูกที่ต้องรับน้ำหนัก ภาวะกระดูกสะโพกหักถือเป็นภาวะที่องค์กรกระดูกและข้อโลก (AO Foundation) ให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีอัตราการตายหลังการผ่าตัดสูงที่สุด เมื่อเทียบกับอัตราการตายหลังการผ่าตัดของกระดูกหักบริเวณอื่น ซึ่งมีสาเหตุจากการฟื้นตัวช้า ปัญหาแผลกดทับ และติดเชื้อแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (Rockwood and Green, 2015) หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฟื้นตัวช้าและอัตราการตายที่สูงคือ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่หอผู้ป่วยจนถึงการเริ่มผ่าตัด

นานเกิน 72 ชั่วโมง หากสามารถทำให้ระยะเวลาของกระบวนการดังกล่าวน้อยกว่า 72 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น (ศัลย์ ศรีสกุล, และก้องภู นิมนันท์, 2561) ลดค่าใช้จ่าย ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากยิ่งขึ้น และพบว่า การผ่าตัดเร่งด่วนภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากได้รับไว้ในโรงพยาบาล สามารถลดอัตราการตายได้ (ปราณี มีหาญพงษ์, สุเมียรรัตน์ บุญศิลป์, และ ชุตินา บายเที่ยง, 2566) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ทั้งด้านอุปกรณ์ เครื่องมือและวิธีการ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง บริหารจัดการเครื่องมือให้พร้อมใช้งานในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ สามารถจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ได้ถูกต้อง ครบถ้วน รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย อุปกรณ์การแพทย์ ห้องผ่าตัด และเจ้าหน้าที่ทีมผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้เร็วขึ้น ทำให้ลดความเสี่ยงของอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด (ถาวร ทองเพชร, 2566) จากงานวิจัยของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าถ้าคนไข้ได้รับการผ่าตัดช้าจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้มากกว่าคนไข้ที่ได้รับการผ่าตัดเร็วถึง 10 เท่า และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 10% จะเสียชีวิตภายใน 1 เดือน และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นเป็น 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ภายในระยะเวลา 1 ปี (U.S. FDA Resources, 2017)

โรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิขั้นสูงที่ได้มาตรฐาน เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในเขตสุขภาพที่ 10 และประเทศเพื่อนบ้าน อีกทั้งเป็นสถานที่ฝึกอบรมงานของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ศัลยแพทย์ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล ให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดโรคทางระบบกระดูกและข้อตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูก

สะโพกหัก จำนวน 396,391 และ 326 ราย ตามลำดับ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2566) ซึ่งการจัด เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ต่างๆ ให้พร้อมใช้ เป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด เพื่อให้แพทย์ดำเนินการผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ลดระยะเวลาในการรอคอยเครื่องมือ ลดการสูญเสียเวลาในการผ่าตัด ในปัจจุบันการผ่าตัดมีความซับซ้อนมากขึ้น มีการใช้เครื่องมืออุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆ หลากหลายและราคาแพง แพทย์มีการหมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานในแต่ละวัน ส่วนพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดก็มีการหมุนเวียนเปลี่ยนกัน เพื่อให้มีความรู้ ความชำนาญในการผ่าตัดในทุกหัตถการ จึงอาจเกิดความผิดพลาดในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด การรอคอยเครื่องมือ ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินการรับความรู้สึกนานขึ้น มีผลต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย เกิดการสูญเสียค่าของเครื่องมือที่เปิดใช้งานผิด สูญเสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็นของทั้งโรงพยาบาลและผู้ป่วย และเกิดความไม่พึงพอใจของแพทย์ผ่าตัดได้ (มยุรี อภิวัฒนาภิวัด, และบุญยุน จุลนวล, 2563)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดจึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยการนำกระบวนการพัฒนามาตรฐานวงจรเดมมิง (PDCA) (Deming, 1986) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดมีแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ชัดเจน เหมาะสมนำไปใช้ได้จริงและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ลดระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในงาน และเพื่อพัฒนาคุณภาพงานการพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดก่อนและหลังการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น
4. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อที่ใช้แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาการพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกระบวนการพัฒนาตามวงจรเดมิง (PDCA) (Deming, 1986) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

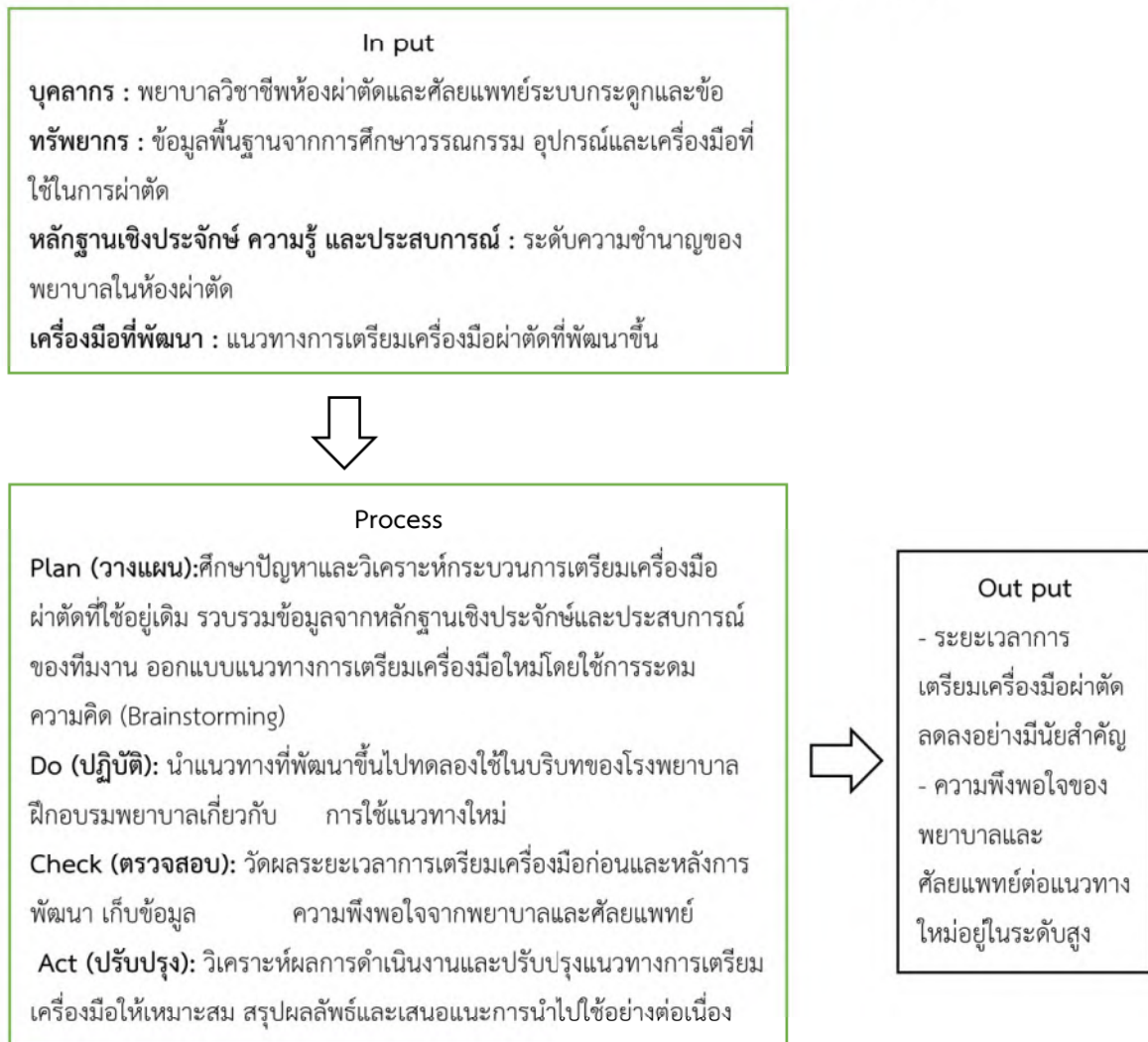
- 1) ขั้นตอนการวางแผน (planning) เป็นการศึกษาสถานการณ์และสังเกตการณ์ปฏิบัติ ร่วมกับการระดมความคิดและวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ
- 2) ขั้นตอนการปฏิบัติ (do) เป็นการพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ลงมือปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้
- 3) ขั้นตอนการตรวจสอบ (check) ในการปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อประเมินผลว่ามีการปฏิบัติตามแผนหรือไม่ มีปัญหาอะไรเกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน
- 4) ขั้นตอนการดำเนินการแก้ไข (act) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังจากได้ทำการตรวจสอบแล้ว เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาซ้ำรอยเดิม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง และจากหลักฐาน

เชิงประจักษ์ (Evidence - based guidelines) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาจากการระดมความคิด (Brainstorming) ร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพงานห้องผ่าตัด เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดสามารถปฏิบัติตามแนวทางการเตรียม เครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ลดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในงาน และเพื่อพัฒนาคุณภาพ งานการพยาบาลห้องผ่าตัดต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ของ Deming (1986) ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมในบริบทห้องผ่าตัด โดยทำให้ลดระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งมีกรอบแนวคิดดังนี้ ดังรูปที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1) กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ 2) บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด 3) แนวคิดการพัฒนาคุณภาพของเดิม 4) ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ 5) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6) กรอบแนวคิดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป (สำหรับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด) จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์ การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด และการอบรมเฉพาะทาง ด้านศัลยกรรมระบบกระดูกและข้อ

2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับกลุ่มตัวอย่างศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อ) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ

ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาล

3) แบบบันทึกระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือ
ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของพยาบาลวิชาชีพ
ห้องผ่าตัด ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เวลาเริ่มต้น
การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และ
เวลาสิ้นสุดการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
เทียม มีหน่วยเป็นนาที

4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล
วิชาชีพห้องผ่าตัดต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด
ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
เป็นคำถามปลายปิด ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถาม
เลือกตอบ 5 ตัวเลือก (Rating scale) ตามวิธีของ
ลิเคิร์ท (Likert, 1967) 5) แบบประเมินความพึงพอใจ
ของศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อต่อแนวทางการ
เตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามปลาย
ปิด ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามเลือกตอบ 5
ตัวเลือก (Rating scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert,
1967)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content
validity) แบบประเมินความพึงพอใจของศัลยแพทย์
ระบบกระดูกและข้อต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือ
ผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
เทียม เสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบ
ความถูกต้องตามหลักภาษา ความครอบคลุมชัดเจน
ของเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และ
คำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index
of Item Objective Congruence) ได้ระหว่าง 0.60-
1.00 การหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบประเมิน
ความพึงพอใจของศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อต่อ
แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หาค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85, และ 0.88

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการ
หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2) แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วย
สูง อายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
โรงพยาบาลศรีสะเกษ นำเสนอข้อมูลโดยการพรรณนา

3) เปรียบเทียบระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด
เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนและหลังการพัฒนา
วิเคราะห์ โดยการทดสอบค่า paired t - test

4) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต่อ
แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ม
ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม วิเคราะห์โดย
การแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน และร้อยละ

5) ความพึงพอใจของศัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อ
ต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ
ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม วิเคราะห์โดย
การแจกแจงความถี่ แสดงจำนวน และร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่
โครงการวิจัย 051/2566 รับรองวันที่ 22 มีนาคม
2567 ถึงวันที่ 21 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด มีทั้งหมด
30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 25 ราย
คิดเป็นร้อยละ 83.30 มีอายุอยู่ในช่วง 27-30 ปี
มีจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00 โดยมีอายุเฉลี่ย
27.46 ปี มีสถานภาพโสด มีจำนวน 21 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 70.00 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีจำนวน

22 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.30 มีตำแหน่งเป็นพนักงาน
กระทรวง มีจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00
มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดอยู่ในช่วง
น้อยกว่า 3 ปี มีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.30
โดยมีประสบการณ์ ในการปฏิบัติในห้องผ่าตัดเฉลี่ย

3.93 ปี ไม่เคยได้รับการอบรมเฉพาะทางด้านศัลยกรรม
ระบบกระดูกและข้อ มีจำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ
93.30 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=30)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	5	16.70
	หญิง	25	83.30
อายุ	น้อยกว่า 27 ปี	10	33.30
	27 - 30 ปี	15	50.00
	มากกว่า 30 ปี	5	16.70
$\bar{x} = 27.46$, S.D. = 3.18, Min = 23, Max = 35)			
สถานภาพ	โสด	21	70.00
	สมรส	9	30.00
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	22	73.30
	ปริญญาโท	8	26.70
ตำแหน่ง	ข้าราชการ	14	46.70
	พนักงานกระทรวง	1	3.30
	ลูกจ้างชั่วคราว	15	50.00
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด			
	น้อยกว่า 4 ปี	13	43.30
	4 - 5 ปี	11	36.70
	มากกว่า 5 ปี	6	60.00
$\bar{x} = 3.93$, S.D. = 1.74, Min = 2, Max = 7)			
การอบรมเฉพาะทางด้านศัลยกรรมระบบกระดูกและข้อ			
	ไม่เคย	28	93.30
	เคย	2	6.70

กลุ่มตัวอย่างศัลยแพทย์ระบบกระดูกและ
ข้อ มีทั้งหมด 11 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน
10 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.90 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า
46 ปี มีจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.50 โดยมีอายุ
เฉลี่ย 41.18 ปี มีสถานภาพสมรส มีจำนวน 6 ราย
คิดเป็นร้อยละ 54.50 ทุกคนมีการศึกษาระดับ

ปริญญาโท จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.00
ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด
อยู่ในช่วงมากกว่า 13 ปี มีจำนวน 6 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 54.50 โดยมีประสบการณ์ ในการปฏิบัติในห้อง
ผ่าตัดเฉลี่ย 12.27 ปี ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสัณยแพทย์ระบบกระดูกและข้อ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N=11)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	11	90.90
	หญิง	1	9.00
อายุ	น้อยกว่า 28 ปี	4	36.50
	38 - 46 ปี	1	9.00
	มากกว่า 46 ปี	6	54.50
$\bar{x} = 41.18$, S.D. = 10.18, Min = 29, Max = 55)			
สถานภาพ	โสด	5	45.50
	สมรส	6	54.50
ระดับการศึกษา	ปริญญาโท	11	100.00
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด			
น้อยกว่า 8 ปี		5	45.50
8 - 13 ปี		-	0.00
มากกว่า 13 ปี		6	54.50
$\bar{x} = 12.27$, S.D. = 8.74, Min = 2, Max = 21)			

2. แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยนำกระบวนการพัฒนาตามวงจรเดมมิง (PDCA) (Deming, 1986) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - based uidelines) สรุปเป็นแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (N=30)

กิจกรรม	เวลา (นาที)		เวลาที่แตกต่าง		
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	ลด	เพิ่ม	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	22.03	12.86	9.17	-	41.57

โรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบด้วย ใบรายการเครื่องมือ/อุปกรณ์ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

3. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ก่อนและหลัง การพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนการพัฒนา เท่ากับ 22.03 นาที และหลังการพัฒนา เท่ากับ 12.86 นาที ลดลง 9.17 นาที คิดเป็นร้อยละ 41.57 ดังแสดงในตารางที่ 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียม
เครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด
เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนและหลังการพัฒนา

พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือ
ผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
เทียม ก่อนและหลังการพัฒนา (N=30)

เทียมของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด
หลังการพัฒนา (mean = 12.86, S.D. = 1.92) ลดลง
กว่าก่อนการพัฒนา (mean = 22.03, S.D. = 3.81)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) ดังแสดง
ในตารางที่ 4

เปรียบเทียบ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือ ผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	22.03	3.81	12.86	1.92	16.153	<.0001

4. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้อง
ผ่าตัดต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วย
สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลัง
การพัฒนา

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการพัฒนา (N=30)

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (30 คน) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ
โดยรวม (mean = 4.76, S.D. = .43) อยู่ในระดับมาก
ที่สุด (จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.70) ดังแสดง
ในตารางที่ 5

ความพึงพอใจต่อการใช้นแนวทาง การเตรียมเครื่องมือผ่าตัด	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)
1. แนวทางนี้ มีความง่ายและสะดวกในการใช้	-	-	-	30.00	70.00
2. แนวทางนี้ มีความเป็นไปได้/เหมาะสมกับ การนำไปใช้	(0)	(0)	(0)	(9)	(21)
3. แนวทางนี้ ลดระยะเวลาการเตรียม เครื่องมือผ่าตัดลงได้	(0)	(0)	(0)	(6)	(24)
4. ควรใช้แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดฯ นี้ ต่อไป	(0)	(0)	(0)	(7)	(23)
5. แนวทางนี้ มีประโยชน์ ทำให้การเตรียม เครื่องมือผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น	(0)	(0)	(0)	(9)	(21)
6. ความพึงพอใจต่อแนวทาง การเตรียม เครื่องมือผ่าตัดฯโดยรวม	(0)	(0)	(0)	(7)	(23)
($\bar{X}$ = 4.76, S.D. = 0.43)	(0)	(0)	(0)	(7)	(23)

5. ความพึงพอใจของคัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (11 คน)

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจของคัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการพัฒนา (N=11)

ความพึงพอใจต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)
ความพึงพอใจต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดฯ โดยรวม ($\bar{X}$ = 4.81, S.D. = 0.40)	- (0)	- (0)	- (0)	18.20 (2)	81.80 (9)

สรุปและอภิปรายผล

1. แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยนำกระบวนการพัฒนาตามวงจรเดมมิง (PDCA) (Deming, 1986) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนา คุณภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1).ขั้นตอนการวางแผน (plan) เป็นการวิเคราะห์ สถานการณ์ของปัญหา ผลกระทบของการเตรียมเครื่องมือ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ทบทวนแนวทางปฏิบัติเดิม สืบค้นงานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาพัฒนาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในผู้ป่วยแต่ละราย สรุปเป็นแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ ประกอบด้วย ใบรายการเครื่องมือ/อุปกรณ์ ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

2. ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเตรียม

ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวม (mean = 4.81, S.D. = 0.40) อยู่ในระดับมากที่สุด (จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.80) ดังแสดงในตารางที่ 6

เครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนการพัฒนา เท่ากับ 22.03 นาที และหลังการพัฒนา เท่ากับ 12.86 นาที ลดลง 9.17 นาที คิดเป็นร้อยละ 41.57 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$)

3. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดต่อการใช้นวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (30 คน) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวม (mean = 4.76, S.D. = .43) อยู่ในระดับมากที่สุด (จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.70)

4. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างคัลยแพทย์ระบบกระดูกและข้อต่อแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (11 คน) ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวม (mean = 4.81, S.D. = 0.40) อยู่ในระดับมากที่สุด (จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.80)

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

- 1) ควรนำแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษไปใช้อย่างต่อเนื่อง และมีการประเมินผลเป็นระยะ
- 2) ควรใช้แนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและตามบริบทของโรงพยาบาล
- 3) ควรให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัดเกี่ยวกับแนวทางการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ก่อนนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย
- 2) ควรศึกษาแนวทางในการเตรียมผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในมิติอื่น เช่น ในผู้ป่วยที่มีการผ่าตัดอื่นร่วมด้วย หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม
- 3) ควรศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ขณะผ่าตัด หรือหลังผ่าตัด
- 4) ควรศึกษาการเตรียมความพร้อมของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมรายกรณี

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพ ห้องผ่าตัด และคัลยแพทย์ ระบบกระดูกและข้อ โรงพยาบาลศรีสะเกษทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2548). แนวทางการดำเนินงานเทคโนโลยีและการสื่อสารด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จิราภรณ์ ฉลาณวัฒน์, กรรณิกา สัมฤทธิ์, ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, และนิภาวรรณ สามารถกิจ. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(4), 34-46.
- ธัญย์ สุภัทรพันธุ์. (2538). Fracture dislocation of hip and femur. ในสมชัย ปรีชาสุข, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท, และ วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ (บรรณาธิการ), *ออริโอปีดิกส์* (ฉบับปรับปรุง). (หน้า 179-193). กรุงเทพฯ: ไชยสิทธิ์พิมพ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). การวิจัยเบื้องต้น. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวิทย์สาส์น
- ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, ชุตินา ปายเที่ยง. (2566). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 33(1), 147-60.
- พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, และเยาวลักษณ์ สงวนพานิช. (2563). กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 26(4), 116-128.

- วรลักษณ์ ศรีเนห์ประเสริฐ, อรุณทัย ศิริยัตวกุล, สุวิมล ต่างวิวัฒน์, อีรวัฒน์ ธรรมวิบูลย์ศรี, เอกภพ หมอกพรม, และอัญญา สุรอมรรัตน์. (2566). การประเมินระบบการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดเร็วโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลนำร่องของประเทศไทยและผลกระทบของการระบาดของโควิด-19 ต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. [อินเทอร์เน็ต] เข้าถึง เมื่อ 16 เมษายน 2567, จาก <http://hdl.handle.net/11228/5827>.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS]. (2007). *Live It Safe*. Retrieved April 16, 2024, from <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00245>.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS]. (2009). *Hip Fractures*. Retrieved April 16, 2024, from <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00392>.
- Deming, W. Edwards. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
- E C Folbert, J H Hegeman, M Vermeer, E M Regtuijt, D van der Velde , H J Ten Duis ,& J P Slaets . (2017). Improved 1-year mortality in elderly patients with a hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. *Epub*, 28(1), 269-277. Retrieved April 16, 2024, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27443570/>.
- Likert, Rensis. (1967). The Method of Constructing and Attitude Scale. In Reading in Fishbein, M (Ed.), *Attitude Theory and Measurement*, (90-95). New York: Wiley & Son.
- Mak, J. S., Cameron, I. D., & March, L. M. (2010). Evidence-based guidelines for the management of hip fracture in older persons: an update. *MJA*, 192(1), 37-41.
- U.S. FDA Resources, (2017) Patients expected Profemur artificial hips to last. Then they snapped in half. Retrieved April 16, 2024, from <https://www.cbsnews.com/news/prof>.
- Vroom, V. (1964). *Leadership and Decision-Making*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.
- Wolman, B. B. (1973). *Dictionary of Behavioral Science*. London: Litton Educational.

เปรียบเทียบความสำเร็จของ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจหุ่นจำลองจัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอโดยผู้ที่มีประสบการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

เจนดา อุตสาหัส, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอสามารถกระทำได้อย่าง จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีเทคนิคและวิธีการใช้ที่แตกต่างกัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเร็วและความสำเร็จของการใช้ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจในหุ่นจำลองที่ถูกจัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอให้อยู่ในแนวตรง การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองในหุ่นจำลองโดยผู้ที่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจตามมาตรฐานวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็น แพทย์, พยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน, วิทยาลัยพยาบาลและนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 30 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่ม คือกลุ่มที่ใช้ Video Laryngoscope เป็นลำดับแรก และกลุ่มที่ใช้ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope เป็นลำดับแรก แล้วจึงสลับใช้อุปกรณ์ในลำดับสอง และทำการจับเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยแบบบันทึกข้อมูล และจากการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัย พบว่า การใช้ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจมีความเร็วไม่แตกต่างกัน โดยมีความเร็วเฉลี่ยเท่ากับ 30.74 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.67 วินาที) และ 24.76 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.16 วินาที) ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.157$) มีอัตราความสำเร็จในครั้งแรกไม่แตกต่างกันคือร้อยละ 100 และ 93.33 ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.500$)

สรุปผลว่า Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope มีประสิทธิภาพที่ดีในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจในสถานการณ์ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอ

คำสำคัญ: จัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอให้อยู่ในแนวตรง, ใส่ท่อช่วยหายใจ, Video Laryngoscope, - Gum Elastic Bougie

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ, E-mail: ajentaa@gmail.com

A Comparison Success of Video Laryngoscope and Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope for Simulated C-Spine Immobilization Tracheal Intubation by Experienced in Emergency Room Kantharalak Hospital

Jenta Autsah, M.D.¹

Abstract

Intubation of trauma patients can be difficult the neck is usually immobilized to prevent further injury. To improve the intubation success rate, video laryngoscopes and gum elastic bougies require different techniques for intubation. This study aims to compare the speed and first-pass success rate of endotracheal intubation between video laryngoscopes and gum elastic bougies with Macintosh laryngoscopes in a C-spine immobilization. A manikin-based experimental study by 30 experienced in the emergency room at Kantharalak Hospital was conducted from July to August 2024 (physician, emergency nurse practitioner, nurse anesthetist, paramedic). Participants were randomly divided into two groups; Group 1 intubation with a video laryngoscope and Group 2 intubation with a gum elastic bougie with a Macintosh laryngoscope before switching to the other, time to intubation and the first-pass success rate were recorded and analyzed, collected data using a data recording research tool and experiment, data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

The results showed that the time to intubation in a C-spine immobilization manikin was 30.74 ± 23.67 seconds and 24.76 ± 6.16 seconds in the video laryngoscope and gum elastic bougie with Macintosh laryngoscope, respectively, which had no statistical significance difference between group (p-value = 0.157). There was no statistically significant difference in the first-pass success rates between these groups, with 100% and 93.33%, respectively (p-value = 0.500).

Conclusions: the use of Video Laryngoscope and Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope are similarly effective for C-spine immobilization tracheal intubation.

KEYWORDS: C-spine immobilization, Intubation, Video Laryngoscope, Gum Elastic Bougie

¹ Medical Doctor, Division of Accident & Emergency, Kantharalak Hospital, Sisaket province, Email: ajentaa@gmail.com

บทนำ

การดูแลทางเดินหายใจและกระดูกสันหลังส่วนคอ (Airway maintenance and Cervical spine protection) ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเป็นสิ่งแรกที่ต้องประเมินและรักษาในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนคอตามหลักการของ Advanced Trauma Life Support (American College of Surgeons, 2018) ซึ่งในการประเมินเบื้องต้นหรือ Primary survey นั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อหาภาวะที่อาจทำให้เกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต โดยจำเป็นต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลัง (Spinal cord injury) ที่สามารถนำมาซึ่งความพิการ อัมพาตหรืออันตรายรุนแรง จนถึงแก่ชีวิตตามมาได้ โดยหลักการ Manual in line stabilization หรือการใส่ Rigid cervical collar ได้ถูกนำมาใช้เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอขณะเคลื่อนย้ายหรือทำหัตถการ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรึงศีรษะและลดการเคลื่อนไหวของกระดูกส่วนคอในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อาจมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ เช่น ทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน การบวมบริเวณคอ ปัญหาด้านการหายใจ รวมไปถึงการไม่รู้สีกตัว ที่ต้องมีการพิจารณาการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal intubation) ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก (Orotracheal intubation) นั้น แพทย์ทั่วไปสามารถทำได้ดี ประการสำคัญอย่างหนึ่งคือการจัดทำผู้ป่วยให้แนวของช่องปาก (Oral axis) แนวคอหอย (Pharyngeal axis) และแนวกล่องเสียง (Laryngeal axis) ให้อยู่ในแนวเดียวกันร่วมกับต้องงอลำคอและแหงนศีรษะให้มีกายวิภาคเหมาะสมในการใส่ท่อช่วยหายใจ แต่หากมีการจำกัดท่าทางการเคลื่อนไหวบริเวณลำคอ จะทำให้การใส่ท่อช่วยหายใจนั้นทำได้ยากขึ้นเนื่องจากไม่สามารถมองเห็นช่องเปิดกล่องเสียง (Vocal cord) ได้อย่างชัดเจน (Wang HE, Carlson JN, 2020)

ปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาอุปกรณ์สำหรับช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้สามารถมองเห็นโครงสร้าง

ภายในลำคอได้ดียิ่งขึ้น และยังเพิ่มอัตราความสำเร็จในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก อุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่มีใช้กันอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาล ได้แก่ Video Laryngoscope (VL) ที่มีกล้องติดไว้ที่ปลายอุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ (Blade) ช่วยให้ผู้ทำหัตถการและผู้ช่วยมองเห็นกายวิภาคทางเดินหายใจของผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจได้พร้อมกัน ซึ่งใน Emergency airway algorithm ได้กำหนดให้ Video Laryngoscope เป็นหนึ่งในอุปกรณ์ที่ช่วยในภาวะ Failed airway และ Difficult airway ด้วย แต่ข้อเสียของ Video Laryngoscope คือ ผู้ใช้งานต้องอาศัยประสบการณ์และมีการฝึกฝนการใช้อุปกรณ์ ระยะเวลาการเตรียมการเพื่อใช้อุปกรณ์ รวมทั้งอาจมีฝ้าไอน้ำบดบังจอภาพขณะใช้งานทำให้มองเห็นภาพได้ไม่ชัดเจนและที่สำคัญอุปกรณ์ชนิดนี้มีราคาค่อนข้างสูงและมีค่าใช้จ่ายสำหรับการบำรุงรักษา

นอกจากนี้ อีกหนึ่งอุปกรณ์ที่ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจคือ Gum Elastic Bougie (GEB) โดยอุปกรณ์ชนิดนี้ใช้เป็นตัวนำในการใส่ท่อช่วยหายใจตามเข้าไปในหลอดลมของผู้ป่วย ที่มีความยืดหยุ่นและสามารถดัดงอได้ง่าย เหมาะสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกส่วนคอ หรือในผู้ป่วยที่มี Anterior cord โดยจะให้ส่วนปลายชี้ไปทาง Anterior เพื่อง่ายต่อการใส่ท่อช่วยหายใจ นอกจากนี้อุปกรณ์ช่วยข้างต้นยังถูกแนะนำใน เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถมองเห็น Vocal cord ได้ชัด ซึ่งพบว่าการใช้ Gum Elastic Bougie นั้นช่วยให้ใส่ท่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้นเกือบร้อยละ 80 (American College of Surgeons, 2018) รวมทั้งยังมีราคาถูกและสามารถจัดหาเพื่อใช้งานได้ง่าย

จากการทบทวน ผู้วิจัยมีแนวคิดว่าการนำ Video Laryngoscope หรือ Gum Elastic Bougie มาใช้ในสถานการณ์ ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกส่วนคอ จะช่วยเพิ่มความเร็วและโอกาสสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ ดังนั้น การศึกษานี้

จึงต้องการเปรียบเทียบเพื่อที่จะหาอุปกรณ์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอของผู้ป่วยอุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความเร็วและความสำเร็จในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างการใช้ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในสถานการณ์ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอในหุ่นจำลอง (Manikin)

สมมุติฐานการวิจัย

การใช้ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในสถานการณ์ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอ มีอัตราความสำเร็จในการใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน แต่ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ช่วยให้ใส่ท่อช่วยหายใจได้รวดเร็วกว่า

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองในหุ่นจำลอง (experimental manikin base study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การตอบแบบสอบถาม และการปฏิบัติ โดยผู้ที่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจตามมาตรฐานวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2567

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ มีขนาดตัวอย่างทั้งหมด 30 คน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่วิจัยด้วยการสุ่มแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้ ผู้มีประสบการณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยจริง และผู้ที่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ตามมาตรฐานวิชาชีพที่เวียนมาปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ช่วงเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2567 จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็น

- แพทย์ 20 คน

- พยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) 7 คน, วิสัญญีพยาบาล (anesthesia nurse) 1 คน

- นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

- Macintosh laryngoscope & Blade No.3

- Video laryngoscope & Blade No.3

(ชนิด Reusable blade (เครื่องหมายการค้า Coreray รุ่น CR 30))

- Gum elastic bougie

- หุ่นจำลองฝึกใส่ท่อช่วยหายใจที่ถูกจัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอให้อยู่ในแนวตรง

- นาฬิกาจับเวลา

- แบบบันทึกการเก็บข้อมูลในการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้ Video laryngoscope และ Gum elastic bougie ในหุ่นจำลองที่จัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอให้อยู่ในแนวตรง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบเก็บบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมเนื้อหา (Content validity) นำมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วจึงนำมาใช้ในการวิจัย และได้ทำหนังสือขอยืมหุ่นจำลองฝึกใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ใช้ฝึกปฏิบัติและจัดการเรียนการสอน มาจากศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ จำนวน 1 ตัวเพื่อใช้ประกอบการฝึกอบรมในโครงการวิจัย และเก็บข้อมูลวิจัยในระหว่างวันที่ 23 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 2 สิงหาคม 2567

ขั้นตอนการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

- จัดทำการศึกษาทดลองที่ ห้องฉุกเฉิน
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

- ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยและสิทธิการใช้อุปกรณ์ Video laryngoscope และ Gum elastic bougie with Macintosh laryngoscope ในหุ่นจำลองที่จะใช้ในการทดลอง วิธีละ 1 รอบ ก่อนการเข้าร่วมการวิจัย แล้วแบ่งผู้ร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่ม

กลุ่มที่ 1 ใช้ Video laryngoscope เป็นลำดับแรก

กลุ่มที่ 2 ใช้ Gum elastic bougie with Macintosh laryngoscope เป็นลำดับแรก หลังร่วมทดลองโดยใช้อุปกรณ์ลำดับแรกเสร็จสิ้นประมาณ 20 นาที จึงสลับใช้อุปกรณ์ลำดับสอง

- ผู้วิจัยจับเวลาตั้งแต่ผู้ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่อุปกรณ์ laryngoscope เข้าไปในมุมปากหุ่นจำลองจนกระทั่งเป่าลม blow cuff ถ้าสำเร็จคือท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดลมถือว่าเสร็จสิ้นการทดลองในวิธีนั้น ถ้าไม่สำเร็จ คือท่อช่วยหายใจเข้าไปในหลอดอาหาร แทนหลอดลม ให้เริ่มทำใหม่ และจับเวลาใหม่ โดยแต่ละวิธีทำได้ไม่เกิน 3 รอบ

- ผู้วิจัยทำการบันทึกผลการทดลองในรูปแบบบันทึกการเก็บข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบเก็บบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (Statistical

1. ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

Characteristics	Total (n=30)		VL 1 st (n=15)		GB 1 st (n=15)		χ^2	df	p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
เพศ									
ชาย	14	(46.7)	8	(53.3)	6	(40.0)	0.536	1	0.715*
หญิง	16	(53.3)	7	(46.7)	9	(60.0)			

Package for the Social Science) โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Pair sample T-test และ สถิตินอนพารามเมตริก (Nonparametric Statistics) ได้แก่ McNemar test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2567 ตามหนังสือเอกสารหนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-105

ผลการวิจัย

การศึกษาเปรียบเทียบความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจในหุ่นจำลองจัดยึดศีรษะ โดยผู้ที่มีประสบการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การเปรียบเทียบความเร็วของการใส่ท่อช่วยหายใจ
3. การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

Characteristics	Total (n=30)		VL 1 st (n=15)		GB 1 st (n=15)		χ ²	df	p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			
อาชีพ									
แพทย์	20	(66.7)	10	(66.7)	10	(66.7)			
พยาบาล	8	(26.7)	4	(26.7)	4	(26.7)			
paramedic	2	(6.7)	1	(6.7)	1	(6.7)			
VL ในผู้ป่วยจริง									
เคย	26	(86.7)	14	(93.3)	12	(80.0)	1.200	1	0.598**
ไม่เคย	4	(13.3)	1	(6.7)	3	(20.0)			
GB ในผู้ป่วยจริง									
เคย	6	(20.0)	2	(13.3)	4	(26.7)			
ไม่เคย	20	(66.7)	10	(66.7)	10	(66.7)			
ไม่รู้จัก	4	(13.3)	3	(20.0)	1	(6.7)			

Data are presented as number (%).

P-Value corresponds to *Pearson Chi-Square tests or **Fisher's exact test.

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 53.3 เป็นแพทย์ พยาบาล (เวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP), วิทยาลัยพยาบาล (aneathesia nurse)) และ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) ร้อยละ 66.7, 26.7 และ 6.7 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มที่เคยใช้ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยจริง คิดเป็นร้อยละ 86.7 และ 20.0 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความเร็วของการใส่ท่อช่วยหายใจ

การเปรียบเทียบความเร็วของ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ในหุ่นจำลองที่จัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอให้อยู่ในแนวตรง โดยจากผลการศึกษาพบว่า ความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 30.74 วินาที

(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.67 วินาที) และ 24.68 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.94 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.06 วินาที การใช้อุปกรณ์ช่วยทั้งสองชนิดนั้น มีความเร็วในการใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน (t 1.452, df 29 , p-value 0.157)

การเปรียบเทียบความเร็วของการใส่ท่อช่วยหายใจ: วิชาชีพ

กลุ่มแพทย์มีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 26.05 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 18.03 วินาที) และ 24.76 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.16 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.29 วินาที กลุ่มวิชาชีพแพทย์มีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกันจากการใช้อุปกรณ์ช่วยทั้งสองชนิด (t 0.301, df 19, p-value = 0.767)

กลุ่มพยาบาล มีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 43.99 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐานเท่ากับ 34.14 วินาที) และ 24.80 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.46 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.19 วินาที มีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน จากการใช้อุปกรณ์ช่วยทั้งสองชนิด (t 1.814, df 7, p -value = 0.113)

กลุ่มนักเรียนปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic) ก็มีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน โดยมีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 24.75 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.26 วินาที) และ 23.51 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.94 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.24 วินาที (t 0.418, df 1, p -value = 0.748)

การเปรียบเทียบความเร็วของการใส่ท่อช่วยหายใจ: ประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจ

กลุ่มที่มีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยจริงด้วย Video Laryngoscope พบว่ามีความเร็วในการใส่ท่อช่วยหายใจทั้ง Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ไม่แตกต่างกัน โดยมีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 31.78 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.09 วินาที) และ 24.69 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.23 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.09 วินาที (t 1.484, df 25, p -value = 0.150)

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Video Laryngoscope พบว่าความเร็วของการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจไม่แตกต่างกัน โดยมีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ

24.01 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.16 วินาที) และ 24.62 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.19 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.61 วินาที (t -0.186, df 3, p -value = 0.865)

กลุ่มที่มีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope พบว่ามีความเร็วไม่แตกต่างกัน โดยมีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 33.59 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 40.17 วินาที) และ 22.94 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.25 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.66 วินาที (t 0.787, df 5, p -value = 0.467)

กลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope พบว่ามีความเร็วไม่แตกต่างกัน โดยมีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 31.74 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 20.11 วินาที) และ 25.55 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.92 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ย 6.19 วินาที (t 1.263, df 19, p -value = 0.222)

กลุ่มที่ไม่รู้จัก Gum Elastic Bougie มาก่อน พบว่ามีความเร็วไม่แตกต่างกัน โดยมีความเร็วในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 21.48 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.42 วินาที) และ 22.96 วินาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.11 วินาที) ตามลำดับ และมีค่าผลต่างของค่าเฉลี่ย -1.48 วินาที (t -0.374, df 3, p -value = 0.0733) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Comparison of the required time for intubation between Video Laryngoscope and Gum elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope for simulated manual in line stabilization tracheal intubation.

