



โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

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

Vol.2 No.2

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2566

ISSN : 2822-0749 (Online)



กำหนดการจัดกิจกรรมของโซนสุขภาพ





วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health development, SJRH)

Vol.2 No.2 May-August ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม ถึง สิงหาคม 2566

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ มาลินทิพย์ คุณชัยนันท	1
ผลของโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น สำหรับแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย กิตติเทพ สุขคง	9
ผลของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือหัก ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ศิวะ ลูกอินทร์	18
การศึกษาความแม่นยำของการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ ณัฐวุฒิ ชัคคัตตริย	26
ปัญหาการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในเขตอำเภอรามันไพร่ จังหวัดศรีสะเกษ ภักวรินทร์ พัฒนะพรวัฒน์	35
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-Elevated Myocardia Infraction) โดยใช้แนวคิดการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ (family-Witnessed Resuscitation, FWR) : กรณีศึกษา อนุสร การะเกษ	50
การพัฒนาแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ้ง อำเภอรามันไพร่ จังหวัดศรีสะเกษ นิภา อินทนิล	66
ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ บุญณา โสพัฒน์	76
รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี ทนต์ศักดิ์ หลักเขต	90
ปัจจัยที่มีผลต่อองค์การแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ธนสิทธิ์ สุจริตภักดี , พุทธิไกร ประมวล	103
ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ธรรมบุญ คำชาติ	112
ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ Opisthorchis viverrini ในประชาชนใน 5 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จันทร์เพ็ญ แสงเพ็ง สมอน ธนะชาติ	126



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

Sisaket Journal of Research and Health development(SJRH)

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์ และ
สาธารณสุข ในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จากการพัฒนาคุณภาพการ
ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ที่ปรึกษาวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

นพ.ทอง วีระแสงพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.ประวิทย์ อ่ำพันธ์ุ	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข
นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ	อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ดร.นพ.สุรเดช ชวะเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.พิเชษฐ จงเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายไพฑูรย์ แก้วภมร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.อนุพันธ์ ประจำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายปรีชา ปิยะพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ

นพ.พิเชษฐ จงเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
-------------------	----------------------------------

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

นพ.ชำนาญ สมรมิตร	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
นพ.อัศเรศ บุญเย็น	โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
นายสมัย คำเหลือ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.กนิษฐา อินทชิต	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ผศ.ดร.เดชภณ ทองเดิม	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ผศ.ดร.ธิดา พลพุทธา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ราชภัฏสกลนคร
ดร.อนันต์ ถิ่นทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภก.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สมัย ลาประวัดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภก.สมชาย ซาลี	โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
นส.ขวัญจิตร เชิงชวน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.บศบา บอกระพันธ์	โรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ (ต่อ)

ดร.ธีระวุธ คำโสภาก	โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สุระพล นามวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.กุสุมา มีศิลป์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
ภก.ศเจนทร์ ชนะชัย	โรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางกมลรัตน์ จุ่มสีมา	โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวปราณี โสพล	โรงพยาบาลเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวธีราภรณ์ อุ่นแก้ว	โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
นางชีรากร บุญลี	โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ
ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวนิภา อินทนิล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชธิไล จังหวัดศรีสะเกษ
นายอนุสร การเกษ	โรงพยาบาลราชธิไล จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ภาพล เข้มทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.พทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.วิเชียร ศรีทมาจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ธวัชชัย เต็มใจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.พัชร กาญจรัส	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ประวิทย์ บุตรวงศ์	โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

นางจริยา เดชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายबारเมษฐ์ ผมคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายวรารุณี อสีพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางนาคยา สีหะวงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวจุฑาภรณ์ งามวิสัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 4 เดือน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

485 หมู่6 ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616060 ต่อ 108

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

ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ
ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัด และมีใช้ความรับผิดชอบของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 ระหว่างเดือนพฤษภาคม- สิงหาคม พ.ศ. 2566 จัดทำขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ บทความปริทัศน์และผลการศึกษาวิจัยจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำมาใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนาปรับปรุง ให้ก้าวหน้าสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ต่างๆหรือพัฒนาไปตามยุคสมัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพรวมถึงความสะดวกให้กับผู้สนใจส่งบทความมายังกองบรรณาธิการหรือผู้ที่ต้องการสืบค้นข้อมูล

กระผมในนามกองบรรณาธิการฯ ขอขอบคุณผู้เขียนที่ให้เกียรติและความไว้วางใจส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย มาเผยแพร่องค์ความรู้กับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ทั้งนี้ จึงขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> ซึ่งบทความที่ได้ตีพิมพ์ผ่านการกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องหลากหลายหน่วยงานจำนวน 3 คน

จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาประเมินคุณภาพ พร้อมให้คำแนะนำหรือข้อปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้บทความ มีคุณภาพและมาตรฐาน กองบรรณาธิการฯ หวังว่าวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นสื่อกลางสำหรับงานวิชาการ งานวิจัยทางด้านสุขภาพ ตลอดจนมีส่วนส่งต่อองค์ความรู้เหล่านี้ไปในแวดวงวิชาการ สุดท้ายนี้ทางกองบรรณาธิการฯยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อนำมาพัฒนาหรือนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีคุณภาพมาก

นายแพทย์พิเชฐ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

ลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Chest x-ray findings of COVID-19 positive patients at Kantharalak Hospital in Sisaket province

มาลินทิพย์ คุณชัยนนท์^{1*}

Malinthip Koonchainon^{1*}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่ออธิบายลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียน และภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 273 ราย ลงในแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์เป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มีจำนวน 273 ราย อายุระหว่าง 1-96 ปี อายุเฉลี่ย 53.89 ± 22.84 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 41.0 เพศหญิง ร้อยละ 59.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับวัคซีนชนิด mRNA มาก่อนโดยคิดเป็น ร้อยละ 87.2 ผู้ป่วยมีอาการ ร้อยละ 37.0 มีลักษณะภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 61.2 โดยพบลักษณะรอยโรค ground-glass opacity มากที่สุด ร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่มีความผิดปกติของปอดทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 86.2 การกระจายตัวในบริเวณปอดส่วนนอก peripheral ร้อยละ 95.2 และลักษณะรอยโรคเด่น lower zone ร้อยละ 94

สรุปการศึกษา: ลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาเกินกว่าครึ่งมีความผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถใช้ความชุกของลักษณะภาพรังสีทรวงอก เพื่อประกอบการตัดสินใจเรื่องการให้ยารักษาและการพยากรณ์โรค อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองโรคและวางแผนการรักษาต่อไป

คำสำคัญ: โควิด-19 ลักษณะภาพรังสีทรวงอก

Abstract

Objective: The purpose of this study is to describe the chest x-ray findings of COVID-19 positive patients at Kantharalak Hospital in Sisaket province.

Methods: A retrospective study was conducted on patients who tested positive for COVID-19 using reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) between 1 January to 30 April 2022. The study examined patients' demographics, clinical characteristics, and chest x-ray findings. Statistical analysis was performed with package software. Descriptive statistics were calculated.

Results: A total of 273 patients who tested positive for COVID-19 using RT-PCR were included in this study. Of these, 112 (41%) were male and 161 (59%) were female with a mean age of 53.89 years (range 1-96 years). 131 patients (48%) had underlying medical conditions, and 238 patients (87.2%) had not received the mRNA vaccine for COVID-19. Among the patients, 101 (37%) were symptomatic, and 167 (61.2%) had abnormal chest x-ray findings. The most common abnormality seen on chest x-ray was ground-glass opacity (59.3%), with bilateral involvement (86.2%), peripheral distribution (95.2%), and lower lobe involvement (94%) being the most frequently observed patterns.

Conclusion: Chest x-ray findings of COVID-19 positive patients at Kantharalak Hospital in Sisaket province are consistent with previously published reports. In most cases, chest x-ray shows abnormality. A chest x-ray can be used in diagnosis, prognosis and follow up in patients with COVID-19 infection.

Keywords: COVID-19, chest radiography

^{1*} นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานรังสีวิทยา โรงพยาบาลกันทรลักษ์

Email: kekiooon@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการระบาดเป็นวงกว้างทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเริ่มมีการแพร่ระบาดในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในเดือน ธันวาคม 2562 กรมอนามัย (2565) รายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลกจำนวน 639,884,129 ราย เสียชีวิตจำนวน 6,614,466 ราย ข้อมูลผู้ป่วยยืนยันในจังหวัดศรีสะเกษจากกรมควบคุมโรค (2565) ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 มีจำนวน 24,749 ราย เสียชีวิต 212 ราย

จากรายงานของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ (2565) พบผู้ป่วยยืนยันในอำเภอกันทรลักษ์ตั้งแต่ 1 มกราคม 2565 จำนวน 7,071 ราย เสียชีวิต 27 ราย แนวทางการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 คือ เอกซเรย์ปอดเพื่อประเมินภาวะปอดอักเสบ ให้ยารักษาในรายที่มีอาการให้ยาต้านไวรัสตามข้อบ่งชี้ โดยพิจารณาจากอาการโรคประจำตัวและมีภาพเอกซเรย์ปอดอักเสบ รับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาล Community Isolation และ Home isolation

การระบาดครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขรวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก พบว่าผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการ หรือมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยปานกลาง ถึงขั้นรุนแรง อาการได้แก่ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยเนื้อตัว ท้องเสีย มีผื่นบนผิวหนัง ตาแดง ระบายเคืองตา หายใจลำบาก สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว มึนงง และเจ็บหน้าอก ส่วนใหญ่จะมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีโอกาสที่จะเกิดภาวะปอดอักเสบและเสียชีวิตได้ ลักษณะภาพทางรังสีทรวงอก จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนการรักษา ติดตามและพยากรณ์ความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาของ Diletta Cozzi และคณะ (2020) กล่าวว่าลักษณะภาพทางรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัสที่มีภาวะปอดอักเสบจะพบ patchy, diffuse reticular-nodular opacities และ consolidation, with basal, peripheral and bilateral predominance ซึ่งสอดคล้องกับ Liqa A. Rousan และคณะ (2020) ที่พบลักษณะรอยโรคคือ peripheral ground glass opacities in lower lobes และ Ho Yuen Frank Wong และคณะ (2020) พบ bilateral lower zone consolidation ซึ่งตรวจเจอความผิดปกติ

ของภาพรังสีทรวงอกมากที่สุดคือ 10-12 วันหลังจากมีอากาศ

ในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะภาพทางรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส โดย อนุตรา รัตนนราทร (2563) พบว่า โรคปอดอักเสบจาก โควิด-19 ไม่มีลักษณะทางคลินิกที่จำเพาะ ภาพรังสีทรวงอกส่วนใหญ่พบ ground glass opacity เติบโตที่ peripheral ที่ปอดส่วนล่าง มีความผิดปกติมากที่สุดที่ 13 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการ วริศรา กิตติวรพงษ์กิจ (2564) พบความผิดปกติทางรังสีทรวงอกที่พบมากที่สุดคือ ground glass opacities กระจายในส่วนรอบนอกของปอดส่วนล่างทั้งสองข้าง ความผิดปกติชนิดนี้สามารถพัฒนาเป็น consolidation มีกระจายในปอดสองข้างทั้งส่วนกลางและส่วนล่างได้ในช่วงสัปดาห์แรกหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบความผิดปกติทางรังสีทรวงอกรุนแรงที่สุดประมาณวันที่ 4-7 จากนั้นความผิดปกติจะลดลงและเริ่มพบความผิดปกติแบบ reticulations ประมาณวันที่ 9 หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงถึงการเริ่มฟื้นฟูของโรค

สกันยา โกทย์พริยสิน (2564) พบว่าลักษณะรอยโรคส่วนใหญ่เป็น ground glass and patchy opacities (ร้อยละ 55.6) พบความผิดปกติทั้งสองข้างของปอด (ร้อยละ 77.8) ส่วนบริเวณส่วนกลาง (ร้อยละ 94.4) และส่วนล่าง (ร้อยละ 83.3) และพบการกระจายตัวในบริเวณปอดส่วนนอกของท่าตัดขวาง (ร้อยละ 61.1) ซึ่งลักษณะของภาพถ่ายรังสีปอดส่วนใหญ่ที่พบในการศึกษานี้ เข้าได้กับการศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศ

การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าส่วนใหญ่มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน ในลักษณะรอยโรคภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ซึ่งเป็นการศึกษาในช่วงก่อนที่จะมีการค้นพบวัคซีนป้องกันโรค ในปัจจุบัน มีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างแพร่หลาย จากงานวิจัยของภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ (2565) พบว่า การได้รับวัคซีนจะทำให้ความรุนแรงของโรคลดลงอย่างมาก การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นการดูลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนโควิด-19 มาแล้ว

การตรวจภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยโควิด-19 จึงมีความสำคัญในการตัดสินใจเรื่องการให้ยารักษาและการพยากรณ์โรค ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้ความชุก

ของลักษณะภาพรังสีทรวงอกเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองโรคและวางแผนการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์: เพื่ออธิบายลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง

จากวิจัยของ สกัญญา โกยทรัพย์สิน (2564) เรื่อง ลักษณะภาพถ่ายรังสีปอดของผู้ป่วย โควิด-19 ในโรงพยาบาลปาดทองพบว่า ร้อยละ 23.1 มีภาพถ่ายรังสีปอดผิดปกติ คิดเป็นสัดส่วน 0.231

คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne W.D. (1995)

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

โดยกำหนดให้

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม (ใช้สัดส่วน 23.1 % = 0.231)

z คือ ระดับความมั่นใจที่กำหนด หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

α คือ ความคาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง = 0.05

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ = 0.05

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ n = 273

เกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโควิด-19 โดยวิธีการตรวจหาเชื้อแบบ RT-PCR
2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์แบบผู้ป่วยใน (admission) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 30 เมษายน 2565

3. มีภาพรังสีทรวงอกในระบบ Picture Archiving and Communication System โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ไม่มีผลตรวจ RT-PCR ในข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลกันทรลักษณ์
2. ไม่มีภาพรังสีทรวงอกในระบบ Picture Archiving and Communication System โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว อาการ ประวัติการได้รับวัคซีน และลักษณะของภาพรังสีทรวงอก การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่คุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำโครงร่างงานวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพิจารณาความเห็นชอบและรับรองจริยธรรมการวิจัย
2. ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. สืบค้นข้อมูลผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565 จากฐานข้อมูลเวชระเบียน
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยจากระบบ Picture Archiving and Communication System แล้วบันทึกผลลงในแบบบันทึกข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงร่างงานวิจัยเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพิจารณาความเห็นชอบและผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อวันที่ 10 มกราคม 2566 เอกสารเลขที่ SPPH 2023-004

เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ โดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และใช้เป็นประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565 จำนวน 273 ราย ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2. อาการที่พบ
3. ลักษณะภาพรังสีทรวงอก

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 1-96 ปี อายุเฉลี่ย 53.89 ± 22.84 ปี เพศชาย ร้อยละ 41.00 เพศหญิง ร้อยละ 59.00 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 48 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับวัคซีนชนิด mRNA มากถึงร้อยละ 87.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	112	41
หญิง	161	59
อายุ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	53.89 (SD=22.84)	
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	142	52
มีโรคประจำตัว	131	48
ความดันโลหิตสูง	40	14.7
เบาหวาน	38	13.9
โรคไตเสื่อม	32	11.7
โรคหัวใจ	7	2.6
โรคหอบหืด	2	0.7
โรคอื่นๆ	12	4.4
ประวัติการได้รับวัคซีน mRNA		
ไม่เคยได้รับวัคซีน	238	87.2
ได้รับ 1 dose	27	9.9
ได้รับ 2 dose	8	2.9

2. อาการที่พบ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 มีอาการ
ร้อยละ 37 อาการที่พบมากที่สุดได้แก่ ไอหอบ ร้อยละ 23.1
และ ไข้ ร้อยละ 21.1
ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาการ		
อาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาการ		
ไม่มีอาการ	172	63
มีอาการ	101	37
จำแนกรายอาการ		
ไอหอบ	63	23.1
ไข้	58	21.1
ปวดเมื่อยตามตัว เหนื่อยเพลีย	20	7.3
น้ำมูก	12	4.4
เจ็บคอ	10	3.7
ปวดศีรษะ วิงเวียน	10	3.7
ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน	9	3.3

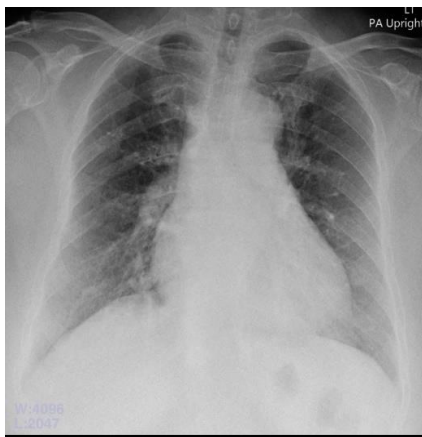
3. ลักษณะภาพรังสีทรวงอก

ผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ 273 ราย พบว่ามีลักษณะภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 61.2 โดยพบลักษณะรอยโรค
ground-glass opacity มากที่สุดร้อยละ 59.3 (ภาพที่ 1) patchy opacity ร้อยละ 29.9 (ภาพที่ 2) พบว่าส่วนใหญ่มีความ
ผิดปกติของปอดทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 86.2 การกระจายตัวในบริเวณปอดส่วนนอก peripheral ร้อยละ 95.2 และลักษณะรอยโรค
เด่น lower zone ร้อยละ 94 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

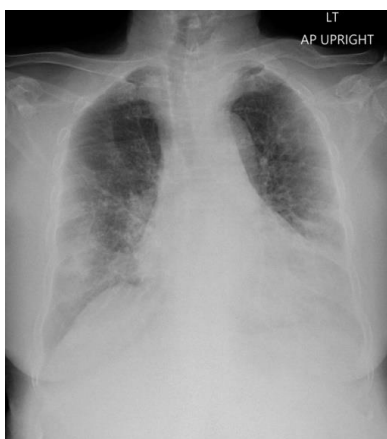
ตารางที่ 3 ลักษณะภาพรังสีทรวงอก		
ลักษณะภาพรังสีทรวงอก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ	106	38.8
ผิดปกติ	167	61.2
ลักษณะของรอยโรค		
ลักษณะของรอยโรค		
Ground-glass opacity	99	59.3
Patchy opacity	50	29.9
Reticulonodular opacity	11	6.6
Interstitial opacity	7	4.2
ปอดที่พบความผิดปกติ		
Bilateral	144	86.2
Unilateral	23	13.8
กระจายตัว		
Peripheral	159	95.2

ตารางที่ 3 ลักษณะภาพรังสีทรวงอก (ต่อ)

ลักษณะของรอยโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
Central	8	4.8
ตำแหน่งรอยโรค		
Lower zone	157	94.0
Upper zone	4	2.4
Upper and lower zone	6	3.6



ภาพที่ 1 ผู้ป่วยหญิง อายุ 60 ปี มีอาการไข้ ไอ ได้รับการวินิจฉัยเป็น COVID-19 pneumonia ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติลักษณะ ground glass opacity ในปอดทั้งสองข้าง (bilateral involvement) บริเวณส่วน peripheral และ lower zone



ภาพที่ 2 ผู้ป่วยหญิง อายุ 80 ปี มีอาการไข้ ไอ หอบ ได้รับการวินิจฉัยเป็น COVID-19 pneumonia ภาพถ่ายรังสีทรวงอกพบความผิดปกติลักษณะ patchy opacity ในปอดทั้งสองข้าง (bilateral involvement) บริเวณส่วน peripheral และ lower zone

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป อาการที่พบ และลักษณะภาพรังสีทรวงอก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนและภาพรังสีทรวงอกจากระบบ Picture Archiving and Communication System วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลของการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวร้อยละ 48.0 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับวัคซีนชนิด mRNA มาก่อนโดยคิดเป็นร้อยละ 87.2
2. อาการแสดงพบว่า ผู้ป่วยมีอาการร้อยละ 37.0
3. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก มีลักษณะภาพรังสีทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 61.2 โดยพบลักษณะรอยโรค ground-glass opacity มากที่สุด ร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่มีความผิดปกติของปอดทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 86.2 การกระจายตัวในบริเวณปอดส่วนนอก peripheral ร้อยละ 95.2 และลักษณะรอยโรคเด่น lower zone ร้อยละ 94.0

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง และอาการที่พบส่วนมากคือ ไข้ ไอ หอบ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุตรา รัตนราทร (2563) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับวัคซีนชนิด mRNA โดยในการศึกษาที่ผ่านมาวัคซีนชนิดนี้ยังไม่ได้มีการพัฒนาขึ้นมาใช้

ลักษณะภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบลักษณะรอย

โรค ground-glass opacity มากที่สุด ร้อยละ 59.3 มีความผิดปกติของปอดทั้ง 2 ข้าง ร้อยละ 86.2 การกระจายตัวในบริเวณปอดส่วนนอก peripheral ร้อยละ 95.2 และลักษณะรอยโรคเด่น lower zone ร้อยละ 94 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศของ Diletta Cozzi และคณะ (2020) ซึ่งกล่าวว่าลักษณะภาพทางรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคโควิด-19 ไวรัสที่มีภาวะปอดอักเสบจะพบ patchy, diffuse reticular-nodular opacities และ consolidation, with basal, peripheral and bilateral predominance สอดคล้องกับ Liqa A. Rousan และคณะ (2020) ที่พบลักษณะรอยโรคคือ peripheral ground-glass opacity in lower lobes และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย โดย อนุตรา รัตนนราทร (2563) พบว่า โรคปอดอักเสบจากโควิด-19 มีภาพรังสีทรวงอกส่วนใหญ่พบ ground-glass opacity เหนือที่ peripheral ที่ปอดส่วนล่าง วริสรา กิตติวรพงษ์กิจ (2564) พบความผิดปกติทางรังสีทรวงอกที่พบมากที่สุดคือ ground-glass opacity กระจายในส่วนรอบนอกของปอดส่วนล่างทั้งสองข้าง และสกันยา โกยทรัพย์สิน (2564) พบว่าลักษณะรอยโรคส่วนใหญ่เป็น ground-glass and patchy opacities พบความผิดปกติทั้งสองข้างของปอดสามารถใช้ความชุกของลักษณะภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อประกอบการตัดสินใจเรื่องการให้ยารักษา และการพยากรณ์โรค อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองโรคและวางแผนการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. (2565, 19 พฤศจิกายน). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Content_Grid_Home_7_8?contentCategoryId=8
2. กรมควบคุมโรค. (2565, 19 พฤศจิกายน). สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19. <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/?dashboard=earlier-map>
3. กรมอนามัย. (2565, 19 พฤศจิกายน). สรุปสถิติทั่วโลก รายงานสถานการณ์ โควิด-19 ทั่วโลก. <https://covid19.anamai.moph.go.th/en/>
4. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, บุญยิ่ง ศิริบำรุงวงศ์, พิชญ์ ตันตยวรรค์, อารยา ศรีธธาพุท, พรรณศิริ ดำรงเลิศ, และพีร จารุอำพรพรรณ. (2565). ประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง (ปีที่ 1). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
5. วริสรา กิตติวรพงษ์กิจ. (2564). การดำเนินโรคและการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวที่พบในภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ที่โรงพยาบาลพะเยา. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. ปีที่ 12. ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2564)
6. สกันยา โกยทรัพย์สิน. (2564). ลักษณะภาพทรวงอกของผู้ป่วย COVID-19 ในโรงพยาบาลป่าตอง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 30. ฉบับเพิ่มเติม 1 (พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2564)
7. สุรียา ฆามาณะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, และสุนันดา อุตยุมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร. ปีที่ 14. ฉบับที่ 2

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ
สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค COVID-19 pneumonia
2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
ผู้ป่วยโควิด-19ทุกรายควรได้รับการเอกซเรย์ปอดด้วยเทคนิคที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ภาพรังสีทรวงอกที่มีคุณภาพ นำไปสู่การวินิจฉัยที่แม่นยำ
3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาข้อมูลปัจจัยอื่นๆที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการพบลักษณะความผิดปกติของภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยโควิด-19

ข้อจำกัดการวิจัย

ภาพรังสีทรวงอกในผู้ป่วยบางรายมีลักษณะภาพค่อนข้างจาง แต่พบเพียงเล็กน้อย จึงอาจเป็นอุปสรรคในการอ่านผล

(พฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2563)

8. ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษณ์. (2565, 19 พฤศจิกายน). ศูนย์ข้อมูลการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 กันทร
ลักษณ์. Facebook. https://www.facebook.com/kthhos/?locale=th_TH
9. อนุตรา รัตนนราพร (2563). ลักษณะทางคลินิกและภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากโควิด 19 ที่สถาบัน
บำราศนราดูร. วารสารควบคุมโรค. ปีที่ 46. ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2563)
10. Diletta, C., Marco, A., Edoardo, C., Chiara, M., Alessandra, B., Silvia, L., Simone, B., & Lorenzo, N.,
Vittorio, M. (2020). *Chest X-ray in new Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) infection: findings and
correlation with clinical outcome*. La radiologia medica.2020; 125:730-737.
11. Ho, Y. F. W., Hiu, Y. S. L., Ambrose, H. T. F., Siu, T. L., Thomas, W. Y. C., Christine, S. T. L.,
Mact, M. S. L., Jonan, C. Y. L., Keith, W. H. C., Tom, W. H. C., Elaine, T. P. L., Eric, Y. F. W., Ivan, F. N.
H., Tina, P. W. L., Michael, D. K., & Ming, Y. N. (2020). *Frequency and Distribution of Chest
Radiographic Findings in Patients Positive for COVID-19*. Radiology.2020; 296:E72-E78.
12. Liqa A., R., Eyhab, E., Musaab, K., & Yousef, K. (2020). *Chest x-ray findings and temporal lung
changes in patients with COVID-19 pneumonia*. BMC Pulmonary Medicine. 2020; 20:245.

ผลของโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น สำหรับแพทย์
เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
และโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย

The effect of an education program on basic ophthalmic care for general
practitioners working in Kantharalak Hospital, Sisaket Province and
network hospitals

กิตติเทพ สุขคง^{1*}
Kittitthep Sukkhong^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้นและความพึงพอใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างได้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย จำนวน 35 คน ดำเนินการวิจัยช่วงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ - 22 เมษายน 2566 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น และแบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรมให้ความรู้ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านช่องทางออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษาพบว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้นก่อนเข้าโปรแกรม เท่ากับ 10.66 และหลังเข้าโปรแกรม 16.97 โดยมีช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อยู่ที่ 4.94 ถึง 7.69 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้นหลังเข้าโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความพึงพอใจต่อโปรแกรมให้ความรู้ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.38 จากคะแนนเต็ม 5 ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ ได้แก่ 1.ควรนำโปรแกรมให้ความรู้ไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศเพื่อเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจักษุ ให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อไป 2.วิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดคือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในอนาคตอาจจะต้องทำวิจัยแบบสุ่มเพื่อจะให้เกิดความมั่นใจในโปรแกรมให้ความรู้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยทางจักษุ, แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป, โปรแกรมให้ความรู้

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

*Medical Doctor, Professional Level, Kantharalak Hospital, Sisaket Province

Email : Kittitthep.suk@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare knowledge of primary ophthalmic care and satisfaction before and after receiving the educational program. of general practitioners working in Kantharalak Hospital Sisaket Province and community hospital network, The samples were general practitioners working in Kantharalak Hospital. Sisaket Province and network community hospitals, 35 people. Conducted research during February 14 - April 22, 2023. The data collection tools were the knowledge level test in primary care of ophthalmic patients. and a satisfaction test for the educational program Which has been verified for content straightness by 5 experts, collecting data through online channels Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, and standard deviation. and the inferential statistics were Paired t-test, the level of statistical significance was set at .05..

The study found that the average score of knowledge about basic ophthalmic care among general practitioners before entering the program was 10.66, while after completing the program, it significantly increased to 16.97. The 95 percent confidence interval was 4.94 to 7.69. Additionally, the results showed high overall satisfaction with the education program, with an average rating of 4.38.

Based on these findings, the researchers recommend implementing this educational program in other hospitals across the country to improve general practitioners' knowledge and confidence in caring for ophthalmic patients. However, this research is limited by the purposive sampling, and in the future, random research may be required to gain more confidence in the program.