	VL	GB	t	df	Mean	(95%CI)	P-value
	Time (sec.)	Time (sec.)			Difference		
	Mean±SD	Mean±SD					
ทั้งหมด (n = 30)	30.74±23.67	24.68±5.94	1.452	29	6.06	(-2.48 – 14.60)	0.157
อาชีพ							
แพทย์	26.05±18.03	24.76±6.16	0.301	19	1.29	(-7.69 – 10.27)	0.767
พยาบาล	43.99±34.14	24.80±6.46	1.814	7	19.19	(-5.83 – 44.22)	0.113
Paramedic	24.75±1.26	23.51±2.94	0.418	1	1.24	(-36.50 – 38.98)	0.748
VL ในผู้ป่วยจริง							
เคย	31.78±25.09	24.69±6.23	1.484	25	7.09	(-2.75 – 16.93)	0.150
ไม่เคย	24.01±10.16	24.62±4.19	-0.186	3	0.61	(-11.07 – 9.85)	0.865
GB ในผู้ป่วยจริง							
เคย	33.59±40.17	22.94±7.25	0.787	5	10.66	(-24.16 – 45.47)	0.467
ไม่เคย	31.74±20.11	25.55±5.92	1.263	19	6.19	(-4.07 – 16.45)	0.222
ไม่รู้จัก	21.48±5.42	22.96±4.11	-0.374	3	-1.48	(-14.07 – 11.11)	0.733

Data are presented as mean ± standard deviation

P-value corresponds to paired samples Test

3. การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ

ตารางที่ 3 Comparison of pass success at first between Video Laryngoscope and Gum elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope for simulated manual in line stabilization tracheal intubation

1 st Pass successful	VL		GB		p-value
	n	(%)	n	(%)	
ทั้งหมด (n=30)					0.500
successful	30	(100)	28	(93.33)	
unsuccessful	0		2	(6.67)	

ตารางที่ 3 Comparison of pass success at first between Video Laryngoscope and Gum elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope for simulated manual in line stabilization tracheal intubation (ต่อ)

1 st Pass successful	VL		GB		p-value
	n	(%)	n	(%)	
อาชีพ					
แพทย์ (n=20)					NA
successful	20	(100)	20	(100)	
พยาบาล (n=8)					0.500
successful	8	(100)	6	(75)	
unsuccessful	0		2	(25)	
Paramedic (n=2)					NA
successful	2	(100)	2	(100)	
VL ในผู้ป่วยจริง					
เคย (n=26)					NA
successful	26	(100)	26	(100)	
ไม่เคย (n=4)					0.500
successful	4	(100)	2	(50)	
unsuccessful	0		2	(50)	
GB ในผู้ป่วยจริง					
เคย (n=6)					1.000
successful	6	(100)	5	(83.33)	
unsuccessful	0		1	(16.67)	
ไม่เคย (n=20)					1.000
successful	20	(100)	19	(95)	
unsuccessful	0		1	(5)	
ไม่รู้จัก (n=4)					NA
successful	4	(100)	4	(100)	

Data are presented as number (%)

P-value corresponds to McNemar's test

การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจในหุ่นจำลองที่จัดยึดศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอให้อยู่ในแนวตรงในครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า มีอัตราความสำเร็จไม่แตกต่างกันโดยคิดเป็นร้อยละ 100

และ 93.33 ตามลำดับ (p-value = 0.500) และในกลุ่มแพทย์มีอัตราความสำเร็จคิดเป็น ร้อยละ 100 และ 100ตามลำดับ กลุ่มพยาบาล มีอัตราความสำเร็จ คิดเป็นร้อยละ 100 และ 75 ตามลำดับ (p-value = 0.500) และกลุ่มนักปฏิบัติการฉุกเฉิน

การแพทย์ (Paramedic) มีอัตราความสำเร็จคิดเป็นร้อยละ 100 และ 100 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบอัตราความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจ: ประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจ ประสิทธิภาพใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Video Laryngoscope

กลุ่มที่มีประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยจริงด้วย Video Laryngoscope มีอัตราความสำเร็จไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 100 และ 100 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Video Laryngoscope พบว่า มีอัตราความสำเร็จไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 100 และ 50 ตามลำดับ ($p\text{-value} = 0.500$)

ประสิทธิภาพใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope

กลุ่มที่มีประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope มีอัตราความสำเร็จไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 100 และ 83.33 ตามลำดับ ($p\text{-value} = 1.000$) กลุ่มที่ไม่มีประสิทธิภาพการใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope พบว่า มีอัตราความสำเร็จไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 100 และ 95 ตามลำดับ ($p\text{-value} = 1.000$) ส่วนกลุ่มที่ไม่รู้จัก Gum Elastic Bougie มาก่อน พบว่า มีอัตราความสำเร็จไม่แตกต่างกันคิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากันทั้งสองวิธี ดังตารางที่ 3

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเชิงทดลองในหุ่นจำลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเร็วและความสำเร็จ ในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจระหว่าง Video Laryngoscope และ Gum elastic bougie with Macintosh Laryngoscope ในสถานการณ์ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอโดยผู้ที่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจตามมาตรฐานวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2567 พบว่า อุปกรณ์ช่วยทั้งสองชนิด มีประสิทธิภาพที่ดีในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจในสถานการณ์ที่ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอของผู้ป่วย ควรมีไว้เป็นอุปกรณ์เสริมในห้องฉุกเฉิน และสามารถเลือกใช้ตามสถานการณ์หรือบริบทของโรงพยาบาล และความชำนาญของแต่ละบุคคล

หลายการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ช่วยให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การฝึกใช้อุปกรณ์ที่ไม่คุ้นเคยโดยประยุกต์ใช้กับหุ่นจำลอง เป็นทางเลือกที่เหมาะสมที่ช่วยลดความเสี่ยงและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจริง ในการศึกษาของ Reza Yazdani และคณะ ได้ทำการเปรียบเทียบความเร็วและความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างการใส่ Bougie และ Flexible Video Laryngoscope ในการ CPR ในหุ่นจำลอง 11 โดยแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 17 คน เนื่องจาก Video Laryngoscope เป็นอุปกรณ์ใหม่ที่กำลังจะถูกนำมาใช้จริงในช่วงที่การศึกษาวิจัยพบว่า การใช้ Video Laryngoscope ใช้เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจโดยเฉลี่ยเท่ากับ 23.70 วินาที และการใช้ Bougie ใช้เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 16.37 วินาที และพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ Bougie จะมีการใช้เวลาน้อยกว่า ซึ่งเวลาที่ใส่ท่อช่วยหายใจนั้นมีความใกล้เคียงกับผลการวิจัยฉบับนี้ คือ Video Laryngoscope ใช้ความเร็ว ในการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยเท่ากับ 30.74 วินาที และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ใช้ความเร็วการช่วยใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ยน้อยกว่า คือ 24.68 วินาที แม้ว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่เคยใช้ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยจริงมาก่อน แต่ระยะเวลาที่ใช้ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่มีความแตกต่างกัน และอัตราความสำเร็จในการใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้อุปกรณ์

ทั้งสองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Reza Yazdani และคณะ ที่อัตราความสำเร็จโดยใช้ Bougie มีมากกว่าการใช้ Video Laryngoscope อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลลัพธ์อัตราความสำเร็จของการศึกษาวิจัยที่แตกต่างกันนี้ อาจเนื่องมาจากความชำนาญในการใช้อุปกรณ์ต่างชนิดกัน รวมถึงความแตกต่างของสถานการณ์ที่ใช้ในการวิจัย (พรรณวิไล ตั้งกุลพานิชย์, 2560)

จากผลการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยทั้งที่เคยใช้และไม่เคยใช้ Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยจริง มีอัตราความสำเร็จในการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ H J Kim และคณะที่ได้เปรียบเทียบการใช้ GlideScope® Video Laryngoscope และ Direct Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจในหุ่นสถานการณ์จำลอง 4 แบบ คือ แบบที่หนึ่ง ทางเดินหายใจปกติ (Normal airway) แบบที่สอง ทางเดินหายใจที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical spine immobilization) แบบที่สาม ทางเดินหายใจที่มีลักษณะลิ้นบวม (Tongue edema) และแบบที่สี่ ทางเดินหายใจที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอและมีลักษณะลิ้นบวม (Cervical spine immobilization with tongue edema) (Kim HJ, Chung SP, Park IC, Cho J, Lee HS, Park YS, 2008) พบว่าในทั้งสี่สถานการณ์นี้ การใช้ Video Laryngoscope ทำให้เห็นช่องเปิดกล่องเสียง (Vocal cord) ได้ดีขึ้น แต่ความเร็วและอัตราความสำเร็จ ไม่ได้แตกต่างจากการใช้ Direct Laryngoscope อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความสำเร็จของการใส่ท่อช่วยหายใจนั้นขึ้นอยู่กับทักษะอื่นๆ และการฝึกฝนร่วมด้วย

การศึกษาของ R. Komatsu และคณะ ได้ทำการเปรียบเทียบระหว่างการใช้ Airway Scope และ

Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวของคอ (Komatsu R, Kamata K, Hoshi I, 2006) โดยมีการศึกษาในผู้ป่วยทั้งสิ้น 96 ราย พบว่า Airway Scope มี Total intubation time เฉลี่ยเท่ากับ 34 วินาที ซึ่งพบว่าเร็วกว่า Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope ซึ่งมี Total intubation time เฉลี่ยเท่ากับ 49 วินาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ Intubation success ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเวลาที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจโดย Gum Elastic Bougie with Macintosh Laryngoscope นานกว่าผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในการนี้อาจเป็นผลเนื่องมาจากการเป็นการศึกษาวิจัย ในผู้ป่วยจริงซึ่งมีลักษณะทางกายภาพแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ เป็นการศึกษาในหุ่นทดลองที่จำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอไว้ ไม่ได้ศึกษาและเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจริง ซึ่งโดยโครงสร้างทางกายภาพของหุ่นจำลองอาจไม่เหมือนกับการกระทำในผู้ป่วยจริง และสภาพแวดล้อมในการวิจัยไม่เหมือนสถานการณ์จริงที่อาจมีอุปสรรคหลายอย่างทั้งความเครียด กดดัน การบ่งชี้การมองเห็น และความยากง่ายในผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถทำได้ยากกว่าการศึกษาวิจัยในหุ่นจำลอง ตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ใส่ท่อช่วยหายใจและอัตราความสำเร็จอาจจะแตกต่างกันไป นอกจากนี้ผู้ร่วมวิจัยเป็นแพทย์และผู้ที่มีประสบการณ์และมีความชำนาญในการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเข้าใจในมุมมองและหลักการการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นอย่างดี ทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาอาจไม่เหมาะในการนำไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มบุคคลที่ไม่เคยฝึกใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน และเนื่องจากขนาดตัวอย่างของผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำนวนจำกัด

จึงอาจส่งผลให้ผลการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สามารถเลือกใช้และจัดหาอุปกรณ์ระหว่าง Video Laryngoscope และ Gum Elastic Bougie หรืออุปกรณ์อื่นๆ มาใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่เกิดปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เพื่อช่วยเพิ่มความสำเร็จในการใส่ท่อช่วยหายใจในครั้งแรก และใช้เวลาได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

พรรณวิไล ตังกุลพานิชย์. (2560). *การฝึกปฏิบัติเวช
หัตถการกู้ชีพขั้นสูง*. วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉิน
แห่งประเทศไทย.

Driver BE, Prekker ME, Reardon RF, Fantegrossi A, Walls RM, Brown CA 3rd. (2020). Comparing Emergency Department First-Attempt Intubation Success With Standard-Geometry and Hyperangulated Video Laryngoscopes. *Ann Emerg Med*, 76(3), 332-338. <https://doi:10.1016/j.annemergmed.2020.03.011>.

Messa MJ, Kupas DF, Dunham DL. (2011). Comparison of bougie-assisted intubation with traditional endotracheal intubation in a simulated difficult airway. *Prehosp Emerg Care*, 15(1), 30-33. <https://doi:10.3109/10903127.2010.519821>.

American College of Surgeons. (2018). Initial assessment and management. *Advanced Trauma Life Support Student Course Manual*. 10th ed. 2-21. Chicago: American College of Surgeons.

Kaplan MB, Hagberg CA, Ward DS, Brambrink A, Chhibber AK, Heidegger T, Lozada L, Ovassapian A, Parsons D, Ramsay J, Wilhelm W, Zwissler B, Gerig HJ, Hofstetter C, Karan S, Kreisler N, Pousman RM, Thierbach A, Wrobel M, Berci G. (2006). Comparison of direct and video-assisted views of the larynx during routine intubation. *J Clin Anesth*, 18(5), 357-362. <https://doi:10.1016/j.jclinane.2006.01.002>.

Kim HJ, Chung SP, Park IC, Cho J, Lee HS, Park YS. (2008). Comparison of the GlideScope video laryngoscope and Macintosh laryngoscope in simulated tracheal intubation scenarios. *Emerg Med J*, 25(5), 279-282.

Komatsu R, Kamata K, Hoshi I, Sessler DI, Ozaki M. (2008). Airway scope and gum elastic bougie with Macintosh laryngoscope for tracheal intubation in patients with simulated restricted neck mobility. *Br J Anaesth*, 101(6), 863-869.

- Lim TJ, Lim Y, Liu EH. (2005). Evaluation of ease of intubation with the GlideScope or Macintosh laryngoscope by anaesthetists in simulated easy and difficult laryngoscopy. *Anaesthesia*, 60(2), 180-183. <https://doi: 10.1111/j.1365-2044.2004.04038.x>.
- Messa MJ, Kupas DF, Durham DL. (2011). Comparison of bougie-assisted intubation with traditional endotracheal intubation in a simulated difficult airway. *Prehosp Emerg Care*, 15(1), 30-33. <https://doi: 10.3109/10903127.2010.519821>.
- Reza Yazdani, Mehrdad Vosough Rouhani, Seyed Ashkan Tabibzadeh Dezfuli. (2019). Comparison of the Speed and Success of Endotracheal Intubation between BOUGIE and Flexible Video Laryngoscope on the CPR on Manikin by Emergency Residents, *J Res Med Dent Sci*, 7(3), 173-177.
- Wang HF, Carlson JN. Tracheal intubation. In: Tintinalli JE, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Stapczynski JS, Cline DM, Thomas SH editors. (2020). *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide. 9th ed.* 179-190. China (Mainland): McGrawHill.

การศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมผลของการใช้ลิโดเคนร่วมกับโปรโพฟอล ต่อปริมาณโปรโพฟอลที่ใช้ในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

รัชพล หาพันธ์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นการตรวจทางเดินอาหารชนิดไม่รุกล้ำ การสงบประสาทระดับปานกลางถึงลึกทำให้ผู้ป่วยสบาย ลดความกังวล ทำหัตถการได้นานขึ้น สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำหัตถการ การใช้โปรโพฟอลขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะหยุดหายใจ ความดันโลหิตต่ำและทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน การใช้ลิโดเคนร่วมกับโปรโพฟอลสามารถลดปริมาณการใช้ยาโปรโพฟอลลงได้ การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ prospective randomized controlled trial มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของลิโดเคนร่วมกับโปรโพฟอลต่อปริมาณโปรโพฟอลที่ใช้ในการสงบประสาทในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 18-80 ปี ที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จำนวน 52 คน ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม 2567 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม (L) ลิโดเคน และกลุ่ม (P) โปรโพฟอล โดยเปรียบเทียบปริมาณโปรโพฟอลที่ใช้ทั้งสองกลุ่ม และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ และระบบหัวใจและหลอดเลือด ในระหว่างการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และหลังตรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยใบบันทึกข้อมูลจากใบบันทึกการรับรู้ความรู้สึกและใบประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างของปริมาณยาโปรโพฟอลโดยใช้ student T test และสำหรับข้อมูลแจกแจง Chi square test หรือ Fisher exact test

ผลการวิจัยพบว่าการใช้ลิโดเคนร่วมกับโปรโพฟอลสามารถลดจำนวนโปรโพฟอลเฉลี่ยที่ใช้ในการสงบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มลิโดเคน (158.85 ± 53.65 มิลลิกรัม) และกลุ่มโปรโพฟอล (261.54 ± 78.16 มิลลิกรัม) ที่ p value < 0.001 โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน student T test พบการยับยั้งการทำหัตถการ การจัดการทางเดินหายใจ และระยะเวลาในการตื่นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้โปรโพฟอลเพียงอย่างเดียว ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ส่องกล้องสูงกว่ากลุ่มที่ได้โปรโพฟอลเพียงอย่างเดียว

งานวิจัยนี้สรุปว่าการให้ลิโดเคนร่วมกับโปรโพฟอลมีประสิทธิภาพในการลดจำนวนโปรโพฟอลเฉลี่ยที่ใช้ในการสงบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ลิโดเคนร่วมด้วย

คำสำคัญ: การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่, ลิโดเคน, โปรโพฟอล, การสงบประสาท

¹ วิทยาลัยแพทย์ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย Email: r.hapanth@gmail.com

The effect of lidocaine combine with propofol on the dose of propofol required for colonoscopy: a randomized controlled trial

Ratchapon Hapanth, M.D.¹

Abstract

Colonoscopy is a non-invasive procedure used to examine the gastrointestinal system. Moderate to deep sedation enhances patient comfort, reduces anxiety, and allows for longer procedures, increasing satisfaction for patients and endoscopists. The use of high doses of propofol may cause complications such as hypoxia, apnez, hypotension, and upper airway obstruction. The concurrent use of lidocaine with propofol has been shown to reduce the required dose of propofol. This study aimed to study the effects of lidocaine combined with propofol on the dose of propofol required for colonoscopy and the incidence of respiratory and cardiovascular complications. This study is a prospective randomized controlled trial that included 52 patients aged 18–80 years who underwent colonoscopy at Uthumphon Phisai Hospital from August to October 2024. Participants were divided into two groups: Group L (lidocaine) and Group P (propofol). The amount of propofol used in both groups was compared, as well as the incidence of respiratory and cardiovascular complications during and after the procedure. Data were collected using anesthesia records and pre-anesthesia evaluation forms. Statistical analysis was performed using Student's t-test to compare the dosage of propofol and the chi-square test or Fisher's exact test used for categorical data.

The results showed that lidocaine combined with propofol significantly reduced the propofol required for sedation. Lidocaine group (158.85 ± 53.65 mg) was significantly lower than that in the propofol group (261.54 ± 78.16 mg) with p -value < 0.001 (Student's t-test). Patients in the lidocaine group experienced less movement during the procedure, fewer airway management maneuvers, and shorter recovery times compared to the propofol group. Additionally, patient and physician satisfaction was higher in the lidocaine group than in the propofol group.

This study concludes that the combination of lidocaine with propofol is effective in significantly reducing the propofol required for sedation without causing complications from the use of lidocaine.

KEYWORDS: colonoscopy, lidocaine, propofol, sedation

¹Anesthesiologist, Uthumphon Phisai Hospital, Si Sa Ket Province, Thailand, Email: r.hapanth@gmail.com

บทนำ

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นการตรวจทางเดินอาหารชนิดไม่รุกรานเพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้และใช้ในการทำหัตถการรักษา การสอดกล้องเข้าทางทวารหนักเข้าไปในลำไส้ใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายขณะตรวจและหลังตรวจ (Rutter et al., 2015) โดยเกิดจากการตึงตัวของลำไส้ใหญ่ การขยายของลำไส้ใหญ่จากแก๊สและน้ำ (Karan & Bailey., 2004) ทำให้แพทย์ส่องกล้องตรวจลำบาก ในปัจจุบันการสงบประสาทระดับปานกลางถึงลึก (moderate-deep sedation) ทำให้ผู้ป่วยสบาย ลดความกังวล ทำหัตถการได้ยาวนานขึ้น สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำหัตถการ โดยการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine, opioid และ propofol การใช้ benzodiazepine ทำให้ผู้ป่วยลดความกังวล สบาย แต่พบว่าในผู้ป่วยสูงอายุมีผลต่อการทำงานของระบบประสาท เพิ่มภาวะหลงเพ้อ และฟื้นตัวช้า (Bailey et al., 1990) ในปัจจุบัน Enhanced recovery after surgery (ERAS) แนะนำการใช้ propofol ในการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มาส่องกล้องทางเดินอาหาร เพราะการบริหารง่าย ผู้ป่วยหลับเร็ว ตื่นเร็ว ไม่มีการสะสมของยา (McQuaid & Laine., 2008) แต่การใช้ propofol มี therapeutic dose ที่แคบ (Qadeer et al., 2005) ขนาดยาที่สูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน (Qadeer, Lopez, Dumot & Vargo., 2011) ภาวะหยุดหายใจ ความดันโลหิตต่ำ กดทางเดินหายใจ หัวใจขาดเลือด เพิ่มโอกาสการเสียชีวิต (Abdelmalak et al., 2013) ปัจจุบันมีการนำ dexmedetomidine ใช้ร่วมกับ propofol ในการทำ การสงบประสาทแต่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นช้า (Edokpolo et al., 2019) การนำ ketamine เข้ามาใช้ร่วมกับ propofol การศึกษาพบว่าลดภาวะแทรกซ้อนการหยุดหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจนได้ แต่พบว่าผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้และผื่นคันมากขึ้น (Seleem, Hossieny & Abd-Elsalam., 2020)

ลิโดเคน (lidocaine) เป็นยาชากลุ่ม amide ออกฤทธิ์ผ่านการขัดขวางช่องโซเดียมทำให้การระงับการส่งกระแสประสาท (Barletta & Reed., 2019) ในการศึกษาพบว่าการใช้ lidocaine สามารถลดอาการปวด visceral pain และการฟื้นตัวของลำไส้ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัดลำไส้เร็วขึ้น (McQuaid & Laine., 2008) สามารถลดกระบวนการอักเสบและเพิ่มการตอบสนองระบบหายใจต่อระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดได้ (Labaille et al., 1985) จากการศึกษาของ Forster และคณะ พบว่าการใช้ lidocaine สามารถลดปริมาณการใช้ยา propofol เมื่อใช้ร่วมกับ ketamine (Forster., 2018) และลดภาวะพร่องออกซิเจนในผู้ป่วยอ้วนที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จากการศึกษาในระดับยา lidocaine ในพลาสมาที่ปลอดภัยคือน้อยกว่า 5 mcg/ml การศึกษาของ Carabalona และคณะพบว่า การใช้ lidocaine 1.5 mg/kg และตามด้วย 2 mg/kg/hr ในผู้ป่วยที่มาผ่าตัด laparoscopic bariatric surgery พบว่าค่ามัธยฐานความเข้มข้น lidocaine ในพลาสมา 1.45 mcg/ml ซึ่งเป็นระดับที่ปลอดภัย (Carabalona et al., 2020)

การสงบประสาทระดับปานกลางถึงลึกแนะนำให้ใช้ TCI (Target controlled infusion) และติดตาม BIS (Bispectral index) 60-80 (Nongnuang, Limprasert & Munjupong., 2022) และแนะนำให้ปรับยาทีละน้อย (titration technique) ตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยและค่า BIS เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยอยู่ภายใต้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการศึกษาของ Zhang ในปี 2022 จากการสงบประสาทพบความดันโลหิตต่ำ 18% และภาวะพร่องออกซิเจน 9% ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาการทำหัตถการ ระดับความลึกของการสงบประสาทที่ลึกเกินไป (Zhanget al., 2020) ซึ่งปัจจุบันเครื่อง TCI และเครื่องมือที่ใช้ติดตามความลึกของการสลบมีราคาแพงและมีใช้อย่างจำกัด บริบทของโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องอาศัยสัญญาณชีพและอาการแสดงคลินิกของผู้ป่วยเป็นหลักในการสงบประสาท

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของ lidocaine ร่วมกับ propofol ต่อปริมาณ propofol ที่ใช้ในการสงบประสาทในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจและระบบหัวใจและหลอดเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

จากการศึกษาของ Forster และคณะ พบจำนวน propofol ที่ใช้ในกลุ่ม lidocaine ค่าเฉลี่ย 128 มิลลิกรัม และ 200 มิลลิกรัม ในกลุ่มควบคุม เมื่อนำมาคิดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยให้มีความเชื่อมั่น 95% ค่าความโดยใช้โปรแกรม n4Studies จะได้กลุ่มตัวอย่างข้างละ 23 คน และ drop out 10% จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจึงได้ 52 คน แสดงสูตร ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad \text{หรือ} \quad n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2} \quad \text{หรือ} \quad n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ prospective randomized controlled trial โดยทำในผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อายุ 18-80 ปี ที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยจำนวน 52 คน โดยสุ่มผู้ป่วยโดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์แบบ random block 4 เป็นสองกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อายุ 18-80 ปี ที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ระหว่าง สิงหาคม-ตุลาคม 2567 และ 2.เป็นผู้ป่วยในระดับ ASA (American association of anesthesiologist status) I-III

เกณฑ์การคัดออก ตามเงื่อนไขข้อใดข้อหนึ่ง คือ 1. ผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยาชา lidocaine 2. ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคลมชัก 3. ผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจเต้นช้า 4. ผู้ป่วยโรคตับ 5. ผู้ป่วยโรคไตที่ GFR < 45 mL/min/1.73 m² 6. ผู้ป่วยจิตเวชที่รับยา

นอนหลับและยาแก้ปวดมากกว่า 3 เดือน 7. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และ 8. ผู้ป่วยที่เสมือนไร้ความสามารถหรือไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่คลินิกวิสัญญีถึงแนวทางการส่องกล้อง ข้อปฏิบัติตัวและวิธีการระงับความรู้สึก และขออนุญาตผู้ป่วยทำวิจัยผู้ป่วยลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมการทำวิจัยในมนุษย์ที่หอผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก โดยที่วิสัญญีพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเป็นผู้ขอความยินยอมจากผู้ป่วยในวันที่ผู้ป่วยมาพบเพื่อประเมินก่อนการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยที่มีข้อใดข้อหนึ่งของเกณฑ์การคัดออกถูกคัดออกจากการศึกษาครั้งนี้ บันทึกข้อมูลพื้นฐาน ดังนี้ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง BMI mallampati class ความดันโลหิต ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนส่วนปลาย ไรศประจำตัว ASA status ในวันที่ส่องกล้องผู้ป่วยจะถูกสุ่มด้วยระบบคอมพิวเตอร์ แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่ม L Lidocaine และกลุ่ม P Propofol วิสัญญีพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องในการวิจัยเป็นผู้เตรียมยาโดยใช้ความเข้มข้น 0.5% lidocaine IV drip 0.3 mL/kg (1.5mg/kg) ให้ภายใน 15 นาที ต่อด้วย 0.4 mL/kg (2mg/kg/hr) โดยเปรียบเทียบกับ Normal saline ในกลุ่ม P โดยให้ใน NSS 0.3 mL/kg ภายใน 15 นาที ต่อด้วย NSS 0.4 mL/kg ปริมาตรเท่ากันกับกลุ่ม L โดยเตรียมในกระบอกฉีดยาขนาด 20 mL ทั้งสองกลุ่มผู้ป่วยทุกคนได้รับการติดตามสัญญาณชีพตามมาตรฐานประกอบด้วยความดันโลหิต ค่าออกซิเจนส่วนปลาย คลื่นหัวใจ และติดตามระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ผู้ป่วยทำในท่าตะแคงด้านซ้ายและได้รับ oxygen canula 4 LPM โดยจะได้รับการติดตามสัญญาณชีพทุก 5 นาที ผู้ป่วยจะได้รับ fentanyl 0.75 mcg/kg ในผู้ป่วยทุกรายทั้งสองกลุ่ม และเริ่มต้นด้วย propofol 1 mg/kg ฉีดยาๆ และติดตามด้วย 2 mg/kg/hr ทั้งสองกลุ่ม โดยใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลายด้วยกระบอกฉีดยา วิสัญญีแพทย์จะต้องปรับขึ้นลงตามแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. ถ้า Heart rate >10 bpm จากค่าตั้งต้น หรือ SBP > 10 mmHg ให้ bolus propofol 20 mg และเพิ่มอัตราการหยด 1 mg/kg/hr

2. MAP < 60 mmHg หรือ $< 20\%$ จากค่าตั้งต้นให้การรักษาระยะโดย Ephedrine 6 mg IV ทันที

3. ถ้า Heart rate < 50 ครั้ง/นาที ให้บอกคัลยแพทย์หยุดชั่วคราว และให้ atropine 0.6 mg IV push ทันที

4. ถ้าผู้ป่วยขยับให้ propofol ทันที 20-30 mg IV push และปรับยา propofol ขึ้น 1 mg/kg/hr

5. ถ้าผู้ป่วย apnea หยุดหายใจ > 10 วินาที หรือผู้ป่วยมีภาวะ hypoxemia oxygen saturation $< 95\%$ มากกว่า 10 วินาที ให้ช่วยหายใจโดยเปิดทางเดินหายใจโดยใช้มือนี หรืออุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ ถ้าไม่ดีขึ้นให้ใช้การช่วยหายใจผ่านหน้ากากออกซิเจนความเข้มข้น 100%

ข้อมูลจะถูกเก็บจากใบบันทึกการระงับความรู้สึกและใบประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ดังนี้ จำนวน propofol ที่ใช้ทั้งหมด จำนวน fentanyl จำนวน lidocaine จำนวน ephedrine จำนวนสารน้ำ และชนิดสารน้ำที่ใช้ สัญญาณชีพ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจเต้นช้า จำนวนครั้งการขยับตัว จำนวนครั้งที่หยุดหายใจ จำนวนครั้งที่มีภาวะพร่องออกซิเจน ข้อมูลคะแนนความปวดที่ห้องฟักฟื้น ระยะเวลาที่รอต้น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฟักฟื้น ภาวะแทรกซ้อน ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ส่งกลับ โดยวิสัญญีพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเป็นบันทึกข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

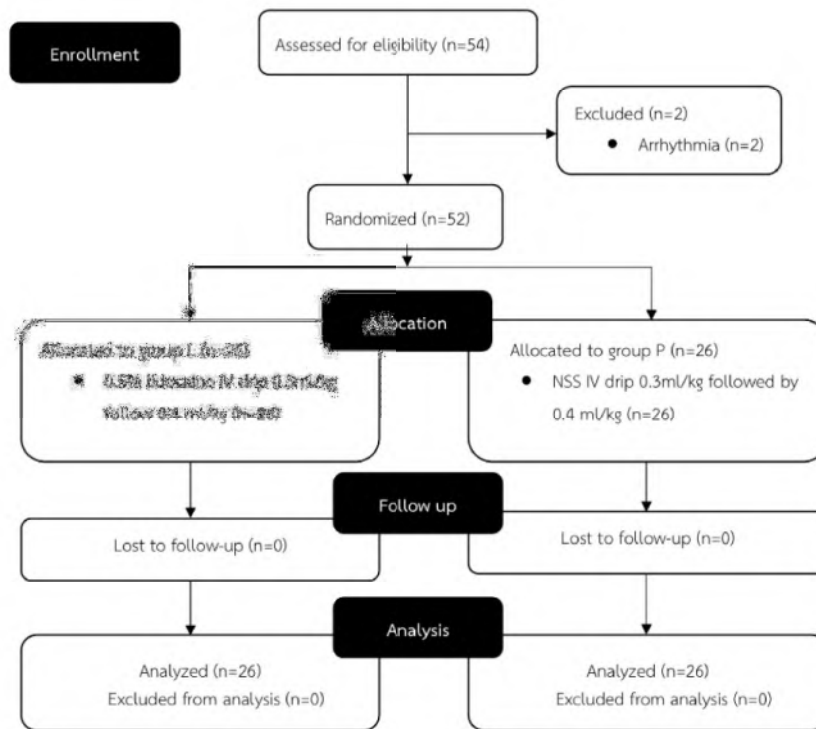
ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับพรรณนาลักษณะต่างๆของผู้ป่วยและปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ สำหรับข้อมูลแจกแจงนับใช้ค่าความถี่และร้อยละ สำหรับข้อมูลต่อเนื่องแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐานและ ค่าควอไทล์ที่ 1 และค่าควอไทล์ที่ 3 ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล และใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างของปริมาณยาโปรโพรโฟลโดยใช้ student T test และสำหรับข้อมูลแจกแจงนับ ใช้ Chi square test หรือ Fisher exact test โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p value น้อยกว่า 0.05

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ หมายเลขโครงการวิจัย SSKHREC 009/2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความยินยอมโดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและมีอิสระในการเลือกเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบภาพรวมทางวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

แผนผัง CONSORT แสดงดังภาพที่ 1 ผู้ป่วยเข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 54 คน พบผู้ป่วย 2 คน มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจึงถูกคัดออกจากการศึกษา เหลือผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย 52 คน ผู้ป่วยทุกคนอยู่ครบจนงานวิจัยเสร็จสิ้น หลังจากการสุ่มผู้ป่วย แบ่งเป็น 26 คนในกลุ่ม propofol และ 26 คน ในกลุ่ม lidocaine ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับลงลำไส้ใหญ่ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม 2567



ภาพที่ 1 แสดงแผนผัง CONSORT

จากการวิจัย พบว่าข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุ เพศ น้ำหนัก BMI ASA classification

Mallampati class โรคประจำตัว ระยะเวลาการส่องกล้อง ระดับออกซิเจนพื้นฐาน อัตราการเต้นของหัวใจ และระดับความดันโลหิตตลอดเล็ดแดงเฉลี่ย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (n=52)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม lidocaine (n=26)	กลุ่ม propofol (n=26)	p value
Age (yr), (mean $\pm$ SD)	57.88 $\pm$ 7.73	59.65 $\pm$ 5.33	0.341
Gender			
Male, n (%)	14 (53.85)	11 (42.31)	0.405
Female, n (%)	12 (46.15)	15 (57.69)	
BMI (kg/m ²), median (Q1-Q3)	23.67 (19.84-24.97)	23.13 (21.48-25.33)	0.394
Height, (cm) (mean $\pm$ SD)	159.46 $\pm$ 7.71	157.15 $\pm$ 7.35	0.275
Weight, (kg), (mean $\pm$ SD)	59.85 $\pm$ 11.51	57.73 $\pm$ 9.85	0.480
Underlying disease			
Hypertension, n (%)	5 (19.23)	9 (34.62)	0.349
Diabetes, n (%)	2 (7.69)	3 (11.54)	1.000
Smoking, n (%)	1 (3.85)	3 (11.54)	0.610
Obesity, n (%)	3 (11.54)	1 (3.85)	0.610

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (n=52) (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	กลุ่ม lidocaine (n=26)	กลุ่ม propofol (n=26)	p value
ASA physical status			
I, n (%)	7 (26.92)	4 (15.38)	0.638
II, n (%)	14 (53.85)	17 (65.38)	
III, n (%)	5 (19.23)	5 (19.23)	
Mallampati classification			
I, n (%)	10 (38.46)	7 (26.92)	0.823
II, n (%)	14 (53.85)	17 (65.38)	
III, n (%)	2 (7.69)	2 (7.69)	
MAP baseline, (mean $\pm$ SD)	88.88 $\pm$ 8.50	92.81 $\pm$ 8.52	0.103
Heart rate baseline, (mean $\pm$ SD)	75.54 $\pm$ 8.34	75.81 $\pm$ 8.19	0.907
Duration of Colonoscopy, (min), median (Q1-Q3)	11.00 (10.00-15.00)	13.50 (11.00-15.00)	0.282
Oxygen saturation baseline, (%), median (Q1-Q3)	98 (97-99)	98 (97-100)	0.471

* p value < 0.05, statistically significant, ASA, American Society of Anesthesiologists

พบความแตกต่างของจำนวนโปรโปโฟล
เฉลี่ยที่ใช้ในการสงบประสาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ระหว่าง กลุ่มลิโดเคน (158.85 $\pm$ 53.65 มิลลิกรัม) และ
กลุ่มโปรโปโฟล (261.54 $\pm$ 78.16 มิลลิกรัม) p value
<0.001 โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน student T testจำนวน
การใช้ยา fentanyl ephedrine และปริมาณสารน้ำ
ที่ใช้ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ (P value > 0.05) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลการใช้ยา propofol, lidocaine, fentanyl และ ephedrine ในระหว่างการส่องกล้องตรวจ
ลำไส้ใหญ่

Parameter	กลุ่ม lidocaine (n=26)	กลุ่ม propofol (n=26)	P value
จำนวน propofol ทั้งหมด (mg), (mean $\pm$ SD)	158.85 $\pm$ 53.65	261.54 $\pm$ 78.16	<0.001*
จำนวน lidocaine ทั้งหมด (mg), (mean $\pm$ SD)	99.85 $\pm$ 17.88	-	-
จำนวน fentanyl ทั้งหมด (mcg), (mean $\pm$ SD)	50.00 $\pm$ 7.07	53.85 $\pm$ 11.60	0.155
จำนวน ephedrine ทั้งหมด (mg), (mean $\pm$ SD)	0.92 $\pm$ 2.21	1.15 $\pm$ 2.41	0.720
Total fluid, (mean $\pm$ SD)	334.62 $\pm$ 146.81	350.00 $\pm$ 141.42	0.702

* p value <0.05, statistically significant

การจัดการทางเดินหายใจในกลุ่ม lidocaine
น้อยกว่ากลุ่ม propofol อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(p value = 0.016) การขยับขณะทำหัตถการในกลุ่ม
lidocaine น้อยกว่ากลุ่ม propofol อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (p value = 0.017) ส่วนภาวะหยุดหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลในห้องผ่าตัดทั้งสองกลุ่ม

Parameter	กลุ่ม lidocaine (n=26)	กลุ่ม propofol (n=26)	P value
Episode of apnea	0	0	-
Episode of desaturation			
1 episode, n (%)	0	2 (7.69)	0.490
2 episodes, n (%)	0	0	
Episode of airway maneuver			
1 episode, n (%)	2 (7.69)	8 (30.77)	0.016*
2 episodes, n (%)	0 (0.00)	3 (11.54)	
Episode of movement			
1 episode, n (%)	4 (15.38)	8 (30.77)	0.017*
2 episodes, n (%)	2 (7.69)	8 (30.77)	
Intraoperative hypotension			
1 episode, n (%)	2 (7.69)	6 (23.08)	0.248
2 episodes, n (%)	0	0	
Intraoperative bradycardia	0	0	
MAP after induction, (mean $\pm$ SD)	83.62 $\pm$ 9.97	84.88 $\pm$ 10.35	0.654
MAP at scope, (mean $\pm$ SD)	78.23 $\pm$ 12.74	79.88 $\pm$ 12.47	0.638
MAP after finished, (mean $\pm$ SD)	76.23 $\pm$ 11.84	78.15 $\pm$ 9.90	0.528
Heart rate after induction, (mean $\pm$ SD)	69.23 $\pm$ 7.13	72.00 $\pm$ 10.34	0.266
Heart rate at scope, (mean $\pm$ SD)	67.85 $\pm$ 6.20	71.15 $\pm$ 9.61	0.147
Heart rate after finished, (mean $\pm$ SD)	65.81 $\pm$ 7.01	70.19 $\pm$ 10.29	0.079

* p value <0.05, statistically significant, MAP, mean arterial pressure

พบระยะเวลาการรื้อฟื้นในกลุ่ม lidocaine (5 (3-5) นาที) น้อยกว่ากลุ่ม propofol (15 (15-15) นาที) (p value < 0.001) โดยใช้สถิติ Mann-Whitney test ความพึงพอใจของแพทย์ส่องกล้อง ในกลุ่ม lidocaine (9.08 ± 0.74 คะแนน) มากกว่ากลุ่ม propofol (8.23 ± 1.03 คะแนน) (p value = 0.001) ความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่ม lidocaine

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลในห้องพักฟื้น

(9.96 ± 0.20 คะแนน) มากกว่ากลุ่ม propofol (9.42 ± 0.81 คะแนน) (p value = 0.002) โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน student T test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของอาการปวดหลังส่องกล้องและภาวะแทรกซ้อนที่ห้องพักฟื้น เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้าที่ห้องพักฟื้น ระหว่าง 2 กลุ่ม ดังแสดงตารางที่ 4

Parameter	กลุ่ม lidocaine (n=26)	กลุ่ม propofol (n= 26)	P value
Awakening time, (min), median (Q1-Q3)	5 (3-5)	15 (15-15)	<0.001*
PONV	0	0	
Arrhythmia	0	0	
Metallic taste	0	0	
I lypoxia at PACU	0	0	
15 min Pain at PACU NRS(1-10), median (Q1-Q3)	0 (0-0)	0 (0-0)	0.317
Duration of PACU, (mean $\pm$ SD)	60.00 $\pm$ 0.00	60.00 $\pm$ 0.00	
Endoscopist' satisfaction (1-10), (mean $\pm$ SD)	9.08 $\pm$ 0.74	8.23 $\pm$ 1.03	0.001*
Patient' satisfaction (1-10), (mean $\pm$ SD)	9.96 $\pm$ 0.20	9.42 $\pm$ 0.81	0.002*

*p value <0.05, statistically significant

PONV, postoperative nausea and vomiting. PACU, post anesthetic care unit

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย การให้ lidocaine ร่วมกับ propofol มีประสิทธิภาพในการลดจำนวน propofol เฉลี่ยที่ใช้ในการสงบประสาทในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ส่องกล้อง ลดการยับยั้งการทำงานของไต ลดการจัดการทางเดินหายใจ ระยะการฟื้นจากการสงบประสาทเร็วกว่า และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ lidocaine ร่วมด้วย

อภิปรายผล ผลการศึกษาพบว่า การให้ lidocaine ร่วมกับ propofol สามารถลดปริมาณ propofol ที่ใช้ในการสงบประสาทในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Kim et al., 2016; Li, Ke, & Zhuang, 2022) ซึ่งเป็นผลมาจากการยับยั้งการทำงานของช่องโซเดียม ลดการทำงานของระบบประสาทชนิดกระตุ้น และลดการทำงานของ N-methyl-D-aspartate receptor ของ lidocaine ในปัจจุบันมีการนำ lidocaine มาใช้รักษาอาการปวดเรื้อรัง การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ การผ่าตัดกระเพาะอาหาร การศึกษาครั้งนี้พบว่า การให้ lidocaine สามารถลดจำนวน propofol ได้ประมาณ 39% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ Foster และคณะ (Forster., 2018) ซึ่งพบว่าลดได้ 50% แต่ในการศึกษานี้มีการให้ ketamine ร่วมด้วย จึงทำให้มีผลลดปริมาณการใช้ propofol ได้มากกว่า lidocaine ช่วยเพิ่มการตอบสนองระบบหายใจต่อระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดจึงทำให้การจัดการทางเดินหายใจน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ propofol เพียงอย่างเดียว และทั้งสองกลุ่มพบอัตราการเต้นของหัวใจและค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยไม่ต่างกันระหว่างสองกลุ่มขณะทำการหัดการสอดกล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ (Chen et al., 2020)

เนื่องจากการส่องกล้องในบางรายมีหัตถการร่วมด้วยทำให้ระยะเวลาการสงบประสาทรานานกว่าการส่องกล้องตรวจทั่วไป การคงระดับการสลบอาจจำเป็นต้องใช้ BIS เพื่อให้การคงการสลบแม่นยำและใช้ TCI ปริมาณยา propofol ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบโลหิต เนื่องจากการลดความต้านทานหลอดเลือดทำให้พบความดันโลหิตต่ำได้ แต่ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการเตรียมลำไส้ผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องผู้ป่วยจะต้องถ่ายเหลวหลายครั้งอาจทำให้พบอุบัติการณ์ความดันโลหิตต่ำได้ และในกลุ่ม propofol ระยะเวลาการตื่นนานกว่าเนื่องจากใช้ propofol

มากกว่ากลุ่ม lidocaine การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นหัตถการที่มีความปลอดภัย ทำให้ประสิทธิภาพของการใช้ lidocaine ร่วมด้วยอาจทำให้ประสิทธิภาพของการลดปวดไม่ชัดเจน และระยะเวลาการส่องกล้องที่สั้น ในกลุ่มที่ได้ lidocaine ร่วมด้วยพบการขับน้อยกว่าอาจเป็นผลจากการลด visceral pain (Liu et al., 2020) จึงทำให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยและแพทย์ส่องกล้องสูงกว่ากลุ่มที่ propofol เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Li และคณะ (Li et al., 2020) ทำให้โอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำหัตถการลดลง และระยะเวลาส่องกล้องได้นานขึ้น

การศึกษานี้มีข้อดีของการศึกษาคือมีแพทย์ส่องกล้องคนเดียว จึงทำให้ลดปัจจัยก่อความแตกต่างของแพทย์ส่องกล้อง เช่น ประสบการณ์ วิธีการส่องกล้องและการประเมินคะแนนความพึงพอใจ ในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำ การนำลิโดเคนมาใช้ในการสงบประสาทเนื่องจาก กังวลกับผลข้างเคียง ไม่มีประสบการณ์ และต้องใช้อุปกรณ์หลายชนิดในการบริหารยา ซึ่งการสงบประสาทส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาที่สั้น การให้ลิโดเคนต้องระมัดระวังในผู้ป่วยโรคตับ โรคไต โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ เพราะผู้ป่วยที่มาส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จะมีโรคร่วมและการใช้ยาหลากหลายชนิด จะต้องคำนึงระหว่างประโยชน์และโทษที่ผู้ป่วยจะได้รับร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การศึกษานี้เนื่องจากมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณ propofol ที่ใช้ในการสงบประสาทแต่ในวิจัยนี้ไม่พบความแตกต่างของภาวะแทรกซ้อนของการสงบประสาทซึ่งเป็นผลกระทบทางคลินิกมากกว่า ซึ่งอาจจะต้องใช้ประชากรที่ใช้ในการศึกษาจำนวนมากขึ้นเพื่อเห็นความแตกต่าง และวิจัยนี้ไม่ได้วัดระดับ lidocaine ในพลาสมาโดยตรง แต่ระดับยาที่ใช้จากการศึกษาก่อนหน้านี้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย ในการศึกษานี้แนะนำให้เฝ้าระวังระดับออกซิเจนในสมหายใจออกมาใช้ร่วม

ด้วย จึงทำให้มีผู้ป่วยที่ต้องการจัดการทางเดินหายใจมีจำนวนมาก และจัดการได้อย่างรวดเร็วก่อนที่จะระดับออกซิเจนจะลดลงจึงทำให้ไม่พบภาวะผู้ป่วยหยุดหายใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกร่วมด้วยซึ่งจะมีผลโดยตรงกับผู้ป่วย และอาจจะต้องใช้จำนวนประชากรในการศึกษาเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Abdelmalak, B. B., Cata, J. P., Bonilla, A., You, J., Kopyeva, T., Vogel, J. D., Campbell, S., & Sessler, D. I. (2013). Intraoperative tissue oxygenation and postoperative outcomes after major non-cardiac surgery: An observational study. *British Journal of Anaesthesia*, 110(2), 241–249. <https://doi.org/10.1093/bja/aes378>.
- Bailey, P. L., Pace, N. L., Ashburn, M. A., Moll, J. W. B., East, K. A., & Stanley, T. H. (1990). Frequent hypoxemia and apnea after sedation with midazolam and Fentanyl. *Anesthesiology*, 73(5), 826–830. <https://doi.org/10.1097/00000542-199011000-00005>.
- Barletta, M., & Reed, R. (2019). Local anesthetics. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*, 49(6), 1109–1125. <https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2019.07.004>.
- Carabalona, J. F., Delwarde, B., Duclos, A., Le Goff, M.-C., Moulisma, M., Citterio-Quentin, A., Bouffard, Y., & Rimmelé, T. (2020). Serum concentrations of lidocaine during bariatric surgery. *Anesthesia & Analgesia*, 130(1). <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000003905>.
- Chen, M., Lu, Y., Liu, H., Fu, Q., Li, J., Wu, J., & Shangguan, W. (2020). The propofol-

- sparing effect of intravenous lidocaine in elderly patients undergoing colonoscopy: A randomized, double-blinded, controlled study. *BMC Anesthesiology*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01049-z>.
- Edokpolo, L. U., Mastriano, D. J., Serafin, J., Weedon, J. C., Siddiqui, M. T., & Dimaculangan, D. P. (2019, August 1). *Discharge readiness after propofol with or without dexmedetomidine for colonoscopy: A randomized controlled trial*. American Society of Anesthesiologists. <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/131/2/279/18087/Discharge-Readiness-after-Propofol-with-or-without>.
- Forster, C., Vanhaudenhuyse, A., Gast, P., Louis, E., Hick, G., Brichant, J.-F., & Joris, J. (2018). Intravenous infusion of lidocaine significantly reduces propofol dose for colonoscopy: A randomised placebo-controlled study. *British Journal of Anaesthesia*, 121(5), 1059–1064 <https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.06.019>.
- Karan, S. B., & Bailey, P. L. (2004). Update and review of moderate and deep sedation. *Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America*, 14(2), 289–312 <https://doi.org/10.1016/j.giec.2004.01.009>.
- Kim, J. E., Choi, J. B., Koo, B.-N., Jeong, H. W., Lee, B. H., & Kim, S. Y. (2016). Efficacy of intravenous lidocaine during endoscopic submucosal dissection for Gastric Neoplasm. *Medicine*, 95(18). <https://doi.org/10.1097/md.0000000000003593>.
- Labaille, T., Clergue, F., Samii, K., Ecoffey, C., & Berdeaux, A. (1985). Ventilatory response to co2 following intravenous and epidural lidocaine. *Anesthesiology*, 63(2), 179–183. <https://doi.org/10.1097/0000542-198508000-00011>.
- Li, M., Ke, W., & Zhuang, S. (2022). Effect of intravenous lidocaine on propofol consumption in elderly patients undergoing colonoscopy: A double-blinded, randomized, controlled trial. *BMC Anesthesiology*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01601-z>.
- Li, X., Lv, X., Jiang, Z., Nie, X., Wang, X., Li, T., Zhang, L., & Liu, S. (2020). <p>application of intravenous lidocaine in obese patients undergoing painless colonoscopy: A prospective, randomized, double-blind, controlled study</p>. *Drug Design, Development and Therapy, Volume 14*, 3509–3518. <https://doi.org/10.2147/dddt.s266062>.
- Liu, J., Liu, X., Peng, L.-P., Ji, R., Liu, C., & Li, Y.-Q. (2020). Efficacy and safety of intravenous lidocaine in propofol-based sedation for ERCP procedures: A prospective, randomized, double-blinded, controlled trial. *Gastrointestinal Endoscopy*, 92(2), 293–300 <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.02.05>.
- McQuaid, K. R., & Laine, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials of

- moderate sedation for routine endoscopic procedures. *Gastrointestinal Endoscopy*, 67(6), 910–923. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2007.12.046>
- Ness, T. J. (2000). Intravenous lidocaine inhibits visceral nociceptive reflexes and spinal neurons in the rat. *Anesthesiology*, 92(6), 1685–1691. <https://doi.org/10.1097/0000542-200006000-00028>.
- Nongnuang, K., Limprasert, N., & Munjupong, S. (2022, September 30). *Can intravenous lidocaine definitely attenuate propofol requirement and improve outcomes among colonoscopic patients under intravenous sedation?: A double-blinded, randomized controlled trial*. Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9524969/>.
- Qadeer, M. A., Lopez, A. R., Dumot, J. A., & Vargo, J. J. (2011). Hypoxemia during moderate sedation for gastrointestinal endoscopy: Causes and associations. *Digestion*, 84(1), 37–45. <https://doi.org/10.1159/000321621>.
- Qadeer, M. A., Vargo, J. J., Khandwala, F., Lopez, R., & Zuccaro, G. (2005). Propofol versus traditional sedative agents for gastrointestinal endoscopy: A meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 3(11), 1049–1056. [https://doi.org/10.1016/s1542-3565\(05\)00742-1](https://doi.org/10.1016/s1542-3565(05)00742-1).
- Rutter, M., Senore, C., Bisschops, R., Domagk, D., Valori, R., Kaminski, M., Spada, C., Bretthauer, M., Bennett, C., Bellisario, C., Minozzi, S., Hassan, C., Rees, C., Dinis-Ribeiro, M., Hucl, T., Ponchon, T., Aabakken, L., & Fockens, P. (2015). The European Society of Gastrointestinal Endoscopy Quality Improvement initiative: Developing performance measures. *Endoscopy*, 48(01), 81–89. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1569580>.
- Seleem, W. M., El Hossieny, K. M., & Abd-Elsalam, S. (2020). Evaluation of different sedatives for Colonoscopy. *Current Drug Safety*, 15(1), 20–24. <https://doi.org/10.2174/1574886314666190726154238>.
- Zhang, C. C., Ganion, N., Knebel, P., Bopp, C., Brenner, T., Weigand, M. A., Sauer, P., & Schaible, A. (2020, May 28). *Sedation-related complications during anesthesiologist-administered sedation for Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A prospective study - BMC anesthesiology*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12871-020-01048-0>.

การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายตำบลบักดอง อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ

กันยา บุญเยี่ยม, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักดอง อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน มีนาคม – กรกฎาคม 2567 รวม 20 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เคยป่วยโรคมาลาเรีย และภาคีเครือข่ายตำบลบักดอง อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล เเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวมการจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 1.การวางแผนมีเป้าหมาย ร่วมกับภาคีเครือข่ายปลอดจากการแพร่เชื้อมาลาเรีย ในปี 2571 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเฝ้าระวังและป้องกันโรคในยุงที่พาหะในชุมชน การมอบหมายภาระกิจ หน่วยงานราชการ อปท.ภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชน 2.การอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้ในสถานการณ์เกิดโรคมาลาเรีย โดยมีพี่เลี้ยง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและ สคร.10 สนับสนุนด้านวิชาการ 2.1 การประสานงาน เพิ่มศักยภาพทีมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไปยังทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่ เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ ในการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน 2.2 การร่วมมือการป้องกันและควบคุมยุงพาหะครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยพ่นกระพุ่มหรือฉีดพ่นด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมีชนิดมีฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) แจกยาทาป้องกันยุงให้ครอบคลุมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการแจ้งเตือนสำหรับผู้มาประกอบอาชีพในพื้นที่เสี่ยง 3.การสังเกต การติดตาม โดยการให้บริการ เจาะเลือดด้วยชุดตรวจ RDT การตรวจจับการแจ้งข่าวในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือน แจ้งข่าวผู้มีอาการป่วยคล้ายโรคมาลาเรีย การเก็บสถิติในรอบปีเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบงานป้องกันโรคมาลาเรีย 4.สะท้อนผล การสรุปตามภาระกิจ หน่วยงาน อปท.ภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานให้ยั่งยืน และคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบ เพื่อเปิดเวทีแลกเปลี่ยนในระดับต่างๆ ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผน ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3)ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$)

คำสำคัญ : การพัฒนา, รูปแบบ, โรคมาลาเรีย,การมีส่วนร่วม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักหิน อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ

Email: toyputong@gmail.com

Development of Model for Malaria Prevention and Control through Participation of the Bakdong Subdistrict Network, Khun Han District, Sisaket Province

Kanya Boonyiam, *M.P.H.*¹

Abstract

This research aimed to develop a community-engaged model for malaria prevention and control in Bak Dong Sub-district, Khun Han District, Sisaket Province. The research was conducted between March and July 2024, spanning 20 weeks. The sample consisted of 30 individuals, including former malaria patients and members of the Bak Dong sub-district network. A participatory action research design by Kemmis & McTaggart was employed over two cycles, each cycle comprising four phases: planning, acting, observing, and reflecting. Data were analyzed, involving data collection, categorization, content analysis, and paired t-tests to compare mean scores before and after the implementation of the model.

Results indicated the effectiveness of the community-engaged malaria prevention and control model. The plan aimed to eliminate malaria transmission by 2028, involving proactive case finding, vector surveillance, and community engagement through a village-level quality of life development committee. Funding was secured from the village health fund and the private sector. Training workshops were conducted to equip participants with skills for early detection, investigation, and response to malaria cases. Collaborative efforts focused on vector control measures, including indoor residual spraying, distribution of long-lasting insecticidal nets, and mosquito repellent, along with the use of a LINE application for timely alerts. Monitoring involved blood tests, LINE-based notifications, and annual data collection for planning. Evaluation revealed significant improvements in community participation in decision-making, implementation, and evaluation. There was significant cooperation from all sectors in terms of decision-making and planning, both before and after the implementation of the system. Statistical analysis revealed a significant difference ($p < 0.05$) in terms of participation in decision-making and planning. Similarly, there was a significant difference ($p < .05$) in terms of participation in implementation activities before and after the system was implemented. Finally, there was a significant difference ($p < .05$) in terms of participation in the evaluation process before and after the implementation and control program.

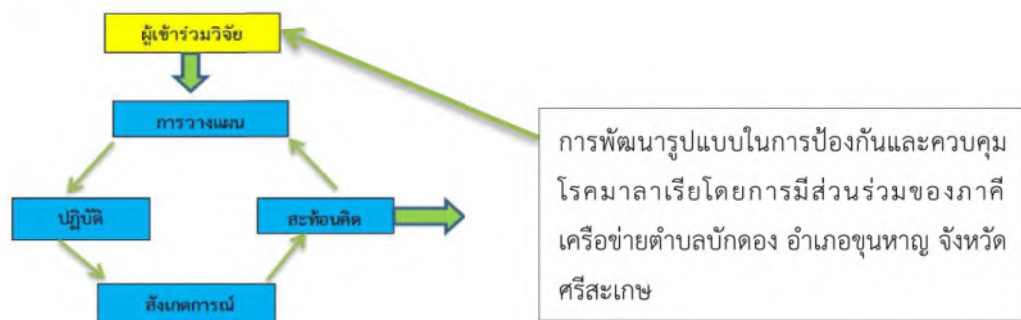
Keywords: development, model, Malaria, participation, involvement

¹ Public Health Technical Officer, Professor level, Lakhin Health Promoting Hospital, Khun Han District, Sisaket Province
Email: toyputong@gmail.com

บทนำ

โรคมาลาเรียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศเขตร้อนและ subtropics โรคนี้ส่งผลกระทบต่อผู้คนทุกเพศทุกวัย เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและผู้ใหญ่อายุมากกว่า 65 ปีมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตจากโรคนี้ ซึ่งเป็นแหล่งระบาดของโรคมาลาเรีย WHO จึงยังคงมุ่งมั่นที่จะดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคมาลาเรียให้เหลือน้อยที่สุด นโยบายการกำจัดโรคมาลาเรียถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) และยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียในประเทศไทยปี 2560 – 2569 ได้ตั้งเป้าหมายให้ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี พ.ศ. 2567 การระบาดของโรคมาลาเรียในประเทศไทยส่วนใหญ่ จะเกิดขึ้นตามแนวชายแดนโดยเฉพาะชายแดนไทยกับเมียนมาร์ ชายแดนไทยกับกัมพูชา และชายแดนไทยกับลาวสถานการณ์โรคมาลาเรียในประเทศไทยในปี (2562 – 2566) พบว่าพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวน 3,939, 3,065, 1,812, 3,780, 7,205 ราย สถานการณ์โรคมาลาเรียในจังหวัดศรีสะเกษ ในปี (2562–2566) พบว่าพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวน 374,65,19,15,3 ราย จากการรายงานในปี (2562–2566) ยังไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคมาลาเรีย (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

สถานการณ์โรคมาลาเรียในอำเภอขุนหาญ ในปี (2562–2566) พบว่าพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวน 349,184,23,11,4,0 ราย สถานการณ์โรคมาลาเรียในตำบลบักตอง ในปี (2562–2566) พบว่าพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย จำนวน 74,45,1,1,0,0 ราย (ระบบมาลาเรียออนไลน์ กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง, 2566)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทการมีส่วนร่วมการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบกระบวนการส่วนร่วมการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อศึกษาผลของปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research:AR (Kemmis&McTaggart ,2000) PAOR จำนวน 2 รอบซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1.การวางแผน(Planning) การกำหนดเป้าหมาย ปลอดภัยการแพร่เชื้อโรคมาลาเรียในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2.ปฏิบัติการ (Acting) การสร้างเครือข่าย กระบวนการโดยมีส่วนร่วม

การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสร้างการรับรู้ จุดเสียงในชุมชน การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อหารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย

ขั้นตอนที่ 3.สังเกตการณ์และบันทึกผล (Observing)การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้คำแนะนำเก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator)

ขั้นตอนที่ 4.สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) การประเมินผลการปฏิบัติการ ประเมินความรู้และพฤติกรรม รูปแบบในการพัฒนาสู่การคืนข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิจัยในครั้งนี้มี 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ตัวแทน อปท. 2) ผู้นำชุมชน3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข5)ผู้ที่เคยป่วยโรคมาลาเรีย 6) ญาติผู้ที่เคยป่วยโรคมาลาเรีย โดยการสุ่มด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาจากบทบาทและความสำคัญในด้านการบริหารจัดการชุมชนโดยใช้หลักการเลือกในงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบทบาทสำคัญและสอดคล้องกับเป้าหมายของการวิจัย (Patton, 2002) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 20 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตามแนวคิดของ Mason (2010)

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือน มีนาคม – กรกฎาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ดำรงตำแหน่งในชุมชน รับทราบข้อมูลและความรู้เรื่องโรคมาลาเรีย สถานการณ์โรค การผ่านอบรม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วม แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย จำนวน 27ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง ประกอบด้วย 4.1เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนา 1.แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหาเช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึก 1. ตัวแทนจาก อปท.,ผู้นำชุมชน ,อสม.,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข,ผู้ที่เคยป่วยโรคมาลาเรีย ,ญาติผู้ที่เคยป่วยโรคมาลาเรีย,ทหาร

2.แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกตสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะสังเกต(Observe) เพื่อประเมินพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย อุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนามได้แก่ การถ่ายภาพและการบันทึกเสียง 2.1การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ร่วมวิจัย 2.2 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วน

ร่วมและแบบมีส่วนร่วม 2.3 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

1.1.ขั้นเตรียมการ 1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกลุ่มเป้าหมาย ในเขตพื้นที่ตำบลบักตอง เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ 3)อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย 4)เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล 1.2 ขั้นดำเนินการ 1)นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น 2)ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ฉบับ 3)ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2.การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้ อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม(Non-participation observation)ด้วย การสังเกต การส่งเสริมพฤติกรรมการพัฒนาแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นการพัฒนาแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1.3การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ชักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยผู้ศึกษาดำเนินการขั้นตอนต่างๆได้แก่ ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถามการถามซ้ำและการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและวางแผน และด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมถึงการดำเนินกิจกรรมการผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจโดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกัพฤติกรรมในการร่วมการ และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนาแนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา การส่งเสริมบรรยากาศของแก่ผู้เข้าร่วมสถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่ายเพื่อ โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม(facilitator)เพื่อให้เกิดการพัฒนาในรูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

2.1.6 การประชุม โดยการจัดเวทีในการเสนอแลกเปลี่ยนแนวทางการป้องกันโรคมะเร็ง

2.1.7 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่าย

2.1.8 การประชุม โดยการจัดเวทีในการแสดงความคิดเห็น การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้ 1)การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา(Wording) ความสมบูรณ์ของคำ

ชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่าIndex of Item-Objective Congruence หรือIOC ที่มีค่าตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกข้อ

2)การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ท่าน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมยังพบผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ และมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งในชุมชน การรับข่าวสารประวัติพบผู้ป่วยในชุมชน ผ่านอบรมความรู้การป้องกันควบคุมโรคมะเร็ง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย(ใช้Kuder และ Richardson(1937)ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนา รูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักดอง อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนั้น กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ0.05

2.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation;

S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

3.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา(Content analysis)เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณการประเมินประสิทธิภาพของการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัด ศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นได้แก่ระดับคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ก่อนและหลัง Paired-ttest

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-017 รับรองวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1.ผลวิจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.5) มีช่วงอายุระหว่าง 45 – 49 ปี (ร้อยละ 43.3) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุระหว่าง 40 – 44 ปี(ร้อยละ 26.6) มีอายุเฉลี่ย 45.5 ปี (SD = 8.2) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุด (ร้อยละ 73.3) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 33.3) รองลงมาได้แก่ ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 23.3) การประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 40) รองลงมาได้แก่ข้าราชการ/รัฐวิสาหกรร(ร้อยละ 33.3) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยต่อเดือน 16,500บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยพบว่าได้รับข่าวสารโทรทัศน์ หอกระจายข่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ได้รับข่าวสารจาก อสม.

(ร้อยละ 73.3) ผ่านการอบรมความรู้การป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย (ร้อยละ 53.3)

2.ผลวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย การวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 7.5$, S.D. = 1.07) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับปานมาก ($\bar{x} = 10.8$ S.D. = 0.64)

3.ผลวิจัยด้านการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผนก่อนการวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 17.9$, S.D. = 24.6) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับปานมาก ($\bar{x} = 24.6$, S.D. = 1.27)

4.ผลวิจัยด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการก่อนการวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 18.6$, S.D. = 2.0) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 24.9$, S.D. = 0.96)

5.ผลวิจัยด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ก่อนการวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 19.2$, S.D. = 3.09) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 25.2$, S.D.=1.15)

6.ผลวิจัยด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

6.1 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนได้แก่1) วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงที่เข้าไปสื่อสารความเสี่ยง ออกแบบแบบเก็บข้อมูล 2)จัดตั้งแกนนำในชุมชน 3)ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ4)ทำข้อตกลง 5)มอบหมายภาคีเครือข่าย หน่วยงานราชการเข้าร่วมดำเนินการ 6)ดำเนินการตามแผนที่กำหนด7)ติดตามและประเมินผล 8)คืนข้อมูลให้ชุมชนและถอดบทเรียน 9)การสร้างนวัตกรรม

6.2 การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่ายตำบลบักตอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคมระดมความคิด การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของทีมผ่านกระบวนการการพัฒนาแบบ 4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบ ได้กำหนดเป้าหมาย ร่วมกับภาคีเครือข่ายปลอดจากการแพร่เชื้อมาลาเรีย ในปี 2571 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเฝ้าระวังและป้องกันโรคในยุงที่พาหะในชุมชน การมอบหมายภาระกิจ หน่วยงานราชการ อปท.ภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชน

6.3 การอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมาย การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้ในสถานการณ์เกิดโรคมาลาเรีย โดยมีพี่เลี้ยง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและ สคร.10 สนับสนุนด้านวิชาการ

6.3.1 การประสานงาน เพิ่มศักยภาพทีม การเสนอขอประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไปยังทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่ เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์

ในการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงาน

6.3.2 การร่วมมือการป้องกันและควบคุมยุงพาหะครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยพ่นกระพุ่มหรือที่พ่นด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมีชนิดมีฤทธิ์คงทนยาวนาน (LLIN) แจกยาทากันยุงให้ครอบคลุมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการแจ้งเตือนสำหรับผู้มาประกอบอาชีพในพื้นที่เสี่ยง

6.4 การสังเกต การ ติดตาม โดยการให้บริการ เจาะเลือดด้วยชุดตรวจ RDT การตรวจจับ การแจ้งข่าวในรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือน แจ้งข่าวผู้มีอาการป่วยคล้ายโรคมาลาเรีย การเก็บสถิติในรอบปีเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบงานป้องกันโรคมาลาเรีย

6.5 สะท้อนผล การสรุปตามภาระกิจ หน่วยงาน อปท.ภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานให้ยั่งยืน และคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบ เพื่อเปิดเวทีแลกเปลี่ยนในระดับต่างต่อไป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ การมีส่วนร่วมการวางแผน การปฏิบัติการ การประเมินผล ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	
ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผน	17.9	2.23	24.6	1.27	.000
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	18.6	2.0	24.9	0.96	.000
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	19.2	3.09	25.2	1.15	.000

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากศึกษาพื้นที่การจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน มีกำหนดเป้าหมาย ร่วมกับภาคีเครือข่ายปลอดจากการแพร่เชื้อมาลาเรีย ในปี 2571 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเฝ้าระวังและป้องกันโรคใน

ยุงที่พาหะในชุมชน การมอบหมายภาระกิจ หน่วยงานราชการ อปท.ภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชน การอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายการ

พัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้ในสถานการณ์ เกิดโรคมาลาเรีย โดยมีพี่เลี้ยง จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษและ สคร.10 สนับสนุน ด้านวิชาการ การประสานงาน เพิ่มศักยภาพทีม การ เสนอบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ไปยังทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่ เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ ในการ ให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการ ปฏิบัติงานการร่วมมือการป้องกันและควบคุมยุงพาหะ ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยพ่นกระพริบหรือที่พ่น ด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมีชนิดมีฤทธิ์คงทน ยาวนาน (LLIN) แจกยาทากันยุงให้ครอบคลุม การใช้ แอปพลิเคชันไลน์ ในการแจ้งเตือนสำหรับผู้มาประกอบ อาชีพในพื้นที่เสี่ยง การให้บริการ เจาะเลือดด้วยชุด ตรวจ RDT การตรวจจับการแจ้งข่าวในรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือน แจ้งข่าวผู้มีอาการป่วย คล้ายโรคมาลาเรีย การเก็บสถิติในรอบปีเพื่อวางแผน พัฒนารูปแบบงานป้องกันโรคมาลาเรีย

การสรุปตามภาระกิจ หน่วยงาน อปท.ภาคี เครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล เพื่อมีรูปแบบในการพัฒนาและขับเคลื่อน งานให้ยั่งยืน

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบในการป้องกันและควบคุม โรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบล บักดอง อำเภอบัวลาย จังหวัดศรีสะเกษ 1.ข้อมูลด้าน บริบทตำบลบักดอง ห่างจากเมืองศรีสะเกษ ประมาณ 70 กิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 10,215 คน แบ่งเป็น เพศชาย 4,015 คน เพศหญิง 6,200 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติเขมร ลาว ปัญหาสุขภาพตำบล บักดอง สรุปได้ดังนี้อันดับ 1 คือ โรคไข้เลือดออก รองลงมาโรคเรื้อรัง โรคหนองพยาธิ(มะเร็งตับท่อน้ำดี) โรคเลปโตสไปโรซิส และยังพบผู้ป่วยโรคมาลาเรีย ในพื้นที่ตำบลบักดอง 9 ขั้นตอนได้แก่1) วิเคราะห์พื้นที่

เสี่ยงที่เข้าไปสื่อสารความเสี่ยง ออกแบบแบบเก็บข้อมูล 2)จัดตั้งแกนนำในชุมชน 3)ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำ แผนสู่การปฏิบัติ 4)ทำข้อตกลง 5)มอบหมายภาคี เครือข่ายหน่วยงาน ราชการเข้ามาร่วมดำเนินการ 6)ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7)ติดตามและ ประเมินผล 8)คืนข้อมูลให้ชุมชนและถอดบทเรียน 9)การสร้างนวัตกรรม

1. การวางแผนมีเป้าหมาย ร่วมกับภาคี เครือข่ายปลอดจากการแพร่เชื้อมาลาเรีย ในปี 2571 การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การเฝ้าระวังและป้องกันโรคใน ยุงที่พาหะในชุมชน การมอบหมายภาระกิจ หน่วยงาน ราชการ อปท.ภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ขอรับการสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและ ภาคเอกชน

2.การอบรมเชิงปฏิบัติการ กลุ่มเป้าหมายการพัฒนาแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ในการแจ้งเตือน สอบสวน และตอบโต้ในสถานการณ์ เกิดโรคมาลาเรีย โดยมีพี่เลี้ยง จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและ สคร.10 สนับสนุน ด้านวิชาการ

2.1 การประสานงาน เพิ่มศักยภาพทีม การเสนอบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบล ไปยังทุกหมู่บ้านในเขตพื้นที่ เพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ ในการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อเพิ่มศักยภาพใน การปฏิบัติงาน

2.2 การร่วมมือการป้องกันและควบคุม ยุงพาหะครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร โดยพ่นกระพริบ หรือที่พ่นด้วยสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (Indoor Residual Spray: IRS) แจกมุ้งชุบสารเคมีชนิดมีฤทธิ์ คงทนยาวนาน (LLIN) แจกยาทากันยุงให้ครอบคลุม การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการแจ้งเตือนสำหรับผู้มา ประกอบอาชีพในพื้นที่เสี่ยง

3.การสังเกต การ ติดตาม โดยการ ให้บริการ เจาะเลือดด้วยชุดตรวจ RDT การตรวจจับ การแจ้งข่าวในรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือน

แจ้งชาวผู้มีโอกาสการป่วยคล้ายโรคมาลาเรีย การเก็บสถิติในรอบปีเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบงานป้องกันโรคมาลาเรีย

4.สะท้อนผล การสรุปตามภาระกิจหน่วยงาน อปท.ภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาและขับเคลื่อนงานให้ยั่งยืน และคืนข้อมูลให้ชุมชนรับทราบ เพื่อเปิดเวทีแลกเปลี่ยนในระดับต่างต่อไป

การศึกษาพบว่าการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย ด้านการป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรีย มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000) สอดคล้องกับผลงานวิจัย สุธีรา พูลถิ่น การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังกำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง กรณีศึกษา : อำเภอทาสองยาง จังหวัดตาก วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2566 สอดคล้องกับผลงานวิจัย เอกราช พันธุ์ลี , และอารี บุตรสอน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อมาลาเรียของประชาชนในเขตอำเภอขยแดนไทย-ลาว-กัมพูชา จังหวัดอุบลราชธานี (2565) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของประเสริฐ สุระพล, วรพจน์ พรหมสัถยพรต และรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2562) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรียตำบลห้วยข่า อำเภอขุนทรึก จังหวัดอุบลราชธานี (2562)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีการพัฒนาการดีขึ้น สามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้

2.มีระบบ การกระตุ้นเตือนให้ประชาชนมีการเฝ้าระวังความตระหนักรู้ ด้านพฤติกรรม

เดินทางไปพื้นที่เสี่ยงโรคมาลาเรีย เช่น การป้องกันตนเองจากโรค หาของป่า รวมทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคล เช่น ใช้อาบกินยุง การสวมเสื้อผ้าให้มิดชิด และหาทุนสนับสนุนจากภาคเอกชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในพื้นที่ตำบลบักดองเท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในเขตตำบลอื่นเพื่อมาเปรียบ

2.ควรดำเนินการพัฒนารูปแบบในการป้องกันและควบคุมโรคมาลาเรียโดยการมีส่วนร่วม ทุกตำบลในอำเภอขุนหาญ ประชาชนทุกตำบลขึ้นมาประกอบอาชีพในพื้นที่เสี่ยงโรคมาลาเรียในตำบลบักดอง มีการจัดการตามพื้นที่ เพื่อให้ความเหมาะสมกับบริบท

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค.(2566). สรุปรายงานการเฝ้าระวัง. กรุงเทพฯ : รายงานสถานการณ์โรคติดต่อ นำโดยแมลงประจำปี 2566.
- กองโรคติดต่อมาโดยแมลง. (2562). แนวทางการปฏิบัติ งานกำจัดโรคไข้มาลาเรียสำหรับบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์; 2562.
- ประเสริฐ สุระพล, วรพจน์ พรหมสัถยพรต และ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. (2562). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย ตำบลห้วยข่า อำเภอขุนทรึก จังหวัดอุบลราชธานี วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2562.