Keywords : basic ophthalmic care, educational program, general practitioners

บทนำ

ในปัจจุบันสังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2564 สัดส่วนของจำนวน ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นไปถึงร้อยละ 20-30 สิ่งตามมาเมื่อ สังคมมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น คือภาวะโรคภัยที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย

โดยโรคตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน จุดภาพชัดที่จอตาเสื่อม ภาวะเบาหวานขึ้นจอตา และภาวะสายตาสายาวสูงอายุ (กรมการแพทย์ ,2561) ซึ่งแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจะต้องให้การ วินิจฉัยและดูแลรักษา

นอกจากนี้ปัญหาโรคตาอื่นๆเช่น อุบัติเหตุทางตา ต้อหิน ภาวะติดเชื้อของดวงตาหรือเนื้อเยื่อรอบดวงตาที่เป็น ปัญหาสุขภาพทางตาที่พบได้บ่อย ซึ่งแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้และความ เข้าใจในการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่เหมาะสม

โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษเป็น โรงพยาบาลทั่วไประดับ M1นอกจากจะต้องรับผิดชอบประชากร ในอำเภอกันทรลักษณ์แล้วยังเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย รับส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนอีก 3 แห่งคือ โรงพยาบาล ศรีรัตนะ โรงพยาบาลขุนหาญ และโรงพยาบาลเบญจ ลักษณ์ รวมแล้วมีประชากรที่ต้องรับผิดชอบกว่า 370,316 คน (กรมการปกครอง,2565) และสถิติจากงานเวช สารสนเทศ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ มีผู้มารับบริการ

ผู้ป่วยนอกจักษุเดือนละกว่า 400 ราย ผู้มารับบริการ ผ่าตัดทางจักษุเดือนละกว่า 40 ราย แต่มีจักษุแพทย์ ปฏิบัติหน้าที่เพียง 1 คน ทำให้ปัจจุบันมีอัตราการรอ คอยคิวผ่าตัดต่อกระจกอยู่ถึง 5 เดือน และด้วยสัดส่วน ประชากรต่อจักษุแพทย์มีจำนวนมากการเข้าถึงการรับบริการ ด้านจักษุยังไม่เพียงพอ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีจักษุแพทย์ จึงมีส่วนสำคัญ อย่างยิ่ง ที่จะช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรคทางจักษุ เบื้องต้นก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือมี ความจำเป็นที่ต้องได้รับการผ่าตัดมาพบจักษุแพทย์ใน โรงพยาบาลทั่วไป

แต่ด้วยหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตใน หลายๆสถาบันนั้นมีระยะเวลาในการศึกษาและการฝึก ปฏิบัติในรายวิชาจักษุวิทยาเพียง2-4สัปดาห์ซึ่งค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับรายวิชาอื่นๆ จึงอาจทำให้บัณฑิตแพทย์ที่ สำเร็จการศึกษามาปฏิบัติหน้าที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชนนั้นอาจจะยังมีความรู้ไม่มาก พอ จึงอาจจะทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทางจักษุในโรงพยาบาลชุมชนได้

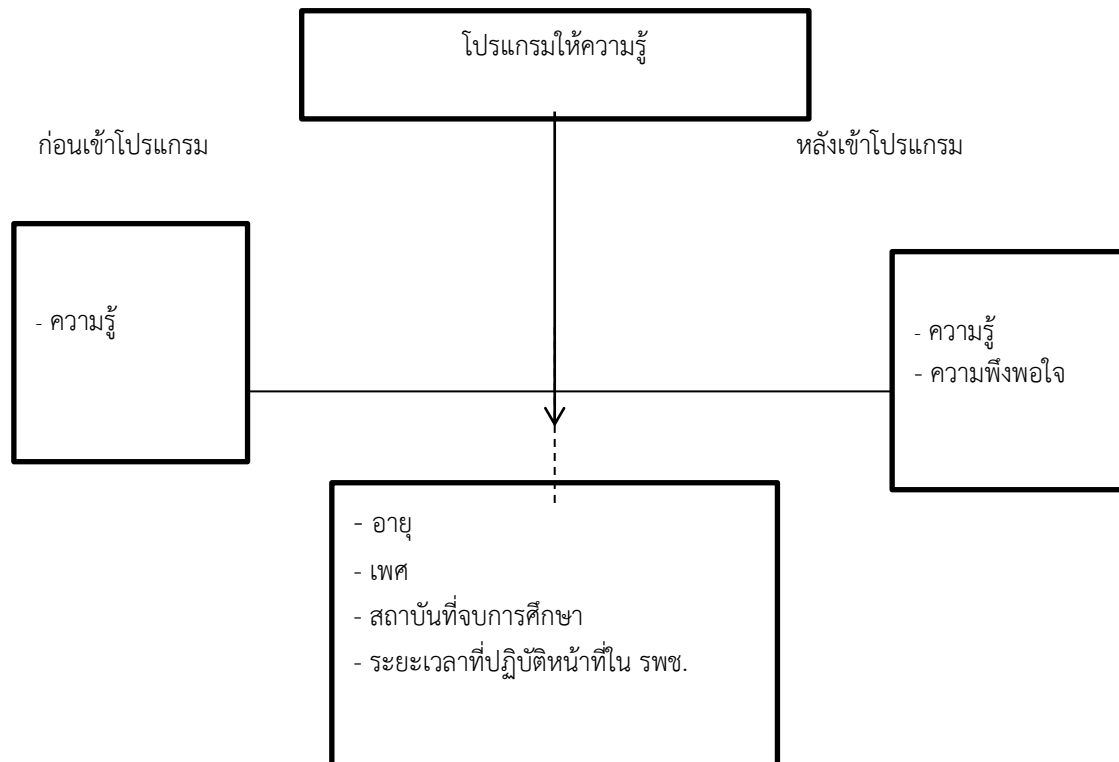
วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ทางจักษุเบื้องต้น ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้ ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล

กันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษและโรงพยาบาลชุมชน
เครือข่าย

2 เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้
ความรู้ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ
ทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) แบบ
กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (The One-
Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคือ
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ใน
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษและ
โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย จำนวน 3 แห่ง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่
ปฏิบัติงานใช้ทุนอยู่ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และ
โรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 40 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่
ปฏิบัติงานใช้ทุนอยู่ใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และ
โรงพยาบาลเครือข่าย โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง
กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจ
ทดสอบ (Power analysis) ใช้สถิติเปรียบเทียบเพื่อหา
ความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปรซึ่งเป็นอิสระต่อกัน
(Two dependent means) กำหนดการทดสอบ
สมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) กำหนด
ขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน
(α) .05 และอำนาจทดสอบ (power) .80 (Cohen
1977 อ้างใน สิทธิพร สุทร, 2562) ทำการคำนวณโดย

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง 35 ราย การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง
แบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.โปรแกรมให้ความรู้ ประกอบด้วย

1.1. วีดิทัศน์บรรยายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
ทางจักษุเบื้องต้น บรรยายโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นจักษุแพทย์
ความยาว 90 นาที พร้อมด้วยเอกสารประกอบวีดิทัศน์

1.2.เอกสารความรู้ คู่มือตาสามัญประจำบ้าน
เป็นสมุดภาพพร้อมคำบรรยายภาษาไทย ซึ่งจัดทำโดย
ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ศึกษากลุ่ม
ตัวอย่างศึกษาจากเอกสารนี้ด้วยตนเอง

2.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้

แบบสอบถามออนไลน์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรม 1 ชุดแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
คำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล
ผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น มีลักษณะปรนัยเลือกตอบ มี 5
ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถูก	ให้	1	คะแนน
ผิด	ให้	0	คะแนน

โดยอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986) คิดจากร้อย
ละของคะแนนเต็ม (คะแนนรวม) จัดคะแนนในภาพรวม
ได้เป็น 3 กลุ่ม (ระดับ) ดังนี้

คะแนนที่ $\geq 80\%$ ระดับสูง

คะแนนที่ 60-79 % ระดับปานกลาง

คะแนนที่ $< 60\%$ ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความพึงพอใจต่อโปรแกรม
จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำถามปลายปิดเป็นแบบมาตรา
ส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตรวัดของลิ
เคิร์ท (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ โดยแต่ละ
คำมีความหมายดังนี้คือ

พึงพอใจมากที่สุด	5	คะแนน
พึงพอใจมาก	4	คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	3	คะแนน
พึงพอใจน้อย	2	คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	1	คะแนน

โดยอิงเกณฑ์ของ Best (1970) นำมาจัดกลุ่มแบ่ง
คะแนนในภาพรวมออกเป็น 3 ช่วง โดยใช้การคำนวณ
(ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด) / 3 เพราะฉะนั้นจัดคะแนนใน
ภาพรวมได้ดังนี้

คะแนน 3.67-5.00 ระดับมาก

คะแนน 2.34-3.66 ระดับปานกลาง

คะแนน 1.00-2.33 ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษา
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
ทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา (Content
Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ
เสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็น
ที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการ
วิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ดำเนินการใน
มนุษย์ได้ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์
โดยมีการชี้แจงข้อมูลการวิจัยได้รับการยินยอมจากผู้ร่วม

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out)
กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาคะแนนและ
วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยแบบวัดความรู้คำนวณ
จากสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ผลการ
วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และแบบ
ประเมินความพึงพอใจคำนวณจากสูตรของครอนบาช
(Cronbach's Coefficient + Alpha) โดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูปได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจจำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
ที่ปฏิบัติงานใช้ทุนอยู่ใน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัด
ศรีสะเกษและ โรงพยาบาลเครือข่าย

2. จัดทำแบบบันทึกการวิจัย เรื่อง ผลของ
โปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น
สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษและ
โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำแบบวัด
ความรู้ก่อนการทดลอง

3.2 ทำการทดลองโดยให้แพทย์เวชปฏิบัติ
ทั่วไปเข้าโปรแกรมการทดลอง

3.3 ให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำแบบวัด
ความรู้หลังการทดลอง

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว

ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้อง และความ
สมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว
มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล
โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบ่งการ
วิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่
Paired t-test

วิจัยและข้อมูลที่เก็บได้มีการรักษาความลับงานวิจัยนี้
ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่
เอกสารรับรอง SPPH 2023-016 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการวิจัย

1.แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 มีอายุ 27 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 48.6,ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์มากที่สุด ร้อยละ 40, มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมาแล้ว 2 ปี มากถึงร้อยละ 74.3,ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ร้อยละ 45.8, มีระยะเวลาในการเรียนและฝึกปฏิบัติงานในรายวิชา จักษุวิทยาก่อนสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต 4 สัปดาห์ มากถึง ร้อยละ 71.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	22.9
หญิง	27	77.1
อายุ (ปี)		
26	13	37.1
27	17	48.6
28	3	8.6
>28	2	5.7
สถานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน		
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์	14	40.0
โรงพยาบาลขุนหาญ	10	28.6
โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ	6	17.1
80 พรรษา		
โรงพยาบาลศรีรัตน	5	14.3
จำนวนปีที่ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (ปี)		
<2	1	2.9
2	26	74.3
>2	8	22.8
สถาบันที่สำเร็จการศึกษา		
แพทยศาสตรบัณฑิต		
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	16	45.8
มหาวิทยาลัยขอนแก่น	6	17.1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	6	17.1
มหาวิทยาลัยอื่นๆ	7	20.0
จำนวนสัปดาห์ในการเรียนและฝึกปฏิบัติในรายวิชาจักษุวิทยาก่อนสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต(สัปดาห์)		
2	9	25.7
3	1	2.9
4	25	71.4

2.ก่อนการเข้าโปรแกรมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้นที่ถูกต้อง 4 อันดับแรกได้แก่ การดูแลรักษาภาวะข้างเคียงของยาหยอดตาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน ร้อยละ 94.3 รองลงมาคือการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะต้อกระจก, ข้อห้ามในการใช้ยารักษาต้อหิน, การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในท่อน้ำตา ร้อยละ 82.9 และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรกได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระจกตาถลอก, การวินิจฉัยภาวะต้อกระจกจากอุบัติเหตุ

ร้อยละ 8.6 หลังการเข้าโปรแกรม แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้นที่ถูกต้อง 2 อันดับแรกได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระจกตาทึบจากรังสีอัลตราไวโอเล็ต ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การวินิจฉัยภาวะต้อหินในท่อทางระบายน้ำตา ร้อยละ 97.1 และตอบถูกน้อย 2 อันดับแรกได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระจกตาทึบ, การดูแลรักษาภาวะต้อหินรอบดวงตาในชั้นลึก ร้อยละ 65.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 ตารางที่ 2 ร้อยละของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำแนกตามความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการเข้า โปรแกรม	หลังการเข้า โปรแกรม
		ร้อยละ	ร้อยละ
1.	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในช่องหน้าลูกตาจากอุบัติเหตุ	42.9	85.7
2.	การวินิจฉัยภาวะท่อทางเดินน้ำตาผิดปกติจากอุบัติเหตุ	45.7	85.7
3.	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระจกตาทึบ	8.6	65.7
4.	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะสารเคมีกัดกร่อนเข้าดวงตา	54.3	88.6
5.	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะลูกตาแตก	74.3	94.3
6.	การวินิจฉัยภาวะเลือดออกเยื่อตาขาวจากอุบัติเหตุ	57.1	85.7
7.	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะต้อกระจก	82.9	91.4
8.	การวินิจฉัยภาวะต้อกระจกจากอุบัติเหตุ	8.6	68.6
9.	การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระจกตาทึบจาก รังสีอัลตราไวโอเล็ต	31.4	100.0
10.	การดูแลรักษาภาวะข้างเคียงของยาหยอดตาที่ใช้รักษาโรคต้อหิน	94.3	85.7
11.	การวินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะความดันตาสูงเนื่องจากมุมตาปิด เฉียบพลัน	71.4	82.9
12.	ข้อห้ามในการใช้ยารักษาต้อหิน	82.9	88.6
13.	การวินิจฉัยภาวะต้อหินรอบดวงตาการดูแลรักษาภาวะต้อหินรอบ	62.9	94.3
14.	ดวงตาในชั้นลึก	28.6	65.7
15.	การวินิจฉัยภาวะต้อหินในท่อทางระบายน้ำตา	82.9	97.1
16.	การดูแลรักษาภาวะต้อหินตาอุดตันในเด็ก	31.4	71.4
17.	การดูแลรักษาภาวะกระจกตาทึบ	48.6	91.4
18.	การวินิจฉัยภาวะตาแดงจากเชื้อไวรัส	65.7	82.9
19.	การดูแลรักษาภาวะต้อเนื้อ	71.4	85.7
20.	การจำแนกภาวะฉุกเฉินในทางจักษุ	20.0	85.7

3. เมื่อพิจารณาระดับความรู้ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.3 และระดับสูง ร้อยละ 71.4 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำแนกตามความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยทางจักษุเบื้องต้น

ระดับความรู้	ก่อนการเข้าโปรแกรม		หลังการเข้าโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-11 คะแนน)	19	54.3	4	11.4
ปานกลาง (12-15 คะแนน)	12	34.3	6	17.1
สูง (16-20 คะแนน)	4	11.3	25	71.4
$\bar{X}$ =10.66, S.D.=3.59, Min=4, Max=18,		$\bar{X}$ =16.97, S.D.=3.55, Min=7, Max=20		

4.แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเบื้องต้นก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 10.66 และหลังเข้าโปรแกรม 16.97 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเบื้องต้นหลังเข้าโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 อยู่ที่ 4.94 ถึง 7.69 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	95% CI	t	P
ก่อนเข้าโปรแกรม	10.66	3.59	4.94 – 7.69	-9.326	<.001*
หลังเข้าโปรแกรม	16.97	3.55			

5.ความพึงพอใจต่อโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวม ของความพึงพอใจต่อโปรแกรมให้ความรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.38) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากที่สุด 3 อันดับแรกดังนี้ เนื้อหาในโปรแกรมครอบคลุมตามความต้องการเพื่อใช้สำหรับการตัดสินใจ , ปริมาณเนื้อหาเพียงพอกับความต้องการ ($\bar{X}$ =4.66) และความถูกต้องชัดเจนน่าเชื่อถือของเนื้อหาในโปรแกรม ($\bar{X}$ =4.49) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อโปรแกรมให้ความรู้

สรุปและอภิปรายผล

ความพึงพอใจ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
1.เนื้อหาในโปรแกรมครอบคลุมตามความต้องการเพื่อใช้สำหรับการตัดสินใจ	4.66	0.48	มาก
2.ประโยชน์ต่อการเรียนหรือการทำงาน	4.37	0.49	มาก
3.ความถูกต้อง ชัดเจน น่าเชื่อถือของเนื้อหาในโปรแกรม	4.49	0.50	มาก
4.ปริมาณเนื้อหาเพียงพอกับความต้องการ	4.66	0.48	มาก
5.สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้	4.34	0.59	มาก
6.สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ / ถ่ายทอดแก่บุคลากรแพทย์อื่นได้	4.46	0.56	มาก
7.สามารถให้คำปรึกษาแก่เพื่อนร่วมงานได้	3.91	0.81	มาก
8.มีความมั่นใจและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ได้	4.11	0.79	มาก

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเบื้องต้นหลังเข้าโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความพึงพอใจต่อโปรแกรมให้

ความรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก

แสดงให้เห็นว่าก่อนเข้าโปรแกรมความรู้เดิมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชของแพทย์เวชปฏิบัติ

ทั่วไปซึ่งได้ผ่านการเรียนและการฝึกปฏิบัติในแผนกฉุกเฉินมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วในอดีตนั้นเหลือน้อยลง โปรแกรมให้ความรู้ที่มีลักษณะเป็นวีดิทัศน์บรรยายภาษาไทยและมีเนื้อหาที่กระชับเข้าใจง่ายจึงทำให้เกิดความสะดวกในการเรียนรู้ของแพทย์เวชปฏิบัติจึงเป็นการช่วยทบทวนและรื้อฟื้นความรู้ให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตามแม้ว่าความรู้ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าโปรแกรมก็ตามแต่ก็ยังมีความกังวลที่หลังเข้าโปรแกรมแล้วยังมีร้อยละของผู้ที่ตอบถูกน้อยอยู่โดยสองอันดับที่มีร้อยละของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ตอบถูกน้อยที่สุดหลังเข้าโปรแกรมได้แก่ การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักตลกและการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อรอบดวงตาในชั้นลึกร้อยละ 65.7 ซึ่งอนุมานได้ว่าทั้งสองภาวะนี้เป็นภาวะที่ตรวจวินิจฉัยด้วยตาเปล่าได้ยากต้องอาศัยเครื่องมือทางจักษุต้องใช้ทักษะและประสบการณ์พอสมควรซึ่งในแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาจจะยังมีประสบการณ์ไม่เพียงพอซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษานุกรมประเสริฐศรีและคณะ (2564) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะการพัฒนาคุนภาพทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 175 คน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ทักษะ และ ทักษะ QI ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยโปรแกรม

และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กันยานันตะแก้ว และคณะ (2559) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ความรู้หลังเข้าโปรแกรมในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักตลก และการดูแลรักษาภาวะติดเชื้อรอบดวงตาในชั้นลึก ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ยังน้อยอยู่ ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อหาการตรวจ การวินิจฉัย ตลอดจนการดูแลรักษาภาวะดังกล่าว
2. จากการศึกษานี้พบว่าโปรแกรมให้ความรู้ เป็นโปรแกรมที่ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย

ทางจักษุมากขึ้นจะเป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจและประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยจึงควรนำโปรแกรมให้ความรู้ไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นด้วย

3. ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมว่าหลังจากที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีความรู้มากขึ้นจากการเข้าโปรแกรมแล้ว มีอัตราการส่งต่อผู้ป่วยทางจักษุลดลงหรือไม่ หรืออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการวินิจฉัยผิดพลาดลดลงหรือไม่

4. งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดคือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในอนาคตหากจะมีการวิจัยครั้งต่อไป อาจจะต้องทำวิจัยแบบสุ่มเพื่อจะให้เกิดความมั่นใจในโปรแกรมให้ความรู้มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Best, J. W. (1970). Research in Education. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall. In: Inc.
2. Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. Paper reprinted from Evaluation Comment-Center for study of Instructional Programme at the University of California.
3. กรมการปกครอง, ส. (2566). สถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
4. กรมการแพทย์. (2561). กรมการแพทย์เผย 5 โรคตาที่พบมากในผู้สูงอายุ. <https://www.thaihealth.or.th/?p=293964>
5. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, ก. (2021). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. Retrieved 20 from <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
6. กันยานันตะแก้ว, แววดาว คำเขียว, ประกายดาว สุทธิ และ อุไรวรรณ สาสังข์. (2016). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนิสิตพยาบาล. มหาวิทยาลัยพะเยา. Thai Journal of Nursing Council, 31(2), 69-80.
7. การศึกษาก่อนปริญญา ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2022). Short Note จักษุศิริราช. เรือนแก้วการพิมพ์.
8. นันทชนม์ เพ็ชรประสิทธิ์, ศศิธร ลายเมฆ และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา. (2022). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองต่อความรู้และทักษะการสื่อสารเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัด. Nursing Journal, 49(4), 220-232.

- 9.พิชญา ทองโพธิ์ และ กิ่งแก้ว อุดมชัยกุล. (2020). ผลของโปรแกรมอบรมการช่วยชีวิตต่อความรู้การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการช่วยชีวิตและ ความสามารถในการกีดหน้าอกของนักศึกษาพยาบาล.Ramathibodi Nursing Journal, 26(1), 107-121.
- 10.สิทธิพรร์ สุนทร, วชิรินทร์ สุทธิชัย, พงษ์ศักดิ์ ชิมมอนต์, รัชนิดา ไสยรส และ ภัณทิลา น้อยเจริญ. (2020). แนวคิดและกระบวนการทศน์ในการกำหนดขนาด

- ตัวอย่างด้วย G*Power. วารสารสหวิทยาการ วิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา, 8(S), 29-39.
- 11.อัจฉริยา เชื้อเย็น, ภัฏญาพัชญ์ จาอ้าย, วโรดม เสมอเชื้อ และ พิมพกา ปัญญาใหญ่. (2022). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อ ความรู้ในการควบคุม การบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาล. Nursing Journal, 49(2), 128-139.

ผลของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือหัก
ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Comparing the Effects of Hemovac Drainage Use and Non-Use in Patients Having Surgery
for Distal Radius Fractures at Kantharalak Hospital, Sisaket Province.

ศิวะ ลูกอินทร์^{1*}

Siwa Loog-in^{1*}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหักในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย : การศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหักโดยการตามหลักในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย โดยศึกษาผลของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหักซึ่งจะประเมินผล ระยะเวลาในโรงพยาบาลและอาการปวดหลังการผ่าตัด โดยข้อมูลจะถูกเก็บจากเวชระเบียนและนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างใช้ Man Whitney U test

ผลการวิจัย : กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 84 ราย โดยเป็นกลุ่มที่ใส่สายและไม่ใส่สายระบายเลือดหลังการผ่าตัดจำนวน 49 และ 35 รายตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใส่สายระบายเลือดพบว่าระยะเวลาในโรงพยาบาลและอาการปวดที่น้อยกว่ากลุ่มที่ใส่สายระบายเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มไม่ใส่สายระบายเลือดน้อยกว่าโดยเฉลี่ยคือ 27.58 ชั่วโมงและทั้งสองกลุ่มพบความแตกต่างอย่างมีนัยสถิติ ($p=0.001$) และอาการปวดในวันที่ 1 และ 2 กลุ่มที่ไม่ใส่สายระบายเลือดมีอาการปวดน้อยกว่าอีกกลุ่มคือ 0.71 และ 0.59 ตามลำดับ โดยอาการปวดมีความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสถิติ($p=0.004$ และ 0.003 ตามลำดับ)

บทสรุป : การไม่ใส่สายระบายเลือดหลังการผ่าตัดกระดูกข้อมือหักส่วนปลายมีผลต่อการระยะเวลาในโรงพยาบาลที่น้อยลงและอาการปวดในวันที่ 1 และ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จึงควรนำผลวิจัยที่ได้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหักโดยการตามหลักในโรงพยาบาลกันทรลักษ์และโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดศรีสะเกษ ต่อไป

คำสำคัญ : การผ่าตัดกระดูกข้อมือหักส่วนปลาย, สายระบายเลือด

^{1*} นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกันทรลักษ์

Email: grtpace@gmail.com

Abstract

Objectives: The objective of this research is to investigate the effects of using or not using Hemovac drainage in patients who have undergone surgery for distal radius fractures at Kantharalak hospital, Sisaket province, 2022

Methods: A case-control study will be conducted on patients who underwent surgery for distal radius fracture at Kantaralak Hospital who had metal plates implanted between January 1st, 2022 and December 31st, 2022. The study consists of 84 patients and aims to evaluate the effects of using or not using a Hemovac drainage system who underwent surgery for distal radius fracture. The study will assess the length of hospital stays, and postoperative pain. Data will be collected from medical records and analyzed using appropriate statistical methods to determine any significant differences between the two groups.

Results: The study group consisted of 84 individuals, divided into two groups: 49 who received a drain and 35 who did not receive a drain after surgery. The group without a drain had significantly less hospital stay time and experienced less pain than the group with a drain, with statistical significance at the 0.05 level. The average hospital stay time for the group without a drain was 27.58 hours, which was significantly shorter than the other group. The difference in pain levels between the two groups was also statistically significant on days 1 and 2, with the group without a drain reporting less pain than the other group, with significance levels of 0.004 and 0.003, respectively. Therefore, the obtained research results should be used

in the care of patients who have undergone wrist fracture surgery by using steel splints in Kantharalak Hospital and General Hospital in Sisaket Province.

Conclusion : Not using a drain after surgery for distal radius fracture has a statistically significant effect on reducing hospital stay and pain on postoperative day 1 and 2. There was no incidence of infection and increased compartment syndrome in either group.

Key word: Distal end radius fracture, Hemovac Drainage

บทนำ

กระดูกข้อมือหักส่วนปลายเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยเป็นอันดับสองในผู้สูงอายุหรือประมาณ 600,000 คนต่อปีในประเทศสหรัฐอเมริกา (Chung K และคณะ, 2001) การรักษาผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักส่วนปลายจึงมีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสมอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของกระดูกบริเวณนี้ได้ เช่น การกดทับเส้นประสาท การอาการปวดมือผิดปกติจากกระดูกข้อมือหัก ข้อเสื่อม เป็นต้น (Mauck BM และคณะ, 2018)

กระดูกข้อมือหักส่วนปลายมีการหักในลักษณะที่ต่างกันซึ่งสามารถแบ่งเป็นกลุ่มโดยใช้ Fernandez classification เป็น 5 ชนิด (Fernandez D. L. และคณะ, 2001) และการรักษาผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักส่วนปลายมีการรักษาแบ่งเป็นหลักๆได้ 2 วิธีคือ 1. การรักษาแบบผ่าตัด 2. การรักษาแบบไม่ผ่าตัดซึ่งในการรักษาแบบผ่าตัดก็สามารถแบ่งย่อยได้อีกหลายวิธี แต่ในการศึกษานี้ได้มุ่งเน้นศึกษาไปในการรักษาแบบผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกไว้ การผ่าตัดกระดูกข้อมือหักส่วนปลายโดยใส่เหล็กตามกระดูก คือ การเปิดแผลเพื่อเข้าไปจัดเรียงกระดูกให้เข้าที่และวางเหล็กตามไว้บริเวณข้อมือและยิงสกรูเพื่อยึดกระดูกเรเดียส ประโยชน์ของการผ่าตัดคือสามารถจัดเรียงกระดูกให้มีลักษณะใกล้เคียงเดิมได้มากขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ค่อนข้างเร็ว

ปัจจุบันหลังการผ่าตัดกระดูกข้อมือหักส่วนปลายอาจจะมีการใส่สายระบายเลือดหรือไม่ใส่สายระบายเลือดหลังการผ่าตัดโดยการพิจารณาจะขึ้นอยู่กับศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด จึงทำให้มีการใส่สายระบายเลือดมีทั้งสองแบบ การใส่สายระบายเลือดประโยชน์เพื่อระบายเลือดที่อยู่ในบริเวณผ่าตัดและลดอาการบวมบริเวณบาดแผล ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้แผลหายเร็วขึ้นและลดโอกาสการติดเชื้อ แต่จากงานวิจัยของ Akinyoola AL และคณะ (2012) ได้ศึกษาการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่บริเวณการผ่าตัดกระดูกที่เมอร์หักพบว่า ไม่ได้มีความแตกต่างกันในเรื่องของการหายของแผลและโอกาสการติดเชื้อ ดังนั้นการใส่สายระบายเลือดจึงยังไม่ได้มีคำแนะนำที่ชัดเจนว่าควรใส่หรือไม่

อย่างไรก็ตามมีบางแหล่งข้อมูลแนะนำอาจจะไม่จำเป็นต้องใส่สายระบายเลือด (Wolfe และคณะ, 2017) ในปัจจุบันโรงพยาบาลกันทรลักษ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (M1) ขนาด 200 เตียง มีผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักจำนวนมากแต่ผู้ป่วยที่จะได้รับการผ่าตัดมีเพียงประมาณ 20% ของผู้ป่วยทั้งหมดและการผ่าตัดจะมีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ที่ผ่าตัดกระดูกข้อมือหักส่วนปลายมีทั้งแบบใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือด ในการศึกษาครั้งนี้ตั้งสมมติฐานว่าการใส่สายและไม่ใส่สายระบายเลือดมีผลลัพธ์ไม่ต่างกัน จึงทำให้เกิดเป็นการศึกษาครั้งนี้เพื่อดูผลของการผ่าตัดทั้งสองแบบเพื่อที่จะได้นำข้อมูลเพื่อไปพัฒนาการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One day surgery) และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยและเพื่อลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการใส่หรือไม่ใส่สายระบายเลือดกับระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและอาการปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหักในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการใส่หรือไม่ใส่สายระบายเลือดกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหัก ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อเปรียบเทียบการใส่หรือไม่ใส่สายระบายเลือดกับอาการปวดหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหัก ในโรงพยาบาลกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานการวิจัย

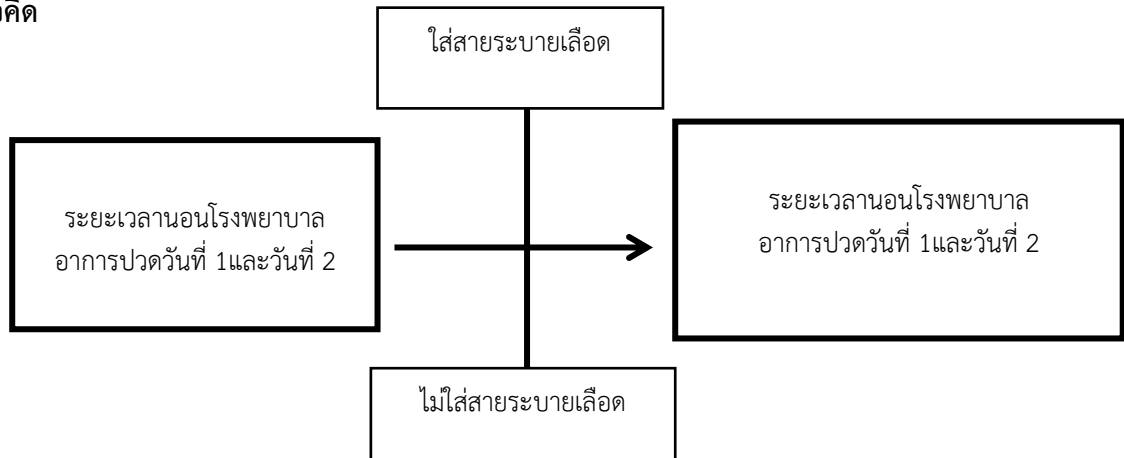
ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือหักส่วนปลายโดยการตามเหล็กในกลุ่มที่ใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดมี ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และอาการปวดหลังการผ่าตัดไม่แตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบ case-control study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือเรเดียสหักโดยการตามเหล็กในโรงพยาบาลกันทรลักษ์

จังหวัดศรีสะเกษ โดยการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สาย
กรอบแนวคิด

ระบายเลือด ตั้งแต่เดือน มกราคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ case-control study เปรียบเทียบผลของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 1 และวันที่ 2 ของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือส่วนปลายโดยการตามหลักในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจาก ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ว่ามีกระดูกข้อมือส่วนปลายหัก ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จำนวน 84 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 ทุกราย โดยเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ากระดูกข้อมือส่วนปลายหักข้างซ้ายหรือข้างขวา
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกบริเวณกระดูกข้อมือส่วนปลาย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักแบบแผลเปิด (open fracture)
2. ผู้ป่วยที่ไม่ได้มาติดตามอาการหลังผ่าตัด 1 เดือนแรก

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจาก ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์และได้รับการผ่าตัด ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมดจำนวน 84 ราย โดยใช้โปรแกรม G*power เวอร์ชัน 3.1.9.4 โดยใช้การคำนวณค่าเฉลี่ยและโดยใช้ค่าสถิติ two independent T test ซึ่งใช้ค่าการกำหนดค่า Effect size = 0.8 , power=

0.95, และค่า α error prob = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 70 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 คนเท่าๆกัน แต่ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มไม่ใส่สายระบายเลือดจำนวน 49 คน และกลุ่มใส่สายระบายเลือดจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ โรคประจำตัว การวินิจฉัยและการใส่สายหรือไม่ใส่สายระบายเลือด ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการเกิดอุบัติเหตุหลังการผ่าตัดใส่สายหรือไม่ใส่สายระบายเลือด ได้แก่ระยะเวลาจำนวนชั่วโมงการนอนโรงพยาบาล อาการปวดหลังการผ่าตัดโดยใช้การให้คะแนนความปวด Numeric Rating scales (NRS) จาก 0 ถึง 10 ถ้าหากได้คะแนน 0 คือไม่ปวดเลย และได้คะแนน 10 คือปวดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านคือผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติและศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity)แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้งจนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.งานวิจัยชิ้นนี้ได้ขอจริยธรรมงานวิจัยเพื่อการทำวิจัยในมนุษย์และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เอกสารเลขที่

SPPH 2023-058 เมื่อวันที่ 3 เดือน เมษายน พ.ศ 2566 และข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้ได้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนเดิมในปี 2565 ซึ่งได้ขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากทางโรงพยาบาลแล้ว

2.ผู้วิจัยได้เริ่มเก็บข้อมูลจากห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือส่วนปลายหักและใส่เหล็กตาม ในปี พ.ศ. 2565 แล้วนำข้อมูลไปสืบค้นเวชระเบียนในคลังเวชระเบียนผู้ป่วยในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

3.หลังจากแยกข้อมูลผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือกลุ่มใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือด ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยทั้งหมดจะถูกนำมาบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล โดยที่ข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกข้อมูลจะไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ป่วยได้

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ BMI โรคประจำตัวและลักษณะการหัก โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกข้อมือส่วนปลายโดยการตามเหล็กโดยใส่สายและไม่ใส่สายระบายเลือดกับระยะเวลาอนโรพยาบาล และอาการปวด โดยใช้สถิติอนุมาน (Inferential statistic) และใช้สถิติเปรียบเทียบก่อนและหลังโดยใช้ Mann Whitney U test

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-058 ลงวันที่ 3 เมษายน พ.ศ 2566 ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้มาจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมไม่สามารถอ้างอิงถึงผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาผลของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือส่วนปลายโดยการตามเหล็ก ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ในปี 2565 ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้กระบวนการทางสถิติ โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ส่วนคือ

1.ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักส่วนปลายมีจำนวนทั้งหมด 84 รายโดยแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 40.50 และเพศหญิงร้อยละ 59.50 ใส่สายท่อระบาย ร้อยละ 58.30 ไม่ใส่สายท่อระบาย ร้อยละ 41.70 อายุอยู่ระหว่าง 40-60 ปี มากที่สุดร้อยละ 50.00 ค่าดัชนีมวลกายมวลกายเฉลี่ยคือ 22.79 (SD=4.46)การหักของกระดูกโดยแบ่งตามลักษณะการหักตาม Fernandez classification ได้ 5 ชนิดโดยการหักของกระดูก ชนิดที่ 1 bending type และ ชนิดที่ 3 compression type มีจำนวนมากที่สุดเท่ากันคือ ร้อยละ 42.90 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 69 ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 10.70 และผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 8.30 ดังตารางที่ 1 และแบ่งกลุ่มข้อมูลทั่วไปในกลุ่มใส่สายและไม่ใส่สายระบายเลือดจะแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	34	40.50
หญิง	50	59.50
สายระบายเลือด		
ใส่สายระบายเลือด	47	58.30
ไม่ใส่สายระบายเลือด	35	41.70
อายุ (ปี)		
< 40	17	20.20
40-60	42	50.00
>60	25	29.80
$\bar{X} = 51.55 \quad S.D. = 16.28$		
$BMI = 22.79 \quad S.D. = 4.46$		
Fernandez classification		
Type 1	36	42.90
Type 2	7	8.30
Type 3	36	42.90
Type 4	2	2.40
Type 5	3	3.50
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	58	69.00
ความดันโลหิตสูง	9	10.70
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	7	8.30
อื่นๆ	10	12.00

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกระดูกข้อมือหักที่ใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้ป่วย	ใส่สายระบายเลือด (คน)	ร้อยละ	ไม่ใส่สายระบายเลือด(คน)	ร้อยละ
เพศ (คน)	49	58	35	42.0
ชาย	19	38.78	15	42.86
หญิง	30	61.22	20	57.14
อายุ (ค่าเฉลี่ยปี)	48.94 (SD= 16)		55.20(SD= 16.20)	
BMI (ค่าเฉลี่ย)	23.10 (SD=4.56)		22.37 (SD= 4.34)	
ลักษณะการหักที่พบ	Type III (23)		Type I (17)	
มากที่สุด (จำนวน)				
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว		มีโรคประจำตัว	

2.การเปรียบเทียบผลของการผ่าตัดใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือด

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์การเปรียบเทียบผลของการผ่าตัดใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดโดยแบ่งเป็นด้านการติดเชื้อและการเกิดภาวะความดันภายในช่องปิตสูงขึ้น พบว่าไม่มีการติดเชื้อและภาวะความดันภายในช่องปิตสูงทั้งสองกลุ่ม แต่ในการเปรียบเทียบเพื่อหาความสัมพันธ์ของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดกับระยะเวลานอนโรงพยาบาลและอาการ

ปวดตยใช้ Mann Whitney U test เนื่องจากการประเมินการกระจายข้อมูลพบว่าการกระจายข้อมูลไม่ปกติ จำนวนชั่วโมงในการนอนโรงพยาบาลนั้นพบว่ามีความเฉลี่ยของจำนวนชั่วโมงในการนอนโรงพยาบาลที่สูงกว่า กลุ่มไม่ใส่สายระบายเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังที่แสดงในตารางที่ 3

	สายระบายเลือด	N	Mean	Mean Rank	Mann-Whitney U Value	Mann-Whitney U Prop
จำนวนชั่วโมงในการนอนโรงพยาบาล	ใส่สาย	49	94.61	49.78	3.236	0.001
	ไม่ใส่สาย	35	67.03	32.31		

ในการเปรียบเทียบอาการปวดหลังการผ่าตัดนั้นพบว่ามีความแตกต่างทางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในวันที่ 1 และ 2 ของการศึกษานี้ และจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลวันที่ 2 และ 3 ของการศึกษาก็ลดลงในกลุ่มที่ไม่ใส่สายระบายเลือด อาการปวดในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้ใช้การวัดโดยใช้คะแนนความปวดซึ่งมีคะแนนเต็ม 10 และค่าเฉลี่ยของอาการปวดอยู่ระหว่าง 2.00 – 3.82 คะแนน โดยอาการปวดในวันที่ 1 อาการปวดเฉลี่ยจะสูงกว่าในกลุ่มใส่สายระบายเลือดคือ 3.82 และมีค่าเฉลี่ยอันดับที่สูงกว่าเช่นกันคือ 47.65 ส่วนในวันที่ 2 และ 3 อาการปวดก็ลดลงทั้งสองกลุ่มแต่ในกลุ่มที่ใส่สายระบายเลือดยังคงมีอาการ

ปวดเฉลี่ยและค่าเฉลี่ยอันดับที่ยังคงสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใส่สายระบายเลือดดังที่แสดงในตารางที่ 4 การเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ของการใส่และไม่ใส่สายระบายเลือดกับอาการปวดพบว่าในวันที่ 1 และ 2 หลังการผ่าตัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญของทั้งสองกลุ่มโดยมีค่านัยสำคัญคือ 0.004 และ 0.003 ตามลำดับ โดยใช้ค่าสถิติ Mann-Whitney U test แต่ในวันที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยอาการปวดของการใส่สายยังสูงกว่าเล็กน้อยแต่ก็ไม่พบว่ามี

	สายระบายเลือด	N	Mean	Mean Rank	Mann-Whitney U Value	Mann-Whitney U Prob
อาการปวดวันที่ 1	ใส่สาย	49	3.82	47.65	2.849	0.004
	ไม่ใส่สาย	35	3.11	35.29		
อาการปวดวันที่ 2	ใส่สาย	49	2.82	42.86	2.981	0.003
	ไม่ใส่สาย	26	2.23	28.85		
อาการปวดวันที่ 3	ใส่สาย	36	2.25	21.92	0.959	0.338
	ไม่ใส่สาย	6	2.00	19.00		

สรุปผล การวิจัยแบบ case-control study เพื่อเปรียบเทียบผลของการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกข้อมือส่วนปลาย

ผู้ป่วยมีจำนวนทั้งสิ้น 84 รายโดยมีกลุ่มที่ใส่สายระบายเลือดจำนวน 47 รายและไม่ใส่สายระบายเลือดจำนวน 35 ราย ซึ่งผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 40-60 ปีและการหักส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นการหักตาม Fernandez classification ชนิดที่ 1 และ 3 รวมกันมากถึงร้อยละ 85.80 แต่ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่พบการติดเชื้อและภาวะความดันภายในช่องปิดสูง

จำนวนชั่วโมงในการนอนโรงพยาบาลและอาการปวดหลังการผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่ไม่ใส่สายระบายเลือดมีจำนวนชั่วโมงการนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีอาการปวดหลังการผ่าตัดที่น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในวันที่ 1 และ ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด

อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่ผลของการใส่สายและไม่ใส่สายระบายเลือดหลังการผ่าตัดกระดูกข้อมือหักส่วนปลายว่าแตกต่างกันหรือไม่ เพื่อที่จะช่วยพัฒนาและลดทรัพยากรที่เสียไปในการรักษาผู้ป่วยในแง่ต่างๆ เช่น ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การเพิ่มต้นทุนของค่ารักษาพยาบาล โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาเฉพาะเพียงย้อนหลัง 1 ปี ของโรงพยาบาลและเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในการเกิดอุบัติการณ์ต่างๆและนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษาได้พบว่าการเปรียบเทียบกับในเรื่องของการติดเชื้อและภาวะความภายในช่องปิดเพิ่มสูงขึ้นไม่มีการเกิดอุบัติการณ์ขึ้นในทั้งสองกลุ่มของการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Akinyoola AL และคณะ (2012) ได้พบว่าไม่มีความแตกต่างของการติดเชื้อในกลุ่มที่ใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือด อีกทั้งในการศึกษาของ Muoghalu ON และคณะ (2019) ก็พบว่าการไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเรื่องของการติดเชื้อเช่นเดียวกัน

ในด้านของระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและอาการปวดของการศึกษาทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในเรื่องของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลและอาการปวดหลังผ่าตัดในวันที่ 1 และ 2

ระยะเวลาของการนอนโรงพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยในกลุ่มที่ไม่ใส่สายระบายเลือดพบว่ามีความระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่น้อยกว่า

เนื่องจากไม่ต้องรอเวลาที่สายระบายเลือดจะรอการระบายเลือดจนหมดและไม่ต้องรอเวลาที่จะต้องดึงสายระบายเลือดออกจึงทำให้ลดระยะเวลาในการให้ผู้ป่วยกลับบ้านสอดคล้องกับการศึกษาของ van Rijckevorsel VAJIM และคณะ (2020) พบว่าผู้ป่วยที่ใส่สายระบายเลือดต้องการใช้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจนกว่าจะกลับบ้านโดยเฉลี่ยประมาณ 10.0 วัน ($P = <0.001$) อีกทั้ง Boissonneault AR และคณะ (2019) ได้ศึกษาการผลของการใส่สายระบายเลือดในผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกส่วนเบ้าสะโพก (acetabulum) พบว่าการใส่สายระบายเลือดบริเวณสะโพกมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มโอกาสในการให้เลือดและเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม Akinyoola AL และคณะ (2012) ได้ศึกษาการใส่สายระบายเลือดและไม่ใส่สายระบายเลือดหลังการผ่าตัดตามกระดูกฟีมอร์หัก (femoral shaft fracture) พบว่ากลุ่มที่ใส่สายระบายเลือดมีโอกาสสูงกว่าที่จะได้รับเลือดหลังผ่าตัด

อีกด้านหนึ่งที่มีความแตกต่างคืออาการปวดหลังผ่าตัด ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีอาการปวดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ไม่ใส่สายระบายเลือด ซึ่งหากจะกล่าวถึงประโยชน์ของสายระบายเลือดก็เพื่อระบายเลือดที่อยู่ในแผลหลังผ่าตัดโดยที่หวังว่าจะช่วยลดอาการปวดจากก้อนเลือดที่ค้างอยู่ภายในลงได้ แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่าในกลุ่มที่ไม่ใส่สายระบายเลือดมีอาการปวดน้อยกว่า ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าอาจจะต้องศึกษาเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุต่อไป เพราะอาจจะมีปัจจัยอื่นที่สามารถเป็นสาเหตุได้เช่นกัน ยกตัวอย่างเช่น ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์มีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์หลายท่าน ซึ่งอาจจะมีวิธีการผ่าตัดที่แตกต่างกันได้ อาจจะทำให้ผลของการผ่าตัดได้ผลลัพธ์ไม่เหมือนกันหรืออาจจะเป็นเพราะระยะเวลาในการผ่าตัดก็มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามอาการปวดเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยต่างกันเพียงหนึ่งคะแนนซึ่งอาจจะทำให้ไม่มีนัยสำคัญทางคลินิก

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดกระดูกข้อมือหักในโรงพยาบาลที่เป็นแบบไม่ซับซ้อน แนะนำให้ไม่ต้องใส่สายระบายเลือดเพื่อช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและทรัพยากรของโรงพยาบาลในการบริหารค่าใช้จ่าย
2. อาจมีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อและการเกิดความดันภายในช่องปิดเพิ่มสูงขึ้นในผู้ป่วยสองกลุ่มเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณา

พัฒนาระบบการรักษาแบบผ่าตัดวันเดียวกลับบ้านในผู้ป่วยกระดูกข้อมือหัก

3. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ case-control study ซึ่งมีปัจจัยภายนอกหลายอย่างที่ไม่สาเหตุควบคุมได้ ดังนั้นในอนาคตอาจจะมีการศึกษาเพิ่มเติมแบบ การสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized Controlled Trial) ในปัจจัยที่สงสัยเพิ่มเติมเช่นอาการปวด

เอกสารอ้างอิง

Akinyoola, A. L., Odunsi, A., & Yusu, M. B. (2012). Use of wound drains following open reduction and internal fixation of femoral shaft fractures. *Journal of wound care*, 21(6), 279–284. <https://doi.org/10.12968/jowc.2012.21.6.279>

Boissonneault, A. R., Schenker, M., Staley, C., Roorbach, M., Erwood, A. A., Grabel, Z. J., Moore, T., Jr, Reisman, W., & Maceroli, M. (2019). Impact of closed suction drainage after surgical fixation of acetabular fractures. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*, 139(7), 907–912. <https://doi.org/10.1007/s00402-019-03110-0>

Court-Brown, C. M., Heckman, J. D., McQueen, M. M., & Ricci, W. M. (Eds.). (2021). *Rockwood and Green's Fractures in Adults (9th ed.)*. Wolters Kluwer.

Chung, K. C., & Spilson, S. V. (2001). The frequency and epidemiology of hand and forearm fractures in the

United States. *The Journal of hand surgery*, 26(5), 908–915. <https://doi.org/10.1053/jhsu.2001.26322>

Fernandez D. L. (2001). Distal radius fracture: the rationale of a classification. *Chirurgie de la main*, 20(6), 411–425. [https://doi.org/10.1016/s1297-3203\(01\)00067-1](https://doi.org/10.1016/s1297-3203(01)00067-1)

Mauck, B. M., & Swigler, C. W. (2018). Evidence-Based Review of Distal Radius Fractures. *The Orthopedic clinics of North America*, 49(2), 211–222. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2017.12.001>

Muoghalu, O. N., Eyichukwu, G. O., Iyidobi, E., Anyaehie, U. E., Madu, K. A., & Okwesili, I. C. (2019). A comparison of the use and non-use of closed suction wound drainage in open reduction and internal fixation of femoral shaft fractures. *International orthopaedics*, 43(9), 2003–2008. <https://doi.org/10.1007/s00264-019-04364-4>.

Turner, R. G., Faber, K. J., & Athwal, G. S. (2007). Complications of distal radius fractures. *The Orthopedic clinics of North America*, 38(2), 217–vi. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2007.02.002>.

Van Rijckevorsel, V. A. J. I. M., de Jong, L., Klem, T. M. A. L., Kuijper, T. M., & Roukema, G. R. (2022). Drain versus no drain after hip hemiarthroplasty for femoral neck fractures; differences in clinical outcomes. *European journal of trauma and emergency surgery : official publication of the European Trauma Society*, 48(3), 1799–1805. <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01528-5>.

Wolfe, S. W., Hotchkiss, R. N., Pederson, W. C., & Kozin, S. H. (Eds.). (2017). *Green's Operative Hand Surgery (7th ed.)*. Elsevier.

การศึกษาความแม่นยำของการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS
ในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ
Accuracy of ultrasonography with ACR TI-RADS evaluation in patients with
thyroid nodules undergoing surgery at Kantaralak hospital in Sisaket province.

ณัฐวุฒิ ชัคตัตถ์^{1*}
Natthawut Chakhuttray^{1*}

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบผลของการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ระดับต่างๆ มีความสอดคล้องกับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์หลังการผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย: ศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์จำนวน 89 ราย โดยเป็นเพศหญิง 84 ราย (ร้อยละ 94.4) เพศชาย 5 ราย (ร้อยละ 5.6) มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (44.16 ± 13.08) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ Chi-square พบว่าการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลการวิเคราะห์ Test performance ได้ค่าค่าความไว เท่ากับร้อยละ 71.43, ความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 88.24, ค่าทำนายผลบวก เท่ากับร้อยละ 65.22 ค่าทำนายผลลบ เท่ากับร้อยละ 90.91, ค่าพื้นที่ใต้โค้ง เท่ากับ 0.798 และค่าความแม่นยำ เท่ากับร้อยละ 84.27

สรุปการศึกษา: การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS มีความแม่นยำในระดับสูง ทำให้สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง (Screening test) มะเร็งต่อมไทรอยด์ และการวางแผนการรักษาผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ก้อนที่ต่อมไทรอยด์, มะเร็งต่อมไทรอยด์, การตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

Abstract

Objective: To evaluate the findings of ultrasonography with ACR TI-RADS with the outcomes of pathological examination in patients with thyroid nodule after thyroidectomy.

Methods: Retrospective study of thyroid nodule patients who underwent medical exams at the ENT Department of Kantharalak Hospital in Sisaket province between 1 August 2020 to 31 December 2022.

Results: The study comprised 89 patients, with 84 women (94.4%), 5 males (5.6%), and an average age of 44 years (44.16 ± 13.08). The Chi-square test revealed that the correlation between ultrasonography with ACR TI-RADS and pathological outcomes was statistically significant ($p < .001$). The results of the test performance showed a sensitivity of 71.43%, specificity of 88.24%, positive predictive value of 65.22%, negative predictive value of 90.91%, area curve under 0.798, and accuracy of 84.27%.

Conclusion: The ultrasonography with ACR TI-RADS is very precise and may be used as a thyroid cancer screening test as well as for future treatment planning.

Keywords: Thyroid nodule, Thyroid cancer, Thyroid ultrasonography, ACR TI-RADS, Test performance

^{1*} นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์

Email: Chakhattra@gmail.com

บทนำ

ก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (Thyroid nodule) เป็นความผิดปกติที่ตรวจพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยก้อนที่ต่อมไทรอยด์อาจจะเป็นก้อนเดี่ยวหรือหลายก้อนก็ได้ อาจตรวจพบได้โดยผู้ป่วยกล่าวว่ามีก้อนที่คอด้านหน้า ขยับเคลื่อนที่ตามการกลืน การตรวจพบโดยบังเอิญโดย

แพทย์ หรือตรวจพบจากการตรวจด้วยเครื่องมือทางรังสีวิทยาบริเวณคอและทรวงอก เช่น เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงที่มีความคมชัดสูง (High-resolution ultrasound) เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography, CT) หรือเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging, MRI) ซึ่งปัญหาในทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ

โรคก้อนในต่อมไทรอยด์ที่สำคัญที่สุด คือ โรคมะเร็งของต่อมไทรอยด์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การจากการตรวจพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์จากการคลำประมาณร้อยละ 5 ในผู้หญิง และประมาณร้อยละ 1 ในผู้ชาย (Vander et al., 1968, Tunbridge et al., 1977 อ้างใน Haugen et al., 2015) และจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 19-68 โดยจะพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์มากขึ้นในผู้สูงอายุเพศหญิง (Tan and Gharib. 1997, Guth et al., 2009 อ้างใน Haugen et al., 2015) และอุบัติการณ์โรคมะเร็งต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนต่อมไทรอยด์ พบได้ร้อยละ 7-15 โดยขึ้นอยู่กับ เพศ, อายุ, ประวัติการได้รับรังสี และประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว (Hegedüs, 2004 อ้างใน Haugen et al., 2015) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์มะเร็งต่อมไทรอยด์ ในเพศชาย 1.5 ต่อ 100,000 ประชากร และในเพศหญิง 5.1 ต่อ 100,000 ประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (Tangjaturonrasme, N, et al., 2018) และข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติประจำปี 2562 และ 2563 พบผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์รายใหม่ในเพศหญิงมากเป็นอันดับ 8 และ 10 ตามลำดับ

ปัจจุบันการตรวจก้อนของต่อมไทรอยด์โดยการใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงที่มีความคมชัดสูง (High-resolution ultrasound) เป็นวิธีที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดและผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บตัว เนื่องจากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงสามารถให้ข้อมูลของรอยโรคในต่อมไทรอยด์ที่เป็นอวัยวะที่อยู่ตื้นได้ดี เช่น การให้รายละเอียดขนาด ลักษณะภาพ (echogenicity texture) ของต่อมไทรอยด์ รายละเอียดของ อวัยวะข้างเคียง โดยรอบ อีกทั้งยังสามารถใช้หาตำแหน่งในการเจาะตรวจหาเซลล์ทางพยาธิวิทยาอีกด้วย สำหรับการตรวจก้อนที่ต่อมไทรอยด์ด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือเครื่องคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้านั้น ปัจจุบันได้ลดบทบาทลงอย่างมาก และถูกจำกัดการใช้ในกรณีที่ต้องการตรวจเพิ่มเติมเพื่อดูการลุกลามของมะเร็งไปอวัยวะใกล้เคียง (พรพิมพ์ กอแพร่พงศ์ และ วรปารี สุวรรณฤกษ์, 2556)

แนวทางในการรักษาผู้ป่วยที่มาด้วยก้อน ต่อมไทรอยด์ในปัจจุบันของ American Thyroid Association (ATA Guideline) มีแนวทางให้ส่งตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงทุกราย ซึ่งการรายงานผลการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงมีอยู่หลายระบบ โดยระบบต่างๆที่ได้รับความนิยมได้แก่ American thyroid

system association (ATA) (Haugen et al., 2015), European thyroid association (EU-TIRADS) (Russ et al., 2017) American College of Radiology (ACR-TIRADS) (Tessler et al., 2017) และของประเทศไทย Siriraj-TIRADS (Songsaeng, D, 2017) โดยให้ค่าความน่าจะเป็นที่จะเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ตามลักษณะภาพคลื่นเสียงความถี่สูงที่พบ ซึ่งลักษณะที่แตกต่างของระบบ ACR-TIRADS เทียบกับระบบแบบอื่นๆ คือเป็นลักษณะการให้คะแนน (point based) องค์ประกอบต่างๆของก้อนที่ต่อมไทรอยด์ออกมา แล้วนำคะแนนที่ได้มารวมกัน แล้วแปลผลออกมาเป็นโอกาสการเกิดมะเร็ง เทียบกับระบบอื่นๆ ที่เป็นการยึดรูปแบบของคลื่นเสียงความถี่สูง (pattern-based) มาแปลผลโอกาสในการเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้นการใช้ระบบ ACR-TIRADS จึงช่วยให้รังสีแพทย์รายงานผลได้อย่างเป็นระบบ ลดโอกาสที่จะสับสนเข้าใจผิดได้หากผู้แปลผลไม่มีความชำนาญ และช่วยให้รังสีแพทย์ให้คำแนะนำแก่แพทย์เจ้าของไข้ ในการส่งตรวจชิ้นเนื้อเพิ่มเติมหรือติดตามขนาดและลักษณะของก้อน อีกทั้งมีประโยชน์ในการเป็นตัวสื่อสารเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างรังสีแพทย์กับแพทย์เจ้าของไข้ (ศศิธร หามนตรี, 2563)

โดยระบบการรายงานการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่ใช้ในงานวิจัยนี้ คือ Committee of the American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System (ACR TI-RADS) โดยมีมาให้คะแนนก้อนต่อมไทรอยด์ตามลักษณะทางคลื่นเสียงความถี่สูงออกมาเป็น 5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจะมีรายงาน

ความเสี่ยงที่จะเกิดมะเร็งต่อมไทรอยด์จากน้อยไปมากตามลำดับ ดังตารางที่ 1 ข้อมูลที่ได้จากการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจะเป็นแนวทางในการพิจารณาส่งตรวจ การเจาะดูดด้วยเข็มเล็ก (fine needle aspiration) และใช้พิจารณาในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วยต่อไป ซึ่งการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงจึงนับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการคัดกรองโรคก้อนที่ต่อมไทรอยด์

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนก้อนที่ต่อมไทรอยด์ตามลักษณะคลื่นเสียงความถี่สูง ของ American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System (ACR TI-RADS)

COMPOSITION (choose 1)		ECHOGENICITY (choose 1)		SHAPE (choose 1)		MARGIN (choose 1)		ECHOGENIC FOCI (choose all that apply)	
Cystic or almost completely cystic	0	Anechoic	0	Wider than tall	0	Smooth	0	Non or large comet tall artifacts	0
Spongiform	0	Hyperechoic or isoechoic	1			Ill-defined	0	Macrocalcification	1
Mixed cystic and solid	1	Hypoechoic	2	Taller than wide	3	Lobulated or irregular	2	Peripheral (rim) calcification	2
Solid or almost completely solid	2	Very hypoechoic	3			Extra-thyroid also extension	3	Punctate echogenic foci	3
Add points from all categories to determine TI-RADS level									
0 points		2 points		3 points		4-6 points		7 points or more	
TI-RADS 1 BENIGN		TI-RADS 2 NOT SUSPICIOUS		TI-RADS 3 MILDLY SUSPICIOUS		TI-RADS 4 MODERATELY SUSPICIOUS		TI-RADS 5 HIGHLY SUSPICIOUS	
No FNA		No FNA		FNA ≥ 2.5 cm Follow if ≥ 1.5 cm		FNA ≥ 1.5 cm Follow if ≥ 1.0 cm		FNA ≥ 1.0 cm Follow if ≥ 0.5 cm	

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ระดับต่างๆ กับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ของผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์หลังการผ่าตัด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ (thyroid nodule) ที่เข้ารับบริการตรวจรักษาในแผนกโสต คอ นาสิก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่าง

วันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 7 เดือนมีนาคม พ.ศ.2566 ลำดับ COA No.008/2566

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับการตรวจและได้รับการผ่าตัดที่แผนกโสต คอ นาสิก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง และมีการลงผลการตรวจด้วย ACR TI-RADS
3. มีผลตรวจทางพยาธิวิทยาหลังการผ่าตัดไทรอยด์

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ แต่มีผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของก้อนที่ต่อมไทรอยด์จากโรงพยาบาลอื่น
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของก้อนที่ต่อมไทรอยด์จากโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ แต่ไม่ได้ผ่าตัดหรือผ่าตัดที่โรงพยาบาลอื่น
3. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลตรวจทางพยาธิวิทยาได้
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสืบค้นเวชระเบียนที่สมบูรณ์ได้

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาของบูเดอร์ (Buderer N. M, 1996) และการศึกษาของนฤมล สุดใจ (Sudjai, N, 2020) ในการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาวินิจฉัยเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัย (diagnostic test studies) เพื่อหาความแม่นยำ (accuracy) ของการตรวจวินิจฉัย โดยในการคำนวณขนาดตัวอย่างจะพิจารณาจากค่าความไว (sensitivity) หรือความจำเพาะ (specificity) ของเครื่องมือที่ศึกษานำมาคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยในการศึกษานี้จะใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times Sp \times (1 - Sp)}{d^2 \times (1 - P)}$$

โดยกำหนดค่าตัวแปรต่างๆดังนี้ $Z_{1-\alpha/2}$ เป็นค่ามาตรฐานตาม standard normal distribution โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ดังนั้น จึงเท่ากับ 1.96, Sp เป็นค่าความจำเพาะ โดยเฉลี่ยจากการศึกษา

อื่นๆ เท่ากับร้อยละ 75, d เป็นค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้เท่ากับ 0.1 และ P เป็นค่าความชุกของการเกิดโรคมะเร็งไทรอยด์ของประชากร กำหนดให้เท่ากับร้อยละ 10 เมื่อแทนค่าแล้วคำนวณจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.75 \times 0.25}{0.1^2 \times 0.9}$$

$$n = 80.033$$

และคำนวณเพื่อในกรณีที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10 ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็น 89 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง จากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยประกอบด้วยข้อมูลต่างๆดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS และ ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษานี้แบ่งผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ผลเป็นลบ (negative ultrasound) คือกลุ่มที่ผลการตรวจสงสัยว่าเป็นเนื้องอกธรรมดา ได้แก่ ACR TI-RADS 1-3
- ผลเป็นบวก (positive ultrasound) คือกลุ่มที่ผลการตรวจสงสัยว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ ได้แก่ ACR TI-RADS 4-5

ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์หลังการผ่าตัด ใช้เป็น gold standard ในการเปรียบเทียบ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ผลเป็นลบ (negative pathology) คือผลไม่ใช่มะเร็ง (benign) ได้แก่ Nodular goiter, Goiter, Multinodular goiter, Follicular adenoma, Oncolytic (Hürthle cell) adenoma และ Follicular adenoma with lymphocytic thyroiditis
- ผลเป็นบวก (positive pathology) คือผลเป็นมะเร็ง (malignant) ได้แก่ Papillary thyroid carcinoma, Follicular thyroid carcinoma, Medullary thyroid carcinoma, Poorly differentiated thyroid carcinoma และ Anaplastic thyroid carcinoma

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย มาบันทึกลงแบบบันทึกข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า 0.05 และกำหนดความเชื่อมั่นไว้ที่ 95% โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่เข้ารับการผ่าตัด กับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา โดยใช้การวิเคราะห์ Chi-square