- สุธีรา พูลถิ่น.(2566). การพัฒนารูปแบบการเร่งรัด
กำจัดโรคมาลาเรียในพื้นที่เสี่ยงสูง
กรณีศึกษา : อำเภอสองยาง จังหวัด
ตาก วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ปีที่ 21 ฉบับที่
1 เดือนมกราคม-มิถุนายน 2566.
- ศูนย์ระบาดวิทยา.รายงาน506.(2566). โรงพยาบาล
ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ 2566.
- เอกราช พันธุลี และอารี บุตรสอน. (2565).ปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อการติดเชื้อมาลาเรียของ
ประชาชนในเขตอำเภอชายแดนไทย-ลาว-
กัมพูชา จังหวัดอุบลราชธานี วารสาร
สาธารณสุขมูลฐาน(ภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือ) 2565.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation
in PhD studies using qualitative
interviews. Forum: Qualitative Social
Research, 11(3).
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative Research and
Evaluation Methods (3rd ed.).
Thousand Oaks, CA: Sage.

ความชุกของภาวะสายตาสั้นที่เกิดขึ้นที่กระจกตาก่อนผ่าตัดต้อกระจก และผลของการผ่าตัดต้อกระจก ในผู้ป่วยภาวะต้อกระจกนอกเยื่อหุ้มตา ประเทศไทย

ชวิศา โรจนศักดิ์โสธร, พ.บ.¹, สุดารัตน์ ศาสตรธนโรจน์, พ.บ.²

บทคัดย่อ

ต้อกระจกเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดที่พบได้บ่อย โดยภาวะสายตาสั้นที่กระจกตาก่อนผ่าตัดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมองเห็นหลังผ่าตัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสายตาสั้นที่กระจกตาก่อนการผ่าตัด และผลของการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง การวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 ปี จำนวน 372 ตา จากผู้ป่วย 342 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และหน่วยความจำของเครื่อง Carl Zeiss IOLMaster Advanced Technology V. 7.5 โดยศึกษาความชุกของภาวะสายตาสั้นที่กระจกตาก่อนการผ่าตัด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของค่าสายตาสั้นที่กระจกตากับระดับการมองเห็นหลังผ่าตัด 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Independent sample t-test, one-way ANOVA และ Chi-square

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนตาผู้ป่วย 372 ตา จาก 342 คน ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 67.2 ± 8.8 ปี และร้อยละ 41.9 เป็นเพศชาย ค่าความเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดเฉลี่ยอยู่ที่ 1.13 ± 0.71 D โดยความชุกของสายตาสั้นที่กระจกตา <0.5 D, 0.5 D ถึง <1.0 D, 1.0 D ถึง <2.0 D, 2.0 D ถึง <3.0 D และ ≥ 3.0 D อยู่ที่ 16.9%, 32.5%, 40.6%, 8.9% และ 1.1% ตามลำดับ ผลการวัดสายตาหลังการผ่าตัด (LogMAR VA) โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 0.15 ± 0.11 , 0.19 ± 0.16 , 0.24 ± 0.18 , 0.29 ± 0.20 และ 0.45 ± 0.18 ตามลำดับ อัตราความสำเร็จ (LogMAR VA ≤ 0.3) อยู่ที่ 87.3%, 72.7%, 61.6%, 57.6% และ 25.0% ตามลำดับ ($p < 0.001$)

ผลจากการวิจัยพบความชุกของภาวะสายตาสั้นที่กระจกตาก่อนผ่าตัดในจังหวัดอุบลราชธานีสูงกว่าภูมิภาคอื่นของประเทศไทยเล็กน้อย อัตราความสำเร็จของผลลัพธ์ด้านการมองเห็นหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีค่าสายตาสั้นที่กระจกตา <3.0 D มีมากกว่า 50% ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเลนส์ตาแบบโมโนโฟคอล (monofocal IOL) เป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ: ภาวะสายตาสั้นที่เกิดขึ้นที่กระจกตาก่อนผ่าตัด, ผลของการผ่าตัด, การผ่าตัดต้อกระจก, ต้อกระจก

¹ นายแพทย์ชำนาญการ ภาควิชาจักษุวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

Email: chawisa.r@kkumail.com

Prevalence of Preoperative Corneal Astigmatism and Surgical Outcomes of Cataract Surgery in Northeastern patients, Thailand

Chawisa Rojanasaksothron, M.D.¹, Sudarat Sattrathanaroj, M.D.²

Abstract

Cataracts are a common cause of blindness. Preoperative corneal astigmatism can affect postoperative outcomes. This study aims to assess the prevalence of preoperative corneal astigmatism and the outcomes of cataract surgery. This retrospective study was conducted on patients who underwent cataract surgery via phacoemulsification at Warinchamrab Hospital over a 1-year period, involving 372 eyes of 342 patients. Data were collected from electronic medical records and the memory of the Carl Zeiss IOLMaster Advanced Technology V.7.5. The study investigated the prevalence of corneal astigmatism before surgery and analyzed the relationship between corneal astigmatism values and visual acuity at one month after surgery. Statistical data were analyzed using a statistical analysis software program to perform descriptive statistics and analyze the relationship using independent sample t-tests, one-way ANOVA, and chi-square tests.

This result was found that comprised 372 eyes of 342 patients, with a mean age of 67.2 ± 8.8 years, of whom 41.9% were male. The mean corneal astigmatism was 1.13 ± 0.71 D. The prevalence of corneal astigmatism was as follows: less than 0.5 D (16.9%), 0.5 D to <1.0 D (32.5%), 1.0 D to <2.0 D (40.6%), 2.0 D to <3.0 D (8.9%), and ≥ 3.0 D (1.1%). The postoperative mean LogMAR visual acuity was 0.15 ± 0.11 , 0.19 ± 0.16 , 0.24 ± 0.18 , 0.29 ± 0.20 , and 0.45 ± 0.18 , respectively. The success rates (LogMAR VA ≤ 0.3) were 87.3%, 72.7%, 61.6%, 57.6%, and 25.0%, respectively ($p < 0.001$). This study found that the prevalence of preoperative corneal astigmatism in Ubon Ratchathani was slightly higher than in other regions of Thailand. The success rate of visual outcomes in patients with corneal astigmatism of less than 3.0 D was over 50%, suggesting that monofocal intraocular lenses (IOLs) are a suitable option for this group of patients.

Keywords: Preoperative Corneal Astigmatism, Surgical Outcomes, Cataract Surgery, Cataract

¹ Medical Doctor Department of ophthalmology, Warinchamrab hospital, Ubon Ratchathani

Email: chawisa.r@kkumail.com

บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดและตาบอดที่พบได้บ่อยทั่วโลก โดยพบว่าในปี พ.ศ.2563 โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดที่พบบ่อยเป็นอันดับ 1 ของโลก (17 ล้านคน) (Burton et al., 2021) (International Agency for the Prevention of Blindness., n.d.) และเป็นสาเหตุของสายตาสั้นผิดปกติระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็นอันดับ 2 ของโลก (83 ล้านคน) (International Agency for the Prevention of Blindness., n.d.) เช่นเดียวกับในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่พบว่าโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุของภาวะตาบอดมากเกินครึ่งของสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะตาบอด (3 ล้านคน) (International Agency for the Prevention of Blindness., n.d.) และเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของสายตาสั้นผิดปกติระดับปานกลางถึงรุนแรงในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (11 ล้านคน) (International Agency for the Prevention of Blindness., n.d.)

จากการสำรวจ “The First Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) in Thailand” ปี พ.ศ. 2556 พบว่าผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีสาเหตุของภาวะตาบอดและสายตาสั้นผิดปกติระดับรุนแรง เกิดจากโรคต้อกระจกมากที่สุดคือ 69.7% และ 77.1% ตามลำดับ (Isipradit et al., 2014) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโรคต้อกระจกเป็นโรคที่พบได้บ่อยเช่นกันในประเทศไทย และเป็นสาเหตุหลักของภาวะตาบอดและตาบอดในประเทศไทยอีกด้วย

ปัจจุบันการผ่าตัดต้อกระจกเป็นการรักษาที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย เนื่องจากการพัฒนาเทคนิควิธีการผ่าตัดและเครื่องมือผ่าตัดที่ได้มาตรฐานและทันสมัย ทำให้ผลลัพธ์ของการผ่าตัดมีอัตราความสำเร็จในด้านของการมองเห็นที่สูง อย่างไรก็ตามยังมีอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการมองเห็นหลังการผ่าตัด หนึ่งในนั้นคือภาวะสายตาสั้นที่เกิดขึ้นที่กระจกตาท่อนหลังผ่าตัด ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วย

เลนส์ตาเทียมชนิดธรรมดา อีกทั้งการเลือกค่ากำลังขยายของเลนส์ตาเทียมในผู้ป่วยแต่ละราย ยังมีความจำเป็นต้องใช้ค่าสายตาสั้นที่เกิดขึ้นที่กระจกตาท่อนหลังการผ่าตัดด้วย ดังนั้นภาวะสายตาสั้นที่เกิดขึ้นที่กระจกตาท่อนหลังการผ่าตัดจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้การมองเห็นหลังการผ่าตัดต้อกระจกไม่ดีเท่าที่ควร เป็นผลให้ผู้ป่วยอาจไม่พึงพอใจกับผลลัพธ์ของการรักษาได้

ปัจจุบันแม้ว่าจะมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกของภาวะสายตาสั้นที่เกิดขึ้นที่กระจกตาท่อนหลังแล้ว แต่เนื่องด้วยประชากรทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย อาจมีความแตกต่างทางด้านพื้นฐานประชากร การเข้าถึงการรักษา และปัญหาทางการเงินที่แตกต่างจากประชากรภาคอื่นๆของประเทศ ซึ่งทางผู้วิจัยเห็นว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประชากรกลุ่มที่อยู่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ทำให้การรักษาต้อกระจกในประชากรกลุ่มนี้ยังมีความท้าทายทางด้านผลลัพธ์ของการรักษาอยู่มาก การเข้าใจถึงพื้นฐานของประชากรกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาผลลัพธ์ด้านมองเห็นของการรักษาต้อกระจกของผู้ป่วยในพื้นที่ดังกล่าว เพื่อการพัฒนาการรักษาต้อกระจกของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้สามารถเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์ด้านการมองเห็นอย่างดีที่สุด ในบริบทและสถานการณ์ที่จำกัตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกและค่าเฉลี่ยของภาวะสายตาสั้นที่เกิดขึ้นที่กระจกตาท่อนหลังการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification)
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ด้านระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัดต้อกระจก 1 เดือน ในผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มีภาวะสายตาสั้นที่กระจกตาท่อนหลังการผ่าตัด ที่โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา

ขอบเขตของการศึกษาและการเก็บข้อมูล

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยชนิดการศึกษาจากข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี โดยทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และหน่วยความจำของเครื่อง Carl Zeiss IOLMaster Advanced Technology V. 7.5 ของผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธี Phacoemulsification with intraocular lens insertion ที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2566 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 และมีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับค่าความโค้งของกระจกตาและค่าสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัด ที่ถูกเก็บไว้ในหน่วยความจำของเครื่อง Carl Zeiss IOLMaster Advanced Technology V. 7.5, ผู้ป่วยที่มีประวัติใส่เลนส์สัมผัส (contact lenses) นานน้อยกว่า 2 สัปดาห์ก่อนได้รับการตรวจวัดค่าความโค้งของกระจกตา, ผู้ป่วยที่ไม่มาติดตามการรักษาจนครบ 1 เดือน หลังการผ่าตัดต้อกระจก, ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกร่วมกับการผ่าตัดต้อเนื้อในการผ่าตัดครั้งเดียวกัน, ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด (Intraoperative complication), ผู้ป่วยที่มีภาวะผิวตาผิดปกติ (ocular surface disease) รวมถึงภาวะตาแห้ง ในขณะที่ได้รับการตรวจค่าสายตาเอียงที่กระจกตา, ผู้ป่วยที่มีโรคอื่นๆ ที่กระจกตา เช่น โรคกระจกตาโป่ง ผลเป็นที่กระจกตา โรคกระจกตาบวม เป็นต้น, ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติอื่นๆ ภายในลูกตา เช่น โรคของจอตารับภาพชัด โรคของจอประสาทตา หรือโรคของเส้นประสาทตาผิดปกติ เป็นต้น, ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติอุบัติเหตุที่ตามาก่อน (ocular trauma), ผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดภายในลูกตามาก่อน (intraocular surgery)

ทำการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกจากการศึกษา จำนวน 372 ตา จากทั้งหมด

342 คน โดยเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้ ได้แก่ อายุ, เพศ, ระดับการมองเห็น (VA) ก่อนและหลังการผ่าตัดต้อกระจก 1 เดือน, ค่าสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตา (corneal astigmatism), ค่าเฉลี่ยความโค้งกระจกตา (mean keratometry), ค่าความโค้งกระจกตาที่ราบที่สุด (Flat keratometry), ค่าความโค้งกระจกตาที่นูนที่สุด (Steep keratometry), ความยาวลูกตา (Axial length), ชนิดของสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตา (with-the-rule, against-the-rule, oblique astigmatism), ความรู้สึกของผู้ป่วยถึงความชัดของภาพหลังการผ่าตัด 1 เดือน (ชัด/ไม่ชัด) โดยหากผู้ป่วยได้รับการตรวจวัดค่าต่างๆ โดยเครื่อง Carl Zeiss IOLMaster Advanced Technology V.7.5 หลายครั้ง ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะเลือกใช้ข้อมูลครั้งสุดท้ายก่อนการผ่าตัด

ทำการศึกษาความชุกของภาวะสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตาก่อนผ่าตัดต้อกระจก โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ค่าสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตาที่มีค่า <0.5 D, 0.5 D ถึง <1.0 D, 1.0 D ถึง <2.0 D, 2.0 D ถึง <3.0 D และ ≥ 3.0 D

ศึกษาค่าเฉลี่ยของค่าสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดต้อกระจก, ผลลัพธ์ด้านการมองเห็นหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยแยกพิจารณาผลลัพธ์เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์เชิงวัตถุวิสัย (Objective outcome) คือระดับการมองเห็นที่ตรวจได้จากการอ่านแผ่นทดสอบสายตาสนเนลเลน (Snellen visual acuity) หลังการผ่าตัดต้อกระจกครบ 1 เดือน โดยนำมาแปลงเป็น LogMAR unit (LogMAR VA) โดยใช้สูตร $\text{LogMAR VA} = -1 \times \log_{10}(\text{Snellen_frac})$ และสำหรับระดับการมองเห็นที่ Hand motion, Counting finger และ Light perception จะใช้ค่า LogMAR VA จากการศึกษาในอดีต (Lange et al., 2009) ดังสรุปไว้ในตารางที่ 1 และผลลัพธ์เชิงจิตวิสัย (Subjective outcome) คือความชัดของการมองเห็นที่ผู้ป่วยรู้สึกหลัง

การผ่าตัดครบ 1 เดือน โดยแบ่งเป็น ชัด-ไม่ชัด นอกจากนี้ยังศึกษาอัตราความสำเร็จของการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยให้คำจำกัดความของคำว่า “สำเร็จ” แบ่งเป็น ความสำเร็จด้านระดับการมองเห็น (Objective success) คือมีระดับการมองเห็น (VA) หลังการผ่าตัดครบ 1 เดือน ดีกว่าหรือเท่ากับ 6/12 (LogMAR VA $\leq$ 0.3) และความสำเร็จด้านความพึงพอใจในการมองเห็น (Subjective success) คือความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วย หลังการผ่าตัด 1 เดือน ที่สามารถมองเห็นภาพได้ชัดเจนดี

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป โดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลออกมาในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ และสัดส่วน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ค่าเฉลี่ยร่วมกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณค่าสายตาเอียงและชนิดของภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาท่อนการผ่าตัด กับเพศและอายุ โดยใช้ Independent sample t-test, one-way ANOVA และ Chi-square วิเคราะห์ความแตกต่างของระดับการมองเห็นที่เปลี่ยนไปและระดับการมองเห็นหลังผ่าตัด เปรียบเทียบระหว่างแต่ละกลุ่มของค่าสายตาเอียงที่กระจกตา โดยใช้ one-way ANOVA

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าสายตาเอียงที่กระจกตากับผลสำเร็จด้านระดับการมองเห็น และผลสำเร็จด้านความพึงพอใจในการมองเห็น โดยใช้ chi-square และกำหนดให้ P-value < 0.05 ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ

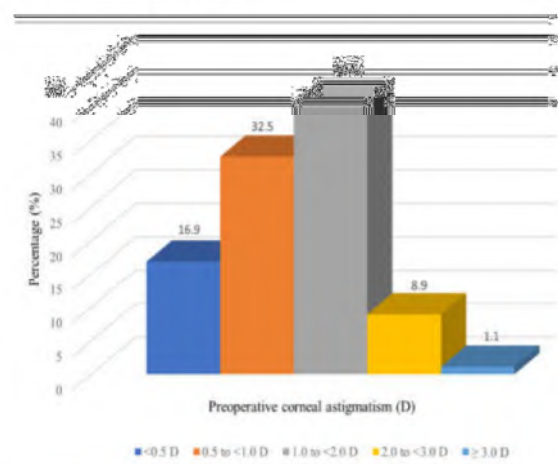
จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่เอกสารรับรอง SSJ.UB 2567 – 159 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2567 และข้อมูล

ที่เก็บได้มีการรักษาความลับ โดยไม่มีการเก็บข้อมูลระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดจำนวน 372 ตา จากผู้ป่วย 342 คน ดังตารางที่ 2 พบว่าเป็นเพศชาย 156 ตา (41.9%) และเพศหญิง 216 ตา (58.1%) มีอายุอยู่ในช่วง 32-87 ปี อายุเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 67.2 ± 8.8 ปี ค่าความเอียงที่กระจกตาท่อนการผ่าตัดเฉลี่ย 1.13 ± 0.71 D โดยพบว่าเป็นค่าสายตาเอียงที่กระจกตาด้าน With-the-rule จำนวน 101 ตา (27.2%), Against-the-rule จำนวน 200 ตา (53.8%) และ Oblique จำนวน 71 ตา (19.1%) ข้อมูลประชากรอื่นๆ ดังตารางที่ 2 โดยจากการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาท่อนการผ่าตัดที่มีค่า <0.5 D, 0.5 D ถึง <1.0 D, 1.0 D ถึง <2.0 D, 2.0 D ถึง <3.0 D และ ≥ 3.0 D มีความชุกอยู่ที่ 16.9%, 32.5%, 40.6%, 8.9% และ 1.1% ตามลำดับ ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 แสดงความชุกของภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาท่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

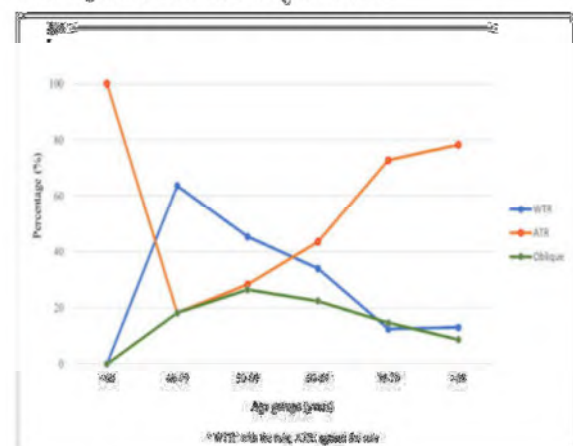
ตารางที่ 1 แสดงการเปลี่ยนหน่วยค่าสายตาจาก Snellen (เมตร) เป็น LogMAR unit

Snellen VA (metric)	LogMAR VA
6/6	0.0
6/9	0.18
6/12	0.3
6/18	0.5
6/24	0.6
6/36	0.8
6/60	1.0
5/60	1.1
4/60	1.2
3/60	1.3
2/60	1.5
1/60	1.8
CF*	2.0
HM*	2.3
LP*	2.6

* อ้างอิงจากการศึกษาในอดีตของ Lange C และคณะ (Lange et al., 2009)

ความสัมพันธ์ของเพศกับความเอียงที่กระจกตา ก่อนการผ่าตัดพบว่า เพศหญิงและเพศชายมีค่าความเอียงที่กระจกตาเฉลี่ย 1.02 ± 0.56 D และ 1.20 ± 0.79 D ตามลำดับ จากตารางที่ 3 พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับชนิดของสายตาเอียงที่กระจก

ตา ($p=0.95$) แต่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี, 40-49 ปี, 50-59 ปี, 60-69 ปี, 70-79 ปี, และตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีค่าความเอียงที่กระจกตาเฉลี่ย 0.79 ± 0.29 D, 0.84 ± 0.52 D, 1.03 ± 0.56 D, 0.99 ± 0.57 D, 1.29 ± 0.84 D, 1.46 ± 0.77 D ตามลำดับ ส่วนชนิดของภาวะสายตาเอียงที่กระจกตามีความสัมพันธ์กับช่วงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) โดยพบว่าชนิดของความเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตาชนิด Against-the-rule จะเพิ่มมากขึ้นตามช่วงอายุที่มากขึ้น ยกเว้นในช่วงอายุน้อยกว่า 40 ปี ที่พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดมีความเอียงที่กระจกตาเป็นชนิด Against-the-rule ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 แสดงร้อยละของชนิดต่างๆของภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดแบ่งตามกลุ่มอายุ

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประชากรพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification)

Characteristics	Values
Eyes/ patients	372/ 342
Ages (y)	
Mean $\pm$ SD	67.2 $\pm$ 8.8
Range	[32-87]

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประชากรพื้นฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นความถี่สูง (Phacoemulsification)

Characteristics	Values
Sex (n, (%))	
Male	156 (41.9%)
Female	216 (58.1%)
Corneal astigmatism (D)	
Mean $\pm$ SD	1.13 $\pm$ 0.71
Range	5.91 – 0.11
Flat keratometry (D)	
Mean $\pm$ SD	44.10 $\pm$ 1.53
Range	40.47 – 49.63
Steep keratometry (D)	
Mean $\pm$ SD	45.24 $\pm$ 1.60
Range	41.46 – 50.98
Type of corneal astigmatism, n (%)	
With-the-rule	101 (27.2%)
Against-the-rule	200 (53.8%)
Oblique	71 (19.1%)
Preoperative vision category*, n (%)	
Mild visual impairment	56 (15.1%)
Moderate visual impairment	141 (37.9%)
Severe visual impairment	60 (16.1%)
Blindness	115 (30.9%)
Axial length (mm)	
Mean $\pm$ SD	23.12 $\pm$ 0.89
Range	20.1 – 27.3

* Mild visual impairment (LogMAR VA 0.3 to <0.5); Moderate visual impairment (LogMAR VA 0.5 to <0.8); Severe visual impairment (LogMAR VA 0.8 to <1.3), and Blindness (LogMAR VA $\leq$ 1.3); D: diopter

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ของค่าสายตาเอียงที่กระจกตา ความโค้งกระจกตา และชนิดของภาวะสายตาเอียงที่กระจกตา กับเพศและอายุ ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

Group	CYL (D)	K1 (D)	K2 (D)	Mean K (D)	Astigmatism type		
	mean $\pm$ SD	mean $\pm$ SD	mean $\pm$ SD	mean $\pm$ SD	WTR (%)	ATR (%)	Oblique (%)
Sex							
Male	1.02 $\pm$ 0.56	43.63 $\pm$ 1.39	44.66 $\pm$ 1.46	44.14 $\pm$ 1.39	26.9	53.2	19.9
Female	1.20 $\pm$ 0.79	44.44 $\pm$ 1.54	45.65 $\pm$ 1.57	45.05 $\pm$ 1.50	27.3	54.2	18.5
P value	0.009	<0.001	<0.001	<0.001		0.95	
Age							
< 40	0.79 $\pm$ 0.29	41.17 $\pm$ 0.99	41.96 $\pm$ 0.70	41.56 $\pm$ 0.84	0	100	0
40-49	0.84 $\pm$ 0.52	43.79 $\pm$ 1.25	44.63 $\pm$ 1.19	44.21 $\pm$ 1.19	63.6	18.2	18.2
50-59	1.03 $\pm$ 0.56	43.69 $\pm$ 1.37	44.63 $\pm$ 1.19	44.22 $\pm$ 1.36	45.3	28.3	26.4
60-69	0.99 $\pm$ 0.57	44.22 $\pm$ 1.61	45.22 $\pm$ 1.67	44.72 $\pm$ 1.61	34	43.5	22.4
70-79	1.29 $\pm$ 0.84	44.22 $\pm$ 1.44	45.52 $\pm$ 1.48	44.87 $\pm$ 1.40	12.5	72.8	14.7
$\geq$ 80	1.46 $\pm$ 0.77	43.91 $\pm$ 1.73	45.34 $\pm$ 1.86	44.63 $\pm$ 1.76	13	78.3	8.7
P value	<0.001	0.017	0.002	0.005		<0.001	

CYL: corneal astigmatism; K1: flat keratometry; K2: steep keratometry; WTR: with the rule; ATR: against the rule; D: diopter.

ระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่มีความเอียงที่กระจกตา <0.5 D, 0.5 D ถึง <1.0 D, 1.0 D ถึง <2.0 D, 2.0 D ถึง <3.0 D และ $\geq$ 3.0 D มีระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัด (Postoperative LogMAR VA) เฉลี่ยอยู่ที่ 0.15 $\pm$ 0.11, 0.19 $\pm$ 0.16, 0.24 $\pm$ 0.18, 0.29 $\pm$ 0.20, และ 0.45 $\pm$ 0.18 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปลี่ยนแปลงของระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจก

Corneal astigmatism	Preoperative to postoperative LogMAR VA change			Postoperative LogMAR VA		
	Mean $\pm$ SD	F	P value	Mean $\pm$ SD	F	P value
<0.5 D	1.18 $\pm$ 0.60	0.764	0.549	0.15 $\pm$ 0.11	8.205	<0.001
0.5 to < 1.0 D	1.11 $\pm$ 0.60			0.19 $\pm$ 0.16		
1.0 to < 2.0 D	1.14 $\pm$ 0.66			0.24 $\pm$ 0.18		
2.0 to < 3.0 D	0.96 $\pm$ 0.66			0.29 $\pm$ 0.20		
$\geq$ 3.0 D	1.11 $\pm$ 0.40			0.45 $\pm$ 0.18		

การวัดระดับความสำเร็จของการผ่าตัดในแง่ระดับการมองเห็น (Objective success rate) พบว่า กลุ่มที่มีค่าความเอียงที่กระจกตา <0.5 D, 0.5 D ถึง <1.0 D, 1.0 D ถึง <2.0 D, 2.0 D ถึง <3.0 D และ $\geq$ 3.0 D มี

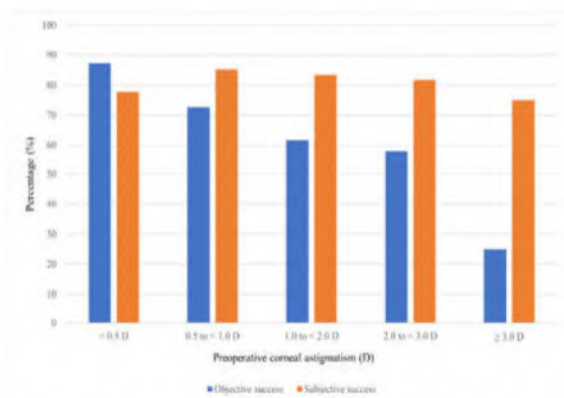
อัตราความสำเร็จด้านระดับการมองเห็น (LogMAR VA $\leq$ 0.3) เท่ากับ 87.3%, 72.7%, 61.6%, 57.6% และ 25.0% ตามลำดับ ส่วนในแง่ของอัตราความสำเร็จด้านความพึงพอใจในการมองเห็นหลังผ่าตัด (Subjective success rate) พบว่ากลุ่มที่มีความเอียงที่กระจกตา <0.5 D, 0.5 D ถึง <1.0 D, 1.0 D ถึง <2.0 D, 2.0 D ถึง <3.0

D และ ≥ 3.0 D มีอัตราความสำเร็จด้านความพึงพอใจหลังการผ่าตัด (ความรู้สึกมองเห็นชัดเจนดี) เท่ากับ 77.8%, 85.1%, 83.3%, 81.8%, 75.0% ตามลำดับ ดังตารางที่ 5 และรูปภาพที่ 3

ตารางที่ 5 แสดงผลลัพธ์ด้านการมองเห็นหลังการผ่าตัดต้อกระจก ของผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัด

Corneal astigmatism	Objective success ^a , n (%)			Subjective success ^b , n (%)		
	Success	Failure	P value	Success	Failure	P value
<0.5 D	55 (87.3)	8 (12.7)	<0.001	49 (77.8)	14 (22.2)	0.774
0.5 to < 1.0 D	88 (72.7)	33 (27.3)		103 (85.1)	18 (14.9)	
1.0 to < 2.0 D	93 (61.6)	58 (38.4)		125 (83.3)	25 (16.7)	
2.0 to < 3.0 D	19 (57.6)	14 (42.4)		27 (81.8)	6 (18.2)	
≥ 3.0 D	1 (25.0)	3 (75.0)		3 (75.0)	1 (25.0)	

^aObjective success: LogMAR VA $\leq$ 0.3; ^bSubjective success: Good vision in patients' experience



รูปภาพที่ 3 แสดงผลลัพธ์ด้านการมองเห็นหลังการผ่าตัดต้อกระจก ของผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัด

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความชุกของภาวะสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดต้อกระจก ในผู้ป่วยโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดอุบลราชธานี

ซึ่งเป็นผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยในอดีตได้มีการศึกษาค่าความเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (Prakairungthong et al., 2015), โรงพยาบาลรามคำแหง (Lekhanont et al., 2011) และโรงพยาบาลในต่างประเทศ (Prasher et al., 2017), (Yu et al., 2017), (Ma et al., 2020) พบว่าในการศึกษานี้มีค่าสายตาเอียงที่กระจกตาเฉลี่ยอยู่ที่ 1.13 ± 0.71 D ซึ่งมีค่ามากกว่าของภูมิภาคอื่นของประเทศไทยเล็กน้อย เช่นในการศึกษาของ Prakairungthong และคณะ (Prakairungthong et al., 2015) และ Lekhanont และคณะ (Lekhanont et al., 2011) และในการศึกษานี้พบว่าความชุกของค่าสายตาเอียงที่กระจกตาที่มีค่าอยู่ระหว่าง 1.0 D ถึง <2.0 D มีความชุกมากที่สุด (40.6%) รองลงมาคือระหว่าง 0.5 D ถึง <1.0 D (32.5%) ส่วนค่าสายตาเอียงที่กระจกตาที่มีค่าตั้งแต่ 3.0 D ขึ้นไป พบว่ามีความชุกน้อยที่สุด (1.1%) ซึ่งมีความแตกต่างกับ

การศึกษาในอดีต (Prakairungthong et al., 2015), (Lekhanont et al., 2011), (Yu et al., 2017) เล็กน้อยที่พบว่าค่าสายตาเอียงที่กระจกตาที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0.5 D ถึง 1.0 D มีความชุกมากที่สุด (34.98% - 42.49%) แสดงให้เห็นว่าประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีความแตกต่างด้านกายวิภาคกับผู้ป่วยภูมิภาคอื่นและประเทศอื่นนั่นเอง

จากการศึกษาเกี่ยวกับระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัด (LogMAR VA) และอัตราความสำเร็จในด้านการมองเห็นหลังการผ่าตัด (Objective success rate) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าความเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดยังน้อย ยังมีระดับการมองเห็นหลังผ่าตัดที่ดี และมีอัตราความสำเร็จของระดับการมองเห็นที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าความเอียงที่กระจกตามาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่กลับกันในแง่ของอัตราความสำเร็จด้านความพึงพอใจในการมองเห็นหลังผ่าตัด (Subjective success rate) พบว่าค่าความเอียงที่กระจกตาต่างกัน กลับไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.774$) ซึ่งทางคณะวิจัยมีความเห็นว่าเนื่องจากผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีความอดทนต่อความมัวของภาพค่อนข้างสูง เห็นได้จากผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคต้อกระจกในการศึกษานี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นระดับปานกลาง (Moderate visual impairment) มากที่สุด (37.9%) และรองลงมาเป็นต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) (30.9%) ดังนั้นแม้ว่าระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัดจะไม่ดีมากนัก แต่ผู้ป่วยก็ยังคงพึงพอใจ และบอกว่าการมองเห็นหลังการผ่าตัดมีความชัดเจนดีนั่นเอง ดังนั้นในบริบทของโรงพยาบาลต่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่ผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดทางการเงิน ไม่สามารถจ่ายส่วนต่างสำหรับเลนส์ตาเทียมในการแก้ไขค่าสายตาเอียงที่เกิดขึ้นที่กระจกตาได้ จึงสามารถพิจารณาข้อมูลจากการศึกษานี้

ประกอบการตัดสินใจในการเลือกชนิดของเลนส์ตาเทียมให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

บทสรุป

ความชุกของภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยจังหวัดอุบลราชธานี มีความแตกต่างกับภูมิภาคอื่นของประเทศไทยเล็กน้อย และระดับการมองเห็นหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาน้อยกว่า 3.0 D มีอัตราความสำเร็จเกิน 50% ดังนั้นจึงสามารถพิจารณาเลือกการผ่าตัดใส่เลนส์ตาเทียมชนิดไม่มีการแก้ไขในผู้ป่วยกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางการเงินได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ผู้ป่วยในจังหวัดอุบลราชธานี มีค่าเฉลี่ยของค่าสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดมากกว่าภูมิภาคอื่นของประเทศเล็กน้อย ดังนั้นจึงควรพิจารณาถึงภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดและแนะนำผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการตัดสินใจรักษา

2. สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสายตาเอียงที่กระจกตาก่อนการผ่าตัดน้อยกว่า 3.0 D และมีปัญหาทางการเงิน ไม่สามารถจ่ายส่วนต่างของราคาค่าเลนส์ตาเทียมชนิดแก้ไขสายตาเอียงได้ สามารถพิจารณาเลือกใช้เลนส์ตาเทียมชนิดโมโนโฟคอล (monofocal IOL) ได้ ซึ่งยังคงให้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาผลลัพธ์ด้านการมองเห็นที่ 1 เดือน หลังการผ่าตัดต้อกระจกเท่านั้น ซึ่งเป็นการศึกษาผลลัพธ์ในระยะสั้น ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปอาจศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านการมองเห็นที่ 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี หลังการผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้สามารถสรุปผลลัพธ์ในระยะยาวได้

เอกสารอ้างอิง

- Burton, M. J., Ramke, J., Marques, A. P., Bourne, R. R. A., Congdon, N., Jones, I., Ah Tong, B. A. M., Arunga, S., Bachani, D., Bascaran, C., Bastawrous, A., Blanchet, K., Braithwaite, T., Buchan, J. C., Cairns, J., Cama, A., Chagunda, M., Chuluunkhuu, C., Cooper, A., ... Faal, H. B. (2021). The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: Vision beyond 2020. *The Lancet Global Health*, 9(4), e489–e551. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30488-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5).
- International Agency for the Prevention of Blindness. (n.d.). Cataract. *IAPB - International Agency for the Prevention of Blindness*. <https://www.iapb.org/learn/vision-atlas/causes-of-vision-loss/cataract/>.
- Isipradit, S., Sirimaharaj, M., Charukamnoetkanok, P., Thonginnetra, O., Wongsawad, W., Sathornsumetee, B., Somboonthanakij, S., Soornsawasdi, P., Jitawatannarat, U., Taweebanjongsin, W., Arayangkoon, E., Arame, P., Kobkoonthon, C., & Pangputhipong, P. (2014). The First Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) in Thailand. *PLoS ONE*, 9(12), e114245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114245>.
- Lange, C., Feltgen, N., Junker, B., Schulze-Bonsel, K., & Bach, M. (2009). Resolving the clinical acuity categories “hand motion” and “counting fingers” using the Freiburg Visual Acuity Test (FrACT). *Graefe’s Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 247(1), 137–142. <https://doi.org/10.1007/s00417-008-0926-0>
- Prakairungthong, N., Charukamnoetkanok, P., & Isipradit, S. (2015). Prevalence of Preoperative Corneal Astigmatism in Patients Undergoing Cataract Surgery at Mettapracharak Hospital, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet*, 98(9), 878–882.
- Lekhanont, K., Wuthisiri, W., Chatchaipun, P., & Vongthongsri, A. (2011). Prevalence of corneal astigmatism in cataract surgery candidates in Bangkok, Thailand. *Journal of Cataract and Refractive Surgery*, 37(3), 613–615. <https://doi.org/10.1016/j.jcrs.2010.12.038>
- Prasher, P., & Sandhu, J. S. (2017). Prevalence of corneal astigmatism before cataract surgery in Indian population. *International Ophthalmology*, 37(3), 683–689. <https://doi.org/10.1007/s10792-016-0327-z>
- Yu, J.-G., Zhong, J., Mei, Z.-M., Zhao, F., Tao, N., & Xiang, Y. (2017). Evaluation of biometry and corneal astigmatism in cataract surgery patients from Central China. *BMC Ophthalmology*, 17(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12886-017-0450-2>
- Ma, W., Zuo, C., Chen, W., Zheng, S., Xu, J., Gong, R., Mijiti, M., Alifu, K., Ding, L., & Lin, M. (2020). Prevalence of Corneal Astigmatism in Patients before Cataract Surgery in Western China. *Journal of Ophthalmology*, 2020, 5063789. <https://doi.org/10.1155/2020/5063789>

The Development of a Road Traffic Accident Prevention System with the Participation of Stakeholders in Pho Wong Sub-district, Khun Han District, Si Sa Ket Province

Thanongpetch Prabseang, M.P.H.¹

Abstract

This research aimed to develop a community-based road accident prevention system in Poh Wong Sub-district, Khun Han District, Sisaket Province. The study involved 40 community representatives as participants and was conducted over 16 weeks from May to August 2024, using Kemmis & McTaggart's action research model with two cycles. Each cycle comprised four phases: planning, acting, observing, and reflecting. Data was analyzed using descriptive statistics and the paired t-test to compare mean differences.