Test performance จะเป็นได้แก่ ค่าความไว (sensitivity), ความจำเพาะ (specificity), ค่าทำนายผลบวก (positive predictive value), ค่าทำนายผลลบ (negative predictive value), ค่าความแม่นยำ (accuracy) และค่าพื้นที่ใต้โค้ง (area under curve)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา มีจำนวนทั้งสิ้น 89 ราย โดยเป็นเพศหญิง 84 ราย (ร้อยละ 94.4) โดยผู้ป่วยที่อายุมากที่สุด 75 ปีอายุน้อยสุด 17 ปี มีอายุเฉลี่ย 44 ปี (44.16 ± 13.08) ชนิดของการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ที่มากที่สุดคือ Thyroid Lobectomy มีจำนวน 66 ราย (ร้อยละ 74.2) ผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS แบ่งเป็นกลุ่ม negative ultrasound (ACR TI-RADS 1-3) มีจำนวน 66 ราย (ร้อยละ 74.2) และ positive ultrasound (ACR TI-RADS 4-5) มีจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 25.8) ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign) มีจำนวน 68 ราย (ร้อยละ 76.4) และกลุ่มที่เป็นมะเร็ง (malignant) มีจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 23.6) โดยชนิดผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากลุ่มที่ไม่ใช่มะเร็ง (benign) ที่พบมากที่สุดคือ Nodular goiter มีจำนวน 38 ราย (ร้อยละ 42.7) และชนิดผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยากลุ่มที่เป็นมะเร็ง (malignant) คือ Papillary Thyroid Carcinoma มีจำนวน 16 ราย (ร้อยละ 18) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	84	94.4
ชาย	5	5.6
Thyroidectomy		
Lobectomy	66	74.2
Subtotal thyroidectomy	1	1.1
Near total thyroidectomy	1	1.1
Total thyroidectomy	9	10.1
Completion thyroidectomy	12	13.5
ACR TI-RADS		
TIRAD 1	12	13.5
TIRAD 2	24	27.0
TIRAD 3	30	33.7
TIRAD 4	22	24.7
TIRAD 5	1	1.1
Pathology		
Nodular goiter	38	42.7
Follicular adenoma	10	11.2
Multinodular goiter	10	11.2
Oncocytic (Hürthle cell) adenoma	2	2.2
Hashimoto's thyroiditis	8	9.0
Papillary thyroid Carcinoma	16	18.0
Follicular thyroid Carcinoma	3	3.4
Thyroid lymphoma	2	2.2

จากผลการศึกษาพบว่าผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS กลุ่ม positive ultrasound (ACR TI-RADS 4-5) สามารถวินิจฉัยแยกกลุ่มที่มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งมากกว่ากลุ่ม negative ultrasound (ACR TI-RADS 1-3) คือร้อยละ 65.2 และ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ ที่ได้รับการผ่าตัด กับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

ACR TI-RADS	Pathology		รวม
	Benign	Malignancy	
TIRAD 1-3	60(90.9)	6(9.1)	66(100.0)
TIRAD 4-5	8(34.8)	15(65.2)	23(100.0)
รวม	68(76.4)	21(23.6)	89(100.0)

$$\chi^2 = 26.772, df = 1, p = 0.000$$

จากการศึกษาเมื่อนำข้อมูลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ negative ultrasound (TI-RADS 1-3) และ positive

9.1 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS มีความสัมพันธ์กับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ultrasound (TI-RADS 4-5) ร่วมกับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา คือ negative pathology (Benign: Nodular goiter, Follicular adenoma, Multinodular goiter, Oncocytic adenoma และ Hashimoto's

thyroiditis) และ positive pathology (Malignancy: Carcinoma และ Thyroid lymphoma) มาแทนค่าตาม Papillary thyroid Carcinoma, Follicular thyroid กลุ่มลงในตาราง 2x2 ดังตารางที่ 4

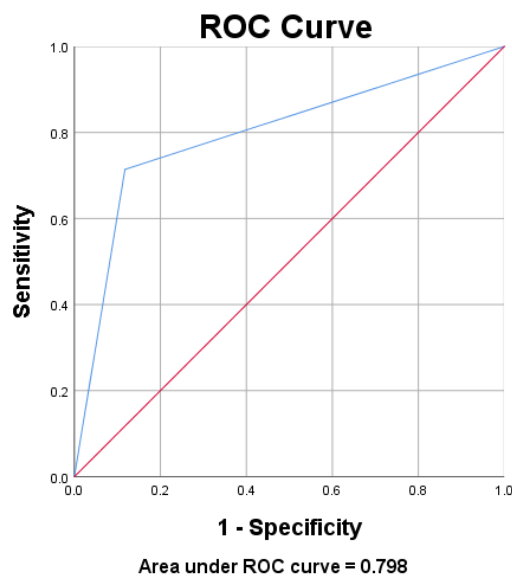
ตารางที่ 4 ผลการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด เปรียบเทียบกับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

		Pathology		รวม
		Malignancy (Positive)	Benign (Negative)	
ACR TI-	TIRAD 4-5 (Positive ultrasound)	15	8	23
	TIRAD 1-3 (Negative ultrasound)	6	60	66
รวม		21	68	89

ให้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ Test performance โดยได้ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 71.43, ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 88.24, ค่าทำนายผลบวก (positive predictive value) เท่ากับร้อยละ 65.22 ค่าทำนายผลลบ (negative predictive value) เท่ากับร้อยละ 90.91, ค่าพื้นที่ใต้โค้ง (area under curve) เท่ากับ 0.798 และค่าความแม่นยำ (accuracy) เท่ากับร้อยละ 84.27 ดังตารางที่ 5 และผล ROC Curve แสดงในรูปที่ 1

ตารางที่ 5 Sensitivity, Specificity, Positive Predictive Value, Negative Predictive Value และ Accuracy ของการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ในผู้ป่วยที่มีก้อนที่ต่อมไทรอยด์ที่ได้รับการผ่าตัด เปรียบเทียบกับผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

Test performance	ร้อยละ	95 % Confidence interval
Sensitivity	71.43	47.83-88.72
Specificity	88.24	78.13-94.78
Positive Predictive Value	65.22	48.10-79.14
Negative Predictive Value	90.91	83.49-95.19
Accuracy	84.27	75.02-91.13



รูปที่ 1 ผล ROC curve และ พื้นที่ใต้โค้ง (area under curve)

สรุปและอภิปรายผล

ก่อนที่ต่อมไทรอยด์ เป็นความผิดปกติที่ตรวจพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งปัญหาในทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับโรคก้อนในต่อมไทรอยด์ที่สำคัญที่สุด คือ โรคมะเร็งของต่อมไทรอยด์ โดยจะพบก้อนที่ต่อมไทรอยด์มากขึ้นในผู้สูงอายุเพศหญิง ในปัจจุบันการตรวจก้อนของต่อมไทรอยด์โดยการใช้เครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงที่มีความคมชัดสูง (High-resolution ultrasound) เป็นวิธีที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดและผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บตัว

ระบบการรายงานผลการตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงของ Committee of the American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System (ACR TI-RADS) ใช้หลักการการให้คะแนน (point based) องค์ประกอบต่างๆของก้อนที่ต่อมไทรอยด์ออกมา แล้วนำคะแนนที่ได้มารวมกัน แล้วแปลผลออกมาเป็นโอกาสการเกิดมะเร็ง เทียบกับระบบอื่นๆ ที่เป็นการยึดรูปแบบของคลื่นเสียงความถี่สูง (pattern-based) มาแปลผลโอกาสในการเป็นโรคมะเร็ง ดังนั้นการใช้ระบบ ACR-TIRADS จึงช่วยให้รังสีแพทย์รายงานผลได้อย่างเป็นระบบ ลดโอกาสที่จะสับสนเข้าใจผิดได้หากผู้แปลผลไม่มีความชำนาญ และช่วยให้รังสีแพทย์ให้คำแนะนำแก่แพทย์เจ้าของไข้ และเป็นระบบที่ใช้ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

จากผลการศึกษาดูงานวิจัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ได้ค่าความไวอยู่ในเกณฑ์ที่สูง แต่ก็ยังน้อยกว่าการศึกษาของ กรานี และคณะ (Grani et al., 2019), รวน และคณะ (Ruan et al., 2019), ฮวง และคณะ (Huang et al., 2020), เมียว และคณะ (Miao et al., 2020), กุนตาน และคณะ (Goundan et al., 2021), ชู และคณะ (Zhu et al., 2021), ศศิธร หามนตรี (Harmontree, S, 2021) และภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาได้ค่าความไวมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนการเปรียบเทียบความจำเพาะของการศึกษาจะพบว่า ได้ค่าความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก ซึ่งสูงกว่าผลของการศึกษาของ กรานี และคณะ, อมาดี และคณะ (Ahmadi et al., 2019), ฮวง และคณะ, กุนตาน และคณะ, วรินทร์ พุทธรักษ์ และคณะ (Phuttharak, W, et al., 2019) และภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์ และคณะ ที่ได้ค่าความจำเพาะน้อยกว่าร้อยละ 80 ส่วนการเปรียบเทียบค่าทำนายผลบวก จะได้ค่ามากกว่าการศึกษาของกรานี และคณะ, อมาดี และคณะ, ฮวง และคณะ, กุนตาน และคณะ, วรินทร์ พุทธรักษ์ และคณะ, ศศิธร หามนตรี และภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์ และ

คณะ ส่วนค่าทำนายผลลบ ค่าความแม่นยำ และค่าพื้นที่ใต้โค้งได้ผลอยู่ในเกณฑ์ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานอื่นๆ

จากผลการศึกษาดูงานวิจัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS ได้ค่าความไวอยู่ในเกณฑ์ที่สูง แต่ก็ยังน้อยกว่าการศึกษาของ กรานี และคณะ (Grani et al., 2019), รวน และคณะ (Ruan et al., 2019), ฮวง และคณะ (Huang et al., 2020), เมียว และคณะ (Miao et al., 2020), กุนตาน และคณะ (Goundan et al., 2021), ชู และคณะ (Zhu et al., 2021), ศศิธร หามนตรี (Harmontree, S, 2021) และภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาได้ค่าความไวมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนการเปรียบเทียบความจำเพาะของการศึกษาจะพบว่า ได้ค่าความจำเพาะอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก ซึ่งสูงกว่าผลของการศึกษาของ กรานี และคณะ, อมาดี และคณะ (Ahmadi et al., 2019), ฮวง และคณะ, กุนตาน และคณะ, วรินทร์ พุทธรักษ์ และคณะ (Phuttharak, W, et al., 2019) และภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์ และคณะ ที่ได้ค่าความจำเพาะน้อยกว่าร้อยละ 80 ส่วนการเปรียบเทียบค่าทำนายผลบวก จะได้ค่ามากกว่าการศึกษาของกรานี และคณะ, อมาดี และคณะ, ฮวง และคณะ, กุนตาน และคณะ, วรินทร์ พุทธรักษ์ และคณะ, ศศิธร หามนตรี และภาณุวัฒน์ วงษ์วัฒน์ และคณะ ส่วนค่าทำนายผลลบ ค่าความแม่นยำ และค่าพื้นที่ใต้โค้งได้ผลอยู่ในเกณฑ์ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) และใช้เวลาเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 และมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดเพียง 89 ราย หากมีงานวิจัยต่อยอดในอนาคต ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) และกำหนดกลุ่มประชากรผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลงานวิจัย
2. การตรวจต่อมไทรอยด์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Thyroid ultrasonography) และการให้คะแนนในระบบ ACR TIRADS เป็นระบบที่ขึ้นอยู่กับผู้ตรวจ (Operator dependent) ที่ต้องอาศัยรังสีแพทย์ที่มีความชำนาญ และมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือนี้ เพื่อให้ผลตรวจที่ได้มีความแม่นยำ ในการนำมาใช้งาน หากรังสีแพทย์ไม่มีความชำนาญในการใช้เครื่องมือนี้ ผลการตรวจที่ได้ก็อาจจะไม่ตรงกับผลการศึกษานี้
3. ตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADS เป็นการตรวจวินิจฉัยที่ไม่เพิ่มความเสี่ยง หรือ

อันตรายใดๆกับผู้ป่วย และมีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ(Specificity) สูง ดังนั้น จึงสมควรเป็นการตรวจวินิจฉัยแรกๆที่ควรส่งตรวจในผู้ป่วยที่มาด้วยก้อนที่ต่อมไทรอยด์

4. การวางแผนรักษาร่วมกับผู้ป่วย ในรายที่จะมีการผ่าตัดก้อนที่ต่อมไทรอยด์ควรจะต้องใช้การตรวจอย่างอื่น

ร่วมด้วย อย่างเช่น การใช้เข็มเจาะดูดเซลล์ต่อมไทรอยด์ (Fine needle aspiration biopsy) หรือการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography, CT) ในรายที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์จากการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงด้วย ACR TI-RADSเบื้องต้นแล้ว เพื่อให้ผลการรักษาของผู้ป่วยออกมาดีที่สุด

เอกสารอ้างอิง

- พรพิมพ์ กอแพร่พงศ์ และ วรปาริ สุวรรณฤกษ์. (2556). การตรวจวินิจฉัยก้อนของต่อมไทรอยด์. ใน ประสงค์ ตันมหาสมุทร, *เวชศาสตร์ทันยุค ๒๕๕๖*. (หน้า 107-119). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งต่อมไทรอยด์*. กรุงเทพฯ: สถาบัน.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2560 -2564*. ค้นจาก https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
- Ahmadi, S., Oyekunle, T., Jiang, X., Scheri, R., Perkins, J., Stang, M., Roman, S., & Sosa, J. A. (2019). A DIRECT COMPARISON OF THE ATA AND TI-RADS ULTRASOUND SCORING SYSTEMS. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 25(5), 413–422. <https://doi.org/10.4158/EP-2018-0369>
- Baloch, Z. W., Asa, S. L., Barletta, J. A., Ghossein, R. A., Juhlin, C. C., Jung, C. K., LiVolsi, V. A., Papotti, M. G., Sobrinho-Simões, M., Tallini, G., & Mete, O. (2022). Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. *Endocrine pathology*, 33(1), 27–63. <https://doi.org/10.1007/s12022-022-09707-3>
- Buderer N. M. (1996). Statistical methodology: I. Incorporating the prevalence of disease into the sample size calculation for sensitivity and specificity. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 3(9), 895–900. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03538.x>
- Chaysiri, P. (2020). Poorly differentiated thyroid carcinoma: recognition of its entity and current knowledge. *Journal of Thai Association of Radiation Oncology*, 26(1), O1-O19. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtaro/article/view/228003>
- Chen, F., Sun, Y., Chen, G., Luo, Y., Xue, G., Luo, K., Ma, H., Yao, J., Zhu, Z., Li, G., & Li, Q. (2022). The Diagnostic Efficacy of the American College of Radiology (ACR) Thyroid Imaging Report and Data System (TI-RADS) and the American Thyroid Association (ATA) Risk Stratification Systems for Thyroid Nodules. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2022, 9995962. <https://doi.org/10.1155/2022/9995962>
- Filetti, S., Tuttle, M. R., Leboulleux, S., & Alexander, E. K. (2019). Nontoxic Diffuse Goiter, Nodular Thyroid Disorders, and Thyroid Malignancies. In Melmed, S., Koenig, R., Rosen, C., Auchus, R., & Goldfine, A. (Eds.), *Williams Textbook of Endocrinology* (14th ed., pp.433-478). Philadelphia: Elsevier.
- Frasoldati, A., & Valcavi, R. (2004). Challenges in neck ultrasonography: lymphadenopathy and parathyroid glands. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 10(3), 261–268. <https://doi.org/10.4158/EP.10.3.261>
- Frates, M. C., Benson, C. B., Charboneau, J. W., Cibas, E. S., Clark, O. H., Coleman, B. G., Cronan, J. J., Doubilet, P. M., Evans, D. B., Goellner, J. R., Hay, I. D., Hertzberg, B. S., Intenzo, C. M., Jeffrey, R. B., Langer, J. E., Larsen, P. R., Mandel, S. J., Middleton, W. D., Reading, C. C., Sherman, S. I., ... Society of Radiologists in Ultrasound (2005). Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Radiology*, 237(3), 794–800. <https://doi.org/10.1148/radiol.2373050220>
- Fugazzola, L., Elisei, R., Fuhrer, D., Jarzab, B., Leboulleux, S., Newbold, K., & Smit, J. (2019). 2019 European Thyroid Association Guidelines for the Treatment and Follow-Up of Advanced Radioiodine-Refractory Thyroid Cancer. *European thyroid journal*, 8(5), 227–245. <https://doi.org/10.1159/000502229>

- Gao, L., Xi, X., Jiang, Y., Yang, X., Wang, Y., Zhu, S., Lai, X., Zhang, X., Zhao, R., & Zhang, B. (2019). Comparison among TIRADS (ACR TI-RADS and KWAK- TI-RADS) and 2015 ATA Guidelines in the diagnostic efficiency of thyroid nodules. *Endocrine*, 64(1), 90–96. <https://doi.org/10.1007/s12020-019-01843-x>
- Goundan, P. N., Mamou, J., Rohrbach, D., Smith, J., Patel, H., Wallace, K. D., Feleppa, E. J., & Lee, S. L. (2021). A Preliminary Study of Quantitative Ultrasound for Cancer-Risk Assessment of Thyroid Nodules. *Frontiers in endocrinology*, 12, 627698. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.627698>
- Grani, G., Lamartina, L., Ascoli, V., Bosco, D., Biffoni, M., Giacomelli, L., Maranghi, M., Falcone, R., Ramundo, V., Cantisani, V., Filetti, S., & Durante, C. (2019). Reducing the Number of Unnecessary Thyroid Biopsies While Improving Diagnostic Accuracy: Toward the "Right" TIRADS. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 104(1), 95–102. <https://doi.org/10.1210/jc.2018-01674>
- Guth, S., Theune, U., Aberle, J., Galach, A., & Bamberg, C. M. (2009). Very high prevalence of thyroid nodules detected by high frequency (13 MHz) ultrasound examination. *European journal of clinical investigation*, 39(8), 699–706. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.2009.02162.x>
- Harmontree, S. (2021). Accuracy of ACR-TIRADS in assessment and diagnosis of thyroid nodule in Sena Hospital, Ayutthaya province. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University*, 4(1), 28–39. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmpubu/article/view/247646>
- Haugen, B. R., Alexander, E. K., Bible, K. C., Doherty, G. M., Mandel, S. J., Nikiforov, Y. E., Pacini, F., Randolph, G. W., Sawka, A. M., Schlumberger, M., Schuff, K. G., Sherman, S. I., Sosa, J. A., Steward, D. L., Tuttle, R. M., & Wartofsky, L. (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*, 26(1), 1–133. <https://doi.org/10.1089/thy.2015.0020>
- Hegedüs L. (2004). Clinical practice. The thyroid nodule. *The New England journal of medicine*, 351(17), 1764–1771. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp031436>
- Horvath, E., Majlis, S., Rossi, R., Franco, C., Niedmann, J. P., Castro, A., & Dominguez, M. (2009). An ultrasonogram reporting system for thyroid nodules stratifying cancer risk for clinical management. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 94(5), 1748–1751. <https://doi.org/10.1210/jc.2008-1724>
- Huang, B. L., Ebner, S. A., Makkar, J. S., Bentley-Hibbert, S., McConnell, R. J., Lee, J. A., Hecht, E. M., & Kuo, J. H. (2020). A Multidisciplinary Head-to-Head Comparison of American College of Radiology Thyroid Imaging and Reporting Data System and American Thyroid Association Ultrasound Risk Stratification Systems. *The oncologist*, 25(5), 398–403. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0362>
- Mandel S. J. (2004). Diagnostic use of ultrasonography in patients with nodular thyroid disease. *Endocrine practice: official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 10(3), 246–252. <https://doi.org/10.4158/EP.10.3.246>
- Miao, S., Jing, M., Sheng, R., Cui, D., Lu, S., Zhang, X., Jing, S., Zhang, X., Shan, T., Shan, H., Xu, T., Wang, B., Wang, Z., & Liu, Y. (2020). The analysis of differential diagnosis of benign and malignant thyroid nodules based on ultrasound reports. *Gland surgery*, 9(3), 653–660. <https://doi.org/10.21037/gs.2020.04.03>
- Moon, W. J., Jung, S. L., Lee, J. H., Na, D. G., Baek, J. H., Lee, Y. H., Kim, J., Kim, H. S., Byun, J. S., Lee, D. H., & Thyroid Study Group, Korean Society of Neuro- and Head and Neck Radiology (2008). Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation—multicenter retrospective study. *Radiology*, 247(3), 762–770. <https://doi.org/10.1148/radiol.2473070944>
- Papini E. (2003). The dilemma of non-palpable thyroid nodules. *Journal of endocrinological investigation*, 26(1), 3–4. <https://doi.org/10.1007/BF03345115>
- Phuttharak, W., Boonrod, A., Klungboonkrong, V., & Witsawapaisan, T. (2019). Interrater Reliability of Various Thyroid Imaging Reporting and Data System (TIRADS) Classifications for Differentiating Benign from Malignant Thyroid Nodules. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 20(4), 1283–1288. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.4.1283>

- Ruan, J. L., Yang, H. Y., Liu, R. B., Liang, M., Han, P., Xu, X. L., & Luo, B. M. (2019). Fine needle aspiration biopsy indications for thyroid nodules: compare a point-based risk stratification system with a pattern-based risk stratification system. *European radiology*, 29(9), 4871–4878. <https://doi.org/10.1007/s00330-018-5992-z>
- Russ, G., Bonnema, S. J., Erdogan, M. F., Durante, C., Ngu, R., & Leenhardt, L. (2017). European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. *European thyroid journal*, 6(5), 225–237. <https://doi.org/10.1159/000478927>
- Songsaeng, D. (2017). Siriraj Thyroid Imaging Reporting and Data System and Its Efficacy. *Siriraj Medical Journal*, 69(5), 262–267. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/99630>
- Sudjai, N. (2020). Sample size calculation for diagnostic test studies. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 27(2). 167-182. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/244785>
- Tan, G. H., & Gharib, H. (1997). Thyroid incidentalomas: management approaches to nonpalpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging. *Annals of internal medicine*, 126(3), 226–231. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-126-3-199702010-00009>
- Tangjaturonrasme, N., Vatanasapt, P., & Bychkov, A. (2018). Epidemiology of head and neck cancer in Thailand. *Asia-Pacific journal of clinical oncology*, 14(1), 16–22. <https://doi.org/10.1111/ajco.12757>
- Tessler, F. N., Middleton, W. D., Grant, E. G., Hoang, J. K., Berland, L. L., Teefey, S. A., Cronan, J. J., Beland, M. D., Desser, T. S., Frates, M. C., Hammers, L. W., Hamper, U. M., Langer, J. E., Reading, C. C., Scoutt, L. M., & Stavros, A. T. (2017). ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 14(5), 587–595. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2017.01.046>
- Tunbridge, W. M., Evered, D. C., Hall, R., Appleton, D., Brewis, M., Clark, F., Evans, J. G., Young, E., Bird, T., & Smith, P. A. (1977). The spectrum of thyroid disease in a community: the Whickham survey. *Clinical endocrinology*, 7(6), 481–493. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.1977.tb01340.x>
- Vander, J. B., Gaston, E. A., & Dawber, T. R. (1968). The significance of nontoxic thyroid nodules. Final report of a 15-year study of the incidence of thyroid malignancy. *Annals of internal medicine*, 69(3), 537–540. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-69-3-537>
- Wongwattana, P., Pattarapongsant, P., Liangsupong, S., Sukontha, S., Khumsan, S., & Yimpornpipathpon, I. (2021). Diagnostic performance of ultrasonography with ACR TI-RADS in thyroid mass in HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 28(3). 90-102. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/254025>
- Zhu, H., Yang, Y., Wu, S., Chen, K., Luo, H., & Huang, J. (2021). Diagnostic performance of US-based FNAB criteria of the 2020 Chinese guideline for malignant thyroid nodules: comparison with the 2017 American College of Radiology guideline, the 2015 American Thyroid Association guideline, and the 2016 Korean Thyroid Association guideline. *Quantitative imaging in medicine and surgery*, 11(8), 3604–3618. <https://doi.org/10.21037/qims-20-1365>

ปัญหาการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในเขตอำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
Drug Related Problems and Dietary Supplements and Herbs use in Uncontrolled Type 2 Diabetic Patients in Rasisalai District, Sisaket Province

ภักวรินทร์ พัฒนะพรวัฒน์^{1*}
Phakwarin Phattanapornwat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาด้านยาและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร รวมถึงปัญหาการเกิดยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวหุ้ง และตำบลหนองอี้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างออกเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกร เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS และแบบสอบถามในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับ HbA1C $\geq 7\%$ จำนวน 30 ราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 58.43 ± 12.70 ปี มีระดับ HbA1C เฉลี่ย 9.76 ± 1.72 พบปัญหาการใช้ยาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยมีารักษาโรคประจำตัวเหลือใช้ ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง ลืมรับประทานยา ปรับขนาดยาหรือหยุดรับประทานยาเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะในการใช้ปากกาฉีดอินซูลินระดับปานกลางและมีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานระดับปานกลาง พบผู้ป่วยกำลังใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 13.3 และสมุนไพร ร้อยละ 20.0 ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้ปรึกษาหรือแจ้งแพทย์ที่ให้การรักษาก่อนหรือระหว่างบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร ผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 40.0 และผู้ป่วยที่ใช้สมุนไพร ร้อยละ 83.3 เชื่อว่าทำให้ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ได้ และผู้ป่วยที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 20.0 เชื่อว่ารักษาโรคประจำตัวที่เป็นให้หายขาดได้ พบผู้ป่วยรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลต่อโรค ร้อยละ 16.7 การเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกรทำให้ค้นหาปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วยได้และเข้าใจปัญหาที่แท้จริง อันจะนำมาซึ่งการจัดการปัญหาด้านยาที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเยี่ยมบ้าน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ปัญหาการใช้ยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร

¹เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลราศีไศล ประเทศไทย

Pharmacist Rasisalai Hospital Thailand

**Corresponding author; Tel: +66-9474-9453, E-mail address: aopapunpharmacy.gift@gmail.com

Abstract

This Mixed methods research aims to investigate the causes of drug related problems and consumption behavior of dietary supplement and herbs in uncontrolled type 2 diabetic patients in Bua Hung Subdistrict and Nong Ung Subdistrict, Rasisalai District, Sisaket Province during home care pharmacy service. The data were collected using INHOMESSS home care record and questionnaire from 30 diabetic patients who have HbA1C value more 7% between February-May 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis. The results showed that the most patients were females, with an average age of 58.43 ± 12.70 years and had HbA1C level of $9.76 \pm 1.72\%$. Four most prevalent drug related problems were medication non adherence which was related to patients. 83.3% of the patients had leftover-drug, main cause of leftover-drugs were that incorrect drug takings, forgetting to take medicines and self-dose adjustment or stopping the medication intake. Most patients had a moderate level of knowledge and practice of insulin pen and had a moderate level of knowledge about diabetic medication. 13.3% of the patients used dietary supplements whereas 20.0% of them used herbs. Not all patients consulted or informed their physicians before or during the use of dietary supplements or herbs. 40.0% of patients who used dietary supplements and 83.3% of patients who used herbs believe that they could control their underlying diseases and 20% of patients who used dietary supplements believed that the underlying diseases can be cured. A home care service provided by family pharmacists was considered effective in exploring in-depth patient problems and understanding the actual problems, which would lead to effective management of drug related problems.

Keywords: home health care, type 2 diabetes mellitus, drug related problems, dietary supplements, herbs

บทนำ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การใช้อาหารระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน หากผู้ป่วยตอบสนองต่อยาไม่ดีหรือมีภาวะของโรคเบาหวานที่รุนแรงขึ้น จะรักษาด้วยการใช้ยาฉีดอินซูลินร่วมด้วย เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ถูกต้องสม่ำเสมอ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในค่าเป้าหมาย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังทำให้จำเป็นต้องใช้ยารักษาร่วมกันหลายรายการจึงทำให้พบปัญหาเหลือใช้ตามมา(สหพงศ์ ภูผาลี และคณะ, 2561) ประกอบกับโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ยาตลอดชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีแนวโน้มสนใจและแสวงหาการรักษาอื่นๆ รวมทั้งมักใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร ควบคู่กับการรักษาแผนปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้

อาการหรือโรคที่เป็นอยู่ดีขึ้น เชื่อว่าจะทำให้หายจากโรคเร็วขึ้น จึงมีโอกาที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากผลของสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยตรง หรืออาจเกิดจากการเสริมหรือต้านฤทธิ์ของสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกับยาแผนปัจจุบันที่ใช้อยู่ ทำให้โรคแย่ลงหรือหายช้า (นริศ คำแก่น, 2547; สุวิมล ยี่ภู่, 2547) ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว รวมถึงประเทศชาติด้วย (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2553)

แม้ว่าจะมีการพัฒนาทางด้านวิชาการต่างๆ การเพิ่มงานบริการและบริบาลเภสัชกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ปัญหาการใช้ยาและจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก็ยังไม่ลดลงในการให้คำปรึกษาด้านการใช้ยาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาด้านการใช้ยาหรือกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ต้องใช้เวลาและมีรายละเอียดมากพอสมควร อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเก็บรายละเอียด

และทำความเข้าใจได้ครบถ้วน ประกอบกับผู้ป่วยอาจไม่ให้ข้อมูลอย่างถี่ถ้วนหรือปฏิเสธไม่บอกความจริง การค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยระหว่าง การให้บริการจ่ายยาที่โรงพยาบาลนั้น ไม่เพียงพอที่จะทำให้เข้าใจปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยช่วยลดปัญหาการใช้ยา และทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น (มลฤดี มณีรัตน์ และคณะ, 2553; นรินทรา นูตาคี, & ฤทธิ ศรีมณี, 2559; บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย, 2562)

ผู้วิจัยจึงมีความคิดที่จะใช้กลไกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาด้านยา การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร รวมถึงปัญหาการเกิดยาเหลือใช้ของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสะท้อนภาพของปัญหาการใช้ยา ยาเหลือใช้ และการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบยา ระบบบริการ และบริหารทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพสร้างเสริมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม และแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแบบผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสาเหตุของปัญหาด้านยา และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร รวมถึงปัญหาการเกิดยาเหลือใช้ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยนี้การวิจัยแบบผสมผสาน(Mixed methods research)โดยนำวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มาใช้ในการวิจัย ด้วยหลักแบบผสมผสาน ชนิดดำเนินการไปพร้อมกัน Simultaneous mixed qualitative and quantitative research) ที่การวิจัยเชิงคุณภาพเด่นนำการวิจัยเชิงปริมาณ [QUAL + quant]

(พวงผกา คงวัฒนานนท์, 2556) การศึกษาดำเนินการในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ที่อาศัยอยู่ในตำบลบัวทุ่ง และตำบลหนองอิง เนื่องจากเป็นตำบลที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากที่สุด 2 อันดับแรกของพื้นที่เขตอำเภอราษีไศล และเป็นตำบลที่พบผู้ป่วยที่มีระดับ HbA1C สูงที่สุดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงมกราคม พ.ศ. 2564 ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือเป็นผู้ที่มีระดับ HbA1C สูงสุด $\geq 7\%$ จำนวน 170 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาขนาดตัวอย่างแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบมีเกณฑ์ (Criterion sampling) ตามแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เป็นผู้ป่วยที่รักษาด้วยการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกา (Insulin-penfill injection: IPI) โดยเป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารโต้ตอบได้ หากกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลเพิ่มเติม และผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 30 คน (ประไพพิมพ์ สุธีสินนท์, & ประสพชัย พูลนทร์, 2559)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสอบถามเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย การตรวจสอบสุขภาพตามแนวทาง INHOMESSS (immobility, nutrition, home environment, other people, medication, examination, safety, spiritual health และ service) เภสัชกรค้นหาปัญหาด้านยา โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล เภสัชกรบันทึกข้อมูลปัญหาด้านยาที่พบและวิธีการแก้ไขปัญห โดยแบ่งปัญหาการใช้ยาออกเป็น 8 ด้านตามนิยามของ Hepler และ Strand (Hepler CD, & Strand LM, 1990) ดังนี้ (1) ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่จำเป็น (Unnecessary drug therapy; UD) (2) ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม (Need for additional drug therapy; ND) (3) ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ยา แต่มีการเลือกยาที่ไม่เหมาะสม (Improper drug selection; IDS) (4) ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป (Dosage too low; DTL)

(5) เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction; ADR) (6) ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับมากเกินไป (Dosage too high; DTH) (7) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non-compliance; NC, Non-adherence; NA) และ (8) ปัญหาค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยา เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านยา เภสัชกรจะสอบถามเพิ่มเติมว่าอะไร คือสาเหตุที่แท้จริงของปัญหานี้เพื่อหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสม

เครื่องมือสอบถามเชิงปริมาณ ได้แก่
แบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดย
ใช้คำถามให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและเติมคำที่ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคเบาหวาน วิธีการรักษาโรคเบาหวาน การมีโรคที่เป็นร่วม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ฮีโมโกลบิน เอ วัน ซี (HbA1C) ผู้ที่ดูแลเรื่องการให้ยา จำนวนเม็ดยา ที่รับประทานต่อวัน ผลข้างเคียงของยา ข้อจำกัดในการใช้ยา และวิธีการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับยา
รักษาโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การใช้ยาควบคุมโรคเบาหวาน ผลข้างเคียงของยาและการเก็บรักษายา เป็นคำถามให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและเลือกคำตอบที่ถูกต้อง จำนวน 16 ข้อ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือของ ศินาพรรณ หอมรส (IOC=0.67 – 1.00) และ Coefficient of Alpha=0.785) (ศินาพรรณ หอมรส, 2563)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้และทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน (กรณีผู้ป่วยใช้ยาฉีด insulin) จำนวน 11 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการใช้ปากกาฉีดอินซูลินจำนวน 6 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับทักษะ การใช้ปากกาฉีดอินซูลิน จำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามจากการประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการ (Check list) ของ อภิชาติ จิตต์ชื้อและคณะ (อภิชาติ จิตต์ชื้อ และคณะ, 2559)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมียาเหลือใช้และการจัดการยาเหลือใช้โดยข้อความให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและเติมคำที่ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรใช้คำถามปลายปิดและเติมคำที่ตรงกับข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร เหตุผล แรงจูงใจในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร แหล่งที่ซื้อและพฤติกรรมการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวนทั้งหมด 38 ข้อ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือของ ศินาพรรณ หอมรส (IOC=0.67 – 1.00) (ศินาพรรณ หอมรส, 2563)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เลือกตอบ ใช้คำถามปลายปิดและคำตอบโดยเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยถามแหล่งของการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 3 แหล่ง ประกอบด้วย คนในครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีข้อความถามแหล่งละ 22 ข้อ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือของ ศินาพรรณ หอมรส (IOC=0.67 – 1.00) และ Coefficient of Alpha=0.945) (ศินาพรรณ หอมรส, 2563)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครหมู่บ้านเป็นผู้พาไปยังบ้านผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกและสัมภาษณ์ ตามแบบบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน INHOMESSS และแบบสอบถาม พร้อมขออนุญาตผู้ป่วยบันทึกเทป (หากไม่ได้รับอนุญาต ผู้วิจัยใช้การจดบันทึกแทน) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์และประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA version14.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) รายงานผลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดเทปอย่างละเอียด พร้อมกับกำหนดรหัสข้อความ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา และรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามใบรับรองอนุมัติเลขที่ SPPH 2021-011 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2564 การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยให้ผู้ป่วยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา การตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลต่อการรักษาในอนาคต การดูแลอื่นใดก็ตามหรือสูญเสียประโยชน์ใดๆ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการศึกษาหรือหยุดการศึกษา ณ เวลาใดก็ตามโดยข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้เปิดเผยแล้วจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับเฉพาะ

ผลการวิจัย

2. สาเหตุของปัญหาด้านยา ยาเหลือใช้ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรในผู้ป่วย

ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พบปัญหาการใช้ยาด้านความไม่ร่วมมือในการใช้ยามากที่สุด ได้แก่ การจัดเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี (ไม่ได้เก็บยาในซอง/ภาชนะที่เก็บยาไม่เหมาะสม, ยาในซองไม่ตรงกับชื่อยาที่ระบุบนซอง, ยาที่ต้องกันแสงไม่ได้อยู่ในภาชนะกันแสง, บริเวณที่เก็บยาไม่เหมาะสม) ร้อยละ 86.7 รองลงมา คือผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยาหรือฉีดยา ร้อยละ 23.3 ผู้ป่วยใช้ยาในขนาดที่มากกว่าแพทย์สั่ง ร้อยละ 23.3 และด้านอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาหรืออาหารหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลต่อโรค (เช่น รับประทานกาแฟที่โฆษณาว่าเป็นกาแฟสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, การดื่มน้ำผลไม้เพื่อสุขภาพ) ร้อยละ 16.7 รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction; ADR)		
1. ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการได้รับยา	3	10.0
2. ผู้ป่วยรับประทานยาหรืออาหารหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลต่อโรค (เช่น รับประทานกาแฟที่โฆษณาว่าเป็นกาแฟสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, การดื่มน้ำผลไม้เพื่อสุขภาพ)	5	16.7
ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Non-compliance; NC, Non-adherence; NA)		
1. การจัดเก็บรักษายาไม่ถูกวิธี (ไม่ได้เก็บยาในซอง/ภาชนะที่เก็บยาไม่เหมาะสม, ยาในซองไม่ตรงกับชื่อยาที่ระบุบนซอง, ยาที่ต้องกันแสงไม่ได้อยู่ในภาชนะกันแสง, บริเวณที่เก็บยาไม่เหมาะสม)	26	86.7
2. ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยาหรือฉีดยา	7	23.3
3. ผู้ป่วยใช้ยาในขนาดที่มากกว่าแพทย์สั่ง	7	23.3
4. ผู้ป่วย (ตั้งใจ) ปรับลดขนาดยาเอง	4	13.3

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ในช่วงเวลาของการศึกษา ผู้วิจัยได้เยี่ยมบ้านด้านยาผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 30 คนตามเป้าหมาย พบผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย 58.43 ± 12.70 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.0 ประกอบอาชีพอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.3 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 76.7 มีสิทธิการรักษาผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.7 ระยะเวลาที่ใช้ยารักษาโรคเบาหวานอยู่ในช่วง 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 63.3 มีโรคร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 96.7 ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยในเนื่องจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 33.3 มีระดับ HbA1C เฉลี่ย $9.76 \pm 1.72\%$ บริหารยาด้วยตนเอง ร้อยละ 86.7 จำนวนเม็ดยาที่ได้รับประทานต่อวันอยู่ในช่วง 5.5-10 เม็ดต่อวัน เฉลี่ย 6.98 ± 3.87 เม็ด ฉีดยาอินซูลิน 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 86.7 มีข้อจำกัดในการใช้ยา คือ อ่านหนังสือไม่ออก ร้อยละ 13.3 มองเห็นไม่ชัด ร้อยละ 20.0 และกลัวเข็ม ร้อยละ 6.7 ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาเคยมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาหรือฉีดยารักษาโรคเบาหวาน ร้อยละ 83.3

ปัญหาจากการใช้ยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
5. ผู้ป่วยลืมรับประทานยาหรือฉีดยา	4	13.3
6. ผู้ป่วย (ไม่ตั้งใจ) ใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าแพทย์สั่ง	2	6.7
7. ผู้ป่วยนำยาเดิมที่เหลือใช้มาใช้ทั้งที่แพทย์ปรับขนาดยาหรือสั่งหยุดยาแล้ว	2	6.7
8. ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัว เช่น เคี้ยวยาเม็ด (ที่ไม่ระบุว่าต้องเคี้ยวก่อนกลืน) ก่อนกลืนยาเพราะเข้าใจว่ายาจะออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น รับประทานยาหลายเม็ดพร้อมกันในครั้งเดียวเพราะเข้าใจว่าไม่สามารถแบ่งรับประทานหลายครั้งต่อมื้อได้เกิดความเสี่ยงในการเกิดยาติดคอ	2	6.7
9. ผู้ป่วยมาไม่ตรงตามนัดหรือไม่มารับยาตามที่กำหนด	1	3.3

คำบอกเล่าถึงสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกดังคำพูด

การจัดเก็บยาไม่ถูกวิธี : “ซอ ยามัน เกะกะ คุณหมอ เลย เอถัม” (ผู้ป่วยรายที่ 23 เพศหญิง อายุ 51 ปี) “ยาฉีดยาต้องแช่เย็นนำบ่คุณหมอ บ่าบ่เคยอยู่เลย ปากก็เก็บเอาไว้รวมกันกับยากินในกระเป๋านี้ละ” (ผู้ป่วยรายที่ 11 เพศหญิง อายุ 57 ปี) “กินยามาโดนเนอะคุณหมอ ก็จื่อโต ซองยากี้จักอยู่ไส ยาได้กินนากันก็สีไ่รวมกันไว้ อย่างโตกลางคืน ก็แยกไว้ที่บ่อนนอน ยามจนเอาคักจั้งกัน” (ผู้ป่วยรายที่ 17 เพศหญิง อายุ 71 ปี)

ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยาหรือฉีดยา : “ ยานว่า ถ้ากินยา ฉีดยาหลายสัปดาห์ทำให้ตับ ไตพัง ก็สียหยุดกินยาหยุดฉีดยาเป็นช่วงๆ ไปตรวจความดันก็ปกติ อาการก็ปกติดี ก็เลยหยุดกินยาความดัน” (ผู้ป่วยรายที่ 28 เพศหญิง อายุ 41 ปี) “มือวานมีอาการปวดหัวและอาการชาคุณหมอ คิดว่าน่าจะเป็นจากยาฉีดยา ก็เลยหยุดฉีดยา” (ผู้ป่วยรายที่ 25 เพศหญิง อายุ 53 ปี)

ผู้ป่วยใช้ยาในขนาดที่มากกว่าแพทย์สั่ง : “ยายอ่านหนังสือบ่ออกคุณหมอ บ่ลูกสาวก็ตาสีอ่านให้ฟัง ตอนแรกที่ได้รับยามา จากนั้นยายก็กินตามทีจ่าโต ยาขับเยี่ยว (Furosemide 40 mg.) ยายกินเม็ดนี้มาตลอด ฟังรู้วันที่คุณหมอมายาเยี่ยมบ้านนี้ละว่าหมอเพิ่นให้กินเค็งเม็ด จังว่าเนอะหมอ ยายเยี่ยวหลายคัก” (ผู้ป่วยรายที่ 13 เพศหญิง อายุ 68 ปี) “ยาฉีดยาถ้าผมหมุนยาเกิน ผมก็ฉีดยาเลยครับคุณหมอ” (ผู้ป่วยรายที่ 24 เพศชาย อายุ 56 ปี)

ผู้ป่วยปรับขนาดยาเอง (ตั้งใจ) : “ยามื่อก่อนนอนลิ้มบ่่อยคุณหมอ ยาจังเหลือหลาย ก็เอายาไ้ตรงบ่อนนอนนี้ละ แต่หลักก่อนตลอด” (ผู้ป่วยรายที่ 4 เพศหญิง อายุ 49 ปี) “ต้องเลี้ยงหลานน้อยเนาะคุณหมอ ตอนเช้าต้องเตรียมตัวให้หลานไปโรงเรียน ยุงๆก็ลิ้มยามื่อเช้าบ่่อยอยู่ บ้างครั้งก็หลงว่าเจ้าของกินหรือยังบ่ได้กินยา” (ผู้ป่วยรายที่ 11 เพศหญิง อายุ 58)

ผู้ป่วยใช้ยาขนาดที่ต่ำกว่าแพทย์สั่ง (ไม่ตั้งใจ) : “ยายย่านเข้มหลายหมอ บ่กล้าฉีดยาเองให้ลูกสาวเป็นคนฉีดยาให้ ถ้าลูกสาวบ่อยู่ลูกชายก็จะฉีดยาให้” ทดลองให้ลูกสาวตั้งขนาดยาฉีดยาให้ดูพบว่าลูกสาวตั้งขนาดยาฉีดยาต่ำกว่าที่แพทย์สั่งคือ แพทย์สั่ง Mixtard® (70/30) 20-0-12 ยูนิท ลูกสาวฉีดยาให้ผู้ป่วยในขนาด 8-0-6 ยูนิท (ผู้ป่วยรายที่ 26 เพศหญิง อายุ 77 ปี)

ผู้ป่วยนำยาเดิมที่เหลือใช้มาใช้ทั้งที่แพทย์ปรับขนาดยาหรือสั่งหยุดยาแล้ว : พบผู้ป่วยใช้ยา Hydralazine ที่เป็นยาเหลือใช้และยาที่ได้รับใหม่ร่วมกัน “กับบู่เนอะคุณหมอยายามันเป็นโตเดียวกัน ผมเห็นแผงมันบ่คือกันก็คิดว่าเป็นยาคนละโต โดยปกติผมจะกินยาเดิมที่เหลือให้หมดก่อนจั้งกินยาใหม่ทีหมอมให้มา แต่อันนี้แผงมันบ่คือกันผมก็เข้าใจว่าเป็นยาคนละตัวก็กินรวมกันเลย แต่ยามเที่ยงบ่ค่อยได้กินดอกคุณหมอ เพราะหลงเอายาไปนานา” (ผู้ป่วยรายที่ 12 เพศชาย อายุ 72 ปี) พบหลอดยาฉีดยา NPH ในปากกาฉีดยาอินซูลิน แต่ประวัติรายการยาฉีดยาอินซูลินที่ผู้ป่วยได้รับปัจจุบัน คือ Mixtard® (70/30) “ก็เข้าใจว่าเป็นยาฉีดยาคือกันเนอะคุณหมอกว่าสียใช้โตเดิมให้หมดก่อนจั้งสียใช้โตใหม่ทีหมอมให้มา หย่อนว่าเสียดายน่าละ” (ผู้ป่วยรายที่ 5 เพศหญิง อายุ 66 ปี)

ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัว : “ยายบ่ยากินยาเลยหมอ กินแล้วย่านติดคอตาย มือหนึ่งต้องกินยาหลายเม็ด มือเข้ากิน 6 เม็ด กินครั้งเดียวเลย บางครั้งมันก็แน่นหน้าเอิกคือสียตาย ต้องล่องน้ำตามหลายๆจ้งหาย” (ผู้ป่วยรายที่ 6 เพศหญิง อายุ 68 ปี) “เคี้ยวยาให้ละเอียดก่อนกลืนตลอดเลยได้คุณหมอ ยามันจั้งสียได้ซิมดี ก็ขมอยู่ดอก แต่ชินแล้ว ต้องเคี้ยวก่อนกลืนจั้งตีแม่บ่คุณหมอ” (ผู้ป่วยรายที่ 18 เพศหญิง อายุ 43 ปี)

ผู้ป่วยมาไม่ตรงตามนัดหรือไม่มารับยาตามที่กำหนด : “ไปเองบ่ได้เนอะคุณหมอ ต้องให้แฟนพาไปแต่แฟนชอบพาไปสวาย อายากายหมู่ แล้วก็น้อยใจทีเพิ่นบ่สนใจพาไปหาหมอแต่เช้า ช่วงนี้ก็กลัวโควิดน่าเลยบ่อยากไปโรงพยาบาลยาก็เหลืออยู่เลยว้า

ยาหมดจึงจะไป ก็อยู่ได้หมอมว่าต้องไปตามนัด แต่เขาเป็นคนดี แต่หมอมว่าเยี่ยมบ้านวันนี้ดีใจหลาย มีแรงใจสัญญาว่าจะไปตามหมอนัดบ่ขาด”(ผู้ป่วยรายที่ 27 เพศหญิง อายุ 60 ปี)

ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการได้รับยา :

“ยาฉีด ยายฉีดตรงเวลาคุณหมอ จะฉีดยาก่อนลูกเอาข้าวมาส่งแต่บางวันลูกหลง ก็มีอาการน้ำตาลตก บ้างครั้งซื้อคนจนได้เข้าโรงพยาบาล” (ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 69 ปี)
“ฉีดยาแล้วบางวันก็บ่ได้กินข้าวคุณหมอ เพราะว่าบ่หิว กินข้าวบ่ตรงเวลา ถ้าหิวจ้ะกิน บ่หิวก็บ่กิน” (ผู้ป่วยรายที่ 18 เพศหญิง อายุ 43 ปี)

ผู้ป่วยรับประทานยาหรืออาหารหรือผลิตภัณฑ์เสริม

อาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลต่อโรค : “ที่ร้าน.....เขา

เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านยา เภสัชกรจะสอบถามเพิ่มเติมว่าอะไรคือสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา จากนั้นเภสัชกรดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายตามสาเหตุของปัญหา รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจัดการปัญหาด้านยาที่พบจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

การจัดการปัญหาด้านยา	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. ทบทวนความรู้และทักษะการใช้ปากกาอินซูลิน/ให้ความรู้และสอนเทคนิคการใช้ปากกาอินซูลินที่ถูกต้องและเหมาะสม	30	100.0
2. ให้คำแนะนำในการจัดเก็บรักษายาให้ถูกวิธี	26	86.7
3. แนะนำการนำยาเดิมไปโรงพยาบาลด้วยทุกครั้ง กรณียาฉีดให้แจ้งจำนวนยาฉีดที่เหลือแก่ พยาบาล ณ จุดซักประวัติ และเภสัชกร ณ จุดจ่ายยาทุกครั้ง	25	83.3
4. ทบทวนประวัติรายการยาที่บ้าน/ตรวจสอบความร่วมมือในการใช้ยา และส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ยา/การปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม เช่น อ่านฉลากยาก่อนใช้ยาทุกครั้ง	19	63.3
5. ให้ผลยาารูปร่างหรือผลยาขนาดขยาย	10	33.3
6. ให้กำลังใจ กระตุ้นให้เห็นความสำคัญในการใช้ยาตามแพทย์อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น กรณีผู้ป่วยกลัวเข็ม มีความกังวลใจเกี่ยวกับยาที่ได้รับ จิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังที่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยา	5	16.7
7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาหรืออาหารหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่อาจมีผลต่อโรค (เช่น รับประทานกาแฟที่โฆษณาว่าเป็นกาแฟสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน, การดื่มน้ำผลไม้เพื่อสุขภาพ)	5	16.7
8. ให้คำแนะนำอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและการแก้ไข	4	13.3
9. แนะนำวิธีที่จะช่วยให้รับประทานยาได้สม่ำเสมอหรือไม่ลืมรับประทานยา	4	13.3
10. ให้คำแนะนำผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาและการแก้ไข	3	10.0

จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพบผู้ป่วยมีารักษาโรคประจำตัวเหลือใช้ ร้อยละ 83.3 โดยมีสาเหตุมาจากการรับประทานยาไม่ถูกต้องแพทย์สั่ง ลืมรับประทานยา รับประทานยาหรือหยุดรับประทานยาเอง ร้อยละ 60.0 สถานพยาบาลจ่ายเกินวันนัด ร้อยละ 52.0 และสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน, เข้ารับการรักษาแผนกฉุกเฉินโดยมีสาเหตุมาจากโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 8.0 การจัดการยาเดิมที่เหลือคือ รับประทานยาหรือฉีดยาต่อจนหมดจึงเริ่มรับประทาน

บอกว่าเป็นกาแฟสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน กินแล้วควบคุมเบาหวานได้ เลยซื้อมากินกินได้ปีกว่าแล้วคุณหมอ หมูที่เป็นเบาหวานก็พากันซื้อมากินหลายอยู่ได้หมอ” (ผู้ป่วยรายที่ 2 เพศหญิง อายุ 45 ปี) “เห็นเขาโฆษณาในทีวี ว่าช่วยป้องกันไม่ให้เบาหวานขึ้นตาและช่วยควบคุมโรคเบาหวานได้เลยสั่งซื้อผ่านทางโทรศัพท์ เขาก็ส่งมาให้ที่บ้าน ราคาขวดเล็ก 3 ขวด 1,800 บาท ขวดใหญ่ 2 ขวด 1,800 บาท ถ้าใกล้หมดเขาก็จะโทรมาถามให้สั่งเพิ่ม”(ผู้ป่วยรายที่ 21 เพศหญิง อายุ 45 ปี) “ลูกเขาซื้อมาฝากคุณหมอลูกว่าเห็นคนที่เขาเป็นเบาหวานกินแล้วมันดีเลยอยากให้แม่ได้กิน เพิ่นว่าช่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดให้มันบ่สูง และบำรุงร่างกายให้แข็งแรง”(ผู้ป่วยรายที่ 6 เพศหญิง อายุ 68)

ยาใหม่ ร้อยละ 84.0 เก็บยาเดิมไว้และรับประทานยาใหม่ก่อนยาเดิม ร้อยละ 8.0 กำจัดทิ้ง ร้อยละ 8.0 และนำยาคืนสถานพยาบาลร้อยละ 4.0 พบยาเหลือใช้ที่เสื่อมสภาพไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก ได้แก่ NPH 1 หลอด เนื่องจากการจัดเก็บยาไม่เหมาะสม พบผู้ป่วยเก็บยาไว้นอกตู้เย็น (ในกระเป๋ารมกับยาเม็ดที่เหลือใช้) เกิน 30 วันรายการยาประจำตัวเหลือใช้ จำนวน และมูลค่ายาเหลือใช้รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รายการยาประจำตัวเหลือใช้ จำนวน และมูลค่ายาเหลือใช้

รายการยาเหลือ	ปริมาณยา (เม็ด/หลอด)	มูลค่ายา (บาท)
1. 70% NPH + 30% Regular (Mixtard® 70/30)	80	7,600
2. Metformin 500 mg.	1,156	1,156
3. Glipizide 5 mg.	530	530
4. Simvastatin 40 mg.	166	322
5. Enalapril 5 mg.	326	326
6. NPH (isophane)	3	285
7. Pioglitazone 30 mg.	20	280
8. Carbidopa 25 mg./Levodopa 250 mg. (Sinemet®)	37	259
9. Simvastatin 40 mg.	114	228
10. Omeprazole 20 mg.	109	218
11. Hydralazine 25 mg.	53	159
12. Amlodipine 5 mg.	89	178
13. Aspirin 81 mg.	132	132
14. Atorvastatin 40 mg.	12	84
15. Doxazocin 2 mg.	35	70
16. Folic acid 5 mg.	49	49
17. Warfarin 2 mg.	16	48
18. Warfarin 3 mg.	12	36
19. Furosemide 40 mg.	30	30
20. Vitamin B Complex	30	30
21. Colchicine 0.6 mg	9	9
มูลค่ายารวม (บาท)		12,069

คำบอกเล่าถึงสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบจากการเยี่ยมบ้าน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกดังคำพูด “ที่มียาฉีดเหลือหลาย เพราะว่าครั้งที่แล้วใช้บักตามคุณหมอเพิ่นสั่ง แล้วก็เหลือทบกันมาหลายนัด ก็สืใช้ยาเดิมที่เหลือก่อนจั่งเริ่มใช้ไตใหม่ แต่วิธีฉีดก็ฉีดตามที่หมอบอกล่าสุด”(ผู้ป่วยรายที่ 14 เพศหญิง อายุ 25 ปี) “ที่ยาเบาหวานหลังอาหาร (Metformin 500 mg.) เหลือเยอะ เพราะตอนเช้าถ้าผมต้องลงสาปลา ในบ่อก็ลืบกินเพราะว่ายาน้ำตาลตก ได้อันใหม่มาอันเก่าผมก็เก็บไว้ ใช้อันใหม่ก่อน เผื่อยาบพอ สืได้เอายาเก่ามาใช้” (ผู้ป่วยรายที่ 15 เพศชาย อายุ 58) “ก็มีที่หลงกินยาบ้างละหมอ แต่บางครั้งหมอเพิ่นก็ให้มาหลาย มั่นก็เหลือหลายก็กินยาไตเก่าก่อน จังเริ่มกินไตใหม่ทีหมอสั่งให้มา” (ผู้ป่วยรายที่ 19 เพศชาย อายุ 67) “ยาฉีดเหลือมาจากครั้งที่แล้วทบกันมา หมอเพิ่นให้มาเกิน แต่ไตเก่าก็บ่ได้ใช้ดอก ใช้ไตใหม่ทีให้มาไตเก่าก็ว่าสืเอาไปถิ่มขยะ” (ผู้ป่วยรายที่ 20 เพศหญิง อายุ 64 ปี)

พบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรอื่น นอกจากยา ร้อยละ 83.3 และ ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ

เคยรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 3.3 กำลังรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร ร้อยละ 13.3 และ ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ

ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้ปรึกษาหรือแจ้งแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษาก่อนหรือระหว่างบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรอื่นนอกจากยาเพื่อรักษาโรคประจำตัว เหตุผลที่ตัดสินใจบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เนื่องจากเชื่อว่าทำให้สุขภาพดีขึ้น ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ เชื่อว่าทำให้ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ได้ เช่น ลดระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 40.0 และเชื่อว่ารักษาโรคประจำตัวที่เป็นให้หายขาดได้ร้อยละ 20.0 และเหตุผลที่ตัดสินใจบริโภคสมุนไพร เนื่องจากเชื่อว่าทำให้ควบคุมโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ได้ เช่น ลดระดับน้ำตาลในเลือดร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ อื่นๆ(บรรเทาอาการท้องอืด) ร้อยละ 16.7 แร้งจูงใจที่ทำให้บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คือ ลูกหลาน ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ โฆษณาทางวิทยุ ร้อยละ 10.0 ตัวแทนขายตรง ร้อยละ 10.0 และ โฆษณาทางโทรทัศน์ ร้อยละ 10.0 และแร้งจูงใจที่ทำให้บริโภคสมุนไพร คือ ญาติ/เพื่อน ร้อยละ 66.7

รองลงมาคือ ลูก/หลาน ร้อยละ 10.0 และโฆษณาทางโทรทัศน์ร้อยละ 10.0 แหล่งที่ซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ได้แก่ ร้านค้า/ร้านชำ ร้อยละ 20.0 ร้านขายยา ร้อยละ 20.0 ลูก หลาน เพื่อนหรือญาติเอามาฝาก ร้อยละ 20.0 มีรถ/ตัวแทนขายที่บ้าน ร้อยละ 20.0 และสั่งซื้อผ่านโฆษณาในโทรทัศน์ ร้อยละ 20.0 และแหล่งที่ซื้อสมุนไพร ได้แก่ ร้านขายยาร้อยละ 33.3 ลูก หลาน หรือเพื่อนซื้อมาฝาก ร้อยละ 33.3 สั่งซื้อผ่านโฆษณาในโทรทัศน์ ร้อยละ 16.7 และ เก็บมาจากบริเวณหรือสวนที่ปลูกได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยทั้งหมดรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารวันละ 1-2 ครั้งร่วมกับรับประทานยาในขนาดปกติ และผู้ป่วยรับประทานสมุนไพรวันละ 1-2 ครั้งร่วมกับรับประทานยาในขนาดปกติ ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ต้มสมุนไพรหรือรับประทานเมื่อมีอาการท้องอืด แน่นท้องร้อยละ 33.3 ความรู้สึกหลังจากรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารคือ ดีขึ้น พอใจ ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ เฉยๆไม่แตกต่าง ร้อยละ 40.0 ผู้ป่วยร้อยละ 80.0 จะรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อไป รองลงมาคือ ร้อยละ 20.0 จะหยุดรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และผู้ป่วยทั้งหมดรู้สึกดีขึ้น และพอใจเมื่อรับประทานสมุนไพร ร้อยละ 83.3 และจะรับประทานต่อไป ร้อยละ 83.3 มีเพียงร้อยละ 16.7 ที่จะหยุดรับประทานสมุนไพร ผู้ป่วยทั้งหมดคิดว่าสมุนไพรไม่สามารถรักษาโรคประจำตัวได้ และมีผู้ป่วยร้อยละ 20.0 เชื่อว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสามารถรักษาโรคประจำตัวได้ ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 80.0 คิดว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่สามารถรักษาโรคประจำตัวได้ ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้ตรวจสอบสัญลักษณ์ที่รับรองโดยการอาหารและยาแห่งประเทศไทย (อย.) ก่อนซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และไม่ได้ตรวจสอบการมีเลขทะเบียนยา ก่อนซื้อสมุนไพร ผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้ดูวันหมดอายุของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรก่อนตัดสินใจซื้อ พบผู้ป่วยทั้งหมดไม่อ่านฉลากผลิตภัณฑ์สมุนไพรก่อนตัดสินใจซื้อ และพบว่า มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20.0 ที่อ่านฉลากผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก่อนตัดสินใจซื้อในบางครั้ง ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 80.0 ไม่ได้อ่านฉลากผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก่อนซื้อ

คำบอกเล่าถึงการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรในผู้ป่วยที่รับประทานผลิตภัณฑ์ ดังคำพูด “ลูกชายซื้อมาให้จากกรุงเทพฯ ลูกบอกว่า เป็นยาเชื่อมกระดูก ลูกสาวเพิ่งสั่งมาให้กินก่อนอาหารซุ้เข้าพร้อมกับเอาข้าว