The research found that developing a community-based road accident prevention system, with the participation of network partners, yielded significant results. The study revealed the following: 1. In terms of planning, policies and plans were implemented in collaboration with network partners through the sub-district and village level quality of life development committees. The road accident prevention system was disseminated at community forums, and funding was sought from the sub-district health security fund and the private sector to support these activities, 2. Regarding implementation, practical training sessions were conducted on safe driving, identification of accident-prone areas, landscape improvement, coordination of assistance for accident victims, and basic first aid, 3. For monitoring, a Line application was used to send alerts, report accidents, and identify potential accident hotspots within the community, data was collected for statistical analysis and to inform future planning and evaluation and 4. In terms of reflection, the findings were shared with the community through various platforms, and incentives were provided to encourage community members to adopt safety measures. Awareness was raised among government agencies, community networks, the public, and at-risk groups about road accidents. Additionally, the community utilized local wisdom by creating traffic signs from recycled materials. There was significant cooperation from all sectors in terms of decision-making and planning, both before and after the implementation of the system. Statistical analysis revealed a significant difference ($p<0.05$) in terms of participation in decision-making and planning. Similarly, there was a significant difference ($p<0.05$) in terms of participation in implementation activities before and after the system was implemented. Finally, there was a significant difference ($p<0.05$) in terms of participation in the evaluation process before and after the implementation and control program.

Keywords: development, model, road accident, participation, involvement

¹ Public Health Technical Officer, Professor level, Pho Wong Health Promoting Hospital, Khun Han District, Sisaket Province; Email: thanongpetch@gmail.com

บทนำ

อุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 ของประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงสุด อันดับ 9 ของโลก การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการส่วนใหญ่ที่พบวัยเด็กและเยาวชน อันเป็นกำลังหลักของชาติในอนาคต ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งภาครัฐบาลต้องใช้งบประมาณในการเยียวยาจำนวนมาก จารการวิเคราะห์สถานการณ์ในระดับประเทศ ระดับจังหวัด อุบัติเหตุบนท้องถนนแนวโน้มอย่างสูง (สมัย หลักทอง. 2566)

สถานการณ์อุบัติเหตุบนท้องถนนในประเทศไทยในปี (2562-2566)จำนวนผู้บาดเจ็บ: 1,004,444, 944,806, 899,290, 892,039, 213,456, ราย จำนวนผู้เสียชีวิต: 26,756, 24,107, 23,676, 23,019, 22,438 ราย จังหวัดที่พบจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด จังหวัดกรุงเทพมหานคร ในปี 2562 จำนวน1,293 ราย รองลงมา จังหวัดชลบุรี ในปี 2562 จำนวน 831 ราย (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC. 2566) สถานการณ์อุบัติเหตุบนท้องถนนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี (2562 - 2566) จำนวนผู้บาดเจ็บ: 283,423, 259,905, 247,432, 242,182, 64,128 ราย จำนวนผู้เสียชีวิต: 7,749, 7,063, 6,793, 6,542, 3,642ราย จังหวัดที่พบจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด จังหวัดขอนแก่น ในปี 2562 จำนวน775ราย รองลงมา จังหวัดชลบุรี ในปี 2562 จำนวน 754 ราย (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC. 2566) สถานการณ์อุบัติเหตุบนท้องถนนในจังหวัดศรีสะเกษในปี (2562-2566) จำนวนผู้บาดเจ็บ: 14,237, 12,201, 12,201, 11,987, 8,894ราย จำนวนผู้เสียชีวิต: 393, 347, 321, 304,178 ราย อำเภอพบ

จำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด อำเภอเมืองศรีสะเกษ ปี 2562 จำนวน 125 ราย รองลงมา อำเภอขุขันธ์ ในปี 2562 จำนวน 70 ราย (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC. 2566)สถานการณ์อุบัติเหตุบนท้องถนนในอำเภอขุนหาญ ในปี (2562-2566) จำนวนผู้บาดเจ็บ:1382, 1,211,1,223, 1,012, 811, ราย จำนวนผู้เสียชีวิต: 25, 22, 19, 16,11 ราย ในปี 2566 ที่ผ่านมามีตำรวจเกิดอุบัติเหตุถึง 37 ครั้ง จากอุบัติเหตุบนท้องถนนลักษณะพื้นที่ตำบลโพธิ์วังค์เป็นถนนเชื่อมกับทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 204 เส้นทางเชื่อมกับแหล่งท่องเที่ยว สลับกับถนนในหมู่บ้าน ทำให้เกิดความเสียหายในอุบัติเหตุ โดยสาเหตุหลักจากจักรยานยนต์ โดนเฉี่ยวชนจากรถกระบะ การขับชนสัตว์เลี้ยงรวมถึงการไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ไม่สวมหมวกนิรภัย เมาแล้วขับยานพาหนะ (ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC. 2566)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลโพธิ์วังค์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

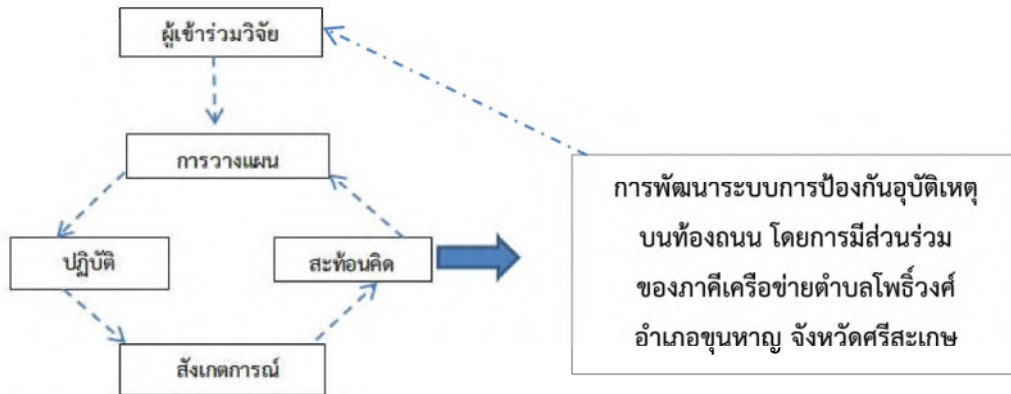
วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์วังค์

2.2 เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบกระบวนการส่วนร่วมการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์วังค์

2.3 เพื่อศึกษาผลของปัจจัยแห่งความสำเร็จการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์วังค์

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR (Kemmis & Mc Taggart, 2000) PAOR จำนวน 2 รอบซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1.การวางแผน(Planning)การวิเคราะห์ปัญหา การศึกษาพื้นที่เสี่ยงอุบัติเหตุบนท้องถนน

ขั้นตอนที่ 2.ปฏิบัติการ (Acting)การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสร้างการรับรู้ จุดเสี่ยงในชุมชน การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 3.สังเกตการณ์และบันทึกผล (Observing)การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้คำแนะนำเก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator)ขั้นตอนที่

4.สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) การประเมินผลการปฏิบัติการ การประเมินความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องเป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน วิจัยในครั้งนี้มี 7 กลุ่ม ได้แก่ 1) ตัวแทน อปท. 2) ผู้นำชุมชน 3) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5)ตำรวจ 6) ผู้บริหารสถานศึกษา 7)ตัวแทนชุมชน โดยการสุ่มด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาจากบทบาทและความสำคัญในด้านการบริหารจัดการชุมชนโดยใช้หลักการเลือกในงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีบทบาทสำคัญและสอดคล้องกับเป้าหมายของการวิจัย (Patton, 2002) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ร้อยละ 20 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตามแนวคิดของ Mason (2010)

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหาเช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึก เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อ

เดือน การรับข่าวสารสถานการณ์อุบัติเหตุ ผ่านออร์บ
เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการ
ป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการ
ป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน จำนวน 27 ข้อ ค่าความ
เชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการ
ป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่าย จำนวน 4 ข้อ(แบบสัมภาษณ์เจาะลึก
แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนา)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำ
เนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

1.1.ขั้นเตรียมการ1) ผู้วิจัยขอหนังสือจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาต
เก็บรวบรวมข้อมูล 2)ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุข
อำเภอผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกลุ่มเป้าหมาย
ในเขตพื้นที่ตำบลโพธิ์รังค์เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บ
ข้อมูลในพื้นที่ 3)อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้
เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย 4)เตรียม
เครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล 1.2 ขั้นดำเนินการ
1)นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตาม
แบบสอบถามที่สร้างขึ้น 2)ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการ
เก็บ ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์
กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 40 ฉบับ 3)ผู้วิจัยตรวจสอบ
ความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และ
นำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2.การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการ
เฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้
อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์
ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดง
ออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพ

ความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วน
ร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม(Non-
participationobservation)ด้วยการสังเกตการ
ส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุบนท้องถนน
ของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์รังค์ อำเภอขุนหาญ จังหวัด
ศรีสะเกษ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม
(Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้
สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็น
ในการการส่งเสริมพฤติกรรมรูปแบบการพัฒนา
ระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน

2.1.3การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth
interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องในการการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ
อุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายโดยผู้ศึกษาดำเนินการขั้นตอนต่างๆได้แก่
ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี
การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการ
สัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต
การฟัง การซักถามการถามซ้ำและการกล่าวขอบคุณ
การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงการมีส่วนร่วมด้านการ
ตัดสินใจและวางแผน และด้านการมีส่วนร่วมในการ
ปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ
บริบทอื่น

2.1.4การสนทนากลุ่ม (focus-group
discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นการส่งเสริม
พฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมี
ส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมถึงการดำเนินกิจกรรม
การผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่
มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้
ความสนใจโดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10
คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็น
ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกัพฤติกรรมในการร่วมการ และ
เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของ
ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จด

บันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนาแนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศของผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่ายเพื่อโดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม(facilitator)เพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน

2.1.6 การประชุม โดยการจัดเวทีในการแสดง

2.1.7 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่าย

2.1.8 การประชุม โดยการจัดเวทีในการแสดงความคิดเห็น การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้ 1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่า Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC ที่มีค่าตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ตำบลไพร อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 40 ท่าน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติจุดเสี่ยงอุบัติเหตุบนท้องถนนใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ตำแหน่งในชุมชน การรับข่าวสารสถานการณ์อุบัติเหตุ ผ่านออร์บการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ใช้ Kuder และ Richardson (1937) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์วัง อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เปรียบเทียบความ

แตกต่างกันทางด้านสถิติของข้อมูลก่อนและหลังการ
ดำเนินโครงการ ด้วยสถิติ Paired t - test ข้อมูล
เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content
Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH
2024-062 รับรอง วันที่ 9 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1.ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง
พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) มีช่วงอายุ
ระหว่าง 45 – 49 ปี (ร้อยละ 37.5) มากที่สุด รองลงมา
ได้แก่ ช่วงอายุระหว่าง 55 – 59ปี(ร้อยละ15) มีอายุ
เฉลี่ย 47.5 ปี (SD = 8.3) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า
กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุด (ร้อยละ 75) ระดับ
การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ
การศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 37.5)
รองลงมาได้แก่ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 27.5) การ
ประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบ
อาชีพรับราชการ (ร้อยละ 40) รายได้ของกลุ่มตัวอย่าง
เฉลี่ยต่อเดือน 19,820.50 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี
รายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 65.5)
รองลงมาได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อ
เดือน (ร้อยละ 35.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับ
ข้อมูลข่าวสาร โดยพบว่าได้รับข่าวสารโทรทัศน์
หรือกระจายข่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน (ร้อย
ละ 100) รองลงมาคือ ได้รับข่าวสารจาก อสม. (ร้อยละ
70) ผ่านการอบรมความรู้การอุบัติเหตุบนท้องถนน
(ร้อยละ 60)

2.ผลวิจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมาลาเรีย
การวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 7.5$ S.D.. = 1.51)
หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับปานมาก
($\bar{x} = 10.8$ S.D. = 1.04)

3.ผลวิจัยด้านการพัฒนารูปแบบการมี
ส่วนร่วมในด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผน
ก่อนการวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 18.4$,
S.D. = 2.76) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ใน
ระดับปานมาก ($\bar{x} = 24$, S.D. = 1.58)

4.ผลวิจัยด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ
ก่อนการวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 17.9$,
S.D. = 2.30) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ใน
ระดับมาก($\bar{x} = 24.3$, S.D. = 3.78)

5.ผลวิจัยด้านการมีส่วนร่วมในการ
ประเมินผล ก่อนการวิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} =$
18.7S.D. = 2.77) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่
ในระดับมาก ($\bar{x} = 24.8$, S.D. = 1.69)

6.ผลวิจัย ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการ
ป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่าย

6.1.1 ขั้นตอนการพัฒนาระบบการป้องกัน
อุบัติเหตุบนท้องถนนโดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายตำบลโพธิ์วังค์ อำเภอนาทม จังหวัด
ศรีสะเกษ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนได้แก่1) วิเคราะห์
พื้นที่จุดเสี่ยงอุบัติเหตุในชุมชนสถานการณ์อุบัติเหตุที่
ผ่านมา ออกแบบแบบเก็บข้อมูล 2)จัดตั้งแกนนำ
ในชุมชน 3)ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การ
ปฏิบัติ 4)ทำข้อตกลง 5)มอบหมายภาระกิจที่
รับผิดชอบ 6)ดำเนินการตามแผนที่กำหนด7)ติดตาม
และประเมินผล 8)คืนข้อมูลให้ชุมชนและถอดบทเรียน

6.1.2 การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุ
บนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบล
โพธิ์วังค์ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ จากการ
สัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม
ประชาคมระดมความคิด การจัดทำข้อตกลงร่วมและ
การประชุมพัฒนาศักยภาพของทีม ผ่านกระบวนการ
การพัฒนารูปแบบ4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบ ได้มี
นโยบายแผนงานสู่การปฏิบัติร่วมกับภาคีเครือข่าย ใน
รูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สู่
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.)

ถ่ายทอดระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ในเวทีชุมชน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชนในการเคลื่อนกิจกรรม เพื่อให้ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน

6.2.การอบรมเชิงปฏิบัติการ การขับเคลื่อนกลยุทธ์,สัญญาณเตือนจุดเสี่ยงอุบัติเหตุในชุมชน,การปรับภูมิทัศน์ส่งข้อมูลให้ อปท.ลงพื้นที่ตรวจสอบ,การประสานงานช่วยเหลือในกรณีพบผู้ประสบอุบัติเหตุ, การปฐมพยาบาลที่ถูกต้องเบื้องต้น,การสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน

6.3.การสังเกต การติดตาม ในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือน แจ้งข่าวกรณีอุบัติเหตุ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ การมีส่วนร่วมการวางแผน การปฏิบัติการ การประเมินผล ก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=40)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		p-value
	$\bar{x}$	S.D	$\bar{x}$	S.D	
ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผน	18.4	2.76	24	1.58	.000
ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	17.9	2.30	24.3	3.78	.000
ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	18.7	2.77	24.8	1.69	.000

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากศึกษาบริบทของพื้นที่การจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน มีนโยบายแผนงานสู่การปฏิบัติร่วมกับภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) ถ่ายทอดระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ในเวทีชุมชน การขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชน ในการเคลื่อนกิจกรรม เพื่อให้ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน การอบรมเชิงปฏิบัติการ การขับเคลื่อนกลยุทธ์,สัญญาณเตือนจุดเสี่ยงอุบัติเหตุในชุมชน,การปรับภูมิทัศน์ส่งข้อมูลให้ อปท.ลงพื้นที่ตรวจสอบ,การประสานงานช่วยเหลือในกรณีพบผู้ประสบอุบัติเหตุ,การปฐมพยาบาลที่ถูกต้องเบื้องต้น,

ในชุมชนและพบจุดเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดอุบัติเหตุในชุมชน การเก็บข้อมูลเพื่อเป็นสถิติและวางแผนพัฒนาการและติดตามประเมินผล

6.4.สะท้อนผล การคืนข้อมูลสู่ชุมชนในเวทีต่างๆ การสร้างแรงจูงใจ ผู้ที่ดำเนินการตามกติกาชุมชน โดยการสร้างการรับรู้ของส่วนราชการภาคีเครือข่ายประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ภูมิปัญญาของชุมชนการนำวัสดุเหลือใช้มาทำเป็นป้ายจราจร ได้รับความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ดังตารางที่ 1

การสื่อสาร การติดตาม ในรูปแบบ แอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือน แจ้งข่าวกรณีอุบัติเหตุในชุมชนและพบจุดเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดอุบัติเหตุในชุมชน การเก็บข้อมูลเพื่อเป็นสถิติและวางแผนพัฒนาการและติดตามประเมินผล การคืนข้อมูลสู่ชุมชนในเวทีต่างๆ การสร้างแรงจูงใจ ผู้ที่ดำเนินการตามมาตรการชุมชน โดยการสร้างการรับรู้ของส่วนราชการภาคีเครือข่ายประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ภูมิปัญญาของชุมชนการนำวัสดุเหลือใช้มาทำเป็นป้ายจราจรได้รับความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ และความรู้ด้านเพิ่มขึ้น ทักษะการเข้าใจข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลและการประยุกต์ใช้

อภิปรายผล

การพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์รังค์ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลด้านบริบท

ตำบลโพธิ์วงค์ ประมาณ 65 กิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 6,431 คน แบ่งเป็น เพศชาย 2,431 คน เพศหญิง 4,000 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติเขมร ลาว ปัญหาสุขภาพตำบลโพธิ์วงค์ สรุปได้ดังนี้ อันดับ 1 คือ โรคไข้เลือดออก รองลงมา ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนน โรคเบาหวาน โรคหนองปวยธิ (มะเร็งตับท่อน้ำดี) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC บริบทพื้นที่ 1)วิเคราะห์พื้นที่จุดเสี่ยงอุบัติเหตุในชุมชน สถานการณ์อุบัติเหตุที่ผ่านมา ออกแบบแบบเก็บข้อมูล 2)จัดตั้งแกนนำในชุมชน 3)ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ 4)ทำข้อตกลง 5)มอบหมายภาระกิจที่รับผิดชอบ 6)ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7)ติดตามและประเมินผล 8) คืนข้อมูลให้ชุมชนและถอดบทเรียน

1.ด้านการวางแผน มีนโยบายแผนงานสู่การปฏิบัติร่วมกับภาคีเครือข่าย ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล สู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) ถ่ายทอดระบบการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ในเวทีชุมชน ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชนในการเคลื่อนกิจกรรม เพื่อให้ลดอุบัติเหตุบนท้องถนน

2.การปฏิบัติ มีการอบรมเชิงปฏิบัติการ การขับซึ่ปลอดภัย,สัญญาณเตือนจุดเสี่ยงอุบัติเหตุในชุมชน,การปรับภูมิทัศน์ส่งข้อมูลให้ อปท.ลงพื้นที่ตรวจสอบ, การประสานงานช่วยเหลือในกรณีพบผู้ประสบอุบัติเหตุ, การปฐมพยาบาลที่ถูกต้องเบื้องต้น,การ

3.การสังเกต การติดตาม ในรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ กระตุ้นเตือน แจ้งข่าวกรณีอุบัติเหตุในชุมชนและพบจุดเสี่ยงที่คาดว่าจะเกิดอุบัติเหตุในชุมชน การเก็บข้อมูลเพื่อเป็นสถิติและวางแผนพัฒนาการและติดตามประเมินผล

4.สะท้อนผล การคืนข้อมูลสู่ชุมชนในเวทีต่างๆ การสร้างแรงจูงใจ ผู้ที่ดำเนินการตาม,มาตรการชุมชน โดยการสร้างการรับรู้ของส่วนราชการภาคีเครือข่ายประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ทางถนน ภูมิปัญญาของชุมชนการนำวัสดุเหลือใช้มาทำเป็นป้ายจราจร ได้รับความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่

การศึกษาพบว่าการพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ด้านความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p\text{-value} = .000$) สอดคล้องกับผลงานวิจัย ละมัย หลักทอง การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนน โดยใช้กลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอส่องดาว (พขอ.) จังหวัดสกลนคร.2566 สอดคล้องกับผลงานวิจัยสมบุรณ์ จิตต์พิมาย ผลการจัดการด้านชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอวังน้ำเขียวจังหวัดนครราชสีมา (2564) สอดคล้องกับผลงานวิจัย จตุภพ ดิษผล วบ,อัญสุรีย์ ศิริโสภณ พย.ม ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในเขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี (2564) สอดคล้องกับผลงานวิจัย ถนอมศักดิ์บุญสู่,อรรณพ สนธิไชย,และปณิตาครองยุทธ. รูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี (2562)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลโพธิ์วงค์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ มีกาพัฒนาการดีขึ้นสามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ในการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในพื้นที่ตำบลโพธิ์วงค์เท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในเขตตำบลอื่นเพื่อมาเปรียบ

2.เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการร่วมวิจัย เช่น กลุ่มเยาวชน สมาชิกเทศบาลฯ เพื่อการพัฒนากระบวนการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

- ละมัย หลีกทอง(2567). การพัฒนาระบบการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางท้องถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอสังขาร (พขอ.)จังหวัดสกลนคร วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน 2567.
- ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ(2556). เพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางท้องถนน Thai RSC 2566.
- สมบูรณ์ จิตพิมาย(2564). ผลการจัดตั้งชุมชนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุบนทางถนน : อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.2564:7:237-55.
- จตุภพ ดิษผล วบ, อัญสุรีย์ ศิริโสภณ พย.ม (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประชาชนในเขตอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ ปีที่ 27 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มิถุนายน 2564.
- สุภาภรณ์ บุญสงค์(2562).ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมความปลอดภัยต่อพฤติกรรมการมีความปลอดภัยในการขับขี่และการลดอุบัติเหตุทางถนนของพนักงานขับรถพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดชลบุรี 2562.
- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร (2561).รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2561;2562.
- Patton, M. Q. (2002). Qualitative Research and Evaluation Methods (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. Forum: Qualitative Social Research, 11(3).

อุบัติการณ์ และผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

กัญญาพร สุพิมพ์,พ.บ.¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยด้วยภาวะคีโตเอซิโดซิสระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square หรือ fisher exact test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างตัวแปรเชิงคุณภาพของกลุ่มผู้ป่วย และใช้สถิติ independent t-test หรือ Mann-Whitney-U test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างค่ากลางตัวแปรเชิงปริมาณของกลุ่มผู้ป่วย

ผลการวิจัยพบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสจำนวน 90 คน อายุเฉลี่ย 54.41 ± 14.44 ปี เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 93.33 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 6.67 ตามลำดับ อุบัติการณ์การเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสใน 3 ปีคิดเป็นร้อยละ 2.05 ต่อผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยคืออาการสัมพันธ์กับอาการของเบาหวานร้อยละ 50 อาการระบบทางเดินหายใจร้อยละ 50 อาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อร้อยละ 33.33 และอาการระบบทางเดินอาหารร้อยละ 32.22 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสสาเหตุหลักคือการไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-adherence with treatment) ร้อยละ 77.78 การติดเชื้อร้อยละ 44.67 ยาหรือสารที่กระตุ้นให้เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสร้อยละ 14.44 และวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกร้อยละ 13.33 ตามลำดับ การวินิจฉัยภาวะคีโตเอซิโดซิสมีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 642.73 ± 226.32 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ร้อยละ 11.24 ± 2.70 ระยะเวลาในการหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิสเฉลี่ย 9.38 ± 6.50 ชั่วโมง พบภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมงหลังการรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิสคือ โพแทสเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 42.22 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 20 และระดับโซเดียมในเลือดสูงร้อยละ 3.33 ตามลำดับ การเกิดน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิสร้อยละ 58.89 อัตราการเสียชีวิตจากภาวะคีโตเอซิโดซิสร้อยละ 4.44

คำสำคัญ: คีโตเอซิโดซิส, ผลลัพธ์การรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิส, อุบัติการณ์การเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส

¹ อาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย; E-mail address: Apis_honey@hotmail.com

Incidences and Outcome of Diabetic ketoacidosis in Uthumphonphaisai Hospital, Sisaket Province

Kanyaporn Supim, M.D.¹

Abstract

This retrospective cohort study aimed to determine the incidence and outcome of diabetic ketoacidosis in diabetic patients aged 15 and older at Uthumphonphaisai Hospital, Sisaket province, between January 1, 2021, and December 31, 2023. The data was collected using the record form and analyzed using descriptive statistics; frequency, percentage, mean, and standard deviation and inferential statistics; chi-square or Fisher exact test and independent t-test or Mann-Whitney U test.

This result found that total of 90 Diabetic ketoacidosis patients were eligible and included, average age was 54.41 ± 14.44 years, most patients had type 2 DM 93.33%, while 6.67% had type 1, the 3-year incidence of Diabetic ketoacidosis was 2.05%, the predominant clinical presentation included diabetes-related symptoms 50%, respiratory symptom 50% and gastrointestinal symptoms 32.22%. Non-adherence with treatments were the most common precipitating factor 77.78%, followed by infection 44.67%, drugs induce 14.44% and first diagnosis 13.33%. The average plasma glucose level at admission was 642.73 ± 226.32 mg/dl, average HbA1C $11.24 \pm 2.70\%$. Duration of resolution was 9.38 hours. Complications during treatment included hypokalemia 42.22%, hypoglycemia 20% and hypernatremia 3.33%. Recurrence of hyperglycemia within 24 hours after resolution was 58.89%. The overall mortality rate of Diabetic ketoacidosis was 4.44%.

KEYWORDS: Diabetic Ketoacidosis, incidence of Diabetic ketoacidosis, Outcome of Diabetic Ketoacidosis

¹ Internal Medicine, Uthumphonphaisai Hospital, Sisaket Province, Thailand; E-mail address: Apis_honey@hotmail.com

บทนำ

ภาวะคีโตเอซิโดซิส(Diabetic ketoacidosis; DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต (mortality rate) มากกว่าร้อยละ 5 และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 23.4 หากผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำ (Fayfman M. et al., 2017) การวินิจฉัยภาวะคีโตเอซิโดซิส ประกอบไปด้วยการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะเลือดเป็นกรดและมีคีโตนในกระแสเลือด ส่วนใหญ่ภาวะคีโตเอซิโดซิสมักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 แต่สามารถพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อมีปัจจัยกระตุ้น (Gosmanov A. et al., 2021) ปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสสองสาเหตุหลักคือการติดเชื้อ (Infection) และความไม่ร่วมมือในการรักษา (non-adherence with treatment) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยกระตุ้นอื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจขาดเลือด ตับอ่อนอักเสบ หลอดเลือดสมองขาดเลือด และยาบางชนิดที่กระตุ้นให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเช่นยากลุ่มสเตียรอยด์, แอลกอฮอล์ เป็นต้น (Kitabchi AE. et al., 2009) อาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสมักมาด้วยอาการที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดสูง หายใจหอบเหนื่อย ภาวะขาดน้ำ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ชีพ และชักได้ (Goguen J., Gilbert J., 2018) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสคือระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ โพแทสเซียมต่ำ โซเดียมในเลือดสูง และภาวะสมองบวมได้ (Aldhaefi M. et al., 2021)

สถิติของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานปี 2563 พบผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบลงทะเบียนแล้วประมาณ 3.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) (กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบอุบัติการณ์ 5 ปี ในการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส ร้อยละ 4.67 โดยอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสคิดเป็นร้อยละ 5.8 ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ ร้อยละ 73.5 รองลงมาคือ การไม่ร่วมมือในการรักษา (non-compliance with treatments) ร้อยละ 42.1 ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาที่พบบ่อยคือระดับน้ำตาลกลับมาสูงร้อยละ 69.9 ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 48.2 ภาวะโซเดียมในเลือดสูงร้อยละ 21.7 และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 15.7 (Anthanont P. et al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของโรงพยาบาลเทพธารินทร์พบว่าปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในผู้ป่วยชนิดที่ 2 เกิดจากการติดเชื้อร้อยละ 57 และในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 คือความไม่ร่วมมือในการรักษาร้อยละ 59 โดยมีอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสคิดเป็นร้อยละ 4.3 (Thewjitcharoen Y et al., 2019)

จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ภาวะคีโตเอซิโดซิสเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส อาการและอาการแสดง ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส รวมถึงผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อช่วยในการยกระดับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดของภาวะคีโตเอซิโดซิส

2. เพื่อศึกษาอาการและอาการแสดงภาวะคีโตเอซิโดซิส
3. เพื่อศึกษาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส (precipitating risk factor)

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Cohort Study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยด้วยภาวะคีโตเอซิโดซิสระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยด้วยภาวะคีโตเอซิโดซิสระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2567

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1)การวินิจฉัยเข้าไม่ได้กับภาวะคีโตเอซิโดซิส 2)ข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วนที่จะสามารถวินิจฉัยภาวะคีโตเอซิโดซิส และ 3)ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวไปรักษาต่อที่อื่นโดยที่การรักษายังไม่หายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส

เครื่องมือวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ชนิดโรคเบาหวาน ระยะเวลาเป็นเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน ผลระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมก่อนเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะคีโตเอซิโดซิสประกอบ

ด้วยอาการและอาการแสดง ประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะคีโตเอซิโดซิสมาก่อน ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส ส่วนที่ 3 ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม(HbA1C) คีโตนในเลือด คีโตนในปัสสาวะ ระดับโซเดียม โพแทสเซียม คลอไรด์ ไบคาร์บอเนต ฟอสเฟต Anion gap Effective osmolality ความเป็นกรดในเลือด และส่วนที่ 4 ผลการรักษาผู้ป่วยที่ภาวะคีโตนเอซิโดซิสประกอบด้วย วิธีการรักษา ระยะเวลาในการหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำ หลังจากหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส การเสียชีวิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ขออนุมัติในการเข้าถึงข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยโดยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อได้รับการอนุมัติผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลโดยสืบค้นตาม ICD10 ได้แก่ E10, E11, E13 และ E14 ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566 และคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้างานวิจัย จากนั้นบันทึกข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน กรณีตัวแปรเชิงคุณภาพนำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ ตัวแปรเชิงปริมาณมีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ถ้าข้อมูลการแจกแจงไม่ปกติปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด อภิปรายการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสรายงานเป็นร้อยละต่อผู้ป่วยเบาหวานที่นอนรักษาตัว

ในโรงพยาบาล ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความแตกต่างตัวแปรเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ป่วยใช้สถิติ chi-square หรือ Fisher's Exact test หากข้อมูลมีค่าคลาดหวั่น้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 กรณีตัวแปรเชิงปริมาณวิเคราะห์ค่ากลางของข้อมูลทั้งสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันโดยตัวแปรมีการแจกแจงไม่ปกติใช้ Mann-Whintney U test กรณีตัวแปรมีการแจกแจงปกติโดยใช้ independent t-test โดยระดับนัยสำคัญทางสถิติพิจารณาที่ $p\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

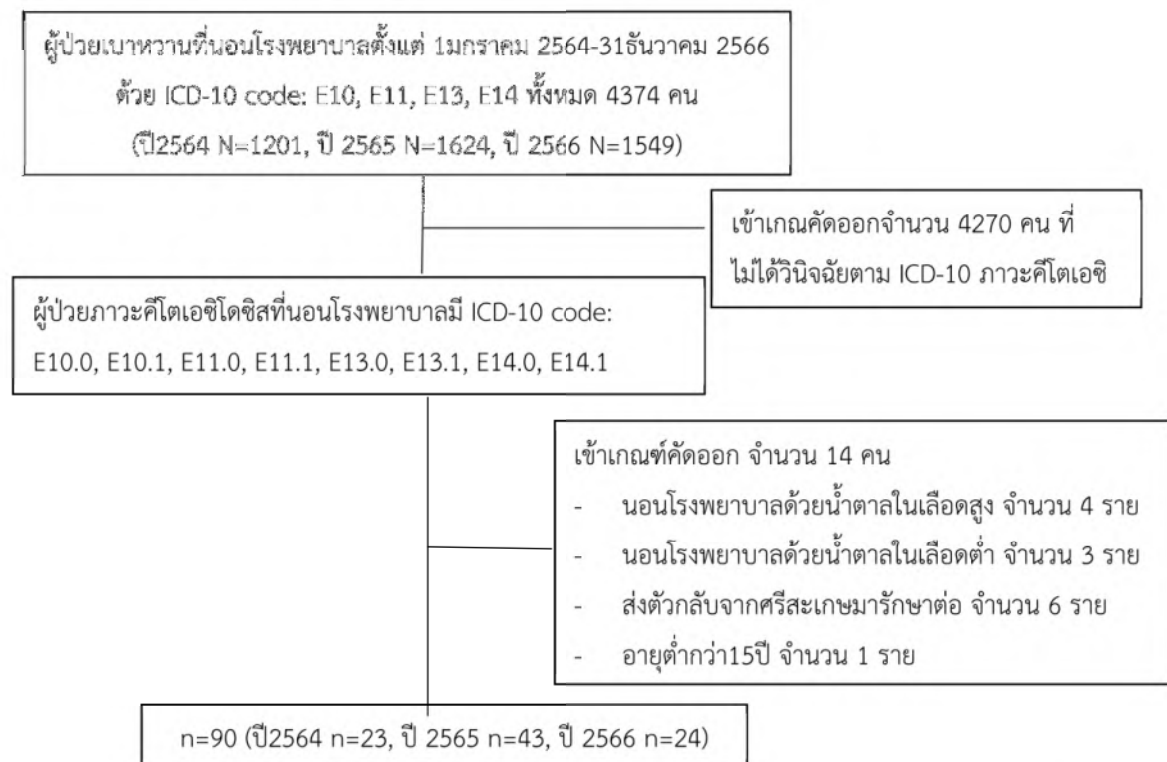
การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่หนังสือ SPPH 2024-049 รับรองวันที่ 20 มีนาคม 2567 สิ้นสุดวันที่ 19 มีนาคม 2568 รวมถึงผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและ

ขอเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น ในรายงานผลการวิจัยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลที่จะสามารถนำไปสู่การระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

ผลการวิจัย

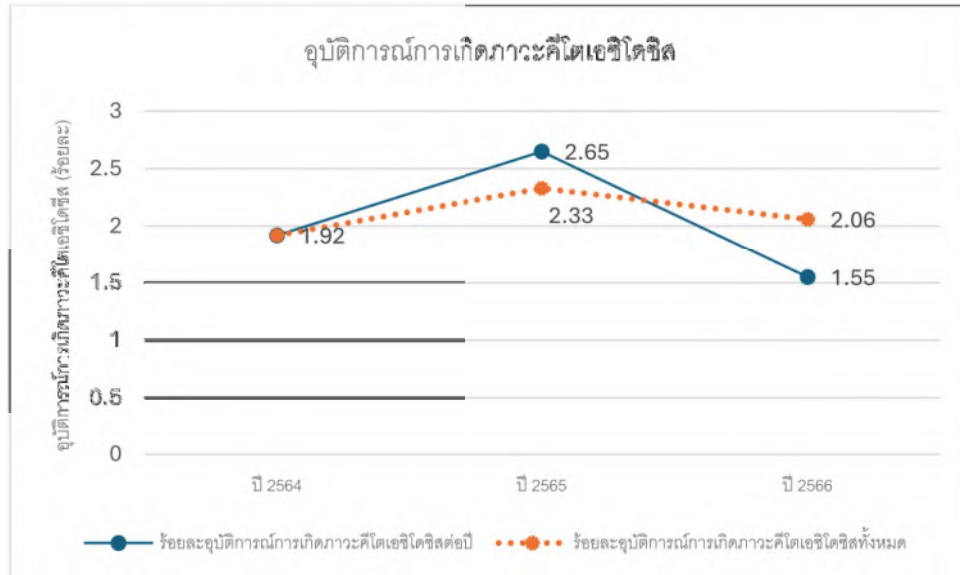
ผู้ป่วยเบาหวานที่มี ICD-10 เข้าได้กับเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส 104 คน พบผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดเข้าในงานวิจัยนี้ทั้งหมด 90 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในปี 2564 จำนวน 23 คน, ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในปี 2565 จำนวน 43 คน และผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในปี 2566 จำนวน 24 ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะคีโตเอซิโดซิสที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