เข้ามาส่ง กินแล้วก็รู้สึกซ้อๆ แต่เพิ่มมาให้กินก็กิน บ่อยๆ ให้เพิ่มเสียใจ” (ผู้ป่วยรายที่ 1 เพศหญิง อายุ 69 ปี) “เบิ่งในโทรทัศน์เขาว่าช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง บำรุงกระดูก ชงกินก่อนอาหารเช้า ส่วนโตเม็ดกิน 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า-แลง ตัวซงเขาจัดโปรโมชัน 8 กระปุก 2,500 บาท โตเม็ด 8 กระปุก 1,900 บาท สั่งซ้อผ่านทางโทรศัพท์ เขาก็ส่งมาให้ กินแล้วก็ดีได้คุณหมอ นอนหลับดี หัวเข่าก็บดง ก็คือสิกินต่อไปละ อย. วันหมดอายุ บ่ได้เบิ่งคุณหมอ ฉลากก็บ่ได้อ่าน โทรศัพท์ว่าจั่งได้ก็กินตามที่เขابอกมีเงินก็ซ้อ ถ้าบ่มีเงินก็บ่ได้อ่าน มันก็แพงคักอยู่”

คำบอกเล่าถึงการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรในผู้ป่วยที่ไม่รับประทานผลิตภัณฑ์ ดังคำพูด “มีโตแทนคนในหมู่บ้านนี้ละ มาขายสมุนไพร อาหารเสริมให้ เขาว่าช่วยให้ควบคุมน้ำตาลได้ดี คนในหมู่บ้านก็ซ้อกินหลายคน บางคนก็หยุดกินยาหมอก็มี เพิ่นว่าถ้ากินยาหมอลดละ ไตจะพัง แต่ก็ได้เชื่อเขาดอก กินแต่ยาหมอนี้ละ เป็นอะไรก็อยู่กับหมอ บ่ทานกินอย่างอื่นกลัวหมอว่า” (ผู้ป่วยรายที่ 23 เพศหญิง อายุ 51 ปี) “เพิ่นเห็นว่าพ่อเฮาเป็นผู้ป่วยเบาหวาน เพิ่นก็มักมาเสนอขายอาหารเสริม สมุนไพรให้ อสม.เป็นโตแทนขายเองก็มี ก็มีคนซ้อมากินหลายอยู่ เคยเห็นบางคนที่ไม่รับยาเบาหวาน นำกันกับพ่อ ได้ยามาก็เอายาทิ้ง เพิ่นว่ากินหลายสิเป็นโรคตับ โรคไต หลายคนอยู่ได้คุณหมอที่เพิ่นกินอาหารเสริมแทน บ่กินยาหมอ กังคือกันว่าถ้าบ่กินยาหมอแล้วไปหาหมอเฮ็ดหยิง” (ผู้ป่วยรายที่ 29 เพศชาย อายุ 80 ปี)

3.ความรู้และทักษะในการใช้ปากกาฉีดอินซูลินในผู้ป่วย

คะแนนความรู้ในการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน มีคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) ร้อยละ 56.7 โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 6.10 ± 1.18 คะแนน เมื่อพิจารณาความรู้ในการใช้ปากกาฉีดอินซูลินเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การนำเข็มที่ใช้แล้วส่งโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำลายแบบขยะติดเชื้อ ร้อยละ 90.0 รองลงมาคือ การเก็บอินซูลินที่ยังไม่ได้เปิดใช้ (เก็บไว้ในตู้เย็น: ส่วน 4 ของตู้เย็น) ร้อยละ 76.7 การทิ้งเข็มในขวดพลาสติกหรือรวบรวมใส่กระปุกร้อยละ 70.0 การไม่นำสำลีชุบแอลกอฮอล์เช็ดปลายเข็ม ร้อยละ 43.3 และการล้างมือให้สะอาดแล้วเช็ดให้แห้งทุกครั้งก่อนฉีดอินซูลิน ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ

คะแนนด้านทักษะการใช้ปากกา มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้ป่วย ร้อยละ 56.7 โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 12.43 ± 2.16 คะแนน เมื่อพิจารณาทักษะในการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน เป็นรายข้อพบว่าข้อที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การทำความสะอาดจุกยางของหลอดอินซูลินด้วยสำลี ร้อยละ 86.7 การตรวจสอบความพร้อมใช้งานของปากกาฉีดอินซูลิน ร้อยละ 86.7 รองลงมา คือ การใช้หัวแม่มือดันก้านสูบจนสุด หรือดันก้านสูบเข้ามาจนถึงเขี้ยวปากกา ร้อยละ 66.7 การคลึงหรือแกว่งปากกาไปมาร้อยละ 60.0 การแก้ไขได้เมื่อปรับขนาดยาฉีด ร้อยละ 60.0 การล้างเข็มไว้อย่างน้อย 10 วินาทีก่อนถอนเข็มฉีดยาออกจากผิวหนัง ร้อยละ 53.3 การจับผิวหนังบริเวณที่จะฉีดยาถนัดขึ้น ร้อยละ 50.0 และการทำความสะอาดตำแหน่งที่ฉีดด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ จากการทวนสอบให้ผู้ป่วยหมุนปรับขนาดยาให้ได้ตรงตามที่แพทย์ พบผู้ป่วยหมุนปรับขนาดยาไม่ตรงตามแพทย์และฉีดขนาดจำนวน 3 ราย ร้อยละ 10.0

4. ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย

คะแนนความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน มีคะแนนเต็ม 16 คะแนน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน) ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือระดับต่ำ (0-9 คะแนน) ร้อยละ 36.7 และระดับสูง (13-16 คะแนน) ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ย 10.13 ± 1.52 คะแนน

5. ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา

ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการไม่ใช้ยาในระดับสูง (3.67 – 5 คะแนน) ร้อยละ 90.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน จากการไม่ใช้ยาในระดับสูง (3.67 – 5 คะแนน) ร้อยละ 96.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ประโยชน์ของการใช้ยาในระดับสูง (3.67 – 5 คะแนน) ร้อยละ 100.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคของการใช้ยาในระดับสูง (3.67 – 5 คะแนน) ร้อยละ 56.7 และผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้สมรรถนะแท่งยาในระดับสูง (3.67 – 5 คะแนน) ร้อยละ 83.3

7. ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

ไม่ออก มองเห็นไม่ชัด หรือไม่มีผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าปัญหาที่เกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา มีสาเหตุมาจากตัวผู้ป่วยเอง (นรินทร์า นูตาดิ, & กฤษณี สระมุณี, 2559; ปริญา ฤมอุทธา และคณะ, 2560; สมทรง ราชนิยม, & กฤษณี สระมุณี,

ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)

ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม พบผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคม (ภาพรวม) อยู่ในระดับปานกลาง (234-366 คะแนน) ร้อยละ 70.0 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมของคนในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง-สูง ร้อยละ 43.3 ระดับการสนับสนุนทางสังคมของเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ (100-233 คะแนน) ร้อยละ 66.7 และระดับการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับสูง (3.67-5 คะแนน) ร้อยละ 80.0

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นปัญหาด้านยาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการจัดเก็บยาไม่ถูกวิธี (ร้อยละ 86.7) ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับประทานยาหรือฉีดยา (ร้อยละ 23.3) ผู้ป่วยใช้ยาในขนาดที่มากกว่าแพทย์สั่ง (ร้อยละ 23.3) ผู้ป่วยปรับลดขนาดยาเอง (ร้อยละ 13.3) ผู้ป่วยลืมรับประทานยาหรือฉีดยา (ร้อยละ 13.3) ผู้ป่วยใช้ยาในขนาดที่ต่ำกว่าแพทย์สั่ง (ร้อยละ 6.7) ผู้ป่วยนำยาเดิมที่เหลือใช้มาใช้ทั้งที่แพทย์ปรับลดขนาดยาหรือสั่งหยุดยาแล้ว (ร้อยละ 6.7) ผู้ป่วยไม่เข้าใจคำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัว (ร้อยละ 6.7) และผู้ป่วยไม่ตรงตามนัดหรือไม่มารับยาตามกำหนด (ร้อยละ 3.3) สอดคล้องกับการศึกษาผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าปัญหาการใช้ยาที่พบส่วนใหญ่ คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาซึ่งพบทั้งหมด 175 เหตุการณ์ (ร้อยละ 98.3 ของปัญหาทั้งหมด) (นรินทร์า นูตาดิ, & กฤษณี สระมุณี, 2559) เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุที่แท้จริงแล้วส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยเอง เช่น ขาดความรู้ ความเข้าใจ และขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ยาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม มีข้อจำกัดในการใช้ยา ได้แก่ อ่านหนังสือ

2559; พชรณัฐ ชาญณัฐพงศ์, 2560; บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย, 2562) เมื่อทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาด้านยา เภสัชกรจะดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านยาให้ผู้ป่วยแต่ละรายตามสาเหตุของปัญหาซึ่งมีวิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะคล้ายกันกับ

วิธีการแก้ไขปัญหและการให้บริการเภสัชกรรมต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังขณะเยี่ยมบ้านในงานวิจัยที่ผ่านมา(นรินทร์นา นุตติ, & กฤษณี สระมณี, 2559; ปริญญอุตท และคณะ, 2560; สมทรง ราชนิม, & กฤษณี สระมณี, 2559; บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย, 2562)

จากการศึกษาพบผู้ป่วยส่วนใหญ่มียาเหลือใช้ร้อยละ 83.3 สาเหตุยาเหลือใช้ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์ สัมรับประทานยาปรับขนาดยาหรือหยุดยาเอง รองลงมา คือสถานพยาบาลจ่ายยาเกินวัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานยาหรือฉีดยาต่อจนหมดจึงเริ่มรับประทานยาใหม่ รองลงมา คือเก็บยาเดิมไว้และรับประทานยาใหม่ก่อนยาเดิม กำจัดทิ้ง และนำยาเดิมคืนสถานพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาคำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานีการมียาเหลือใช้ในมุมมองของผู้ป่วยเกิดจากการที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแพทย์สั่ง และพบว่าบุคลากรทางการแพทย์จ่ายยาไปเกินกว่าจำนวนที่ผู้ป่วยรับประทานจริงจึงกลายเป็นยาเหลือใช้ ผู้ป่วยมีวิธีการในการจัดการยาเหลือใช้ คือ เก็บยาเดิมไว้และรับประทานยาใหม่ก่อนยาเดิม กำจัดทิ้ง และนำไปคืนสถานพยาบาล (ธนพงศ์ ภูผาสี และคณะ, 2561)

จากการเยี่ยมบ้านพบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยเคยหรือกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรควบคู่กับยารักษาโรคเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลตำบลวาริชภูมิ อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 28.5) เคยและกำลังบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทั้งนี้เนื่องจากกระแสในการดูแลสุขภาพได้รับความนิยมมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสนใจในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น (ชินฤทัย กาญจนะจิตร และคณะ, 2554) ประกอบกับการเติบโตทางการตลาดของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีความหลากหลายจึงทำให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้ง่าย (Euromonitor International, Vitamins and

Dietary Supplements in Thailand, 2564) ประกอบกับผู้ป่วยเบาหวานมีระยะเวลาการป่วยที่ยาวนานจึงอาจเกิดความเบื่อหน่ายจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน กลัวการรับประทานยาหรือฉีดยาเยอะจะสะสมเป็นพิษต่อตับไต อยากทดลองใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร โดยมีความต้องการเพื่อช่วยหรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลินในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุมีผลต่อความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลิน แม้ว่าได้มีการพัฒนารูปแบบการฉีดอินซูลินให้ใช้ได้ง่ายขึ้นเป็นแบบปากกาก็ตาม แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่ต้องใช้สัมผัสด้านต่างๆ ได้แก่ ประสาทสัมผัสในการใช้นิ้วมือในการปรับหมุนตั้งค่าขนาดยา ตาเพื่อมองดูตัวเลขขนาดยา และการสวมใส่ปลอกเข็ม หรือแม้แต่หูเพื่อฟังเสียงขณะตั้งค่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าสองในสามของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุฉีดอินซูลินไม่ถูกต้อง โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีความผิดพลาดในการฉีดยามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ (Yamauchi K., 2009)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวานในระดับปานกลาง จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าความรู้ด้านการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ(ชัชฎาภรณ์ กมขุนทด, 2554) คะแนนความรู้ที่ได้น้อยกว่าระดับปานกลาง ทำให้การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (ภวัตร ชัยมัน, 2552) การเพิ่มความรู้เรื่องการใช้ยาที่ต้องให้แกผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง (ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์, 2557) จากศึกษาพบผู้ป่วยรับรู้การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้ยา คือ การเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องใช้ยาโรคเบาหวานทุกวัน กลัวว่าเมื่อรับประทานยาเป็นเวลานานแล้ว จะมีพิษสะสม และทำลายตับ ไต และจำนวนเม็ดเลือดหรือยูนิตาของยาฉีดอินซูลิน แต่ละมือนี้นั้นมีจำนวนมาก ทำให้ไม่ยอมรับรับประทานยาหรือฉีดยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือ การตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของยารักษาโรคเบาหวานก่อนนำมาใช้ยา เช่น

การอ่านฉลากยาหรือทราบชื่อ จำนวน ขนาดยา โรคเบาหวานในระดับปานกลางซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาที่ลดลง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับต่ำ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารคือการให้ข้อมูลข่าวสาร แผ่นพับ หนังสือ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วย การแนะนำรายการวิทยุ โทรทัศน์ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย การแนะนำวิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ หรือไม่ลืมรับประทานยา การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ คือ การสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยหรือผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยจัดยารักษาโรคเบาหวานให้ผู้ป่วยได้ และช่วยจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ลืมรับประทานยา จึงควรเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้นในข้อที่สามารถปรับเพิ่มเติม ซึ่งจะนำมาซึ่งความผลลัพธ์ทางบวก คือความร่วมมือในการใช้ยาที่เพิ่มขึ้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดเด่น คือเป็นการศึกษาในสถานที่การทำงานจริง ดังนั้นผลการศึกษาที่ได้จึงมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงและแสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรสามารถค้นหาปัญหาการใช้ยาเชิงลึกของผู้ป่วยได้มากขึ้น เข้าใจสาเหตุของการเกิดปัญหาได้อย่างแท้จริง นำมาซึ่งการจัดการปัญหาด้านยาของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำมาประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (เยี่ยมบ้าน) เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างกำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เห็นความสำคัญด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม อันจะนำมาซึ่งความเข้มแข็งของชุมชนด้านการใช้ยา

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้ทำให้ทราบถึงสาเหตุของปัญหาด้านยา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงปัญหาการใช้ของเสียของผู้ป่วย ความรู้และทักษะในการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคเบาหวาน ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา และการสนับสนุนทางสังคม

สามารถนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบยา ระบบบริการ และบริหารเภสัชกรรมที่มีประสิทธิภาพ สร้างเสริมความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสม และแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมแบบผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเป็นองค์รวม โดยส่งเสริมให้มีเภสัชกรเยี่ยมบ้านด้านยาเพื่อค้นหาปัญหาการใช้ยาเชิงลึกของผู้ป่วย นำมาซึ่งการจัดการปัญหาด้านยาของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้มีมาตรการนำยาเหลือใช้มาคืนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อช่วยลดปัญหาขยะเหลือใช้ รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามและตรวจสอบยาเหลือใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้ความสำคัญถึงปัญหาการรับประทานยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เบื้องต้นในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยารักษาโรคประจำตัวร่วมกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร โดยหากมีการใช้หรือก่อนการเริ่มใช้ควรปรึกษาหรือแจ้งแพทย์ที่ให้การรักษาก่อน ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าขั้นตอนในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาขั้นตอนใดหรือประเด็นความรู้ใดที่ผู้ป่วยไม่ทราบหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นข้อมูลให้เภสัชกรผู้ให้คำปรึกษาเน้นย้ำในประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติม รวมทั้งเพิ่มความรู้และความเข้าใจเรื่องการใช้ยารักษาโรคเบาหวานที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีความเชื่อที่ถูกต้องสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง สร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการใช้ยา การรับรู้อุปสรรคของการใช้ยาการรับรู้สมรรถนะตนเองและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสร้างความร่วมมือในการใช้ยาให้มากขึ้น

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการบริการทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยที่บ้านในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และกลุ่มโรคอื่นๆต่อไป เนื่องจากการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ จากการที่เภสัชกรทำหน้าที่เป็นผู้ค้นหาสาเหตุเชิงลึกของผู้ป่วยด้านยาทำให้แก้ปัญหาด้านการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลที่ดีต่อผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีเภสัชกรเยี่ยมบ้านด้านยาต่อไป

อ้างอิง

- ชัยฎาภรณ์ กมขุนทด. (2554). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิ์สีดา, กฤตยา อาชวนิจกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กุลวิณ ศิริรัตน์มงคล, & ปาณฉัตร ทิพย์สุข. สุขภาพคนไทย. (2554). กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนพงศ์ ภูบาลี, ชิตชนก คุณสวัสดิ์, ธนิตา ภูราชพล, & ธาณิ ศรีสักดิ์นอก. (2561). คำอธิบายถึงการมียาเหลือใช้และพฤติกรรมในการจัดการยาเหลือใช้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารเภสัชกรรมไทย, 10 (1), 3–13.
- นรินทรา นุตาคี, & กฤษณี สระมุณี. (2559). การประเมินผลการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพที่มีเภสัชกรร่วมทีมเพื่อจัดการปัญหาการใช้ยา ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลนำร่องจังหวัดขอนแก่น. วารสารเภสัชกรรมไทย, 8 (1), 206-215.
- นริศา คำแก่น. (2547). ปฏิบัติการระหว่างยาและสมุนไพร. ศรีนครินทร์วิโรฒเภสัชสาร, 9 (1), 93–104.
- บุญรักษ์ ฉัตรรัตนกุลชัย. (2562). การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครสวรรค์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร, 16 (3), 87-95.
- ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์. (2557). ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ), 1 (1), 1-12.
- ประไพพิมพ์ สุธีสินนท์, & ประสพชัย พสุนนท์. (2559). กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Sampling Strategies for Qualitative Research). วารสารปริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ, 29 (2), 31–45.
- ปรีญา ฤมอดทา, ชมพูนท พัฒนจักร, อติศักดิ์ ฤมอดทา, สุภัตญา คำผา, ศุภัญญา ภูมิวนิชกิจ, & ปภัสนันท์ จีระอำพรพัฒน์. (2560). ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร, 32 (3), 229-235.
- พชรณัฐ ชาญณัฐพงศ์. (2560). ปัญหาด้านยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรในทีมหมอครอบครัวของเครือข่ายสุขภาพพรหมคีรี. วารสารเภสัชกรรมไทย, 9 (1), 104-110.
- พวงผกา คงวัฒนานนท์. (2556). การใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานวิธีเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงานวิจัยทางสุขภาพ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 21 (7), 648–57.
- ภาวกร ชัยมัน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มฤติ มณีรัตน์, อรอนงค์ วลีจรเลิศ, & ภาณุมาศ ภูมาศ, พงศักดิ์ สง่าศรี. (2553). ผลของการเยี่ยมบ้านโดยนิสิตเภสัชศาสตร์ต่อความรู้ความร่วมมือในการใช้ยาและปัญหาหายชะงะในครัวเรือน. วารสารเภสัชกรรมไทย, 2 (1), 1-11.
- ศิณาพรรณ หอมรส. (2563) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ, 13 (1), 82–92.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ตา ไต เท้า). นนทบุรี : สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.
- สมทรง ราชนิยม, & กฤษณี สระมุณี. (2559). การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกะนวน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 8 (1), 171-181.

- อภิชาติ จิตต์ซื่อ, พนารัตน์ แสงแจ่ม, เจริญ ตรีศักดิ์, ทิตยา หาญเลิศฤทธิ์. (2559). การประเมินความรู้ และทักษะของผู้ป่วย ก่อน-หลังได้รับคำปรึกษาวิธีใช้ปากกาฉีด ยาอินซูลิน ณ โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต. สงขลานครินทร์เวชสาร, 34 (1), 27-37.
- Euromonitor International. Vitamins and Dietary Supplements in Thailand. (2564). สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564; จาก <https://www.euromonitor.com/dietary-supplements-in-thailand/report>.
- Hepler CD, Strand LM. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm, 47, 533-43.
- Yamauchi K. (2009). Analysis of issues of insulin self-injection in elderly. Nihon Ronen Igakkai Zasshi, 46, 537-40.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-Elevated Myocardia Infraction) โดยใช้แนวคิดการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ (family-Witnessed Resuscitation, FWR) : กรณีศึกษา บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
Nursing care of patients with ST-Elevated Myocardial Infraction using the concept of family-witnessed resuscitation, FWR) : A case study Role of Advanced Practice Nurse

อนุสรณ์ การะเกศ^{1*}
Anusorn Karaket^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษารายกรณีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพยาธิสภาพของโรคและวิเคราะห์กระบวนการให้การพยาบาลโดยใช้บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-Elevated Myocardia Infraction) ร่วมกับใช้แนวคิดการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย สามารถระบุปัญหาพยาบาลในระยะวิกฤต ขณะเข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชได้ ดังนี้ 1) เจ็บหน้าอกรุนแรงเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง 3) มีโอกาสเกิดผลกระทบจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ (Adverse event) เช่น หัวใจหยุดเต้น, Cardiogenic shock ซ้ำ และ 5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา พบว่าการให้การพยาบาลบรรลุตามวัตถุประสงค์เป็นส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันพบว่าการฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษาในระยะวิกฤต ซึ่งมีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องส่งเสริมการดูแลตนเองทั้งด้านการสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การเฝ้าระวังการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาละลายลิ่มเลือด การส่งเสริมการเข้ารับการรักษาที่ต่อเนื่อง เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นบุคคลสำคัญและมีความเชี่ยวชาญทางคลินิกคือการให้คำปรึกษา การชี้แนะ สนับสนุนและเป็นผู้นำทีมพยาบาลในการจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนและต้องการการบริการที่เฉพาะ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบริการและส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์การดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ของการบริการที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง, แนวคิดการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ

*พย.ม.,อพย.(การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ

^{1*}Professional nurse, Advanced Practice in Adult and Gerontological Nursing, Rasi Salai Hospital, Sisaket Province

Abstract

The purpose of this case study was to study the pathology of the disease and to analyze the nursing process by using the role of the advanced practice nurse in acute ischemic heart disease patients (ST-Elevated Myocardia Infraction) with the concept of family-witnessed resuscitation (FWR). The tools used in the study consisted of data from medical records and patient interviews be able to identify nursing problems in critical stages While receiving treatment at the Emergency department (ED) as Nursing diagnosis: Severe chest pain due to acute coronary syndrome, 2) risk of tissue hypoxia due to reduced low cardiac output 3) risk of adverse effects from fibrinolytic drugs 4) risk of Complications during the transfer (Adverse event) such as cardiac arrest, repeated cardiogenic shock, and 5) the patient and family are anxious. Fear about the pathology of the disease and the treatment plan It was found that most of the nursing care achieved its nursing goal. it was found that rehabilitation after treatment in the critical period is important in building an understanding of self-care Nurses must promote self-care in terms of observing abnormal symptoms or complications that occur. Monitoring the occurrence of adverse reactions from fibrinolytic drugs promotes continuity of treatment to avoid recurrence and allows patients to live with their illness properly.

An advanced practice nurse working in ED is a key person with clinical expertise who consults, guide, support, and lead nursing teams in dealing with complex issues requiring specialized services. Expertise is required to improve the quality of services and promote the use of evidence in complex patient care. To improve the quality of nursing care and better service outcomes.

Keywords: Nursing care, ST elevation acute ischemic heart disease patients, family involvement as a witness in cardiopulmonary resuscitation

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome : ACS) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปีสำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นทุกปี คิดเป็นอัตราการป่วย 770.9 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกขึ้น หรือ ST elevation Myocardial infarction (STEMI) มีอัตราการตายเฉียบพลันคิดเป็น 30.2 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยกลุ่ม

อาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมายังห้องฉุกเฉิน คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกซึ่งมีลักษณะการเจ็บที่เฉพาะคือ มีอาการเจ็บแบบแน่นๆ หนัๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกด้านซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขน กราม หรือลำคอได้ อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นานมากกว่า 20 นาที ในรายที่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมาก่อนอาจพบลักษณะเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรงและความถี่มากขึ้นกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจมีอาการ

อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น อาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ จากภาวะหัวใจล้มเหลว มีอาการใจสั่น ใจเต้นผิดปกติจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในรายที่รุนแรงจะตรวจพบภาวะช็อกร่วมด้วย (Jessica, Zègre-Hemsey, Burke, and DeVon, 2018) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรายงานอาการและอาการแสดงจากผู้ป่วยที่ไม่มีความชัดเจนส่งผลก่อให้เกิดความลังเลในการให้การรักษาและการพยาบาลและพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถระบุอาการที่เกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุ ซึ่งปัญหาและความเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มความล่าช้าในการประเมินอาการและการรักษาและเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตสูงขึ้น (Karam, Bataille, Marijon, Giovannetti, Tafflet and Savary et. al, 2016)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เป็นบุคคลสำคัญและมีความเชี่ยวชาญทางคลินิกคือการให้คำปรึกษา การชี้แนะ สนับสนุนและเป็นผู้นำทีมพยาบาลในการจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนและต้องการการบริการที่เฉพาะ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบริการและส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์การดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ของการบริการที่ดีขึ้น (Hanucharunkul, 2022) การศึกษาในครั้งนี้นำรูปแบบของครอบครัวเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ (family-witnessed resuscitation, FWR) ร่วมตัดสินใจในการรักษาและเห็นถึงกระบวนการการรักษาหรือการพยายามที่จะช่วยชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถตัดสินใจในแผนการรักษาในระยะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่ย่างยากต่อการตัดสินใจ ซึ่งเป้าหมายสูงสุด คือ ให้ผู้ป่วยได้รับ

การรักษาที่ดีที่สุดหรือการตัดสินใจเพื่อการยุติการยื้อชีวิต ให้สามารถเสียชีวิตอย่างสงบและสง่างามได้ โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อ ศึกษาพยาธิสภาพของโรคและวิเคราะห์กระบวนการดูแลและให้การพยาบาลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST-Elevated Myocardia Infraction) โดยใช้แนวคิดการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ (family-Witnessed Resuscitation, FWR) ที่จะสามารถเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤตต่อไป

ข้อมูลกรณีศึกษา

ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วยและบุตรสาวข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยอายุ 60 ปี เพศชาย มาโรงพยาบาล (วันที่ 30 สิงหาคม 2564 เวลา 08.54 น.) ภูมิลำเนา ศรีสะเกษ ศาสนา พุทธ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย สถานภาพสมรส คู่ จำนวนบุตร 1 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน อาชีพทำนา รายได้ไม่สามารถระบุได้ สิทธิการรักษา เบิกกรมบัญชีกลาง

ข้อมูลทางคลินิก

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล (Chief Complaint) ใจสั่น แน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present illness) 1 วันก่อนมีอาการแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่ หายใจไม่อิ่ม จุกแน่นหน้าอก เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกเอกชน แพทย์ให้ยา กลับมารับประทานที่บ้าน

9 ชั่วโมงต่อมา ผู้ป่วยรู้สึกแน่นหน้าอกมากขึ้น ไม่มีเจ็บร้าวไปที่ใด เริ่มรู้สึกหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ไม่หอบ

เหนื่อย ผู้ป่วยจึงนอนพักสังเกตอาการที่บ้านแต่
อาการปวดบริเวณหน้าอกไม่ลดลง จึงให้บุตรสาวพา
มาโรงพยาบาล

การแพ้ยา : ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

การดูแลสุขภาพและการใช้สารเสพติด : ก่อนการ
เจ็บป่วยสูบบุหรี่วันละ 5 มวน, ดื่มสุรา 2-3 ครั้ง/
เดือน

ประวัติการผ่าตัด : ปฏิเสธ

โรคประจำตัว : ปฏิเสธ

การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม : ST elevation in
anterior wall (V1-V4) with cardiogenic shock
การตรวจร่างกาย

Body weight: 56 kg., Height: 160 cm., BMI =
21.87 cm²/kg

General Appearance: Thai male, Normal
growth and development

Skin/ Mucous Membrane: mild pale, no
edema, no Petechial.

Neck: Trachea in midline, jugular veins not
engorged, cervical LN not palpable.

Chest: Symmetrical chest wall, normal
breathing movement, expansion full, Rt=Lt,
normal breath sound, no adventitious sound.

CVS: PMI at 5 Lt ICS, MCL, no thrill, normal
rhythm, s1s2 normal, no murmur sinus brady
cardia ECG show : ST elevation in ECG leads
V1-V4 (STEMI anterior wall infraction).

Extremities : Normal movement, no
deformity, no cyanosis, no petechiae, no rash,
nor tremor, poor skin turgor, no lesion, no
edema.

CNS: Fully conscious, good orientation to
time, place, person, normal speech, cranial
nerves normal, Motor grade V all extremities,
sensory grossly intact, reflex 2 + at all,
Babinski's sign negative, no stiff neck, Kernig's
sign negative, Brudzinski's sign negative.

การรักษาที่ได้รับ

Streptokinase 1.5 MU IV drip in 1 hr.,
Aspirin 300 mg. 1 tab oral stat, Clopidogrel
75 mg 4 tab oral stat, Furosemide injection 20
mg./2 ml. 40 mg IV., Omeprazole injection 40
mg IV, Dopamine injection 2:1 start rate 5
micro drop/min, 0.9% NaCl 1,000 ml IV load
500 ml. then IV rate 60 ml/hr, On Foley's
catheter, vital signs and monitor ECG bedside.
ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย
Trop-T, CBC, Electrolyte's, BUN, Cr, LFT, PT,
PTT, INR และ CXR-AP Upright by Portable.

ประวัติทางสุขภาพของครอบครัว ผู้ป่วยให้ข้อมูล
ว่าเคยรับราชการครู ปัจจุบันเกษียณอายุราชการและ
อยู่บ้านทำงานบ้านทั่วไป อาศัยอยู่กับภรรยา
บุตรสาวและบุตรชาย ลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัย
พื้นบ้านสร้างประกอบด้วยอิฐ ปูนและไม้ ผู้ป่วยมีฟิ
นัง 4 คน เป็นชาย 2 คนและหญิง 2 คน รักใคร่กัน
ดี ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรม ผู้ป่วยให้
ข้อมูลว่าตนเองอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นชุมชนขนาดใหญ่ 122 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่ในหมู่บ้าน
ประกอบอาชีพทำนาและเลี้ยงสัตว์ เศรษฐฐานะทาง
ครอบครัวปานกลาง มีที่ดินเป็นของตนเองสำหรับทำ
นา เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ไอ ปวด
ตามร่างกาย จะซื้อยารับประทานเองในคลินิกแพทย์

เอกชนและร้านขายยา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยอาการเจ็บหน้าอกหายใจไม่อิ่มในครั้งนี้ เริ่มแรกที่มีอาการแน่นหน้าอกผู้ป่วยนั่งพักที่บ้านและรู้สึกแน่นหน้าอกในช่วงเวลานอนพัก ผู้ป่วยจึงแจ้งบุตรสาวให้พามารักษาที่โรงพยาบาล ปฏิเสธการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น การนวด เป่าหรือพิธีกรรมทางความเชื่ออื่น ๆ การตรวจทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ ผลการตรวจ Complete blood count และ Blood chemistry and Cardiac enzyme WBC = 12,540 103/ ul., Plt. Count = 228,000 103/ ul., Neutrophils=79mg/dl., Troponin T=1,324 pg/ml, PT= 12.01 Sec. , INR=1.11 sec. , PTT= 26.9Sec.,CBG=171mg/dl.,BUN=10mg/dl,Creatinine=1.05mg/dl.,eGFR=76.2mL/min/1.73m2, Na+=136.3,K+=3.62mg/dl,TCO2=22,MgSO4=10mg/dl. แปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับ troponins-T ที่สูงกว่าปกติแสดงถึงการมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นตัวบ่งบอกว่าการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือด การเพิ่มขึ้นของระดับ enzymes ดังกล่าวหลังเกิดภาวะ STEMI ส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาถึง 3- 6 ชั่วโมง (Giannitsis, Kurz, Hallermayer, Jarausch and Jaffe,2010) และพบอัตราการกรองของไตผิดปกติอาจเนื่องมาจากการเสียหายที่ของหัวใจและการเกิดความล้มเหลวของระบบไหลเวียน จึงส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงและไม่มีประสิทธิภาพ

การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัว

ก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่ทราบอาการนำของการเกิดโรค

โดยมีความคิดว่าเป็นเพียงความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการทำงานปกติหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากตนเองนอนไม่ค่อยหลับซึ่งโดยปกติแล้วหากนั่งพักหรือนอนพักผ่อนอาการจะหายไป แต่การป่วยครั้งนี้ตนเองรู้สึกแน่นหน้าอกมากจึงบอกบุตรสาวให้พามารักษาที่โรงพยาบาล ขณะเข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยรู้สึกกังวลต่อการเจ็บป่วยในครั้งนี้เพราะไม่เคยมีอาการแบบนี้มาก่อน แพทย์และพยาบาลได้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา และแผนการรักษาในการรับยาละลายลิ้มเลือด ผลข้างเคียงของการรับยาละลายลิ้มเลือดตลอดจนการส่งต่อเพื่อรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ ขณะเดียวกันญาติที่รอด้านนอกห้องฉุกเฉินมีการสอบถามอาการป่วยเป็นระยะ เดินไปมาและสอบถามอาการกับพยาบาลบ่อยครั้ง จากการสอบถามบุตรสาวและภรรยาให้ข้อมูลว่าตนเองรู้สึกกังวลต่อการป่วยของบิดาในครั้งนี้มาก เพราะบิดาไม่เคยป่วยรุนแรงมาก่อน บิดามีสุขภาพแข็งแรงมาตลอด แพทย์และพยาบาลได้ให้ข้อมูลเบื้องต้นผู้ป่วยและญาติรับทราบแต่ยังเดินเข้าออกและคอยสอบถามอาการผู้ป่วยบ่อยครั้ง

ปัญหาและความต้องการจากกรณีศึกษาในการใช้สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำเป็นต้องได้รับการดูแลพยาบาลและการรักษาที่มีความรวดเร็ว เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตและคุกคามชีวิต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจึงมีบทบาทสำคัญร่วมกับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในการช่วยดูแลรักษาผู้ป่วย ด้วยการใช้องค์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพเช่น การอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การอ่านแลแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การ

พยากรณ์โอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด การใช้ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ขั้นสูงเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลจำเป็นต้องประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นขีดอันตรายและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจากกรณีศึกษาแบ่งการดูแลเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Ibanez, James and Agewall. et al. 2017)

ระยะฉุกเฉิน (Emergency care) วัตถุประสงค์ของการดูแลระยะนี้ คือ การวินิจฉัยให้เร็วที่สุดและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ หัวใจหยุดเต้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะ cardiogenic shock เป็นต้น

ระยะแรกของการรักษา วัตถุประสงค์ของการดูแลระยะนี้ คือ การพิจารณาให้ reperfusion therapy อย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การป้องกัน infarct extension และ expansion การให้ยาในกลุ่มละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว cardiogenic shock และ life-threatening arrhythmia การรักษาที่สำคัญในระยะนี้ เช่น การให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดภายใน 30 นาที และการทำ Percutaneous Intervention (PCI) ภายในเวลา 120 นาที เป็นต้น

ระยะที่ 2 เป็นการดูแลหลังจากพ้นระยะแรก (Subsequent care) แนวทางการดูแลในระยะนี้ คือ การให้ยาต้านปรอทหลังการทำ reperfusion therapy ได้แก่ ASA, ACE inhibitor, Nitrate, Calcium antagonists, Magnesium และ Lidocaine เพื่อลดอัตราการตาย ลดอาการเจ็บหน้าอกและเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ

ระยะที่ 3 เป็นการดูแลในระยะก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การดูแลในระยะนี้ได้แก่ การประเมินอัตราเสี่ยงและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Risk assessment and prevention) การประเมินการเกิดหัวใจล้มเหลวและการลดอัตราการตายโดยประเมินจากอาการทางคลินิกซึ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ hypotension, congestive heart failure, malignant arrhythmia ผู้ป่วยที่ยังมีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการเจ็บหน้าอกขณะออกแรงเล็กน้อย เป็นต้น และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ภาวะเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นต้น (เฉลิมศรี สุวรรณเจติย์, 2553; Urden, Staey and Lough, 2008)

ระยะที่ 4 การดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ การดูแลในระยะนี้เป็นการติดตามต่อเนื่องในระยะยาวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่กับโรคที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำแบบไม่ได้นัดหมายและคงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีคุณภาพ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการพยาบาล สามารถประเมินและประยุกต์ใช้แนวความคิดการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ (family-Witnessed Resuscitation, FWR) (Hanson and Strawser, 1992) และการประเมินสุขภาพของ FANCAS ตามวินิจฉัยการพยาบาลของ North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2021) ซึ่งในกรณีศึกษานี้พบปัญหาการประเมินตามหัวข้อสำคัญ ได้ดังนี้

1) ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance) พบความผิดปกติของอัตราการเต้นของหัวใจ 36 ครั้ง/นาที่ ระดับความดันโลหิต 71/42 mmHg. ปัสสาวะออก 20 ml. ที่บ่งบอกถึงความผิดปกติด้านระบบการไหลเวียนโลหิต ผล Cardiac enzyme = 1,324 mmol/L.

2) ด้านการหายใจ (Aeration) พบอาการกระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที่ $O_2\text{sat} = 96\%$

3) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ปกติรับประทานข้าวได้ 2-3 ทัพพี/มื้อ ขณะเจ็บป่วยความรู้สึกลอยอาการลดลง รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ $\frac{1}{2}$ ของการรับประทานอาหารปกติ เพราะในขณะที่เจ็บหน้าอกไม่อยากจะทำกิจกรรม

4) การติดต่อสื่อสาร (Communication) ก่อนการเจ็บป่วย สามารถติดต่อสื่อสารได้ปกติ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นคนชอบพูดคุยกับเพื่อน ไม่มีประวัติหรือความผิดปกติด้านการ ขณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ปกติ แต่พูดได้น้อยลงเนื่องจากรู้สึกแน่นหน้าอก เวลาหายใจต้องออกแรงมากกว่าปกติ

5) ด้านการกิจกรรม (Activity) พบแบบแผนการปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลง เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกและถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง

6) ด้านการกระตุ้น (stimulation) ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ประเมิน Pain Score = 10 คะแนน ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบข้อมูล (Monitor data) เช่น ผลการตรวจ ECG พบว่า ST segment elevation in the anterior leads (V1 - V4) (ภาคผนวก รูปภาพประกอบกรณีศึกษา)

จากกรณีศึกษาสามารถอธิบายกลไกการเกิดโรคดังนี้ การเกิดภาวะ Atherosclerosis เกิดจาก

กระบวนการอักเสบอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุการเกิดโรค (Atherosclerotic risk factors) มีหลายปัจจัย ได้แก่ สารพิษจากควันบุหรี่ โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า เนื่องจากบุหรี่มีสารทำให้เกิด endothelial dysfunction ทำให้เพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ เกิดการ oxidation ของ LDL ซึ่งส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัวและเกิดความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดตามมา (HR, 1.79 [95% CI, 1.68–1.92]) (Khan, Ning, Sinha, Wilkins, Allen and Vu et al., 2021) ซึ่งกรณีศึกษามีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงนี้เช่นกัน ปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าในเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยป้องกันการอักเสบของหลอดเลือด เพิ่มระดับ HDL และลดระดับ LDL และปัจจัยด้านอายุ โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือด เนื่องจากในผู้สูงอายุจะยับยั้งการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะกระตุ้นให้เกิด oxidative stress ทำให้เซลล์เยื่อหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (endothelial dysfunction) เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด monocyte จะมาเกาะที่พื้นผิวและแทรกตัวเข้าไปในผนังหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นและเมื่อเข้าสู่ชั้น intima ก็จะไปเปลี่ยนรูปร่างเป็น macrophage และจับกิน oxidized LDL กลายเป็น lipid-laden foam cell ซึ่งเซลล์ชนิดนี้จะหลั่งสารต่างๆ ทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด เมื่อ macrophage foam cell ตาย จะฝังตัวอยู่ในผนังหลอดเลือดพร้อมกับ extracellular lipid (LDL cholesterol) เรียกว่า fatty streak ซึ่งเป็นพยาธิ

สภาพเบื้องต้นของ atherosclerosis ต่อมาเกิดการกระตุ้น vascular smooth muscle cell ให้เคลื่อนตัวจาก tunica media มาอยู่ในชั้น intima โดยเซลล์เหล่านี้จะมีการเพิ่มจำนวนและสร้าง matrix metalloproteinase กระตุ้นให้เซลล์ต่าง ๆ ในหลอดเลือดให้เสียหายที่และมีการสร้างหลอดเลือดใหม่พยาธิสภาพของหลอดเลือดเปลี่ยนจาก fatty streak เป็น fibrofatty lesion และ เมื่อมีการตายของเซลล์เพิ่มขึ้น เซลล์เหล่านี้รวมทั้งไขมันจะถูกล้อมรอบด้วยพังผืด (fibrous cap) เรียกว่า lipid-rich necrotic core หากมีการฉีกขาดของ fibrous cap จะเกิดการกระตุ้นเกล็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันที่ลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่จะทำให้เกิดหลอดเลือดตีบตันเฉียบพลันของหลอดเลือดหัวใจ (Jia, Abtahian, Aguirre, Lee, Chia and Lowe et al., 2013) เมื่อเวลาผ่านไปเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงและทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในที่สุดแสดงออกโดยการมีอาการเจ็บหน้าอก เจ็บแน่นหรือเจ็บแสบหน้าอก ร้าวไปที่กราม ไหล่ แขนสองข้าง เหงื่อแตก ใจสั่นหรือมีอาการวิงเวียนศีรษะอาเจียนเป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะแสดงอย่างเฉียบพลันและรุนแรงและพบได้ชัดเจนในผู้ป่วยเพศชาย (DeVon, Mirzaei, and Zègre-Hemsey, 2020) ดังอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับกรณีศึกษา

ขณะเดียวกันสิ่งที่พยาบาลต้องให้การสนับสนุนด้านการดูแลคือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจแผนการรักษา ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ ในสภาวะวิกฤติที่ต้องช่วยในการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน สืบเนื่องจากแนวทางการยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family-Centered Care ,PFCC) ที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วม

ร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการตัดสินใจวางแผนรับบริการทางการแพทย์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมหรือการเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพของครอบครัว (family-witnessed resuscitation, FWR) ร่วมตัดสินใจในการรักษาและเห็นถึงกระบวนการการรักษาหรือการพยายามที่จะช่วยชีวิตของบุคคลในครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในแผนการรักษาและใกล้ชิดผู้ป่วยในขณะที่เป็นภาวะวิกฤตแห่งชีวิตหรือการได้อยู่กับครอบครัวหรือบุคคลที่ตนรัก ในระหว่างเจ็บป่วยร้ายแรงและเฉียบพลัน (Barreto, Peruzzo, Garcia-Vivar and Marcon., 2019) จะสามารถลดความวิตกกังวลหรือความกลัวหรือลดการเกิด Post-traumatic Stress Disorder และเป็นการเตรียมความพร้อมต่อการสูญเสียจากการเจ็บป่วยได้ อันจะส่งผลต่อการให้การพยาบาลหรือการรักษาในระยะวิกฤต (De Stefano, Normand, Jabre, Azoulay, Kentish-Barnes and Lapostolle, et al., 2016) ซึ่งกรณีศึกษาที่นำเสนอนี้ มุ่งเน้นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะวิกฤติและบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านการพิทักษ์สิทธิในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติและครอบครัวในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลชุมชน เพื่อการส่งเสริมให้มีการตัดสินใจในสภาวะเร่งด่วนและเลือกรับบริการทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งหวังว่าจะสร้างความพึงพอใจในบริการและลดข้อร้องเรียนด้านสุขภาพในสถานพยาบาลได้ จากการประเมินในระยะวิกฤตพบว่าผู้ป่วยสามารถระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ 1) เจ็บหน้าอกรุนแรงเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

เนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง 3) มีโอกาสเกิดผลกระทบจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ (Event Event) เช่น หัวใจหยุดเต้น, Cardiogenic shock ช้ำ และ 5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลและกลัวการเสียชีวิตจากพยาธิสภาพของโรค

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงแจ้งอาการและภาวะวิกฤตทางสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแก่ญาติผู้ป่วย ดูแลให้เข้าร่วมรับฟังแผนการรักษา วางแผนและตัดสินใจด้านการรักษาร่วมกับแพทย์โดยให้ผู้ป่วยญาติและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ได้ตกลงถึงแผนการรักษาและแนวทางการรักษาร่วมกัน มีการให้ข้อมูลสุขภาพเป็นระยะ ยึดแนวทางการเป็นสักขีพยานในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และครอบครัว (FWR) เนื่องจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะฉุกเฉินที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพรุนแรง ซึ่งนอกจากการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ซึ่งในหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรอคอยเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (Post-traumatic stress disorder, PTSD) ได้ เช่น ความรู้สึกฟุ้งซ่านจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือการสนับสนุนเพื่อการขจัดปัญหาด้านจิตใจและขาดการได้รับรู้ข้อมูลสุขภาพของบุคคลในครอบครัว (Vardanjani, Golitaleb, Abdi, Kia, Moayedi, Torres, & Dehghan-Nayeri, 2021) โดยการปฏิบัติตามแนวทาง (FWR) มีการปฏิบัติ ดังนี้

1) พยาบาลประเมินการรับรู้อาการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวและความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาจากประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนการให้ข้อมูลและการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติอย่างตรงประเด็น

2) บอกเล่าอาการข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแนวทางการรักษาและวิธีการที่ใช้ในการรักษาโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายแก่ครอบครัวผู้ป่วย พร้อมเสนอแนะวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการรักษาและการช่วยฟื้นคืนชีพ

3) แนะนำวิธีการรักษา อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาและประโยชน์และผลข้างเคียงของยา Streptokinase ทางหลอดเลือดดำ พร้อมเซ็นยินยอมการรับยาเป็นลายลักษณ์อักษรโดยญาติสายตรง ให้ญาติผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องเข้าเยี่ยมและสังเกตการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หากไม่มีข้อห้าม โดยจัดพื้นที่ให้เหมาะสมไม่ขัดขวางการทำงาน

4) ภายหลังการตัดสินใจรับการรักษาและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา พยาบาลต้องประเมินความเข้าใจของญาติหรือครอบครัวต่อการเจ็บป่วยและการรับรู้ต่อแผนการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงการประเมินความรู้สึกเครียดต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ของบุคคลในครอบครัว (Cathy Grimen, 2020) จากกรณีศึกษาให้การปฏิบัติการพยาบาล แบบ direct care ดังนี้

การพยาบาลช่วงภาวะวิกฤตในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและการส่งรักษาต่อ พบว่าในระยะดังกล่าวบทบาทพยาบาลที่สำคัญของผู้ปฏิบัติพยาบาลชั้นสูง คือ การประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย การให้การพยาบาลเบื้องต้นในการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติที่ถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ

การรักษาและได้รับยาละลายลิ่มเลือดและเข้าถึงการสวนหัวใจอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสมและลดโอกาสของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต ดังนั้น ด้านการบริหารยาสำคัญตามแผนการรักษาเพื่อลดการเกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดและยับยั้งการอักเสบ ได้แก่ acetylsalicylic acid (ASA) 300 mg. เคี้ยว stat., clopidogrel 75 mg. 4 tab Oral stat. ตามแผนการรักษา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงแสดงบทบาทด้านการให้ข้อมูล (coaching and guidance) แจ้งญาติผู้ป่วยเข้าร่วมรับฟังแผนการรักษาและร่วมตัดสินใจรักษากับแพทย์ รวมถึงแนะนำกระบวนการดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย แสดงบทบาทด้านการเป็นคู่ประสานงานโดยการรายงานอาการ(collaboration) กรณีที่ได้รับ Streptokinase (SK) 1.5 Unit ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง แจ้งญาติผู้ป่วยเข้าร่วมรับฟังแผนการรักษาตัดสินใจการรักษาพร้อมกับแพทย์ อธิบายความจำเป็นของการรับยาละลายลิ่มเลือดและผลกระทบจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดและให้ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยรับทราบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมกันตัดสินใจในการรับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเพื่อเป็นหลักฐานและประเมินข้อจำกัดหรือข้อห้ามของการได้รับยาละลายลิ่มเลือดพบว่าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดและดูแลให้ได้รับยา Streptokinase (SK) 1.5 Unit IV drip in 1 hr. โดยพยาบาลต้องทราบถึงข้อจำกัดและการบริหารยาในผู้ป่วยที่ได้รับ Streptokinase ทั้ง 3 ระยะของการบริหารยา ดังนั้น ก่อนการให้ยาต้องมีการบอกข้อบ่งชี้ ประเมินการรับรู้ผู้ป่วยและญาติพร้อมเซ็นใบยินยอมการรักษาด้วยยาStreptokinase ในขั้นการเตรียม

ยาต้องระมัดระวังและใช้เทคนิคพิเศษเพื่อป้องกันการเกิดฟองขณะบริหารยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามขนาดที่ครบถ้วน ในขั้นของการบริหารยา พยาบาลต้องประเมินอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น เช่น ผื่นคันตามร่างกาย บวมตามร่างกาย ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียน หัวใจเต้นผิดปกติหรือมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆของร่างกายรวมถึงภาวะรวมถึงภาวะความดันโลหิตต่ำ สังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยของผู้ป่วยและอาการทั่วไป ตลอดจนติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) อย่างใกล้ชิด หลังผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ติดตาม EKG ร่วมกับประเมินติดตามอาการทุก 5-10 นาที 15 นาที และ 30 นาที จนกว่าอาการจะคงที่ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 30 นาทีและรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ (NSW Government Health, 2015) อาการเจ็บหน้าอกลดลงเหลือ 6 คะแนน สีหน้าสดชื่นมากขึ้น ไม่มีอาการกระสับกระส่าย แพทย์มีแผนการรักษาส่งต่อผู้ป่วยรักษาโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลผู้ดูแลประสานงานส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยในระยะก่อนการเคลื่อนย้าย ประกอบด้วย การประเมิน Agitation, Hypoxia, Hemodynamic และเตรียมอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพในรถพยาบาลให้ความพร้อมก่อนการก่อนการส่งต่อ ในระยะของการส่งต่อพยาบาลติดตามสัญญาณชีพและคลื่นไฟฟ้าหัวใจรวมถึงอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นขณะส่งต่อเช่น ความดันโลหิตต่ำ อาการปวดศีรษะรุนแรง การรับรู้สติของผู้ป่วยหรือการมีเลือดออกในอวัยวะของผู้ป่วยและบันทึกลักษณะอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะส่งต่ออย่างละเอียด ภายหลังการส่งต่อต้องบันทึกผลการดูแลขณะส่งต่อและทบทวนปัญหาขณะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการนำมาทบทวน

ปัญหาและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นขณะส่งต่อในครั้งต่อไป (Bérubé et al., 2013, Kue et al., 2011; Wongnaikot & Saensom, 2017) ส่งข้อมูลไปยังศูนย์ผู้ป่วยหนักหัวใจและหลอดเลือดและศูนย์ประสานส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์ ภายหลังการส่งต่อไม่พบ Adverse Event อันตราย ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย

ขณะเดียวกันบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือการติดตามผลการดูแลอย่างใกล้ชิดและสนับสนุนข้อมูล ความรู้ในพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา อธิบายเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพสำคัญแก่ครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อให้ทราบถึงความจำเป็นในการรักษาชีวิตและให้มีส่วนร่วมหรือการเป็นสักขีพยานในการช่วยฟื้นคืนชีพ (FWR) ร่วมตัดสินใจในการรักษาและแสดงให้เห็นถึงกระบวนการการรักษาของเจ้าหน้าที่ ในการพยายามที่จะช่วยชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นที่ปรึกษาร่วมปรับแผนการรักษากับสหวิชาชีพ เป็นที่ปรึกษาและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความตึงเครียดในสถานการณ์ฉุกเฉิน ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในสภาวะตึงเครียดได้ นอกจากนี้ ในขณะที่มีการประสานการส่งต่อการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูงคือ การเป็นสนับสนุนและส่งเสริมกระบวนการพยาบาลส่งต่อประสานงานที่เหมาะสมแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา สร้างความมั่นใจในการดูแลต่อเนื่องในระยะการส่งต่อผู้ป่วยของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

สรุปบทเรียนสะท้อนการเรียนรู้จากกรณีศึกษา และปัจจัยความสำเร็จ การติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยต่อเนื่องภายหลังการส่งต่อพบว่า ผู้ป่วยได้รับ

การวินิจฉัย Impression Single vessel disease ,STEMI Anterior wall,V1-V4) post SK วางแผนทำ CAG, PCI at LAD (80% Stenosis at proximal LAD, severe 90 % stenosis at early mid LAD) PCI at LAD (Right radial artery) ผลการรักษา Conclusion : Successful PCI with DES at LM-LAD and LAD (pharmaco-invasive) Plan ASA. (life long) with clopidogrel ต่อเนื่อง 6-12 month ผู้ป่วยนอนรับการรักษา 2 วัน มีมารับประทานหลังจำหน่ายกลับบ้าน ดังนี้ ASA 81 mg. 1x1 po pc., clopidogrel 75 mg. 1*1 po pc. Atorvastatin 40 mg. 1x1 po hs., omeprazole 20 mg. 1x1 po ac., attivan 05 mg. 1 tab op. hs., enalapril 5 mg. ½ x1 po pc., carvidulol 12.5 mg ¼ x2 po. pc. และมีแผนการรักษาส่งกลับรักษาต่อที่โรงพยาบาลทั่วไปเพื่อติดตามอาการ

จากกรณีศึกษาสามารถระบุปัญหาพยาบาลในระยะวิกฤต ขณะเข้ารับการรักษา ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชได้ดังนี้ 1) เจ็บหน้าอกรุนแรงเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากการปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง 3) มีโอกาสเกิดผลกระทบจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ (Adverse event) เช่น หัวใจหยุดเต้น, Cardiogenic shock ช้ำ และ 5) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวล กลัวเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา และสามารถระบุผลลัพธ์ (Outcome-based) ได้ดังนี้ 1) ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการทำ EKG เมื่อมาถึงโรงพยาบาล (Door to EKG <5 นาที) , 2) Door to Drug < 10

นาที, 3) Door to Trop-T < 30 นาที 4) Door to needle <30 นาที 5) การเกิด Cardiogenic shock ชั่วหรือ Cardiac arrest ขณะส่งต่อ โดยพบว่า ภายหลังให้การพยาบาล ปัญหาสุขภาพของ กรณีศึกษาได้รับการดูแลบรรลุเป้าหมายดังนี้ สามารถจัดการระดับความปวดลดลงจาก 10 คะแนน เหลือ 4 คะแนน ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น โดยประเมินจาก สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นและปริมาณปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะช็อกจากหัวใจซ้ำขณะส่งต่อ ผู้ป่วยและครอบครัวให้ความร่วมมือในการรักษาและ มีความเข้าใจในพยาธิสภาพแผนการรักษาในระยะวิกฤต ซึ่งพบว่า การให้การพยาบาลบรรลุตาม วัตถุประสงค์เป็นส่วนใหญ่ ขณะเดียวกันพบว่ามีการฟื้นฟูสภาพภายหลังการรักษาในระยะวิกฤตซึ่งมีความสำคัญในการสร้างความเข้าใจในการดูแลตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยจากการติดตามอาการจากโรงพยาบาลปลายทาง ในขณะที่ทำการรักษา โดยกำหนดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยวิกฤติขณะอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไม่เกิน 2 ชั่วโมง รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลทั่วไป เวลา 14.30 น. (2 ชั่วโมง 30 นาที) ทำ PCI at LAD (Right radial artery) เวลา 14.38 น. (2 ชั่วโมง 38 นาที) รับเข้านอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหัวใจ (CCU) เวลา 16.00 น.

จากการติดตามผ่านทางโทรศัพท์ไม่พบปัญหา ผิดปกติรุนแรง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ และเข้าตรวจรักษาตามแผนการรักษา น้ำหนักตัว 56 kg ปัสสาวะ 1,500-2,000 ml/day สีเหลืองใส ไม่

แสบขัด ไม่พบอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือใจสั่น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ปฏิเสธ อาการหอบเหนื่อยเวลาทำกิจวัตรประจำวัน ปฏิเสธ การมีเลือดออกตามร่างกาย สามารถอธิบายการ รับประทานยาและการสังเกตความผิดปกติที่อาจ เกิดขึ้นได้เข้ารับการตรวจสุขภาพตามนัด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Acute Coronary Syndrome) ในกรณีศึกษามีภาวะ STEMI ซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง เนื่องจากปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ การไม่รับรู้อาการและอาการแสดงออกของการเกิดภาวะ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ชัดเจน จากกรณีศึกษามี ประเด็นสำคัญที่พยาบาลต้องเรียนรู้คือ พยาธิ สรีรวิทยาของการเกิดโรคสาเหตุการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วย อย่างใกล้ชิด จำเป็นที่จะต้องใช้กระบวนการพยาบาล ที่ครอบคลุมตั้งแต่การ Triage ชักประวัติ ตรวจ ร่างกาย อาการและอาการแสดง การตรวจการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การอ่านและ แปรผลคลื่นหัวใจเบื้องต้น เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยที่รวดเร็ว อีกทั้งยังต้องมีการพัฒนาองค์ ความรู้ของตนเองโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่าง ทันสมัย รวมถึงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสมัยใหม่ เช่น ข้อมูลด้านโรค ยารักษาโรค แนวทางการป้องกัน หรือนวัตกรรมใหม่ที่ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย STEMI เพื่อ นำมาวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ทั้งระยะก่อนการได้รับยา โดยมีการประเมินผู้ป่วยการ เตรียมผู้ป่วยและการดูแลที่ลดความเสี่ยงที่ครอบคลุม

ระยะได้รับยา มีความเข้าใจในขั้นตอนการบริหารยา เทคนิคการบริหารยา การติดตามประเมินอาการ ตลอดระยะเวลาที่ให้นยา เพื่อเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย อย่างใกล้ชิดและระยะหลังได้รับยา มีการเฝ้าระวัง ติดตามอาการอย่างต่อเนื่องจนส่งต่อไปยังโรงพยาบาล แม่ข่าย ขณะเดียวกันโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภัยเงียบที่สามารถเพิ่มโอกาสของการเสียชีวิตใน ผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและสูงอายุ การ เกิดโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและ ครอบครัว การสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นสักขีพยาน ในการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และครอบครัว (FWR) เป็นอีกแนวทางที่ สามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีในการเตรียมความพร้อมของ ครอบครัว เพื่อลดการเกิดภาวะเครียดหลังผ่าน เหตุการณ์ร้ายแรง (Post-traumatic stress disorder, PTSD) ความรู้สึกฟุ้งซ่านจากการไม่ได้รับ ข้อมูลหรือการสนับสนุนข้อมูลสุขภาพของบุคคลใน ครอบครัวขณะเจ็บป่วย (Vardanjani, Golitaleb, Abdi, Kia, Moayedi, Torres, & Dehghan-Nayeri, 2021) ความรู้สึกกลัว กังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นขณะรอคอยการรักษา เพิ่มความพึงพอใจบริการได้ ดังนั้นการดูแลที่ครอบคลุมองค์รวมด้านจิตใจทั้งผู้ป่วย และครอบครัวจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ กระบวนการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภัยเงียบ ที่ สามารถเพิ่มโอกาสของการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและสูงอายุ การเกิดโรค ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว การสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นสักขีพยานในการดูแล รักษาาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และ ครอบครัว (FWR) เป็นอีกแนวทางที่สามารถสร้าง

ผลลัพธ์ที่ดีในการเตรียมความพร้อมของครอบครัว เพื่อลดการเกิดภาวะเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง (Post-traumatic stress disorder, PTSD) ความรู้สึก ฟุ้งซ่านจากการไม่ได้รับข้อมูลหรือการสนับสนุนข้อมูล สุขภาพของบุคคลในครอบครัวขณะเจ็บป่วย (Vardanjani, Golitaleb, Abdi, Kia, Moayedi, Torres, & Dehghan-Nayeri, 2021) ความรู้สึกกลัว กังวลและความเครียดที่เกิดขึ้นขณะรอคอยการรักษา การที่พยาบาลส่งเสริมการรับรู้ในการช่วยชีวิตของ เจ้าหน้าที่ในห้องฉุกเฉินแก่ญาติทั้งในแง่ของแผนการ รักษา กระบวนการรักษา การวางแผนการรักษาอย่าง เป็นระยะ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้ใน ขณะนั้นและนอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มพลังอำนาจใน การตัดสินใจในแผนการรักษาเพื่อการรักษาบุคคลใน ครอบครัวขณะเจ็บป่วยให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความพึงพอใจบริการได้ ดังนั้นการดูแลที่ ครอบคลุมองค์รวมด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีความสำคัญในการส่งเสริมให้กระบวนการรักษา เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ ผู้ที่มีบทบาททั้ง การร่วมดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) และ ประสานงาน (collaboration) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างราบรื่นและต่อเนื่อง โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล (evidence based nursing) มาใช้ในการวางแผน ให้ การบำบัดทางการพยาบาลและการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีกับสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแนะแนวทางการดูแลผู้ป่วย (coaching and guidance) และเป็นที่ปรึกษา (consultant) ให้แก่ทีมผู้รักษาและให้ความรู้ (educator) ในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ สามารถผ่านพ้นภาวะเครียดและปฏิบัติตนได้

เหมาะสมระหว่างรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพ พืชกษัตริย์ประโยชน์ที่ควรได้รับและเฝ้าระวังป้องกันอันตรายจากการรักษา (ethical reasoning and ethical decision making) สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้านและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (case management) จนเกิดผลลัพธ์ (clinical outcomes) ที่ดีคือการรักษาชีวิตและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายหลังการเจ็บป่วยได้ โดยสามารถวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยได้ดังนี้

1) พยาบาลมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีความชัดเจนเป็นไปในทางเดียวกันกับรูปแบบการรักษาของแพทย์ 2) การได้รับความร่วมมือจากทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยรวมถึงญาติผู้ป่วย 3) ความรวดเร็วด้านการประสานงานส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ เป็นต้น

ข้อจำกัดกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะพัฒนา
การศึกษาครั้งนี้พบว่า ในหน่วยงานยังขาดแนวทางที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นสักขีพยานในการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์และครอบครัว (FWR) จึงทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขาดความมั่นใจในการปฏิบัติในการแนะนำขณะที่มีสถานการณ์ตึงเครียดในขณะนั้น ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลเกิดความเครียดได้ การพัฒนาแนวทางการดูแลในอนาคตอาจต้องมีรูปแบบการสนับสนุนครอบครัวในการเป็นสักขีพยานในการรักษาในระยะวิกฤติหากไม่มีข้อห้าม ควรเสริมสร้างความมั่นใจในการให้คำแนะนำและองค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูล เพื่อลดความรู้สึกกลัว กลัว

การฟ้องร้องและความเครียดสำหรับเจ้าหน้าที่ (Cathy Grimen., 2020)

เนื่องจากกรณีศึกษา ได้รับการส่งตัวเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า การประเมินติดตามในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นเพียงการติดตามผ่านช่องทางโทรศัพท์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองและตอบปัญหาข้อสงสัยด้านสุขภาพ จึงทำให้การสรุปผลในระยะสั้นยังไม่ชัดเจน ในการติดตามอนาคตอาจใช้รูปแบบการติดตามแบบ Telemedicine for healthcare ที่ครอบคลุมในการติดตามประเมินผลการดูแลได้ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์.(2553). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 6 บ.พิศการพิมพ์
2. Afzali Rubin, M. , Svensson, T. , Herling, S. F., Wrenfeldt Klausen, T., Jabre, P., & Møller, A. M. (2020). Family presence during resuscitation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020(5), CD013619.
3. Bobadilla RV.(2016). Acute coronary syndrome: focus on antiplatelet therapy. Crit Care Nurse. 36(1), 15 -17
4. Bérubé, M., Bernard, F., Marton, H., Parent, J., Thibault, M., Williamson, D. R. et al. (2013). Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. Intensive and Critical Care Nursing. 29(1), 9-19
5. Barreto, M., Peruzzo, H. E., Garcia-Vivar, C., & Marcon, S. S. (2019). Family

presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: a meta-synthesis. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 53, e03435.