พบว่าอุบัติการณ์ 3 ปีของการเกิดภาวะคีโตเอซิดอสิคคิดเป็นร้อยละ 2.06 ต่อผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยอุบัติการณ์

ในปี 2564 ร้อยละ 1.92, ปี 2565 ร้อยละ 2.65 และปี 2566 ร้อยละ 1.55 ตามลำดับดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 อุบัติการณ์การเกิดภาวะคีโตเอซิดอสิคที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย

ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิดอสิคทั้งหมด 90 คน แบ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 55.60 และเพศชายร้อยละ 44.40 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 93.33 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 6.67 อายุเฉลี่ย 54.41 ± 14.44 ปี อายุเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อายุเฉลี่ย 25.50 ± 13.94 ปี ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุเฉลี่ย 56.48 ± 12.13 ปี แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) สอดคล้องกับระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานก่อนเกิดภาวะคีโตเอซิดอสิคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระยะเวลาเฉลี่ย 1.50 ± 1.29 ปี น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.85 ± 6.61 ปี ($p = 0.021$) การใช้ยารักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ใช้น้ำตาลอินซูลินเป็นหลักร้อยละ 100 แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาทั้ง

กลุ่มยารับประทานลดน้ำตาลในเลือดร้อยละ 31.58 และยารับประทานร่วมกับยาฉีดอินซูลินร้อยละ 34.21 ($p = 0.006$) อาการและอาการแสดงทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ พบมีอาการทางระบบทางเดินหายใจร้อยละ 50 อาการสัมพันธ์กับอาการของเบาหวานร้อยละ 50 อาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อร้อยละ 33.33 และอาการทางระบบทางเดินอาหารร้อยละ 32.22 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิดอสิคไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยสาเหตุหลักคือไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-compliance with treatment) ร้อยละ 77.78 การติดเชื้อร้อยละ 77.78 และวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกร้อยละ 13.33 ตามลำดับตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน อาการและอาการแสดง ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสและผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส	ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 1(6 คน)	ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2(84 คน)	ผู้ป่วย ทั้งหมด(90 คน)	p- value
เพศ	6 (6.67%)	84 (93.33%)	90 (100%)	0.479
ชาย	4 (66.67%)	36 (42.86%)	40 (44.40%)	
หญิง	2 (33.33%)	48 (57.14%)	50 (55.60%)	
อายุ (ปี±SD)	25.50 ±13.94	56.48±12.13	54.41±14.44	0.000*
ดัชนีมวลกาย (Kg/m ² ±SD)	23.32±6.41	21.15±4.01	21.30±4.20	0.225
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี±SD)	1.50±1.29	7.85±6.61	7.86±6.82	0.021*
การรักษาโรคเบาหวาน (n=76)				0.003*
ยาปรับระดับน้ำตาลในเลือด	0	24 (33.80%)	24 (31.58%)	
ยาฉีดอินซูลิน	5 (100%)	21 (29.58%)	26 (34.21%)	
ใช้ทั้งยาสองชนิดร่วมกัน	0	26 (36.62%)	26 (34.21%)	
น้ำตาลในเลือดก่อนภาวะคีโตเอซิโดซิส (mg/dl)	243.20±47.57	257.01±159.04	256.09±154.00	0.848
น้ำตาลสะสม(HbA1C) ก่อนภาวะคีโตเอซิโดซิส (ร้อยละ±SD)	10.74±3.31	10.21±2.62	10.24±2.65	0.667
อาการและอาการแสดง				
อาการสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน (polyurea, polydipsia, weight loss)	3 (50%)	42 (50%)	45 (50%)	1.00
อาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อ (infection)	2 (33.33%)	28 (33.33%)	30 (33.33%)	1.00
อาการทางเดินหายใจ (dyspnea, tachypnea, Kussmaul breathing)	3 (50%)	42 (50%)	45 (50%)	1.00
อาการระบบทางเดินอาหาร (Nausea, vomiting, abdominal pain)	2 (33.33%)	27 (32.14%)	29 (32.22%)	0.952
อาการทางระบบประสาท (confusion, seizure, altered mental status)	0	2 (2.38%)	2 (2.22%)	1.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน อาการและอาการแสดง ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสและผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (6 คน)	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (84 คน)	ผู้ป่วยทั้งหมด (90 คน)	p-value
ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส				
การติดเชื้อ (Infection)	2 (33.33%)	40 (47.62%)	42 (44.44%)	0.799
ปอดติดเชื้อ (Pneumonia)	1 (50%)	14 (35%)	15 (35.71%)	
ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (UTI)	0	9 (22.5%)	9 (21.43%)	
ติดเชื้อทางเดินอาหาร (GI Infection)	0	2 (5%)	2 (4.76%)	
ติดเชื้อแบคทีเรีย (Bacterial infection)	0	11 (27.5%)	11 (26.19%)	
ติดเชื้อทางผิวหนัง (Soft tissue infection)	1 (50%)	4 (10%)	5 (11.90%)	
Non-compliance with treatment	5 (83.33%)	65 (77.38%)	70 (77.78%)	1.00
วินิจฉัยเบาหวานครั้งแรก	1 (16.67%)	11 (13.09%)	12 (13.33%)	1.00
Drugs induce	0	13 (15.48%)	13 (14.44%)	0.659
Alcohol	0	12 (92.31%)	12 (92.31%)	
Steroid	0	1 (7.69%)	1 (7.69%)	
อื่นๆ [*]	0	3 (5.57%)	3 (3.33%)	
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะวินิจฉัย (mg/dl)	751.83±431.50	634.94±226.32	642.73±226.32	0.539
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมขณะวินิจฉัย (HbA1C)	11.40±3.07	11.22±2.69	11.24±2.70	0.875
ระดับคีโตนในเลือด (mmol/L)	6.00±1.24	6.47±2.47	6.43±2.40	0.613
ระดับคีโตนในปัสสาวะ (n=86)				
ตรวจไม่เจอคีโตนในปัสสาวะ	0	11 (12.79%)	11 (12.79%)	0.172
ตรวจเจอคีโตนในปัสสาวะ	4 (4.64%)	71 (82.56%)	75 (87.21%)	
Electrolyte (mmol/L)				
โซเดียม (Na)	128±9.83	128.52±8.20	128.49±8.25	0.882
โพแทสเซียม (K)	4.41±1.03	5.50±4.70	5.43±4.55	0.576
คลอไรด์ (Cl)	94.83±12.25	91.04±9.31	91.29±9.50	0.347
ไบคาร์บอเนต (HCO ₃)	8±3.41	10.45±6.04	10.29±5.92	0.330
ฟอสเฟต (PO ₄)	4.62±2.25	4.56±2.01	4.57±2.01	0.945
Anion GAP (mmol/L)	23.83±5.60	27.46±7.50	27.22±7.41	0.249
Effective serum osmolarity (mOsm/kg)	297.77±12.55	291.93±18.48	292.32±18.16	0.450
pH in Venous blood Gas	7.05±0.20	7.15±0.20	7.14±0.20	0.284

* ผู้ป่วย UGIB, NSTEMI และ Acute pancreatitis จำนวนอย่างละ 1 คน

ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยของผู้ป่วยภาวะคีโตเอซิโดซิสทั้งหมด 642.73±226.32 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) ร้อยละ 11.24±2.70 ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระดับ

น้ำตาลเฉลี่ยและน้ำตาลเฉลี่ยสะสม(HbA1C) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับระดับคีโตนในเลือด ไบคาร์บอเนตและค่า Anion GAP พบว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีค่าต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ตามตารางที่ 1

ระยะเวลาในการหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส (resolution of Diabetic ketoacidosis) เ น ลี ย

9.38±6.50 ชั่วโมง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มีระยะเวลาในการหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิสเฉลี่ย 17.50±8.80 ชั่วโมง นานกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีระยะเวลาในการหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิสเฉลี่ย 8.80±5.96 ชั่วโมง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.01) ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล 7.62±4.98 วัน โดยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการรักษา และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส

ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส	ผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 1 (6คน)	ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 (84 คน)	ผู้ป่วย เบาหวาน ทั้งหมด (90 คน)	p- value
ระดับความรุนแรงภาวะภาวะคีโตเอซิโดซิส				0.246
น้อย (Mild)	0	18 (21.43%)	18 (20%)	
ปานกลาง (Moderate)	2 (33.33%)	24 (28.57%)	24 (26.67%)	
รุนแรงมาก (Severe)	4 (66.67%)	42 (50%)	46 (51.11%)	
ระยะเวลาหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส (ชั่วโมง)	17.50 ±8.80	8.80 ±5.96	9.38±6.50	0.001*
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	8.80±3.27	7.55±5.09	7.62±4.988	0.589
วิธีการให้ยาอินซูลินในการรักษา				1.00
Initial bolus then IV insulin infusion	0	2 (2.38%)	2 (2.22%)	
Initial subcutaneous then IV insulin Infusion	6 (100%)	82 (97.62%)	88 (97.78%)	
ภาวะแทรกซ้อนหลังจากรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิสภายใน 24 ชั่วโมง				
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	3 (50%)	15 (17.86%)	18 (20%)	0.170
โพแทสเซียมในเลือดต่ำ	5 (83.33%)	33 (39.29%)	38 (42.22%)	0.092
โซเดียมในเลือดสูง	0	3 (3.57%)	3 (3.33%)	1.00
เกิดน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำหลังหายจากภาวะคีโตเอ ซิโดซิสใน 24 ชั่วโมง	4 (4.44%)	49 (54.44%)	53 (58.89%)	1.00
นอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะคีโตเอซิโดซิส เสียชีวิต ^๕	2 (2.22%) 0	27 (30%) 4 (4.44%)	29 (32.22%) 4 (4.44%)	1.00

^๕Severe Pneumonia 3 คน และSeptic shock 1 คน

ส่วนใหญ่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสแบบรุนแรงมาก การรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิส และรักษาโดยวิธีการ

ฉีดยาอินซูลินเข้าหลอดเลือดดำทันทีแล้วตามด้วยการให้ยาอินซูลินต่อเนื่องทางเส้นเลือดดำร้อยละ 97.78

ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิส ภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบเกิดภาวะโพแทสเซียม ในเลือดต่ำมากถึงร้อยละ 42.22 ภาวะน้ำตาลในเลือด ต่ำร้อยละ 20 และภาวะโซเดียมในเลือดสูงร้อยละ 3.33 ตามลำดับ โดยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนหลังจากการรักษาภาวะคีโต เอซิโดซิส ภายใน 24 ชั่วโมง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ การเกิดน้ำตาลในเลือด สูงซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงหลังหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส

พบร้อยละ 58.89 ทั้งนี้พบผู้ป่วยเบาหวานที่นอน โรงพยาบาลด้วยภาวะคีโตเอซิโดซิส จำนวน 29 คน (ร้อยละ 32.22) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 2 คน และเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 27 คนตามลำดับ พบผู้ป่วยเสียชีวิต 4 คน(ร้อยละ 4.44) เป็นผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมด สาเหตุการเสียชีวิตคือ ปอดอักเสบ (Severe Pneumonia) 3 คนและ Septic shock 1 คน

ตารางที่ 3 อาการและอาการแสดง ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส ผลทางห้องปฏิบัติการและผลการรักษา ผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรก (First episode Diabetic ketoacidosis) และผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำ (Recurrence episode Diabetic ketoacidosis)

ข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส	ภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรก(n=61)	ภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำ (n=29)	p-value
เพศ	61 (67.78%)	29 (32.22%)	0.530
ชาย	26 (42.62%)	14 (48.28%)	
หญิง	35 (57.38%)	15 (51.72%)	
ชนิดเบาหวาน			1.00
เบาหวานชนิดที่ 1	4 (6.56%)	2 (6.90%)	
เบาหวานชนิดที่ 2	57 (93.44%)	27 (93.10%)	
อายุ (ปี±SD)	53.85±15.00	55.59±13.36	0.597
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน(ปี±SD)	7.40±6.85	8.80±6.78	0.366
การรักษาโรคเบาหวาน			0.012*
ยาลดน้ำตาลในเลือด	20 (32.78%)	4 (13.79%)	
ยาฉีดอินซูลิน	11 (18.03%)	15 (51.72%)	
ใช้ทั้งยาสองชนิดร่วมกัน	16 (26.23%)	10 (34.48%)	
อาการและอาการแสดง			
อาการสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน	33 (54.10%)	12 (41.38%)	0.259
อาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อ	24 (39.34 %)	6 (20.69%)	0.079
อาการระบบทางเดินหายใจ	32 (52.46%)	13 (44.83%)	0.499
อาการระบบทางเดินอาหาร	19 (31.15%)	10 (34.48%)	0.752
อาการทางระบบประสาท	2 (3.28%)	0	1.00

ตารางที่ 3 อาการและอาการแสดง ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส ผลทางห้องปฏิบัติการและผลการรักษา ผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรก (First episode Diabetic ketoacidosis) และผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำ (Recurrence episode Diabetic ketoacidosis)

ข้อมูลผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส	ภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรก(n=61)	ภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำ(n=29)	p-value
ปัจจัยกระตุ้นการเกิดคีโตเอซิโดซิส			
การติดเชื้อ (Infection)	31 (50.82%)	11 (37.93%)	0.252
Non-compliance with treatment	43 (70.49%)	27 (93.10%)	0.016*
วินิจฉัยเบาหวานครั้งแรก	12 (19.67%)	0	0.008*
Drugs induce	9 (14.75%)	4 (13.79%)	1.00
อื่นๆ	2 (3.28%)*	1 (3.45%) ^f	
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl)	603.80±206.05	724.62±248.17	0.038*
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม(HbA1C,%)	11.35±2.81	11.00±2.50	0.739
ไบคาร์บอเนต (HCO ₃) (mmol/L)	10.34±5.77	10.17±6.3	0.942
Anion GAP (mmol/L)	26.57±6.80	28.59±8.53	0.332
Effective serum osmolality (mOsm/kg)	288.78±15.19	299.75±21.65	0.002*
pH in Venous blood Gas	7.17±0.19	7.07±0.22	0.041*
การหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส (ชั่วโมง)	9.46 ±6.52	9.21 ±6.57	0.792
ภาวะแทรกซ้อนหลังจากรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิสภายใน 24 ชั่วโมง			
ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	7 (11.48%)	11 (37.93%)	0.003*
โพแทสเซียมในเลือดต่ำ	25 (40.98%)	13 (44.83%)	0.730
โซเดียมในเลือดสูง	1 (1.64%)	2 (6.90%)	0.242
เกิดน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำหลังหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิสใน 24 ชั่วโมง	35 (57.38%)	18 (62.07%)	0.672
เสียชีวิต	2 (3.28%) ^a	2 (6.90%) ^b	0.592

* Upper GI bleeding, NSTEMI ^f Acute pancreatitis

^a Severe Pneumonia 1 คน และSeptic shock 1 คน ^b Severe Pneumonia 2 คน

ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำถึง 29 คน(ร้อยละ 32.22) โดยเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.72 เพศชายร้อยละ 48.28 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรกส่วนใหญ่เข้ามารับประทานลดระดับน้ำตาลในเลือดย้อยละ 32.78 เข้ามารับประทานร่วมกับยาฉีดอินซูลินร้อยละ 26.23 ส่วนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำจะใช้ยาฉีดอินซูลินร้อยละ 51.72 เข้ามารับประทาน

ร่วมกับยาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 34.48 โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.012) ตามตารางที่ 3

อาการและอาการแสดงทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรกและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิด

ภาวะคีโตนเอซิโดซิสซ้ำมีการไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-adherence with treatment) มากกว่ากลุ่มที่เกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.021$)

ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสครั้งแรก 603.80 ± 206.05 มิลลิกรัม/เดซิลิตร น้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสซ้ำที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ย 724.62 ± 248.22 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) ถึงแม้ความรุนแรงของภาวะคีโตนเอซิโดซิสในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสครั้งแรกและกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสซ้ำไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่จะพบว่าความเป็นกรดในเลือดจาก Venous blood Gas ของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสซ้ำความเป็นกรดในเลือดมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสครั้งแรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับค่า Effective osmolality

ผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสซ้ำเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาคือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสครั้งแรกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$) ผู้ป่วยเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสซ้ำร้อยละ 6.90 สูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะ คีโตนเอซิโดซิสครั้งแรกร้อยละ 3.28 แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 90 คน อายุเฉลี่ย 54.41 ± 14.44 ปี เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 93.33 อุบัติการณ์ในการเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสใน 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.05 ต่อผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล การศึกษาของพิมพ์ใจ อันทานนท์ และคณะ (2012) พบ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 5 ปีเป็นร้อยละ 4.67 (Anthanont P et al., 2012) พบว่าโดยงานวิจัยนี้มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิน้อยกว่าโรงพยาบาลตติยภูมิอาจมีสาเหตุจากการส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสที่มีอาการหนักไปยังโรงพยาบาลจังหวัด รวมถึงการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนอาจยังไม่ครอบคลุมการวินิจฉัยภาวะ คีโตนเอซิโดซิสทั้งหมด

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยส่วนใหญ่ คืออาการสัมพันธ์กับอาการของเบาหวานร้อยละ 50 อาการทางระบบเดินหายใจร้อยละ 50 อาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อร้อยละ 33.33 และอาการระบบทางเดินอาหารร้อยละ 32.22% ตามลำดับ ส่วนใหญ่อาการที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Shahid W. et al. (2020) พบว่าอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดคีโตนเอซิโดซิสมักมีอาการทางเดินอาหาร (nausea and vomiting) ร้อยละ 57.7 อาการสัมพันธ์กับอาการของเบาหวาน (polyurea, polydipsia) ร้อยละ 28 อาการทางเดินหายใจร้อยละ 14 และอาการอาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อร้อยละ 14 ตามลำดับ

ปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสสาเหตุหลักคือการไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-adherence with treatment) ร้อยละ 77.78 การติดเชื้อร้อยละ 44.67 ยาหรือสารที่กระตุ้นให้เกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสร้อยละ 3.33 และวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกร้อยละ 13.33 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ใจ อันทานนท์ และคณะ (2012) พบปัจจัยหลักในการกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิส คือ การติดเชื้อและ non-compliance with treatment เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยศพล เดียวจิตต์เจริญและคณะ (2019) พบว่าการขาดการรักษาและขาดยาอินซูลินเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และการติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะคีโตนเอซิโดซิสของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะเวลาในการหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิสเฉลี่ย 9.38 ± 6.50 ชั่วโมง ระยะเวลาเฉลี่ยในการนอนโรงพยาบาล 7.62 ± 4.98 วัน พบภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิสคือเกิดน้ำตาลในเลือดสูงซ้ำหลังจากหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิสร้อยละ 58.89 ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำมากถึงร้อยละ 42.22 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 20 และภาวะโซเดียมในเลือดสูงร้อยละ 3.33 อัตราการตายของผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสร้อยละ 4.44 สอดคล้องการศึกษาของพิมพิง อันทามนธ์ และคณะ (2012) พบอัตราการเสียชีวิตจากภาวะคีโตเอซิโดซิสคิดเป็นร้อยละ 5.8 ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษาได้แก่การเกิดระดับน้ำตาลกลับมาสูงหลังหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะโซเดียมในเลือดสูงและระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ขณะเดียวกันการศึกษาของ ยศพล เตียวจิตต์เจริญและคณะ (2019) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะคีโตเอซิโดซิสร้อยละ 4.3 ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้

จากงานวิจัยนี้เมื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามชนิดของเบาหวานพบว่าปัจจัยกระตุ้น อาการและอาการแสดง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาภาวะคีโตเอซิโดซิสไม่ได้แตกต่างกันในกลุ่มเบาหวานชนิดที่ 1 และเบาหวานชนิดที่ 2 แต่งานวิจัยนี้พบว่ามีผู้ป่วยเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำที่ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 32.22 วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่ากลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำมีการใช้ยารักษาโรคเบาหวานเป็นชนิดอินซูลินหรือยารับประทานร่วมกับยาชนิดอินซูลินมากกว่าในกลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรกที่ให้อาหารรับประทานลดน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำปัจจัยสำคัญคือการไม่ร่วมมือในการรักษาโดยแตกต่างจากกลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่พบว่ามีผู้ป่วยในกลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำมีแนวโน้มความรุนแรงของภาวะคีโตเอซิโดซิสมากกว่าโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่ากลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรก มีความเป็นกรดในเลือดต่ำ

กว่ากลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรก ค่า Effective serum osmolality สูงกว่ากลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรก และมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาโดยเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำสูงกว่ากลุ่มที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษา ของ James A. et al. (2016) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำมากถึงร้อยละ 21.6 โดยพบว่าจำนวนครั้งที่เกิดการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำมากขึ้นมีผลต่ออัตราการตายที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสจากงานวิจัยนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ยก่อนเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสประมาณ 7.86 ปี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 10.24 และไม่ร่วมมือการรักษา (Non-adherence with treatment) มีโอกาสในการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสได้มากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อมีปัจจัยกระตุ้นคือการติดเชื้อ (Infection) ขณะเดียวกันผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 อายุเฉลี่ย 25 ปี ระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ยก่อนเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสประมาณ 1.5 ปี มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 10.40 และไม่ร่วมมือการรักษา (Non-adherence with treatment) มีโอกาสในการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสได้มากขึ้น ดังนั้นทางทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรแนะนำอาการและอาการแสดงของภาวะคีโตเอซิโดซิสแก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงข้างต้น โดยอาการที่มักพบคืออาการทางระบบเดินหายใจ อาการสัมพันธ์กับอาการของเบาหวาน อาการสัมพันธ์กับการติดเชื้อ และอาการระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ

ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการขณะวินิจฉัยภาวะคีโตเอซิโดซิสส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลโดยเฉลี่ย 642.73 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ย

สะสม(HbA1C)ร้อยละ 11.23 และค่าไบคาร์บอเนต (HCO₃) ในเลือด 10.29 mmol/L โดยที่อาจไม่พบคีโตนในปัสสาวะได้ถึงร้อยละ 12.79

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างการรักษาคือโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะโซเดียมในเลือดสูง อาจพบผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 4.44

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่ในงานวิจัยนี้พบเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดอื่น เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนทำให้การวินิจฉัยชนิดของเบาหวานทำได้ยากและส่วนใหญ่ชนิดของโรคเบาหวานที่ซับซ้อนจะได้รับการรักษาและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นหลัก ทำให้ข้อมูลที่สัมพันธ์ของชนิดเบาหวานและการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส รวมถึงปัจจัยกระตุ้นการและผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละชนิดของเบาหวานยังไม่ชัดเจน

นอกจากนี้งานวิจัยยังพบการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำมากถึงร้อยละ 32.22 โดยงานวิจัยนี้ทำการศึกษาอุบัติการณ์ และผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคีโตเอซิโดซิส ดังนั้นจึงไม่ได้ทำการศึกษาปัจจัยกระตุ้นการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิส และผลลัพธ์การรักษาของผู้ป่วยที่เกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำโดยตรง โดยเฉพาะจำนวนครั้งของการเกิดภาวะคีโตเอซิโดซิสซ้ำมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาการหายจากภาวะคีโตเอซิโดซิส ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหรืออัตราการตายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะในการวิจัยในลำดับถัดไป

เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวง

สาธารณสุข.(2565). รายงานประจำปี 2565

กองโรคไม่ติดต่อ.กรุงเทพ; สำนักพิมพ์อักษร

กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.สืบค้นจาก

<https://online.fliphtml5.com/hvpv/evzj/>

Aldhaeefi M. et al. (2022). Updates in the Management of Hyperglycemic Crisis. *Front Clin Diabetes Healthc.* 2022 Feb 9;2:820728. doi: 10.3389/fcdhc.2021.820728.

Anthanont P. et al. (2012). Incidences and outcomes of hyperglycemic crises: a 5-year study in a tertiary care center in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2012;95(8):995–1002.

Fayfman M. et al. (2017). Management of Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. *Medical Clinics of North America.* May;101(3):587-606. doi: 10.1016/j.mcna.2016.12.011.

Gosmanov AR. et al. (2021). Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. [Updated 2021 May 9]. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279052/>.

Goguen J, Gilbert J. (2018). Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee: Hyperglycemic Emergencies in Adults. *Can J Diabetes.* 2018 Apr;42 Suppl 1:S109-S114. doi: 10.1016/j.jcjd.2017.10.013.

- James A. et AL. (2016). An Evaluation of
Recurrent Diabetic Ketoacidosis,
Fragmentation of Care, and Mortality
Across Chicago, Illinois. *Diabetes Care* 1
October 2016; 39 (10): 1671–1676.
<https://doi.org/10.2337/dc16-0668>.
- Kitabchi AE. et al. (2009). Hyperglycemic crises
in adult patients with diabetes. *Diabetes*
Care. 2009 Jul;32(7):1335-43. doi:
10.2337/dc09-9032.
- Shahid W. et al. (2020). Diabetic Ketoacidosis:
Clinical Characteristics and Precipitating
Factors. *Cureus*. 2020 Oct
4;12(10):e10792. doi:
10.7759/cureus.10792.
- Thewjitcharoen Y et al. (2019). Clinical
characteristics and outcomes of care in
adult patients with diabetic
ketoacidosis: A retrospective study from
a tertiary diabetes center in Thailand. *J*
Clin Translational Endocrinol. 2019 Apr
10;16:100188.

การประเมินผลการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์ จากเนื้อสัตว์ในจังหวัดสมุทรสาคร ให้สู่ระดับดีมาก ปีงบประมาณ 2567

ศीलนิตย์ พึ่งเจษฎา, ภ.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ให้อยู่ในระดับดีมาก ($\geq$ ร้อยละ 80) แบบ One group pretest posttest โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรวม 37 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตส.1 (63) (Audit report) นำไปใช้ปฏิบัติสำหรับอาหารทุกประเภท และแบบบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส.2(63) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2567 - ธันวาคม 2567 โดยมีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ทั้งประเภทไม่เข้าข่ายโรงงานและเข้าข่ายโรงงาน ในครั้งที่ 1 จากนั้นให้คำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของข้อกำหนดตามแบบบันทึก โดยอ้างอิง แนวทางการตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP420) หลังจากนั้นมีการตรวจประเมินสถานที่ผลิตเป็นครั้งที่ 2 แล้วนำมาสรุปผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test แบบ Dependent Sample

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนของผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารในครั้งที่ 2 มากกว่าครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ในภาพรวมทั้ง 5 หมวด และแยกรายหมวด แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการตรวจประเมินเชิงรุก ทำให้สถานประกอบการเกิดการพัฒนาและปรับปรุงได้ดีขึ้น โดยมีสถานที่ ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินตามข้อกำหนดไปสู่ระดับที่ดีมากจำนวนรวม 11 แห่ง โดยแบ่งเป็นสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน ผ่านเกณฑ์ไปสู่ระดับดีมาก ($\geq$ ร้อยละ 80) จำนวน 1 แห่ง และสถานที่อาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ประเภทเข้าข่ายโรงงาน ผ่านเกณฑ์ไปสู่ระดับดีมาก ($\geq$ ร้อยละ 80) จำนวน 10 แห่ง

คำสำคัญ: การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหาร, สถานที่ผลิตอาหารประเภทเข้าข่ายโรงงาน, สถานที่ผลิตอาหารประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน, สถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์

¹ เกษตรชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ประเทศไทย
E-mail address: sonny_kiwi_1@hotmail.com

The Developmental Assessment and Upleveling of meat products for Food Production Premises proceeding to excellent level GMP

Silanit Peungjesada, *M.Pharm.*¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the results of developing and upleveled of the premises fall in the scope of factory and not fall in the scope of factory by GMP420 proceeding to GMP excellent level ($\geq 80\%$) using a one-group pretest-posttest method. Data were collected from a total of 37 sample groups. The instruments used for data collection were the Summary of Food Production Facility Assessment Results Form, TorSor1(63) (audit report), which was applied for all types of food, and the Food Production Facility Assessment Record Form according to the Basic Requirements, TorSor2(63). The research was conducted between September 2024 and December 2024. The first round of assessments of meat product production facilities, both those not classified as factories and those classified as factories, was conducted. Then, recommendations were given for correcting and improving various deficiencies to comply with the criteria of the requirements in the record form, referring to the guidelines for inspecting food production facilities according to the Good Manufacturing Practice criteria enforced by law (GMP420). After that, the production facilities were assessed a second time, and the results were summarized. Data were analyzed using the t-test statistical method, dependent sample.

The results of the research found that the scores of the second round of food production facility assessment results were higher than the first round. Statistically significant ($p\text{-value} < 0.05$) in all 5 categories and separated by category, showing the results of the proactive assessment, resulting in better development and improvement of the establishments. There were 11 meat product manufacturing establishments that passed the assessment criteria to a very good level, divided into 1 meat product manufacturing establishment that was not classified as a factory, passed the criteria to a very good level ($\geq 80\%$), and 10 meat product manufacturing establishments that were classified as factories, passed the criteria to a very good level ($\geq 80\%$).

Keywords : The Developmental assessment and upleveling of Food Production Premises, Premises fall in the scope of factory, Premises not fall in the scope of factory, Food Production Premises of meat products

¹ Pharmacist, Senior Professional Level, Division of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Samut Sakhon Provincial Public Health Office ประเทศไทย E-mail address: sonny_kiwi_1@hotmail.com

บทนำ

อาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ประเภท ไส้กรอก แหนม หมูยอ กุนเชียงและลูกชิ้น ครอบคลุมไปถึง ไส้กรอกอีสาน ไส้ฉั่ว หมูน้ำ อาหารดังกล่าวที่กล่าวมาเป็นที่ยึดถือในการบริโภคของผู้บริโภคในปัจจุบัน จึงมีสถานที่ผลิตอาหารประเภทดังกล่าวนี้ ถูกผลิตและจำหน่ายในท้องตลาดกันอย่างแพร่หลาย ไม่ว่าจะเป็นตลาดสด ร้านค้าย่อย หรือในห้างสรรพสินค้าต่างๆเมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมา ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์เหล่านั้น ถูกพัฒนาในด้านรูปแบบของตัวผลิตภัณฑ์ สูตรส่วนผสมประกอบ ให้มีลักษณะต่างๆกันโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีการพัฒนาและปรับปรุงในด้านรสชาติ รูปลักษณะภายนอก เพื่อให้ผู้บริโภคเกิดความสนใจที่จะซื้อหามาบริโภคได้ง่าย แต่ปัญหาของอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์เกิดขึ้นบ่อยครั้ง มีเรื่องราวที่ถูกถ่ายทอดสู่ผู้บริโภคบ่อยๆครั้ง ในแต่ละปี เช่น การมีข่าวเผยแพร่ว่าพบผู้ป่วยที่บริโภคอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์เกิดภาวะโรคปากเขียว ตัวเขียว (Central cyanosis) (เคลนิวิธออนไลน์, 2565) หลังจากรับประทานเนื่องจากมีสารไนไตรท์ ที่มีปริมาณเกินมาตรฐานความปลอดภัยที่อยู่ในอาหารนี้ โดยฤทธิ์ของไนไตรท์จะไปขัดขวางการลำเลียงของออกซิเจนในร่างกาย ทำให้เกิดการขาดออกซิเจน และมีการแสดงอาการของภาวะเมทฮีโมโกลบิน (Methemoglobinemia) ได้แก่ หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย อาเจียน ซึม สับสน ปากเขียวคล้ำ ซีด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะปลายมือเขียวคล้ำ ตรวจพบออกซิเจนปลายนิ้วต่ำ และหมดสติ แต่ในบางรายอาจมีอาการรุนแรงกว่าคือ มีอาการชัก โคม่าและอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต เนื่องจากมีการใช้สารเคมีที่ไม่อนุญาตให้ใช้ในการผลิตเช่น กลุ่มไนเตรต (NO_3) ไนไตรท์ (NO_2) กลุ่มสารกันเสีย เช่น โซเดียมเบนโซเอท กรดซอร์บิก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เหตุผลส่วนหนึ่งมาจากการผลิตที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข การใช้วัตถุเจือปนอาหารที่เกิน

มาตรฐานความปลอดภัยของอาหารที่กำหนด (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) นอกจากนี้ประเด็นในเรื่องความปลอดภัยที่มาจากสารเคมีหรือวัตถุเจือปนอาหารแล้ว ปัญหาอีกด้านหนึ่งของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ก็คือการขาดสุขลักษณะที่ดีในการผลิตอาหารการละเลย ไม่ใส่ใจต่อสถานที่ผลิตอาหาร สถานที่ผลิตอาหารมีการออกแบบโครงสร้างที่ไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เป็นต้น องค์ประกอบต่างๆที่ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ล้วนส่งผลโดยภาพรวมแก่ผลิตภัณฑ์สุดท้าย และท้ายสุดผู้บริโภค จะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ปัญหาต่างๆเหล่านี้ ถูกถ่ายทอดให้แก่ผู้บริโภคได้รับทราบทางสื่อต่างๆอยู่เป็นระยะ ซึ่งภาครัฐก็มิได้ละเลย มีการตรวจสอบ กวดขันผู้กระทำผิด มีมาตรการในการแก้ไขปัญหาต่างๆ มากมาย แต่ปัญหาเหล่านี้ก็ยังคงมีให้เห็นอยู่ในปัจจุบัน

แนวโน้มจำนวนสถานประกอบการประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ของจังหวัดสมุทรสาคร มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลาหลังๆที่ผ่านมา ในปัจจุบันสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์มี 55 แห่ง(สิงหาคม 2567) (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2567) โดยมีสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ที่เข้าข่ายโรงงานจำนวน 41 แห่ง และไม่เข้าข่ายโรงงานจำนวน 14 แห่ง ดังตารางที่ 1 ตารางที่ 1 แสดงประเภทของสถานประกอบการประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ในจังหวัดสมุทรสาคร (ณ สิงหาคม 2567)

ประเภทสถานประกอบการประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ (แห่ง)	
เข้าข่ายโรงงาน	41
ไม่เข้าข่ายโรงงาน	14
รวม	55

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้ดำเนินโครงการการประเมินผลการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ในจังหวัดสมุทรสาคร ให้สู่ระดับดีมาก ปีงบประมาณ 2567 โดยมีจุดประสงค์เพื่อต้องการให้สถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ มีการยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตและกระบวนการผลิตให้อยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนรวมในทุกหมวดมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (ผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดพื้นฐานและไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง) เพื่อเป็นการการันตี หรือให้การรับรองในเรื่องมาตรฐานของผลิตภัณฑ์หรือในแง่ของความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ในการบริโภคแก่ผู้บริโภคโดยภาพรวม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ให้อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80)

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ

1. เป็นสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ประเภทเข้าข่ายโรงงานที่มีระดับคะแนนใน Audit Report ต่ำกว่าร้อยละ 80

2. เป็นสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน

การที่ผู้วิจัยได้กำหนดให้ประเภทของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานทุกแห่งเป็นกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากสถานที่ผลิตอาหารกลุ่มนี้ มีแนวโน้มของการขาดการบำรุงรักษาทั้งโครงสร้าง สถานที่ กระบวนการผลิต ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้

ทั้งนี้จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า สถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่มีระดับ คะแนนการประเมินจากผลการตรวจประเมินโดยใช้บันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส.2 (63) หรือผลรวมคะแนนใน Audit Report ที่ระดับคะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 80 มีจำนวน 23 แห่ง และสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานมีจำนวน 14 แห่ง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีจำนวนรวม 37 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้อ้างอิงคู่มือการตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP420) (กองอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2566) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) (ราชกิจจานุเบกษา, (2564) ในปี พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหารพ.ศ.2522 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร 4 ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวิจัย 2 แบบ คือ

1. แบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตส.1(63) นำไปใช้ปฏิบัติสำหรับอาหารทุกประเภท (Audit report)

2.แบบบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส.2(63) ซึ่งเป็นแบบตรวจประเมินที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ออกแบบและเป็นใช้แบบเดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งแบบบันทึกตรวจดังกล่าว แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการ ซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลชื่อสถานที่ผลิต/ผู้รับอนุญาต เลขที่ใบอนุญาต/เลขที่สถานที่ผลิต วันที่ตรวจประเมิน

วันที่ตรวจติดตามแก้ไขครั้งที่ 1, ครั้งที่ 2 และคำชี้แจงการใช้บันทึกการตรวจ

ส่วนที่ 2 เป็นหมวดของการให้คะแนนข้อกำหนดต่างๆ ทั้ง 5 หมวด โดยมีผลการตรวจประเมินเป็น ดี,พอใช้, ปรับปรุง, ผลการแก้ไขครั้งที่ 1 ผลการแก้ไขครั้งที่ 2 และหมายเหตุ โดยหมวดต่างๆ ทั้ง 5 หมวด คือ หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา

หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา

หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต

หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล

หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล

ซึ่งข้อกำหนดต่างๆ ตามบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส. 2(63) มีทั้งหมดจำนวน 68 ข้อ มีลักษณะข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) แบบตรวจสอบรายการ (Check list) และคำถามปลายเปิด แสดงลักษณะที่พบ โดยมีโครงสร้างตามหลักเกณฑ์ของ GMP จำนวน 5 หมวด ตามที่กล่าวมาข้างต้น และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนประเมิน

ระดับ นิยาม คะแนนประเมิน

- | | | | |
|---|----------|---|--|
| 2 | ดี | สอดคล้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดทุกประการ | |
| 1 | พอใช้ | สอดคล้องตามหลักเกณฑ์แต่มีข้อบกพร่องบางส่วน หรือทั้งหมด และมีมาตรการอื่นที่สามารถป้องกันการปนเปื้อนในอาหาร | |
| 0 | ปรับปรุง | มีผลกระทบต่อความปลอดภัยโดยตรงกับอาหารที่ผลิต | |

การคำนวณคะแนน

คะแนนที่ได้ = (น้ำหนักคะแนนในแต่ละหัวข้อ x คะแนนประเมินที่ได้)

ร้อยละของคะแนนที่ได้ในแต่ละหัวข้อ

$$= \frac{(\text{คะแนนที่ได้รวม} \times 100)}{\text{คะแนนรวมในแต่ละหัวข้อ}}$$

การสรุปผลการตรวจประเมิน เป็นแบบเลือกตอบ เต็มค่าและบรรยายเพื่อสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิต จำนวน 3 ข้อคือ

1. ลักษณะเต็มค่าผลคะแนน
2. ลักษณะเลือกตอบสรุปผลการผ่าน หรือ ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน และพบข้อบกพร่องหรือไม่
3. ลักษณะบรรยายสรุปภาพรวมผลการประเมิน

เกณฑ์การตัดสิน

พิจารณาจากแบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร ตส.1(63) (แบบสรุป Audit report) โดยผลคะแนนรวมต้องอยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 จัดอยู่ในระดับดีมาก และผลรวมคะแนนในแต่ละหมวดในบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรงในบันทึกการตรวจตามข้อกำหนดพื้นฐาน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินวิจัย

ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยรวมออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงก่อนตรวจแนะนำ ช่วงการตรวจแนะนำครั้งที่ 1 และช่วงการตรวจแนะนำครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) ช่วงก่อนตรวจแนะนำ ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ได้แก่

1.1) หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP420)

1.2 ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Leasurapranon, B., 2018, กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2567)

1.3) งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารให้ได้เกณฑ์มาตรฐาน GMP (Charoenphong, S., 2019)

1.4) บทกำหนดโทษ การฝ่าฝืนประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 420) พ.ศ.2563

จากนั้นดำเนินการในขั้นตอนต่อไปคือ การสำรวจข้อมูลจากฐานข้อมูลในระบบ Sky Net เกี่ยวกับสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ทั้งหมดในจังหวัดสมุทรสาคร รวบรวมข้อมูล

จัดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผลคะแนนการตรวจประเมินตามแบบตส.2 (63) จากนั้น มีการคัดกรองสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า

2. ช่วงการตรวจแนะนำครั้งที่ 1 เมื่อได้กลุ่มเป้าหมายแล้ว จึงได้มีการติดต่อประสานงานไปยังสถานที่ผลิตเหล่านั้นเพื่อนัดตรวจประเมินครั้งที่1 ซึ่งเริ่มดำเนินการในเดือนกันยายน 2567 เมื่อถึงกำหนดนัดหมาย เจ้าหน้าที่ทำการเข้าตรวจประเมินพร้อมให้คำแนะนำและข้อแก้ไข ในครั้งที่

1 โดยใช้เครื่องมือคือ แบบบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส. 2(63) และ แบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร (Audit Report) ตส.1(63) จากนั้นผู้วิจัยจะสรุปผลการตรวจประเมินตามแบบบันทึกการตรวจประเมินฯ และแจ้งข้อบกพร่อง ข้อแก้ไขพร้อมคำแนะนำอื่นๆ ให้แก่สถานประกอบการได้รับทราบ และเว้นวรรคระยะเวลาให้แก่สถานประกอบการ ปฏิบัติตามคำแนะนำ

และข้อแก้ไข โดยมีระยะเวลา 30 วัน และทำการนัดหมายเพื่อตรวจประเมินในครั้งที่ 2 ต่อไป

3. ช่วงการตรวจแนะนำครั้งที่ 2 เมื่อครบระยะเวลา 30 วันตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยเข้าตรวจประเมินสถานที่ผลิตฯ เป็นครั้งที่ 2 โดยใช้เครื่องมือคือแบบบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส.2 (63) และ แบบสรุปผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร (Audit Report) ตส.1(63) เมื่อตรวจประเมินเสร็จ ในครั้งที่ 2 แล้ว ผู้วิจัยจะสรุปผลการตรวจประเมินให้แก่สถานประกอบการทราบ ว่า ผ่านหรือไม่ผ่าน ตามเกณฑ์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ในลำดับต่อไป

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ตามแบบฟอร์มเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนถัดไป โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาจากเกณฑ์การให้คะแนนประเมินข้างต้น โดยรวบรวมข้อมูลทั้ง 2 ครั้งแล้วใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ด้วยการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนการตรวจประเมินสถานที่เฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการให้คำแนะนำ โดยใช้สถิติ t-test แบบ Dependent Sample รวมไปถึงการนำเสนอข้อมูลโดยค่าทางสถิติต่างๆ ซึ่งเป็นวิธีการทดสอบทางสถิติที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยเพื่อทดสอบเปรียบเทียบคะแนนการตรวจประเมินสถานที่เฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ คือ อัตราร้อยละ หรือเปอร์เซ็นต์ (percentage/percent) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic mean /mean/x-bar) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation/sd) (Dependent Sample T-test)

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เลขที่ SK7010-2024

ผลการวิจัย

จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในระบบ Sky Net (ณ สิงหาคม 2567) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าจังหวัดสมุทรสาคร มีสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ มีจำนวนทั้งสิ้น 55 แห่ง โดยแบ่งเป็นสถานที่ผลิตอาหารประเภทเข้าข่ายโรงงานจำนวน 41 แห่ง และไม่เข้าข่ายโรงงานจำนวน 14 แห่ง และเมื่อนำข้อมูลมาคัดกรองเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ที่เข้าเกณฑ์จำนวนทั้งสิ้น 37 แห่ง โดยแบ่งเป็นสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่เข้าข่ายโรงงานจำนวน 23 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62 และประเภทไม่เข้าข่ายโรงงาน จำนวน 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38 ตามลำดับดังตารางที่ 2

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มี

คะแนนการตรวจประเมินตามเกณฑ์ข้อกำหนดพื้นฐานต่ำกว่าร้อยละ 80 (อ.2) และสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1) ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการตรวจประเมินต่ำกว่าร้อยละ 80 ของ(อ.2) และสบ.1

ประเภทกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้า ข่ายโรงงาน สบ.1	14	38
สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่าย โรงงาน อ.2	23	62
รวม	37	100

ตอนที่ 2 ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ เป็น การคำนวณค่าความถี่ (Frequencies) และร้อยละ (Percent) แบบสรุปรวมทั้ง 5 หมวดของบันทึกการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ต.ส.2(63) ดังนี้ (37แห่ง)

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ แบบสรุปรวมทั้ง 5 หมวด (37แห่ง)

กลุ่ม ตัวอย่าง	หมวดที่ 1 (คะแนนเต็ม 24)				หมวดที่ 2 (คะแนนเต็ม 14)				หมวดที่ 3 (คะแนนเต็ม 46)				หมวดที่ 4 (คะแนนเต็ม 16)				หมวดที่ 5 (คะแนนเต็ม 16)			
	คะแนนที่ได้				คะแนนที่ได้				คะแนนที่ได้				คะแนนที่ได้				คะแนนที่ได้			
	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ
สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1)																				
1	18	75.00	21	87.50	8	57.14	11	78.57	30	65.22	38	82.61	12	75.00	16	100.00	14	87.50	14	87.50
2	21	87.50	22	91.67	7	50.00	10	71.43	19	41.30	30	65.22	8	50.00	12	75.00	13	81.25	14	87.50
3	12	50.00	15	62.50	11	78.57	11	78.57	28	60.87	29	63.04	9	56.25	12	75.00	10	62.50	12	75.00
4	13	54.17	15	62.50	12	85.71	12	85.71	28	60.87	34	73.91	10	62.50	14	87.50	10	62.50	13	81.25
5	13	54.17	14	58.33	8	57.14	11	78.57	29	63.04	34	73.91	8	50.00	10	62.50	10	62.50	13	81.25
6	9	37.50	14	58.33	4	28.57	8	57.14	9	19.57	24	52.17	2	12.50	10	62.50	7	43.75	13	81.25
7	7	29.17	13	54.17	5	35.71	7	50.00	15	32.61	27	58.70	3	18.75	10	62.50	9	56.25	13	81.25

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ แบบสรุปรวมทั้ง 5 หมวด (37แห่ง) (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	หมวดที่ 1 (คะแนนเต็ม 24)				หมวดที่ 2 (คะแนนเต็ม 14)				หมวดที่ 3 (คะแนนเต็ม 46)				หมวดที่ 4 (คะแนนเต็ม 16)				หมวดที่ 5 (คะแนนเต็ม 16)			
	คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้		คะแนนที่ได้	
	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ
สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1)																				
8	8	33.33	14	58.33	6	42.86	9	64.29	15	32.61	28	60.87	3	18.75	10	62.50	7	43.75	13	81.25
9	13	54.17	17	70.83	4	28.57	10	71.43	13	28.26	24	52.17	7	43.75	13	81.25	12	75.00	14	87.50
10	8	33.33	13	54.17	5	35.71	8	57.14	19	41.30	28	60.87	7	43.75	13	81.25	8	50.00	13	81.25
11	9	37.50	13	54.17	6	42.86	9	64.29	17	36.96	24	52.17	7	43.75	12	75.00	9	56.25	12	75.00
12	7	29.17	12	50.00	5	35.71	7	50.00	18	39.13	29	63.04	6	37.50	11	68.75	10	62.50	13	81.25
13	9	37.50	13	54.17	6	42.86	7	50.00	17	36.96	25	54.35	7	43.75	13	81.25	12	75.00	14	87.50
14	15	62.50	15	62.50	10	71.43	11	78.57	31	67.39	32	69.57	8	50.00	10	62.50	11	68.75	13	81.25
สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)																				
15	10	41.67	14	58.33	9	64.29	12	85.71	22	47.83	31	67.39	9	56.25	11	68.75	10	62.50	12	75.00
16	17	70.83	17	70.83	12	85.71	12	85.71	28	60.87	36	78.26	9	56.25	12	75.00	12	75.00	14	87.50
17	15	62.50	17	70.83	8	57.14	9	64.29	29	63.04	34	73.91	9	56.25	13	81.25	11	68.75	13	81.25
18	14	58.33	18	75.00	9	64.29	12	85.71	30	65.22	36	78.26	9	56.25	14	87.50	12	75.00	15	93.75
19	15	62.50	18	75.00	10	71.43	12	85.71	27	58.70	35	76.09	8	50.00	14	87.50	11	68.75	14	87.50
20	14	58.33	18	75.00	9	64.29	12	85.71	22	47.83	31	67.39	9	56.25	14	87.50	10	62.50	15	93.75
21	14	58.33	17	70.83	8	57.14	11	78.57	26	56.52	34	73.91	9	56.25	13	81.25	10	62.50	14	87.50
22	16	66.67	20	83.33	9	64.29	12	85.71	29	63.04	37	80.43	10	62.50	15	93.75	10	62.50	14	87.50
23	11	45.83	14	58.33	6	42.86	9	64.29	15	32.61	26	56.52	5	31.25	14	87.50	9	56.25	13	81.25
24	17	70.83	20	83.33	10	71.43	12	85.71	28	60.87	35	76.09	7	43.75	15	93.75	12	75.00	14	87.50
25	17	70.83	21	87.50	9	64.29	11	78.57	35	76.09	40	86.96	13	81.25	14	87.50	14	87.50	14	87.50
26	15	62.50	20	83.33	12	85.71	12	85.71	27	58.70	36	78.26	13	81.25	15	93.75	15	93.75	15	93.75
27	14	58.33	14	58.33	10	71.43	11	78.57	26	56.52	27	58.70	8	50.00	13	81.25	10	62.50	13	81.25
28	14	58.33	18	75.00	10	71.43	12	85.71	27	58.70	36	78.26	8	50.00	14	87.50	11	68.75	14	87.50
29	13	54.17	16	66.67	12	85.71	12	85.71	27	58.70	39	84.78	8	50.00	14	87.50	13	81.25	14	87.50
30	16	66.67	19	79.17	10	71.43	11	78.57	27	58.70	37	80.43	10	62.50	13	81.25	12	75.00	15	93.75

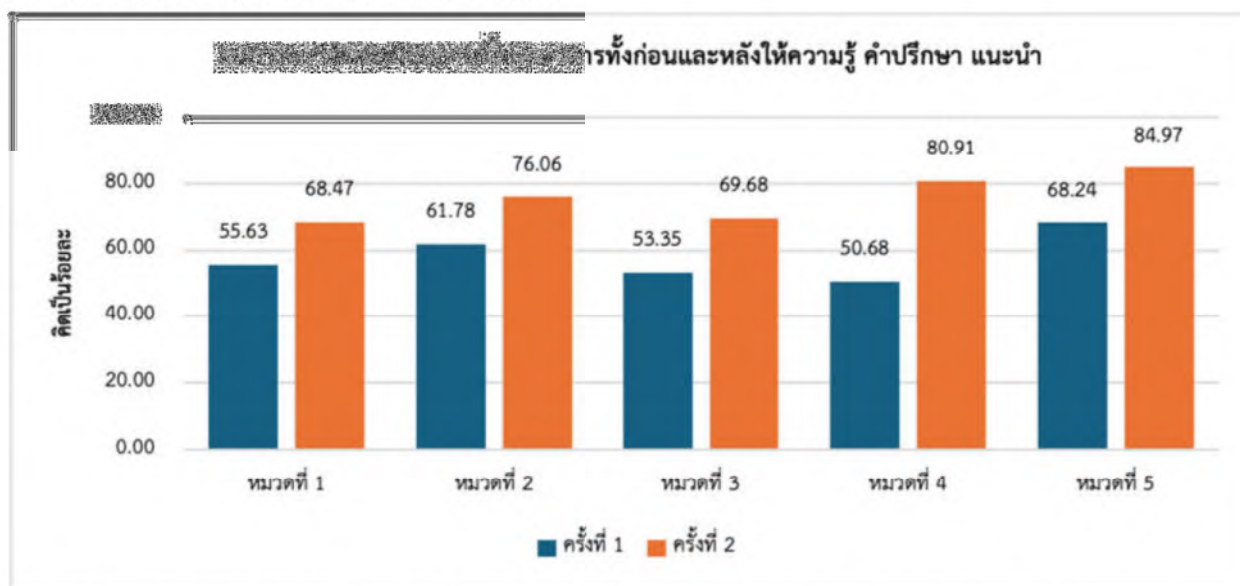
ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ แบบสรุปรวมทั้ง 5 หมวด (37 แห่ง) (ต่อ)

ลำดับ ที่	หมวดที่ 1 (คะแนนเต็ม 16)				หมวดที่ 2 (คะแนนเต็ม 16)				หมวดที่ 3 (คะแนนเต็ม 40)				หมวดที่ 4 (คะแนนเต็ม 16)				หมวดที่ 5 (คะแนนเต็ม 16)			
	สถานที่ผลิต				สถานที่ผลิต				สถานที่ผลิต				สถานที่ผลิต				สถานที่ผลิต			
	ที่ 1	ที่ 2	ที่ 3	ที่ 4	ที่ 1	ที่ 2	ที่ 3	ที่ 4	ที่ 1	ที่ 2	ที่ 3	ที่ 4	ที่ 1	ที่ 2	ที่ 3	ที่ 4	ที่ 1	ที่ 2	ที่ 3	ที่ 4
สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (8.2)																				
31	15	62.50	16	66.67	10	71.43	13	92.86	25	54.35	34	73.91	9	56.25	13	81.25	13	81.25	14	87.50
32	14	58.33	16	66.67	10	71.43	11	78.57	30	65.22	36	78.26	7	43.75	14	87.50	12	75.00	14	87.50
33	14	58.33	17	70.83	10	71.43	11	78.57	23	50.00	30	65.22	9	56.25	15	93.75	12	75.00	14	87.50
34	15	62.50	20	83.33	9	64.29	11	78.57	27	58.70	28	60.87	8	50.00	13	81.25	11	68.75	13	81.25
35	15	62.50	17	70.83	10	71.43	12	85.71	33	71.74	36	78.26	7	43.75	13	81.25	11	68.75	14	87.50
36	13	54.17	15	62.50	11	78.57	11	78.57	33	71.74	41	89.13	11	68.75	14	87.50	10	62.50	14	87.50
37	14	58.33	15	62.50	10	71.43	12	85.71	24	52.17	25	54.35	8	50.00	13	81.25	11	68.75	13	81.25
ค่าเฉลี่ย	13	55.63	16	68.47	9	61.78	11	76.06	25	53.35	32	69.68	8	50.68	13	80.91	11	68.24	14	84.97

*ช่องสีแดงหมายถึงคะแนนต่ำกว่า 60%

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการตรวจประเมินครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 จำนวนสถานที่ผลิตอาหาร จำนวน 37 แห่ง มีผลการตรวจประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนดพื้นฐาน ในรายหมวดย่อย จำนวน 13 แห่ง โดยแบ่งเป็นสถานที่ผลิตที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน จำนวน 9

แห่ง และสถานที่ผลิตที่เข้าข่ายโรงงานจำนวน 4 แห่ง ดังนั้น ยังคงมีสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนดพื้นฐาน และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง จำนวน 24 แห่ง



แผนภูมิที่ 1 แสดงผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ (37 แห่ง)

จากแผนภูมิที่ 1 ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารทั้งก่อนและหลังให้ความรู้ คำแนะนำ ปรึกษา ในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 37 แห่ง มีข้อกำหนดที่มีการเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุด หลังมีการให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ตามลำดับ มีดังนี้ 1) หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล (อัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 30.23) 2) หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล (อัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 16.73) 3) หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต (อัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 16.33) 4) หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา (อัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 14.28) และ 5) หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด (อัตราการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 12.84) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทดสอบ (ค่าที) และระดับนัยสำคัญทางสถิติ ของการทดสอบเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 37 แห่ง รวมทุกหมวด

ผลสัมฤทธิ์	จำนวน	คะแนนเต็ม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่า t*	Sig.
(ก่อน) ครั้งที่ 1	37	116	65.57	13.71	17.17*	0.0000
(หลัง) ครั้งที่ 2	37	116	85.68	9.47		

พบว่า การทดสอบครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 37 แห่ง รวมทุกหมวด มีค่าเฉลี่ยของคะแนน ครั้งที่ 1 เท่ากับ 65.57 คะแนน และครั้งที่ 2 เท่ากับ 85.68 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 พบว่า คะแนน ครั้งที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่าง สูงกว่า ครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ตอนที่ 4 ผลวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนผลตรวจประเมินสถานที่ก่อนและหลังให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดพื้นฐาน (ร้อยละ 60 ขึ้นไป) และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรงของสถานที่ผลิตอาหารจำนวน 24 แห่ง

ตอนที่ 3 แบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ การวิเคราะห์ข้อมูลผลสัมฤทธิ์ทางการให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ของกลุ่มตัวอย่างโดยทดสอบค่า (t-test) แบบ T – test dependent ตามการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน ตส.2(63) (รวมทุกหมวด)

หมวดที่ 1 สถานที่ตั้ง อาคารผลิต การทำความสะอาด และการบำรุงรักษา

หมวดที่ 2 เครื่องมือ เครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต การทำความสะอาดและการบำรุงรักษา

หมวดที่ 3 การควบคุมกระบวนการผลิต

หมวดที่ 4 การสุขาภิบาล

หมวดที่ 5 สุขลักษณะส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของคะแนนรวม 5 หมวด ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างที่	ผลคะแนนการตรวจประเมินสถานที่ตามข้อกำหนด ทั้ง 5 หมวด(เต็ม 116 คะแนน)			
	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ
สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1)				
1	82	70.69	100	86.21
2	68	58.62	88	75.86
3	70	60.34	79	68.10

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของคะแนนรวม 5 หมวด ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 แห่ง (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง ที่	ผลคะแนนการตรวจประเมินสถานที่ตาม ข้อกำหนด ทั้ง 5 หมวด(เต็ม 116 คะแนน)	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ
สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1)						
4	73	62.93	88	75.86		
14	75	64.66	81	69.83		
สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)						
16	78	67.24	91	78.45		
17	72	62.07	86	74.14		
18	74	63.79	95	81.90		
19	71	61.21	93	80.17		
20	64	55.17	90	77.59		
21	67	57.76	89	76.72		
22	74	63.79	98	84.48		
24	74	63.79	96	82.76		
25	88	75.86	100	86.21		
26	82	70.69	98	84.48		
28	70	60.34	94	81.03		
29	73	62.93	95	81.90		
30	75	64.66	95	81.90		
31	72	62.07	90	77.59		

ตารางที่ 5 แสดงร้อยละของคะแนนรวม 5 หมวด ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 แห่ง (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง ที่	ผลคะแนนการตรวจประเมินสถานที่ตาม ข้อกำหนด ทั้ง 5 หมวด(เต็ม 116 คะแนน)	ร้อยละ	ครั้งที่ 1	ร้อยละ	ครั้งที่ 2	ร้อยละ
สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)						
32	73	62.93	91	78.45		
33	68	58.62	87	75.00		
34	70	60.34	85	73.28		
35	76	65.52	92	79.31		
36	78	67.24	95	81.90		
ค่าเฉลี่ย	73.62	63.50	91.50	78.88		

*ช่องเขียว หมายถึง สถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ผ่านเกณฑ์ตรวจประเมินในระดับดีมาก ($\geq$ ร้อยละ80) จำนวน 11 แห่ง

จากตารางที่ 5 สถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ประเภทไม่เข้าข่ายโรงงานที่สามารถผ่านเกณฑ์ประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐาน60% และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง มีจำนวน 5 แห่ง โดยผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก ($\geq$ ร้อยละ80) 1 แห่ง และสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ประเภทเข้าข่ายโรงงาน ที่สามารถผ่านเกณฑ์ประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐาน 60% และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง 19 แห่ง โดยผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก($\geq$ ร้อยละ80) 10 แห่ง

ตารางที่ 6 แสดงผลสัมฤทธิ์ของสถานประกอบการที่มีผลคะแนนรวมทั้ง 5 หมวด ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (จาก24แห่ง)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (แห่ง) : ผลคะแนนรวม 5 หมวด			
	น้อยกว่า ร้อยละ 80	ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	น้อยกว่า ร้อยละ 80	ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 2
สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1)	5	0	4	1
สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2)	19	0	9	10
รวม	24	0	13	11
คิดเป็นร้อยละ	100	0.00	54.16	45.83

จากตารางที่ 5 พบว่า มีจำนวนสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ที่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีมาก ($\geq$ ร้อยละ 80) มีจำนวน 11 แห่ง จากการตรวจประเมินในครั้งที่ 2 โดยแบ่งเป็นสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน 1 แห่ง และสถานที่ผลิตอาหารประเภทเข้าข่ายโรงงาน 10 แห่ง

อภิปรายผล

งานวิจัยเรื่องการประเมินผลการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานของสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ในจังหวัดสมุทรสาครให้สู่ระดับดีมาก ปีงบประมาณ 2567 นี้ มีผลการดำเนินงานจากการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ทั้ง 37 แห่ง ในครั้งที่ 1 พบว่า คะแนนการตรวจประเมินตามเกณฑ์ข้อกำหนดพื้นฐาน ไม่ถึงร้อยละ 80 ทั้ง 37 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจระดับคะแนนจากฐานข้อมูลบนระบบ Sky net ของจังหวัดสมุทรสาคร และผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ 37 แห่งในครั้งที่ 2 พบว่า มีสถานที่ผลิตอาหารประเภทเข้าข่ายโรงงานและไม่เข้าข่ายโรงงาน มีผลของคะแนนในหมวดที่ 1, 2 และ 3 ไม่ผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนดพื้นฐาน เมื่อแยกรายหมวด จำนวน 13 แห่ง โดยพบว่า ข้อกำหนดที่สถานประกอบการมีผลการตรวจประเมินไม่ถึงเกณฑ์ข้อกำหนดพื้นฐานและไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง จะอยู่ในส่วนของโครงสร้างของสถานประกอบการ โดยเฉพาะในส่วนของพื้นอาคาร โดยพบพื้นที่สีกร่อนเป็นหลุมบ่อและมีน้ำขัง ซึ่งโดยปกติแล้วการผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ จะมีการใช้น้ำในการผลิตในปริมาณที่มาก เช่น น้ำที่ใช้ในการขึ้นรูป น้ำที่ใช้ในกระบวนการต้ม ซึ่งเป็นน้ำที่มีอุณหภูมิค่อนข้างสูง และน้ำจะปนเปื้อนไปด้วยไขมันจากสัตว์ หรือ หากเป็นผลิตภัณฑ์ประเภทลูกทอด ก็จะมีไขมัน น้ำมันกระเด็น

ลงพื้น และหากมีการจัดการน้ำทิ้ง หรือน้ำมันไม่เหมาะสม จะทำให้พื้นผิวถูกกัดกร่อนได้ ในส่วนของเพดานหรือ ผนัง มักพบหยากไย่ หรือ คราบน้ำมันติดตามอุปกรณ์ที่ยึดด้านบนเช่น พัดลม เนื่องจากการขาดการทำความสะอาดที่เหมาะสม, เครื่องจักรและอุปกรณ์การผลิต พบว่า มีขอกมูมที่ยากต่อการทำความสะอาด หรือ อุปกรณ์เครื่องจักรไม่สามารถถอดล้างได้โดยง่าย ขาดการบำรุงรักษาที่เหมาะสม และอุปกรณ์การขัดเงาขัด การการสอบเทียบประจำปี เนื่องมาจากการส่งเครื่องมือต่างๆไปสอบเทียบ จะมีค่าใช้จ่ายราคาสูงและเครื่องมือที่ต้องสอบเทียบดังกล่าวจะมีหลายประเภท เช่น เทอร์โมมิเตอร์ เครื่องชั่งดิจิตอล นาฬิกาจับเวลา เป็นต้น ทำให้ผู้ประกอบการเสียค่าใช้จ่ายที่จะต้องลงทุนเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ เป็นต้น เมื่อพิจารณาในส่วนองกระบวนการผลิต พบว่าสถานประกอบการ ยังคงขาดบันทึกต่างๆที่เกี่ยวข้องในการผลิตเช่น บันทึกรายงานชนิด ปริมาณผลิตภัณฑ์ และข้อมูลด้านการจำหน่ายและวิธีการเรียกสินค้าคืน ซึ่งเป็นเรื่องของการจัดทำระบบเอกสารประกอบกระบวนการผลิต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ประกอบการผลิตอาหารขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดทำเอกสารต่างๆ ของระบบการผลิต หรือมีคำศัพท์บางคำที่เป็นในลักษณะเชิงวิชาการที่ผู้ประกอบการไม่ทราบทำให้ไม่สามารถจัดทำเอกสารที่ถูกต้องได้ จึงสมควรที่จะเพิ่มทักษะ ความรู้ ความเข้าใจให้แก่ผู้ประกอบการในเรื่องการจัดทำเอกสารของระบบการผลิต ได้อย่างถูกต้องในขั้นตอนต่อไป เป็นที่น่าสังเกตว่าเรื่องสุขภาพและ สุขลักษณะส่วนบุคคล เป็นข้อกำหนดที่สถานประกอบการสามารถผ่านการตรวจประเมินในครั้งที่ 2 มากที่สุด เนื่องจาก เป็นการแก้ไขได้โดยง่าย โดยตัวผู้ปฏิบัติเองหรือพนักงาน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน และในส่วนของการมาตรการต่างๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยไม่ต้องใช้เงินทุน

ไม่สูง เช่น วิธีการกำจัดขยะ ห้องน้ำห้องส้วมและอุปกรณ์ การกำจัดแมลง เป็นต้น

เมื่อพิจารณา โดยภาพรวมพบว่า คะแนนเฉลี่ยของข้อกำหนดพื้นฐานทั้ง 5 หมวดของสถานที่ผลิตทุกแห่ง จะมีคะแนนในการตรวจครั้งที่ 2 มากกว่าการตรวจประเมินครั้งแรก เมื่อแยกเป็นรายหมวดหรือโดยภาพรวมทั้ง 5 หมวดก็ตาม แสดงให้เห็นว่า การตรวจและให้คำแนะนำแก่สถานที่ผลิตอาหาร สามารถทำให้ระดับคะแนนของการตรวจประเมินตามข้อกำหนดพื้นฐานสูงขึ้น และจากผลการวิจัยพบว่า มีสถานประกอบการผลิตผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่ไม่เข้าข่ายโรงงานสามารถผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีมากจำนวน 1 แห่ง และสถานประกอบการที่เข้าข่ายโรงงานสามารถผ่านเกณฑ์ในระดับดีมาก จำนวน 10 แห่ง ถึงแม้ว่าการตรวจประเมินจะไม่สามารถทำให้สถานประกอบการทุกแห่งผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดในระดับมากกว่าร้อยละ 80 ก็ตาม แต่อย่างน้อยก็ทำให้สถานประกอบการเกิดความตื่นตัวและรับทราบถึงผลดีของการได้รับการตรวจประเมินฯ เพราะจะเป็นบันไดขั้นแรกที่น่าไปสู่การรับรองโดยระบบการตรวจให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP420) ต่อไป ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อการประกอบการกิจการ เพราะปัจจุบันนี้ ผู้บริโภคให้ความสำคัญของการรับรองหรือเครื่องหมาย ออย.ของสินค้า เพราะเป็นการการันตีถึงความได้มาตรฐานและความปลอดภัยในการบริโภคได้ในระดับหนึ่งโดยภาพรวมของผลงานวิจัยพบว่า คะแนนการตรวจประเมินในครั้งที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจประเมินในครั้งที่ 1 ของทั้ง 5 หมวด คะแนนการตรวจในครั้งที่ 2 มากกว่าคะแนนการตรวจในครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value}<0.05$) แสดงให้เห็นถึง ผลลัพธ์ที่ได้จากการตรวจประเมินเชิงรุก ทำให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาที่ดีขึ้น จากผลการวิจัยพบว่า ผลสำเร็จในการพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์

จากเนื้อสัตว์ที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน (สบ.1) ผ่านเกณฑ์ในระดับดีมากเพียง1แห่ง อาจเป็นเพราะ สถานที่ผลิตประเภทนี้ ขาดปัจจัยเกื้อหนุนหลายประการ มีเงินทุนไม่มาก การเพิ่มทุนเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้โดยง่าย รวมถึง การจ้างบุคลากรเข้ามาปฏิบัติงาน เมื่อประเมินแล้วอาจไม่คุ้มค่า แตกต่างจากสถานประกอบการขนาดใหญ่ มีปัจจัยด้านเงินทุนสูงสามารถจ้างบุคลากรเฉพาะอาชีพ เช่น นักวิทยาศาสตร์การอาหาร นักชีววิทยา นักเคมี ฯลฯ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและรู้ระบบการปฏิบัติงานนั้นมาเป็นอย่างดี ในทำนองเดียวกัน สถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่เข้าข่ายโรงงาน (อ.2) ผ่านเกณฑ์ในระดับดีมาก ถึง 10 แห่ง ก็เนื่องจากการมีปัจจัยเกื้อหนุนที่ดีหลายอย่างโดยเฉพาะเรื่องเงินทุนและระบบการบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าแนวทางในการพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ยังคงมีประเด็นสำคัญที่ควรติดตามคือ

1. ในส่วนของสถานประกอบการ ประเภทที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน(สบ.1) เนื่องจากไม่มีการต่ออายุใบอนุญาตผลิตอาหาร จึงควรมีการตรวจประเมินอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเพิ่มแรงเสริมแก่สถานประกอบการให้มีกำลังใจในการพัฒนาสถานที่ผลิตของตนเองต่อไป และจากผลการวิจัยพบว่า สถานที่ผลิตอาหารประเภทนี้ สามารถผ่านเกณฑ์ระดับดีมากได้เพียงแห่งเดียว จึงเป็นสิ่งที่ต้องเน้นย้ำและให้ความสำคัญต่อสถานประกอบการประเภทนี้มากกว่ากลุ่มอื่น

2. ต้องติดตามให้คำแนะนำในส่วนของสถานประกอบการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ในระดับดีมาก ($\geq$ ร้อยละ80) ทั้งเข้าข่ายและไม่เข้าข่ายโรงงาน เพื่อสร้างแรงกระตุ้นให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนา

3. ภาครัฐควรมีบริการให้คำแนะนำการวางแผน
แปรรูปอาหารผลิต การเลือกใช้วัสดุให้เหมาะสม แก่สถาน
ประกอบการที่กำลังวางแผนจะดำเนินกิจการผลิตอาหาร
ประเภทผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ โดยเผยแพร่ในเว็บไซต์
ของหน่วยงานและบริการให้คำปรึกษาทุกช่องทาง เช่น
แอปพลิเคชันไลน์ โทรศัพท์ อีเมล เพื่อเพิ่มความสะดวก
ในการเข้าถึงแก่ผู้ประกอบการได้อย่างรวดเร็ว

4. จัดทำคู่มือในเรื่อง แบบฟอร์มของการจัดทำ
ระบบเอกสารต่างๆ หรือ ระบบการรายงาน ที่จำเป็นตาม
เกณฑ์ข้อกำหนดให้เป็นแบบแผนเดียวกัน เพื่ออำนวยความสะดวก
ความเข้าใจของผู้ประกอบการ

5. ทบทวนความรู้ความเข้าใจในเรื่องการใช้วัตถุ
กันเสียอย่างเหมาะสมในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ให้แก่
พนักงานฝ่ายผลิตในสถานประกอบการ

6. จัดหาบริษัทที่รับสอบเทียบเครื่องมือ
อุปกรณ์ ที่ใช้ในโรงงาน, สถาบันหรือบริษัทตรวจวิเคราะห์
ที่มีราคาประหยัดแก่สถานประกอบการเพื่อลดค่าใช้จ่าย
ให้ต่ำลงเป็นการสร้างแรงจูงใจในการมาใช้บริการ

7. จัดอบรม ฟื้นฟู สถานประกอบการประเภท
ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ทุกปี เพื่อทบทวนความรู้
ความเข้าใจในเรื่องระบบGMPมากขึ้น

นอกจากนี้ หากมีการศึกษาวิจัยในแนวทาง
ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารให้ได้มาตรฐาน
ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็น
กฎหมาย (GMP420) ในอาหารกลุ่มต่างๆต่อไปในอนาคต
ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ อาจมีการวิจัยในเฉพาะกลุ่มที่เน้น
ย้ำ (Focus group) ที่มีแนวโน้มในการพัฒนาหรือ
ปรับปรุงยาก เช่น เจาะลึกในกลุ่มสถานที่ผลิตอาหารที่ไม่
เข้าข่ายโรงงาน ซึ่งสถานที่ผลิตอาหารประเภทนี้ ไม่มีการ
ตรวจประเมินต่ออายุใบอนุญาตของสถานที่ผลิต ทำให้
ขาดการปรับปรุง พัฒนา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุรวิทย์ ศักดานุภาพ
อดีตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร นายแพทย์
ประกิจ สารเทพ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
สมุทรสาคร เกสัชกรหญิงอรุณศรี บุญมาศิริ เกสัชกร
เชี่ยวชาญด้านเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสมุทรสาคร เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครทุกท่าน และ
ผู้ประกอบการจากสถานที่ผลิตอาหารต่าง ๆ ในจังหวัด
สมุทรสาคร ที่ได้ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล
ในงานวิจัยนี้อย่างเต็มกำลังเป็นอย่างดีจนงานวิจัยนี้
เสร็จสมบูรณ์ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

(2567). สถานการณ์วัตถุเจือปนอาหารใน
ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ ประเภทไส้กรอกในเขตสุขภาพ
ที่ 5 ปีงบประมาณ 2565. เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน
2567) [https://kis.dmsc.moph.go.th/
news/47/detail/7267](https://kis.dmsc.moph.go.th/news/47/detail/7267).

กองอาหารสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

(2566). คู่มือการตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตาม
หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็น
กฎหมาย (GMP420) . สำนักงานกิจการโรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เดลินิวส์ออนไลน์. (2565). เตือนภัยไส้กรอกมรณะ! ดริง
ผวาเด็ก 3 ราย กิน 15 นาที ‘ปากเขียว-
อ่อนแรง’. เข้าถึงเมื่อ (1 กุมภาพันธ์ 2565)
[https://www.dailynews.co.th/
news/722651/](https://www.dailynews.co.th/news/722651/).

ราชกิจจานุเบกษา. (2564). ประกาศกระทรวง

สาธารณสุข ฉบับที่ 420 พ.ศ. 2563 ออกตาม

ความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522

เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต

และการเก็บรักษาอาหาร. (9 กุมภาพันธ์

2564). คัดจากราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138

ตอนพิเศษ 31 ง หน้า 24-26.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2554).

SKYNET. <https://privus.fda.moph.go.th/>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.(2567).

การตรวจเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์แปรรูปจาก

เนื้อสัตว์ ภาคกลาง. (2567, 1 สิงหาคม). กลุ่ม

งานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.

[https://sites.google.com/](https://sites.google.com/view/kbs456)

view/kbs456.

Charoenphong, S. (2019). การประเมินความเป็นไปได้

ในการพัฒนาสถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่

บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายตามหลักเกณฑ์

วิธีการผลิตที่ดี (Primary GMP) โดย

ผู้ประกอบการจังหวัดลำพูน. วารสาร

สาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2(3),

16-28. [https://he02.tci-](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/)

[thaijo.org/index.php/tjph/](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/).

Leasurapranon, B. (2018). การศึกษาสถานการณ์การ

ใช้วัตถุเจือปนอาหารในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์

จังหวัดนครราชสีมา 2560. Thai Food and

Drug Journal, 25(2), 58-66.

[https://he01.tci-thaijo.org/index.php/](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/view/140345)

[fdajournal/article/view/140345](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/article/view/140345).

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

กิตติพงศ์ บุญเจริญ, ส.ม.¹, ญัฐธนรี คำดี, ส.บ.²

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนระบบสาธารณสุขชุมชน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอราชไศล 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ 3) ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการพัฒนาที่นำไปสู่การปรับปรุงการทำงานอย่างยั่งยืน ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 38 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสังเกตการณ์ การบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบสอบถามเพื่อประเมินผลเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาอย่างง่ายได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ T-test และประเมินผลกระทบของกิจกรรม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.1 มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 79.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 46.9 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 81.3 ระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 32.8 ส่วนใหญ่ได้เข้ามาเป็น อสม. โดยความสมัครใจ ร้อยละ 87.9 ด้านความสัมพันธ์ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวมของ อสม. ปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพและด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่าย ($p<0.05$) ปัจจัยด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสภาพ (Health Station) ($p<0.05$) ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสภาพ (Health Station) ($p<0.05$) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการประสานงานกับบุคคลองค์กรและเครือข่ายและด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสภาพ (Health Station) ($p<0.05$) ระดับความรู้และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ อสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.73 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 7.84, SD = 3.94) ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจโดยโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานสามารถนำไปใช้ในการสร้างศักยภาพ ส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม. ทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ภาครัฐ) และ อสม. (ภาคประชาชน) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนสอดคล้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน, พัฒนาศักยภาพ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email: Kittipong.2717@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ Email: jazzgk9179@gmail.com

Factors affecting the performance of village health volunteers in Rasi Salai District, Sisaket Province

Kittipong Booncharoen, *M.P.H.*¹, Natnaree Kamdee, *B.P.H.*²

Abstract

Village Health Volunteers (VHVs) are an important force in supporting the community health provider. This participatory action research was aimed at 1) studying the factors affecting the performance of VHVs in Rasi Salai District, 2) developing a work model that enhances the potential of VHVs through participatory action research, and 3) evaluating the changes from the development process that lead to sustainable work improvement. The research was conducted in 4 phases from October 1, 2023, to September 30, 2024. The sample consisted of 38 VHVs. The research instruments consisted of semi-structured interviews, observation forms, workshop recordings, and questionnaires to evaluate the quantitative and qualitative data collection. The data analyzed were using simple descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, T-test, and assessment of the impact of the activities.

The results of the research found that the majority of the sample group was female (80.1%), aged between 40-59 years. 79.3% were married, 75.0% completed primary school, 75.4% worked as farmers, and 46.9% had a monthly income between 1,000-5,000 baht. 81.3% had been a VHV for 1-5 years, and 32.8% had joined the VHV voluntarily (87.9%). Relationship factors, knowledge factors, attitude factors, work supervision factors, welfare and compensation factors, and social support factors were also considered. There was no statistical relationship with the overall performance of the VHVs. The attitude factor was related to the performance of the VHVs in terms of health behavior adjustment and coordination with individuals, organizations, and networks ($p < 0.05$). The supervision factor of public health officers was related to the performance of the VHVs in terms of coordination with individuals, organizations, and networks and performance at the health station ($p < 0.05$). The welfare and compensation factors were related to the performance of the VHVs in terms of coordination with individuals, organizations, and networks and performance at the health station ($p < 0.05$). The social support factor was related to the performance of the VHVs in terms of health behavior adjustment, coordination with individuals, organizations, and networks, and performance at the health station ($p < 0.05$). The knowledge level and home visit performance level of the VHVs after participating in the context-based learning program were significantly better than before participating in the program ($p < 0.001$). Most VHVs, 47.73 percent, had a high level of satisfaction (mean = 7.84, SD = 3.94) after participating in the project.

Conclusions: There are changes in knowledge, practice, and satisfaction levels by the context-based learning program that can be applied to build capacity, promote the performance of village health volunteers, and create mutual learning between public health officers (government sector) and village health volunteers (civil sector) and stakeholders in the community in line with community participation.

Keywords: Village health volunteers, Factors affecting the implementation, Develop potential

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Buengboon District Public Health Office, Sisaket Province,
E-mail : kittipong.2717@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Operational Level, Rasi Salai District Public Health Office, Sisaket Province,
E-mail : jazzgk9179@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้งานสาธารณสุขมูลฐานเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายการพัฒนาาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ สร้างระบบเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นสร้างความเข้มแข็งในระบบสุขภาพ โดยมีหลักการพื้นฐาน 4 ประการที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ประเทศทั้งหลายนำไปใช้ คือ หลักความครอบคลุมบริการ (Universal Coverage) หลักการจัดบริการโดยประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People - Centred Service) หลักนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policies) และหลักภาวะการเป็นผู้นำ (Leadership) (WHO, 2008) ซึ่งเป็นแนวคิดและหลักการที่เหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพของประเทศไทยและของประชาคมโลกในปัจจุบัน (WHO, 2006) หลักการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งของแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานคือการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยมีแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดการกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในท้องถิ่น อสม. คือ ประชาชนที่เสียสละและอาสาที่จะรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วยความสมัครใจโดยผ่านกระบวนการให้ความรู้ด้านสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นประจำอย่างต่อเนื่องจนมีความรู้ความสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่อนบ้านได้ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย (Change Agents) ของประชาชน การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. มีหลายประการและจากการดำเนินงานที่ผ่านมาอาสาสมัครพบว่ามีภาระขาดแคลนของบุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิใน

สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบจากเกณฑ์มาตรฐาน (มาตรฐานประชากร 1 : 250 คน ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน) สอดคล้องกับการศึกษาของภูติท และคณะ (2553) พบว่าการขาดแคลนกำลังคนเป็นปัญหาของระบบบริการปฐมภูมิแม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลได้ดำเนินการวางแผนและพัฒนากำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ การทำงานในบริการปฐมภูมิต้องดำเนินการทั้งในและนอกสถานบริการรวมถึงในชุมชน อสม. มีบทบาทที่สำคัญมากในการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้และการปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีและด้านอื่นๆ จากข้อมูล อสม. ของอำเภอราษีไศล พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่สูง มีวุฒิการศึกษาระดับปวช./ปวส. ร้อยละ 7.3 และปริญญาตรีเพียงร้อยละ 1 และถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ อสม. เป็นเดือนละ 2,000 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) แต่จากการถอดบทเรียนโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชิงรุกอำเภอราษีไศลพบว่ามีผลกระทบเชิงบวกต่อการทำงานของ อสม. เงิน 2,000 บาท ไม่ได้ทำให้จิตอาสาของ อสม. เปลี่ยนไป จากความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม. และพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. แบบมีส่วนร่วมเพื่อการบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคประชาชนสามารถทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน มีความรู้ ทักษะความสามารถ ที่จะมีการเรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (Lifelong learning) ผ่านการเรียนรู้ในพื้นที่ที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทภายใต้สถานการณ์ขาดแคลนกำลังคน ซึ่งจะทำให้บริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีคุณภาพตามเป้าหมายของระบบสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Improving health)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในอำเภอราชีไศล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานและรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
3. เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการพัฒนาและประสิทธิผลของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงการทำงานอย่างยั่งยืน

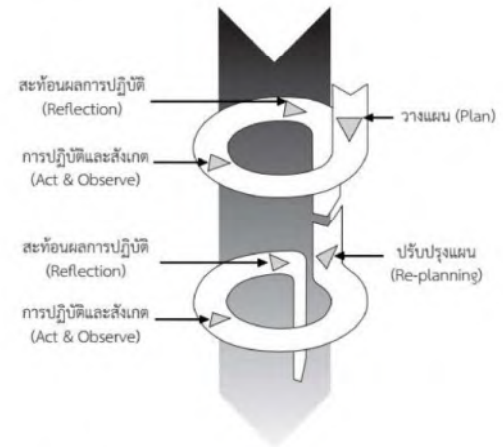
กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & McTaggart, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

1. การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ (Planning)
 - 1.1 เก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion)
 - 1.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อระบุปัญหาและความต้องการของ อสม. และชุมชน ร่วมกัน
2. การวางแผนร่วมกัน (Acting)
 - 2.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับ อสม. และผู้เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแผนพัฒนาการทำงาน
 - 2.2 ร่วมกันออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ เช่น การอบรม การนิเทศงาน และการสนับสนุนทางสังคม
3. การปฏิบัติตามแผน (Observing)
 - 3.1 นำกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในพื้นที่ตัวอย่าง
 - 3.2 สังเกตและบันทึกผลการดำเนินงานกิจกรรมในแต่ละขั้นตอน

4. การประเมินผลและสะท้อนผล (Reflecting)

- 4.1 ประเมินผลกระทบของกิจกรรมผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก
- 4.2 จัดประชุมเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

การการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อเข้าร่วมกระบวนการวิจัยอย่างลึกซึ้ง ซึ่ง จำนวนรวม 72 คน กำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก คือ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1 เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

1) แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาจากทฤษฎี ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปร และกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา และผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือจากการศึกษาของ จิตราวดี พันธุ์ไม้ (2551) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง มาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน และวิธีการที่เข้ามาเป็น อสม. ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน อำเภอราชไศล แบ่งเป็น 5 ตอน ตอนที่ 1 ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้ศึกษาได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือจากการศึกษาของ พัทธ์ศร ภาพลักษณ์ (2551) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี ร่วมกับการศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุของการเกิดโรคและภาวะด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ลักษณะอาการเบื้องต้น การรักษาเบื้องต้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการป้องกันโรค ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 40 ข้อ โดยแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ตอนที่ 2 - 5 ปัจจัยด้านทัศนคติต่องานของ อสม. ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ตัวเลือก มีจำนวน 20 ข้อ ปัจจัยด้านการนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนของ อสม. ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามในส่วนความรู้ด้านการนิเทศงาน และด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ไปตรวจความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ค่าที่ได้เท่ากับ 1.0, 0.87 และ 0.93 ตามลำดับ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) มีค่าเท่ากับ 0.9

และ 0.9 ปัจจัยด้านความรู้ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Kuder Richardson 20 ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.88 ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน ปัจจัย ด้านการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ค่าความเชื่อมั่นที่ได้เท่ากับ 0.79 0.74 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอราชไศลประยุกต์ใช้เครื่องมือจากการศึกษาของ พรธนา ศรีพิทักษ์ (2551) คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 1.0 ด้านความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.93

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่มในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและ อสม. จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 – 8 คน จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว 3) แบบสังเกตการณ์ และการบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ นำโปรแกรมที่ออกแบบใช้ในการอบรม อสม. โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้าร่วมจำนวน 5 แห่ง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยของการศึกษาที่ผ่านมาของกรรทอง คมรัตน์ ปัญญา ชัยยง ขามรัตน์ และทองหล่อ เดชไทย (2010) มีค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ภายในกลุ่มทดลองเป็น 2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็น 3 กำหนดค่า power = 0.90 และ alpha = 0.01 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ Stata version 11 สำหรับกลุ่มเดียว ได้ขนาดตัวอย่าง 34 คน เพื่อป้องกันการออกจากโปรแกรมระหว่างดำเนินการเพิ่มจำนวนตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 38 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 1. เป็น อสม. ที่ผ่านการอบรมการเป็น อสม. และขึ้นทะเบียนกับสาธารณสุขอำเภอราชไศล 2. ไม่เคยได้รับการอบรมโดยวิธีการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน 3. สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถสื่อสารโดยการ

พูดได้ และ 4. ยินดีเข้าร่วมโครงการ และ 4) แบบสอบถามเพื่อประเมินผล ทำการประเมินผล โปรแกรมด้วยการวัดความรู้ การปฏิบัติเยี่ยมบ้าน และความพึงพอใจในการอบรมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม โปรแกรมจำนวน 38 คน ซึ่งการประเมินตนเองของผู้เรียนว่าหลังเรียนมีความสามารถเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเพียงไร เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงานร่วมกันในบริการปฐมภูมิในบริบทของชุมชน (ยงยุทธ, 2552)

3) แบบสังเกตการณ์ และบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคเรื้อรังระยะเวลา 10 สัปดาห์ ทำการออกแบบผ่านการจัดประชุมร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายผ่านขั้นตอนการเตรียมการด้วยการรวบรวมองค์ความรู้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นพื้นฐาน การอบรมที่จัดให้ และการอบรมที่อสม. เข้าไปมีส่วนร่วมประกอบด้วยกิจกรรมหลักและกิจกรรมเสริมดังนี้

กิจกรรมหลัก ได้แก่ การเรียนโดยใช้รพ.สต. เป็นฐาน และการเรียนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การออกเยี่ยมบ้าน พร้อมเจ้าหน้าที่)

กิจกรรมเสริม ได้แก่ การอภิปรายกรณีศึกษาอย่างเป็นระบบ และการจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษา

4) แบบสอบถามเพื่อประเมินผล แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป 8 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ จำนวน 30 ข้อ การปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านจำนวน 14 ข้อ และความพึงพอใจจำนวน 20 ข้อ สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบสอบถามแบบวัดความรู้เป็นแบบถูก ผิด และแบบสอบถามความพึงพอใจเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดย 3 หมายถึง ปฏิบัติได้มาก และพึงพอใจมาก ส่วน 1 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยและพึงพอใจน้อย

2 ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการดังนี้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของอำเภอราชไศล ระหว่างผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชไศล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐาน ในรพ.สต.จำนวน 34 คน สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการและขั้นตอนของกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งศึกษาและวิเคราะห์ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อำเภอราชไศล จำนวน 259 คน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผน ระดมความคิด และออกแบบแนวทางการร่วมกันระหว่าง อสม. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชไศล แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และรูปแบบการจัดอบรมที่เหมาะสมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอราชไศล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอราชไศลควรมีความรู้ ประเด็นใดบ้าง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอราชไศลควรมีความสามารถในการปฏิบัติการในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนประเด็นใดบ้าง 3) รูปแบบการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชไศลเป็นอย่างไร 4) ผู้สอนและวิธีการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชไศลเป็นอย่างไร และ 5. ปัญหาและอุปสรรคในการอบรมสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชไศลมีอะไรบ้าง

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผนโดยการดำเนินงานดังนี้ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชไศล โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานให้แก่ อสม. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน โดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการศึกษารายละเอียดขอความร่วมมือ และเริ่มทำการจัดอบรม

สังเกต และบันทึกผลการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน และสรุปประเด็นโดยใช้แบบสังเกตการณ์ และบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการในการอบรมกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผล

จากการดำเนินการเก็บข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนดไว้ในแต่ละขั้นตอนนำมาประเมินผลกระทบของกิจกรรมผ่านแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก และจัดประชุมถอดบทเรียนเพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน สรุปประเด็น และรวบรวมข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง และประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของ เนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้ (try out) กับอสม.ที่มีลักษณะและพื้นที่การดำเนินงานคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาสแบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของ อสม. มีค่า $\alpha = 0.89$ แสดงถึงความเชื่อมั่นระดับสูง แบบสอบถามรู้ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง 0.78

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

ตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของข้อมูล การศึกษานี้ใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) แบบบุคคล (Personal Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาขอ อนุญาตและขอความยินยอมร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกขั้นตอนของการศึกษาและการ เข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อแสดงความ ยินยอมในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้สถิติใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณของ อสม.กลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อหาประเด็นสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2024-114 วันที่ 9 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1

ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. อำเภอ ราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 256 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80.1 และมีอายุระหว่าง 40-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 79.3 รองลงมาอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.9 โดยมีอายุน้อยสุด 20 ปี อายุ สูงสุด 79 ปี อายุเฉลี่ย 51 ปี 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75.0 ระดับ การศึกษา ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.9 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.9 รายได้ต่อเดือน ระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 81.3 รายได้ สูงสุด 12,000 บาท รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้ เฉลี่ยเดือนละ 4,127 บาท ระยะเวลาการเป็น อสม. ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 32.8 รองลงมา 6-10 ปี ร้อยละ 24.6 ระยะเวลาการเป็นอสม.สูงสุด 30 ปี น้อย สุด 1 ปี 6 เดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 10.2 ปี ส่วนใหญ่ได้เข้ามาเป็น อสม. โดยความสมัครใจ ร้อยละ 87.9 และเพื่อน อสม.ชักชวน ร้อยละ 10.9

ส่วนที่ 1.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน พบว่าด้านความรู้ ร้อยละ 88.3 มีความรู้ในเรื่องโรค ทั่วไปและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ตาม

หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้สม. ปี พ.ศ. 2553 จำนวน 11 เรื่อง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($SD = 2.81$) ด้านทัศนคติต่องานร้อยละ 89.1 ของ อสม. อำเภอราชีไศลมีทัศนคติต่องานด้านสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($SD = 6.84$) ด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 70.3 อสม. อำเภอราชีไศล มีความเห็นต่อการนิเทศงาน อสม. ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($SD = 2.85$) ด้านสวัสดิการและค่าตอบแทนร้อยละ 54.7 อสม. อำเภอราชีไศลมีความเห็นต่อการได้รับสวัสดิการและค่าตอบแทนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($SD = 3.51$) ด้านการสนับสนุนทางสังคมพบว่าร้อยละ 76.2 อสม. อำเภอราชีไศล มีความเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($SD = 7.53$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อสม. อำเภอราชีไศล ร้อยละ 95.7 มีการปฏิบัติงานโดยรวมระดับดี ($SD = 11.41$)

ส่วนที่ 1.3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับผลการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน ของ อสม. อำเภอราชีไศลเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า 1) ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้านการนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการ และค่าตอบแทน และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวมของ อสม. 2) ปัจจัยด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพและด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กร และเครือข่าย ($p < 0.05$) 3) ปัจจัยด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กรเครือข่าย และด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) 4) ปัจจัยด้านสวัสดิการ และค่าตอบแทนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กรเครือข่าย และด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) ($p > 0.05$) 5) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน

ของ อสม. ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการประสานงานกับบุคคล องค์กร และเครือข่าย และด้านการปฏิบัติงานที่สถานีสุขภาพ (Health Station) ($p > 0.05$)

ส่วนที่ 2 การวางแผน

ส่วนที่ 2.1 ผลจากการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องนำไปสู่การวางแผน(Focus group) เพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชีไศล โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานพบว่า ประเด็นที่ 1 อสม. อำเภอราชีไศลควรมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิในประเด็นของเรื่องโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดในสมองซึ่งเป็นปัญหาหลักของพื้นที่ ประเด็นที่ 2 อสม. อำเภอราชีไศลควรมีทักษะเชี่ยวชาญในการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในชุมชนให้ครอบคลุมทุกมิติ ประเด็นที่ 3 รูปแบบในการจัดอบรม อสม. อำเภอราชีไศล ให้เป็นรูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นพื้นฐาน ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการให้มีการพัฒนาความรู้ที่สอดคล้องกับการเกิดโรคในพื้นที่ ประเด็นที่ 4 ผู้สอนและวิธีการสอนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชีไศล ให้เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาที่ อสม. เข้าใจง่าย จำนวนครั้งและระยะเวลาควรคำนึงถึงการประกอบอาชีพของ อสม. และเป็นการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน มีการยกตัวอย่างและจัดกิจกรรมโดยใช้กรณีศึกษาในพื้นที่การปฏิบัติงานของ อสม. และประเด็นที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคในการอบรม อสม. ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอราชีไศล พบว่ามีข้อจำกัดเรื่องเวลา การไม่ได้ใช้สถานการณ์ในพื้นที่มา ยกตัวอย่างทั้งหมดในการสอน การใช้ภาษาทางวิชาการ และขาดการประเมินการสอน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน

การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจจากการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงาน ของอสม. อำเภอราชีไศล โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานให้แก่ อสม. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ย 45.56 ปี ($SD. = 45.56$) อายุต่ำสุด

และอายุสูงสุดอยู่ในช่วง 20-55 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.11 เป็นเพศหญิง สัดส่วน อสม. เพศชาย : เพศหญิง เป็น 1 : 12 อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.58 มีสถานภาพสมรสคู่ อสม. และยังพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 57.89 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 63.16 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ในส่วนของระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.53 อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี เฉลี่ย 5.74 (SD. = 4.92) นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.74 เป็นสมาชิกของ อสม. และส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.68 มีตำแหน่งอื่นในชุมชนร่วมกับการเป็น อสม. และพบว่า อสม. มีระดับความรู้ ภาพรวมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อยู่ในระดับต่ำ สูงที่สุดร้อยละ 57.89 (Mean = 12.32, SD. = 4.26) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ อยู่ในระดับสูง สูงที่สุด ร้อยละ 52.63 (Mean = 18.64, SD. = 3.92) ในส่วนของการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านของ อสม. พบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ภาพรวมก่อน

การเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน อยู่ในระดับต่ำ สูงที่สุดร้อยละ 36.84 (Mean = 6.72, SD. = 3.22) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติในการ

เยี่ยมบ้านอยู่ในระดับสูง สูงที่สุดร้อยละ 50 (Mean = 11.41, SD. = 3.08) นอกจากนี้ในส่วนขอระดับความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.37 มีความพึงพอใจระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) จึงสรุปได้ว่าระดับความรู้ เพิ่มขึ้น 6.32 คะแนน (95% CI = 4.45 ถึง 8.19) และระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพิ่มขึ้น 4.69 คะแนน (95% CI = 3.25 ถึง 6.13) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และ อสม.ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.73 มีความพึงพอใจระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบผลการประเมินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการอบรม (n = 38)

ประเด็นการประเมิน	คะแนนต่ำสุด-สูงสุดของคำถาม	ก่อนอบรม Mean(SD.)	หลังอบรม Mean(SD.)	Mean diff.	95%CI	t	P value
ด้านความรู้	0-30	12.32 (4.26)	18.64(3.92)	6.32	4.45ถึง8.19	6.73	<0.001
ด้านปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน	1-14	6.72(3.22)	11.41(3.08)	4.63	3.25ถึง6.13	6.49	<0.001
ความพึงพอใจ	-	-	7.84 (3.94)	-	-	-	-

ส่วนที่ 4 การประเมินผลและสะท้อนผล

ระดับความพึงพอใจอสม.ส่วนใหญ่ร้อยละ 47.73 มีความพึงพอใจระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ เมื่อพิจารณาเป็นรายระดับความพึงพอใจพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.37 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.48 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.79 ตามลำดับ

นำไปสู่การประชุมสะท้อนผลการดำเนินงานการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยใช้บริบทเป็นพื้นฐานพบว่าจากการดำเนินงานยังมีการสะท้อนผลในบางประเด็นได้แก่ 1) อสม. มาไม่ครบ เนื่องจากติดภารกิจควรมีแนวทางในการแก้ไขคือ อาจจะต้องวางแผนและแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและแจ้งเตือนก่อนการจัดกิจกรรมจริง 2) เนื้อหาที่อบรม มีบางกรณีศึกษาที่ไม่ใช่

กรณีศึกษาเกี่ยวกับคนในพื้นที่ที่เห็นอยู่บ่อยๆ พอไม่ได้
นำไปใช้ อสม. อาจจะลืม ควรมีแนวทางในการแก้ไขคือ
เน้นไปที่ปัญหา สถานการณ์ และกรณีศึกษา ที่อยู่ใน
พื้นที่จริง เป็นสำคัญ 3) วิทยากรมีความเป็นนักวิชาการ
และมีการใช้คำศัพท์ที่เป็นภาษาวิชาการอยู่บ่อยครั้ง
อสม. จะเกรงใจเจ้าหน้าที่ ไม่กล้าถาม ควรมีแนวทางใน
การแก้ไขคือ วิทยากรต้องมีการเปิดโอกาสให้มีการ
สอบถามเป็นช่วงๆ ตลอดการบรรยาย เพื่อประเมินการ
สอนระกว่างตนเองและผู้เรียนด้วยเป็นระยะ ซึ่งจาก
การสะท้อนผลดังกล่าวได้ทำการบันทึกและนำไปสู่การ
วางแผนการดำเนินงานในครั้งถัดไป

บทสรุปและอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ปัจจัยด้านความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวมของ
อสม. อำเภอราชีโค (p > 0.05) จากการศึกษาพบว่า
ร้อยละ 88.3 มีความรู้เรื่องโรคทั่วไป และโรคที่เป็น
ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ ตามหลักสูตรการอบรม
พื้นฐานความรู้ อสม. ปี 2553 จำนวน 11 เรื่อง โดยมี
คะแนนอยู่ในระดับสูง (Mean = 34.19, SD. = 2.81)
ทั้งนี้การที่ประชากรมีความรู้ในระดับสูง อาจ
เนื่องมาจากความรู้ดังกล่าวนี้เป็นปัญหาในพื้นที่ เช่น
โรคไข้เลือดออก โรคความดันโลหิตสูง และโรคต่อ
กระชก ซึ่งเป็นปัญหาโรคในพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอราชีโค, 2565) แต่อย่างไรก็ตามประชากรยังม
ีความรู้บางส่วนที่ไม่ครอบคลุม จะต้องมีความรู้ มีทักษะ
ในการปฏิบัติงานในเรื่องการดำเนินงานสาธารณสุขมูล
ฐานและระบบสุขภาพประชาชน บทบาทของ
อาสาสมัครสาธารณสุข กฎหมายเกี่ยวกับอาสาสมัคร
สาธารณสุข การปฏิบัติให้สุขภาพดี มีสุข การให้บริการ
สาธารณสุขที่จำเป็น การสื่อสารในการสาธารณสุข การ
จัดทำแผนงาน โครงการของชุมชน และการบริหาร
จัดการ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) สอดคล้องกับ
การศึกษาของ วรจิตร หนองแก (2540) ที่พบว่าความรู้
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น
ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานที่ระดับนัยสำคัญ

0.05 ปัจจัยด้านทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับ
การปฏิบัติงานโดยรวม ของ อสม. ที่ระดับนัยสำคัญ
0.05 (p > 0.05) แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีความสัมพันธ์
กับการปฏิบัติงานบางด้าน ได้แก่ การปรับพฤติกรรม
สุขภาพ และการประสานงานกับบุคคล องค์กร
เครือข่าย (p > 0.01) ส่วนใหญ่มีความภาคภูมิใจเป็น
อย่างยิ่งที่ได้เป็น อสม. และยินดีเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับ
มาให้แก่ประชาชนอย่างเต็มความสามารถ ถ้าหากใน
หมู่บ้านจัดกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับทาง
สาธารณสุขก็จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เหตุผล
ดังกล่าวแสดงถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อการเป็น อสม.
สอดคล้องกับการให้ความหมายของ สร้อยตระกูล
อรธมานะ (2541) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ทัศนคติคือ การ
ผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความเห็น
ความรู้ และความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด
ปัจจัยด้านการนิเทศงาน อสม.ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติงานโดยรวม
ของ อสม. (p > 0.05) สอดคล้องกับการศึกษาของ
ยุคนธ์ ชูติปัญญะบุตร (2546) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในเขตอำเภอแก่ง
จังหวัดระยอง ที่พบว่าความคิดเห็นของ อสม. ต่อการ
นิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์
กับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ปัจจัย
ด้านสวัสดิการค่าตอบแทนไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ
ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. สอดคล้องกับการศึกษา
ของ ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ (2553) ที่ได้ศึกษาถึง
มุมมองและผลกระทบการพัฒนานโยบายการสนับสนุน
ศักยภาพ อสม. ผู้การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่พบว่า
ค่าตอบแทนไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่ง อสม.
เห็นว่าไม่ได้คาดหวังค่าตอบแทนที่เป็นเงิน ซึ่งเป็นสิ่ง
ที่ลดคุณค่าทางจิตวิญญาณ ลดความภูมิใจ เกิดภาระ
ทางใจของการเป็น อสม. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทาง
สังคมไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. (p > 0.05)
ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมที่
บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2535) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า
การสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานตาม

ในทิศทางนั้นๆ ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชากรได้รับสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่าครอบครัว ร้อยละ 51.2 ของประชากรเห็นด้วยอย่างยิ่งกับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวที่ยินดีให้เป็น อสม.

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาของวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมการจัดอบรมเพื่อเพิ่มระดับความรู้ให้กับ อสม. ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในพื้นที่อำเภอราชีไศล การจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐานมาใช้ในการออกแบบซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือเพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานที่เสริมสร้างศักยภาพของ อสม. ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้ข้อมูลบริบทของพื้นที่โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการออกแบบคือ การเรียนรู้มีทั้งภาคทฤษฎี และการปฏิบัติงานร่วมกับการปฏิบัติงานในระบบบริการสาธารณสุขอำเภอราชีไศลที่เป็นการเรียนรู้จากปัญหาที่พบในพื้นที่โดยจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนในลักษณะผสมผสานไปกับการให้บริการในระบบปกติ ซึ่งการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐานนี้ไม่ใช่กระบวนการเสริมที่นำมาทดแทนการเรียนการสอนอย่างเป็นทางการในสถาบันการศึกษา แต่เป็นกระบวนการเสริมที่ช่วยพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนให้ตรงและเหมาะสมกับความจำเป็น ทั้งนี้ในการพัฒนาจะต้องเคารพและให้คุณค่ากับสิ่งที่มีอยู่เดิม โดยก่อนจะเริ่มพัฒนาศักยภาพจำเป็นต้องระบุทักษะที่มีอยู่ โครงสร้าง หุ่นส่วนภาค และทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งจะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันนอกจากนี้โปรแกรมการเรียนรู้ต้องที่ออกแบบจะต้องบูรณาการเข้ากับโครงสร้างกระบวนการที่มีอยู่อย่างเหมาะสม (ยงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2553) นอกจากนี้การออกแบบโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ W El Ansari, CJ Phillips and AB Zwi (2002) ในเรื่องการลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพและปฏิบัติงานในชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมที่ระบุนำการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน จะต้องใช้ความเชี่ยวชาญ 5 ด้าน ได้แก่ การศึกษา การมีส่วนร่วม ความเกี่ยวข้องของชุมชน การเป็นผู้นำ และการจัดการ

กลยุทธ์ ซึ่งคนในชุมชนมีแนวคิดเชิงบวกต่อผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ ดังนั้นหากต้องการการทำงานอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยออกแบบการทำงานให้มีการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชน การถ่ายทอดลักษณะ และสร้างพลังอำนาจให้กับคนในชุมชน บริบทพื้นที่ของอำเภอราชีไศลพบว่าความชุกของโรคติดต่อเรื้อรังในปี 2561 - 2566 เบาหวาน เป็น 2.35 2.57 2.64 3.07 และ 3.49 ความดันโลหิตสูง 4.83 5.21 5.31 5.48 และ 5.79 จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชีไศล, 2566) จึงได้มีการออกแบบโปรแกรมการจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ อสม. โดยภาคีเครือข่ายออกแบบร่วมกัน ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มหลอดเลือดในสมองด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการพัฒนาที่นำไปสู่การปรับปรุงการทำงานอย่างยั่งยืน โดยมีการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในกลุ่ม อสม. จำนวน 38 คน และทำการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจากผลการวิจัยพบว่า อสม. มีระดับความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.001$) อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมหลักโดยใช้ รพ.สต. เป็นฐาน และการใช้ชุมชนเป็นฐาน (การเยี่ยมบ้าน) โดยจัดให้มีการให้ความรู้และสาธิตการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ที่ อสม. ดูแลประชาชน ซึ่งเป็นความรู้ที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการปฏิบัติงานด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้บริบทเป็นฐาน คือการจัดการเรียนแบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ซึ่ง Malcome S. Knowles (1973) กล่าวถึงลักษณะการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ใน 4 ข้อ คือ 1) ชอบชี้แนะด้วยตัวเอง (Self-direction) 2) ประสบการณ์ 3) ตระหนัก

รู้เรื่องราวเฉพาะที่มาจากชีวิตจริง และ4) ต้องการเรียนรู้ทักษะและค้นหาความรู้ที่จำเป็นในการเพิ่มขีดความสามารถของตนในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า อสม. มีระดับการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.001$) ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับรูปแบบของการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (Experiential based learning: EBL) ในลักษณะของการ ได้เห็น ได้ทำ และทำได้ แสดงให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยงกาปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกับทีมสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยอย่างยั่งยืนต่อไป และระดับความพึงพอใจภายหลังการเข้าร่วมโครงการฯ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.37 มีความพึงพอใจในระดับสูง (Mean = 7.84, SD. = 3.94) อธิบายได้ว่าการอบรมเป็นการเสริมแรงบวก (Rue LW, Byar LL, 2000)ทำให้ อสม. มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน ประชาชนยอมรับสอดคล้องกับ (Gibson, 1991) ที่กล่าวว่า การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม พัฒนาและเสริมสร้างความสามารถ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ อสม. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การอบรมโดยใช้บริบทเป็นฐานเป็นการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้และสามารถเยี่ยมบ้าน พื้นสภาพ ประเมินภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติของผู้ป่วยตลอดเล็ดตมออง ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อดูแลที่เหมาะสม อันจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ เกิดการเรียนรู้ในชุมชนระหว่าง อสม. ครอบครัวผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาคีเครือข่าย ส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการระบบสุขภาพชุมชนเป็นเครือข่ายอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติ ปัจจัยด้าน

การนิเทศงาน ปัจจัยด้านสวัสดิการและค่าตอบแทน และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาสามารถนำไปประกอบการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐานไปใช้พัฒนาศักยภาพของ อสม. ตามบริบทพื้นที่ การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม การให้คำปรึกษา ที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ของ อสม. ได้อย่างเหมาะสม และการศึกษาติดตามผลระดับความรู้และการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้ทราบระยะเวลาในการคงอยู่ของความรู้และการปฏิบัติ เพื่อใช้เป็นแนวทางจัดเสริมฟื้นฟูความรู้ ผนวกเข้ากับประสบการณ์ของ อสม. อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กนกทอง สุวรรณบุญ. (2545). "อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดระยอง"วิทยานิพนธ์ ศิลปะศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปกร.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2536). รวมบทความและเอกสารเกี่ยวกับการดำเนินงานสาธารณสุข มูลฐาน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มืออบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปี 2553 : บริษัท เติเอชั่น จำกัด.
- กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. (2566) รายงานประจำปี 2553. เทศบาลตำบลเมืองคง จังหวัดศรีสะเกษ.

เกษณ พงศ์พิรพท์ และบาร์บารา สตาร์ฟิลด์.

(2552). การบริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ
: Banefits Of primary care. วารสารระบบบริ
การสุขภาพปฐมภูมิและเวชศาสตร์
ครอบครัว. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 พฤศจิกายน 51
- กุมภาพันธ์ 52.

เกษมธิดา สพลมัย. (2536). "การปฏิบัติตามบทบาท
ในการสนับสนุนการดำเนินงานของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน (ศสมช.)
ระดับตำบลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา"
วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ.

(2550). อาสาสมัครสาธารณสุข :
ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่
เปลี่ยนไป. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข,
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ปารณัฐ สุขสุทธิ.

(2550) อาสาสมัครสาธารณสุข : ศักยภาพ
และบทบาทในบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป.
วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 1(3)ม
268-279.

คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบ
บริการปฐม ภูมิ. (2550). แผนยุทธศาสตร์
ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
พ.ศ.2550-2554 สำนักงานวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพ
อาเซียน. มหาวิทยาลัยมหิดล.

คำรพ พงศ์อาทิตย์, จีรพงษ์ แสงทอง (2549).

รายงาน วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอองครักษ์ จังหวัดพัทลุง.

โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุ๊ก. (2532) กระทรวง
สาธารณสุข.

จิตราวดี พันธุ์ไม้. (2551). "ปัจจัยที่มีผลต่อการ
ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขใน
เขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด" .

วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตร์
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ. (2542) การสาธารณสุขมูลฐาน.
ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์.

อรุณ จิระวัฒน์กุล. (2551) ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัย
ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพขอนแก่น.

ภาควิชาชีวิตที่ดีและประชากรศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Alam K., Tasneem S., & Oliveras E. (2012).
Performance of female volunteer
community health workers in Dhaka
urban slums. *Social Science
Medicine*. 75(3):511-515.

Alam, R., (2004). *What are the advantages
And disadvantages of restructuring
a health care system to be more
focused on primary care services?*
Copenhagen, WHO Regional office
For Europe's Health Evidence
Network (HEN) report. Retrieved
15/12/2023,Form[http://www.euro.who
.int/document/e82997.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf).

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988).

The Action Research Planner.

Victoria: Deakin University Press.

WSO. (2012). Facts and Figures about Stroke.



กองบรรณาธิการ
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