6. Cathy Grimen. 2020. The effects of family-witnessed resuscitation on health professionals. *British Journal of Nursing*. 29(15), 892-896

7. DeVon, H. A., Mirzaei, S., & Zègre-Hemsey, J. (2020). Typical and Atypical Symptoms of Acute Coronary Syndrome: Time to Retire the Terms?. *Journal of the American Heart Association*, 9(7), e015539

8. De Stefano, C., Normand, D., Jabre, P., Azoulay, E., Kentish-Barnes, N., Lapostolle, F., Baubet, T., Reuter, P. G., Javaud, N., Borron, S. W., Vicaut, E., & Adnet, F. (2016). Family Presence during Resuscitation: A Qualitative Analysis from a National Multicenter Randomized Clinical Trial. *PloS one*, 11(6)

9. Giannitsis, E., Kurz, K., Hallermayer, K., Jarausch, J., Jaffe, A. S., & Katus, H. A. (2010). Analytical validation of a high-sensitivity cardiac troponin T assay. *Clinical chemistry*, 56(2), 254–261.

10. Hanson C & Strawser D (1992). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 18, 104-106

11. Jia H, Abtahian F, Aguirre AD, Lee S, Chia S, Lowe H, et al. (2013). In vivo diagnosis of plaque erosion and calcified nodule in patients with acute coronary syndrome by intravascular optical coherence tomography. *J Am Coll Cardiol*. 62(17), 48-58

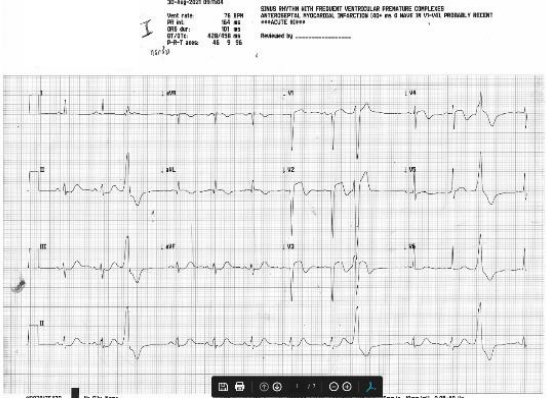
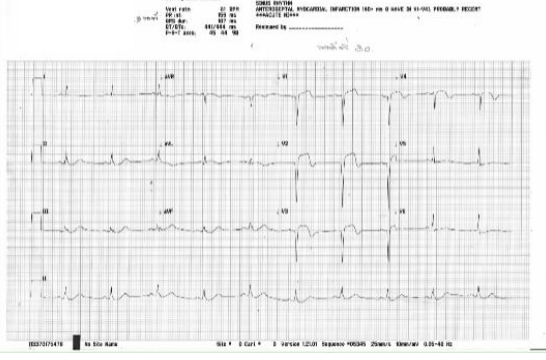
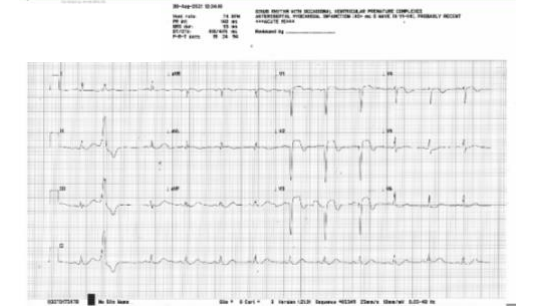
12. Khan, S. S., Ning, H., Sinha, A., Wilkins, J., Allen, N. B., Vu, T. H. T., Berry, J. D., Lloyd-Jones, D. M., & Sweis, R. (2021). Cigarette smoking and competing risks for fatal and nonfatal cardiovascular disease subtypes across the life course. *Journal of the American Heart Association*, 10(23) , [e021751].

13. Kue, R., brown, P., Nremt-p., Ness, C., & Scheulen, J. (2011). Adverse clinical events during Intra- hospital transport by a specialized team: a preliminary report. *American Journal of Critical Care*. 20(2), 153-162

14. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. (2017). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2018;39(2): 119-177

- 15.Ministry of Public Health. (2020) . Twenty-year national strategic plan for public health: 2017- 2036. [Cited 2022, jan 8] . Available from: [http: / / 164. 115. 27. 97/ digital/ files/ original/ 2ddc0ac1eacea4c666af70165c23e011.pdf](http://164.115.27.97/digital/files/original/2ddc0ac1eacea4c666af70165c23e011.pdf).
- 16.Tang EW, Wong C, Herbison P.(2007) . Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome. Am Heart J. 153, 29-35.
- 17.Urden, L. D., Staey, K. M., & Lough, M. E. (2008). Critical care nursing (5th ed.). Missouri, United Stated, Elsevies Mosby.
- 18.Vardanjani, A. E., Golitaleb, M., Abdi, K., Kia, M. K., Moayedi, S., Torres, M., & Dehghan- Nayeri, N. (2021) . The Effect of Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures on Patients and Families: An Umbrella Review. Journal of emergency nursing, 47(5), 752–760
- 19.World Health Organization. (2020) . Cardiovascular disease (CVDs). [Cited 2021, Nov 8] . Available from: [https: / / www. who. int/ news- room/ fact- sheets/detail/ cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
- 20.Wongnaikot, P., & Saensom, D. (2017).Development of an intrahospital transfer clinical nursing practice guideline for critically ill trauma patients.The National and International Graduate Research Conference 2016, Khon Kaen University, Khon Kaen.

ภาคผนวก
ภาพประกอบกรณีศึกษา

	ผลการ ตรวจ X-Ray ทรวงอก Chest x-ray PA upright – adequate Normal heart size Mild increase perihilar vasculature No infiltration
	ECG แรก Sinus rhythm with frequent PVC ST-segment elevation V1-4
	หลังได้รับ SK 20 นาที Sinus rhythm rate 60, no PVC Persistent ST-segment elevation V1-4
	ก่อนการส่งต่อ Sinus rhythm , occasional PVC Persistent ST-segment elevation V1-4

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง
โรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลบัวหุ่ง อำเภอรามาศิลา จังหวัดศรีสะเกษ

Developing Patterns of Behavioral Health Modification through Primary Health Care Systems and
Community Participation for the Hypertension Risk Group in Bua Hung Sub-district,
Rasi Salai district, Sisaket Province.

นิภา อินทนิล^{1*}
Nipa Intanin^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ่ง อำเภอรามาศิลา จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม 2565 - พฤษภาคม 2566 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 50 คน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย ค่าสถิติ pair t-test

ผลการศึกษพบว่ารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ่ง อำเภอรามาศิลา จังหวัดศรีสะเกษคือ BUAHUNG Model ได้แก่ 1) Build trust and collaborative culture: การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมวิเคราะห์ วางแผนและจัดให้มีรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม 2) Unity: มีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน 3) Acceptable: ผู้ปฏิบัติยอมรับและเต็มใจ เข้าถึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง 4) Health: สุขภาพดี ไม่มีโรคภัย 5) Update: ปรับปรุงกระบวนการให้ทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีมาเชื่อมต่อ 6) Notice: การแจ้งเตือน โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือน และการให้การปรึกษาโดย 3 หมอ 7) Get thing done: ความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน มุ่งมั่นเพื่อสุขภาพดีของคนบัวหุ่ง จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถแห่งตน ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตัว หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงพบว่าดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ่ง อำเภอรามาศิลา จังหวัดศรีสะเกษ ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
E-mail: nipaintanin1969@gmail.com

Abstracts

This research aims to develop a model for promoting health behavior modification among hypertension risk groups. With primary health care and community engagement Bua Hung Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province During December 2022 - May 2023, Research participants consisted of a group of health workers. And network partners in the community, 50 people and high blood pressure risk group, 80 people, performed 4 steps: planning, practice, observation and reflection on the results of 2 cycles. Inductive qualitative data analysis. quantitative data analysis By using frequency, percentage, standard deviation and mean, pair t-test statistics.

The paradigm for encouraging the modification of healthy behaviors among high blood pressure risk groups was disclosed by the study's findings. The BUAHUNG Model, which is found in the Buahung Sub-district, Rasi Salai District, and Sisaket Province, combines a primary health services system with community involvement. 1) Build

trust and collaborative culture : Foster a culture of trust and cooperation by including network partners in the neighborhood in planning, organizing, and developing a model to encourage healthy behavior change across high blood pressure risk groups in terms of driving, mitigating, and supporting variables.2) Unity : There is a policy that acts in the same manner. 3) Acceptable: The practitioner agrees to do it and is prepared to do so, leading to the risk group's members acting appropriately. 4) Healthy: no illness It all begins with us 5) Update: Modernize the procedure by connecting with technology. 6) Notice: Alert by utilizing a tool to track household-level health habits of at-risk populations and consulting with three doctors.7) Get things done: Work together in harmony to complete tasks Think about the same objective devoted to the wellbeing of the Buahung people. The study's findings revealed that the high blood pressure risk group had an understanding of how serious the condition was. risk perception and abilities expectations At the 0.05 level, expectations for the conduct's effectiveness were significantly higher after the experiment than they were before. at the 0.05 threshold was much lower after the trial than it was before. As a result, the established model has a greater chance of influencing high blood pressure risk groups' health behaviors. The objectives were attained in Bua Hung Sub-district, Rasi Sai District, and Sisaket Province with the help of the primary healthcare system and community involvement.

Keywords: Developing Patterns, Health behaviors, Primary healthcare system, Community involvement.

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง นับเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขขณะนี้เนื่องจากเป็นภัยเงียบที่มักไม่แสดงอาการที่ชัดเจน องค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ได้ให้ข้อมูลว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีความร้ายแรง และทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต และโรคอื่น ๆ เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลก โดยพบในผู้ชายมากกว่า 1 ใน 4 และผู้หญิง 1 ใน 5 และทั่วโลกมีผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าหนึ่งพันล้านคน จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี พ.ศ. 2551-2552 กับปี พ.ศ. 2562-2563 พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69 และจากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราป่วย ต่อประชากร 1 แสนคน เท่ากับ 1,346.82, 1,080.77, 1,070.51, 1,032.91 และ 1,132.91 ตามลำดับ จะเห็นว่า พ.ศ. 2560-2563 มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดศรีสะเกษในปี พ.ศ. 2560 – 2564 จากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ต่อประชากร 1 แสนคน เท่ากับ 1,144.84, 1,318.65, 1,080.3, 1,121.16, และ 1,136.17 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาข้อมูลอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ต่อประชากร 1

แสนคน จากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ของอำเภอราศีไศล ปี พ.ศ. 2560 – 2564 เท่ากับ 1,881.4, 1,596.97, 1,422.42, 1,093.02 และ 1,212.62 ตามลำดับ จะเห็นว่า พ.ศ. 2560-2563 มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากสถานะสุขภาพของผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ของตำบลบัวหุ่ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า ประชาชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 633 คน คิดเป็น 9,656.75 ต่อประชากร 1 แสนคน และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เท่ากับ 1,584.93, 1,183.52, 1,006.31, 917.02 และ 997.43 จะเห็นว่าข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่สอดคล้องกับข้อมูลภาพรวมระดับจังหวัด และภาพรวมของประเทศไทย นั่นคือ มีอัตราการลดลง ในปี พ.ศ. 2560-2563 และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 และนอกจากนี้ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2564 ตำบลบัวหุ่ง มีประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1,825 ราย พบผู้มีภาวะเสี่ยง จำนวน 706 คน คิดเป็นร้อยละ 38.68 ส่งผลให้ตำบลบัวหุ่งมีอัตราการค้นพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุดในอำเภอราศีไศล

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ และมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชนมากที่สุด จึงควรบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยง แต่ปัจจุบันพบว่า ภาระงานของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน

ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการคัดกรองในชุมชนกับประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป เพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ในชุมชน และการคัดกรองสุขภาพพื้นฐานผู้สูงอายุ แต่การดำเนินการหลังจากการคัดกรองในชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขแล้ว ยังมีการดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้ไม่มาก และภาระงานที่มากอีกส่วนคือ บทบาทในด้านการรักษาพยาบาลประชาชนที่ป่วยแล้ว และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่เป็นการป้องกันระดับตติยภูมิ ส่วนงานด้านที่เป็นการป้องกันความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคที่เป็นการจัดการสภาพแวดล้อม หรือการจัดการเชิงนโยบายยังมีน้อยมาก (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2565) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ้ง ได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนม่วง ในปี พ.ศ. 2565 และในปีงบประมาณ 2566 ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งในแผนพัฒนาดังกล่าวได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ต้องอาศัยตัวบุคคลเอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (กองสุขศึกษา, 2556) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ โดยนำแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มาเป็นกรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ผู้วิจัยพบว่า PRECEDE PROCEDE (Green & Kreuter, 1999) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคลที่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก รวมถึงทฤษฎีทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ได้ให้ความสำคัญต่อการช่วยให้บุคคลและชุมชนได้เข้าใจปัญหาของตนเอง เห็นความสามารถของคนที่จะนำไปสู่การกระทำที่แก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น Rogers Ronald W.(1986) และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) (Roger, 1986) เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งกำลังคุกคามอยู่นั้น ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคคือ

การแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง มีความเชื่อในตัวเอง เน้นแรงขับเคลื่อนภายในตัวบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น การตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายที่มาคุกคามนั้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือ เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการจัดระบบบริการปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษจังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษจังหวัด ศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory action research :PAR) Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995) ตามกรอบแนวคิดของ เคมิสมและแมกแท็คกาท(Kemmis & Mc Taggart, 1990) ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วงรอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาร่างเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในประชากรกลุ่มเล็กแล้วนำประเด็นปัญหาที่พบมาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความ

เที่ยงตรง สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย(Participants) ประกอบด้วย 2 กลุ่มดังต่อไปนี้ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 50 คน
เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1.1.กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการจำนวน 10 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรตามโครงสร้างเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบัวหุ้ง-ดอนมั่ว, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชีไศล และจากโรงพยาบาลราชีไศล จำนวน 10 คน

1.2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอสม.ในเขตตำบลบัวหุ้ง จำนวน 40 คน

2.กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินรูปแบบ ได้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2564 ตำบลบัวหุ้ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษโดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จีรวัฒนกุล, 2557) (simple random sampling) จำนวน 80 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - พฤษภาคม 2566

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 ศึกษาบริบท สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ตำบลบัวหุ้งจากฐานข้อมูล Health Data Centerและวิเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเดิม ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 จัดประชุมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคืนข้อมูล และชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน จากนั้นสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิดในการเก็บข้อมูล ร่วมสรุปข้อมูลจากแบบสอบถามและวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2. ระยะออกแบบและพัฒนารูปแบบ

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

จัดประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบัวหุ้ง-ดอนมั่ว เพื่อระดมสมองร่วมออกแบบ และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

- ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model มาใช้เป็นกรอบกำหนดรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยทั้งสามส่วนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

- ร่วมจัดทำแผนส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านปัจจัยนำผู้วิจัยได้เสนอให้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ มาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรับรู้ และการเผชิญปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนด้านปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ได้มีการร่วมกำหนดรูปแบบกิจกรรมโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน และทีมสหวิชาชีพเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบัวหุ้ง-ดอนมั่ว

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ระดมสมอง เพื่อหาวิธีการสร้างปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- จัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยส่งเสริมการรับรู้และการเผชิญปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวังในประสิทธิภาพของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation)

การติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และทีมบุคลากรเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบัวหุ้ง-ดอนมั่ว ร่วมสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews)

ร่วมประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1) ประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

2) ประเมินกระบวนการดำเนินงาน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)

1. จัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานต่อชุมชน เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนรับทราบ เพื่อรับรู้คุณค่าของการดำเนินงานร่วมกัน เป็นการกระตุ้นให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่อง ยั่งยืน

2. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่มีส่วนร่วมในการสรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา

3. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน มาวิเคราะห์และพิจารณาร่วมกัน เพื่อสรุปและถอดบทเรียน สะท้อนผลการดำเนินงาน ในทุกขั้นตอนและวางแผนในการ แก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

3. ระยะหลังดำเนินการ

หลังการดำเนินงานตามขั้นตอน PAOR ครบ 1 วงรอบ ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องร่วม สรุปผลการพัฒนารูปแบบ และสังเคราะห์ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อรักษาจุดแข็ง และวางแผนนำ รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ซ้ำเพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบ ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปลายเปิด เกี่ยวกับ รูปแบบการ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูงในชุมชน จำนวน 6 ข้อ

นอกจากนี้ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการศึกษา เอกสาร การสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้ง ข้อมูลจากการสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 80 คน แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ในการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรค ความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตรา ประเมินค่า 3 ระดับ มีความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.70 และ 0.82 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ และความคาดหวังใน ประสิทธิภาพของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบมาตราประเมินค่า 3 ระดับ มีความ เชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบ มาตราประเมินค่า 3 ระดับ มีความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.68

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูล แล้ว นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียง เพื่อนำไปใช้ ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูล ค่าสถิติ t-test ใช้ทดสอบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ก่อนและหลังดำเนินการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-078 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วย ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบัวหุ่ง อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา ในครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตาม ความมุ่งหมายของการวิจัยดังนี้

1. **ด้านบริบท** ตำบลบัวหุ่ง เป็น 1 ใน 13 ตำบล ในเขต อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่ครอบคลุม 18 หมู่บ้าน มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 37 ตารางกิโลเมตร โดยตำบลบัวหุ่ง อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอราศีไศล เป็นระยะทาง 6 กิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 6,553 คน แบ่งเป็น เพศชาย 3,228 คน เพศหญิง 3,325 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติลาว สาเหตุ การเจ็บป่วยย้อนหลัง 3 ปี 5 อันดับที่พบบ่อย ได้แก่ โรคระบบ ทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหาร โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โรคระบบกล้ามเนื้อ และโรคในช่องปาก

ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2564 ตำบลบัวหุ่ง พบว่ามีประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.68 ซึ่งนับว่ามีอัตราการค้นพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต สูงสูงที่สุดในอำเภอราศีไศล

การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวหุ่ง ได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอน ม่วง ในปี พ.ศ. 2565 บทบาทของเครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิในการส่งเสริม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่มีความ ชัดเจนและเป็นระบบเช่นกับการดูแลรักษาในกลุ่มที่ป่วยเป็น โรคแล้ว ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการตรวจจากแพทย์ตามนัด โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพจะออกให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบัวหุ่งเดือนละ 1 ครั้ง มีระบบการให้คำปรึกษา รายกลุ่ม และติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องโดย

3 หมอในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและติดตามเยี่ยมโดยหมอบุคลากรที่ 1(อาสาสมัครสาธารณสุข) การตรวจประเมินความเสี่ยง การวางแผนการดูแลโดยหมอบุคลากรที่ 2 (บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)และการวางแผนการรักษาโรคและคำแนะนำโดยหมอบุคลากรที่ 3 (แพทย์famed)

ในการจัดประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อคืนข้อมูลและชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามปลายเปิดในการสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มตัวอย่าง 50 คน พบว่า ส่วนใหญ่รู้สึกไม่สบายใจที่ตำบลบึงทุ่งนกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และควรสร้างความตระหนักเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับคนในชุมชน เมื่อถามถึงสาเหตุที่ทำให้ตำบลบึงทุ่งนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวนมาก ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าเกิดจากพฤติกรรมการกิน ทุกกลุ่มวัยนิยมกินหมูกระเทียมก็ถึงสำเร็จรูป เนื่องจากเข้าถึงง่าย สะดวก แพทย์ทุกครัวเรือนชอบอาหารรสจัด มีรสเค็ม และไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย มักติดบ้าน ไม่ออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ลดอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ออกกำลังกาย และรู้จักผ่อนคลายความเครียด ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา จากการคืนข้อมูลทำให้มีข้อเสนอว่าควรจะมีกระบวนการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลยังไม่เคยมีส่วนร่วมขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ต้องการให้ประชาชนเกิดความตระหนักรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และมีกระบวนการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. กระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบึงทุ่ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ

กระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบึงทุ่ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบึงทุ่ง-ดอนมดแดง และภาคีเครือข่ายในชุมชน ตำบลบึงทุ่ง ได้ร่วมวางแผนโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model มาใช้เป็นกรอบกำหนดรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสรุปรูปแบบการดำเนินได้ดังนี้

ด้านปัจจัยนำ

ด้านปัจจัยเสริม

1. มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) มาใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้และการเผชิญปัญหาในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน โดยทีมวิทยากร ประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ จากเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิบึงทุ่ง-ดอนมดแดง มีการแนะนำให้รู้จัก 3 หมอในระบบบริการปฐมภูมิ

ด้านปัจจัยเอื้อ

ภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้นำเข้าที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อร่วมกำหนดปัจจัยเอื้อให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และประชาชนในตำบลบึงทุ่งลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง สรุปข้อตกลงร่วมในที่ประชุม ที่นำสู่การปฏิบัติในชุมชนได้ดังนี้

1. กำหนดผู้ใหญ่บ้าน ขอความร่วมมือทุกหลังคาเรือนในการจัดอาหารในงานบุญประเพณี ให้เป็นอาหารลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ พบว่า ร้อยละ 74 ของงานบุญประเพณี ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อกำหนด

2. การจัดหาอาหารว่างและเครื่องดื่ม ในการประชุมของทุกหน่วยงานในตำบลบึงทุ่ง ให้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ ดชนมหวานจัด เน้นผลไม้ และน้ำดื่มให้เป็นน้ำเปล่าหรือน้ำสมุนไพรหวานน้อย หรือหวานธรรมชาติ

3. ขยายผลจากงานศพปลอดเหล้า เป็นงานบุญประเพณีปลอดเหล้า โดยมีมติที่ประชุม ได้กำหนดให้มีงานบุญปลอดเหล้า ได้แก่ บุญบั้งไฟ ประเพณีลอยกระทง

4. บูรณาการร่วมกับงานคุ้มครองผู้บริโภค ในการออกตรวจร้านอาหาร โดยขอความร่วมมือร้านอาหารตามสั่ง ร้านส้มตำ ปิ้งย่าง ไม่เค็มจัด โดยใช้เครื่องวัดปริมาณเกลือในอาหาร ในการตรวจสอบ

5. จัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบแอโรบิค โดยใช้สถานที่อาคารเอนกประสงค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงทุ่ง

6. ข้อเสนอที่ประชุมให้ยกย่องชมเชยผู้นำตำบล โดยนำเสนอส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บรรจุในธรรมนูญตำบลด้วย

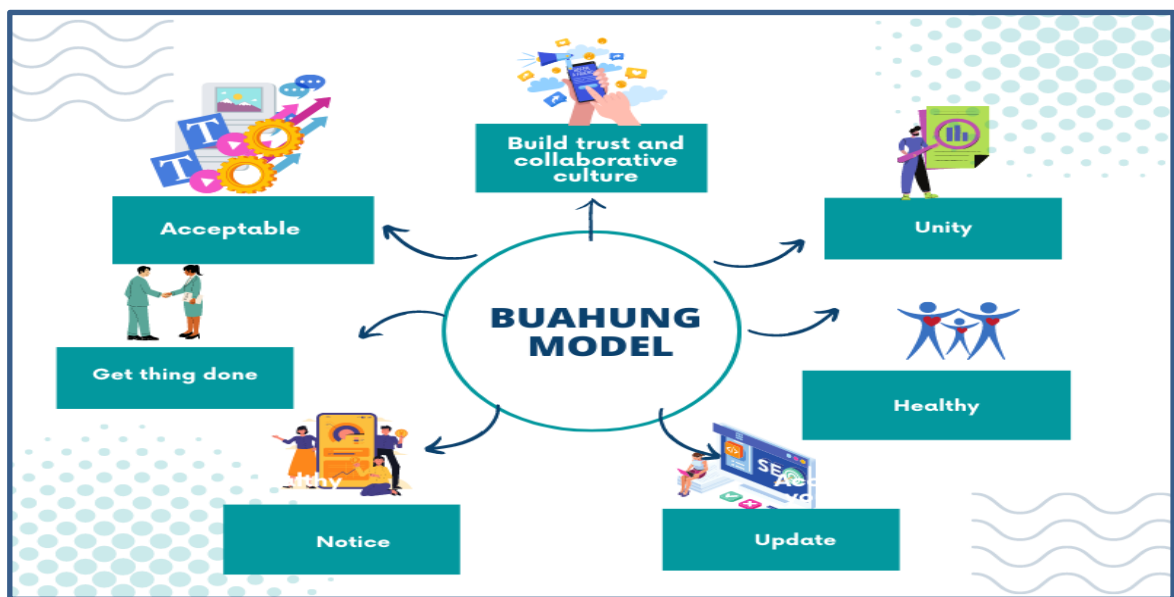
1. มีระบบการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเสริมพลังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยหมอคนที่ 1 ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (อสม.) โดยติดตามเยี่ยมประเมินเป็นระยะ พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน และส่งต่อให้หมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) หากพบปัญหา

2. การให้คำปรึกษารายกลุ่ม โดยหมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 ในกรณีที่กลุ่มเสี่ยงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

3. ระบบให้คำปรึกษาผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ โดยหมอคนที่ 2

4. จัดตั้งชมรมคนบวทุ่งสุขภาพดี

3. รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบวทุ่ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษได้แก่การประชุมกลุ่ม การสะท้อนปัญหา การออกแบบกิจกรรมร่วมกันของทีมผู้เข้าร่วมการวิจัย จนได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงคือ BUAHUNG Model ซึ่งคนในตำบลบวทุ่งได้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา การออกแบบกิจกรรมโดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ใช้กลไก ผู้นำ ผู้ตาม ผู้ปฏิบัติที่เข้มแข็งจริงจัง การตั้งเป้าหมายร่วมให้คนบวทุ่งสุขภาพดี มีอายุยืนยาวและที่สำคัญมีการกำหนดนโยบายโดยใช้หลักคนร่วมคิด คนร่วมพัฒนา รวมถึงการยกระดับการดำเนินงาน 3 หมอเข้มแข็ง ส่งผลให้มีการขมวดเกลียวของรูปแบบการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ยั่งยืน ตามที่ผู้วิจัยได้สรุปองค์ประกอบของโมเดลประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1) Build trust and collaborative culture :การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการร่วมวิเคราะห์ วางแผน และจัดให้มีรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม 2) Unity: มีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน 3) Acceptable: ผู้ปฏิบัติยอมรับและเต็มใจ เข้าถึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง 4) Healthy: สุขภาพดี ไม่มีโรคภัย 5) Update: ปรับปรุงกระบวนการให้ทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีมาเชื่อมต่อบบบออนไลน์ 6) Notice: การแจ้งเตือน โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือนและการให้การศึกษาโดย 3 หมอ 7) Get thing done: ความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน มุ่งมั่นเพื่อสุขภาพดีของคนบวทุ่ง ต่อไป



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบวทุ่ง อำเภอราชีไศล จังหวัดศรีสะเกษ คือ BUAHUNG Model

3. ผลการประเมินรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบวทุ่ง ดังนี้

3.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้ความรุนแรงของโรค เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.65 คะแนน (95%CI=3.48-3.82) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้น 4.12 คะแนน (95%CI=4.62-4.63) ผลต่างค่าเฉลี่ยของความคาดหวังใน

ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 6.43 คะแนน (95% CI=5.99-6.85) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น 3.89 คะแนน (95%CI=3.54-4.05) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและ ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลัง-ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=80)

รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	10.65(10.52)	14.30(1.03)	3.65	3.48-3.82	43.65	<0.001**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	12.30(0.96)	16.43(2.18)	4.12	4.62-4.63	16.30	<0.001**
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	12.43(0.57)	18.85 (1.78)	6.43	5.99-6.85	30.02	<0.001**
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	8.19(0.62)	11.99(0.93)	3.89	3.54-4.05	5.78	<0.001**

p-value= 0.001

3.2.การเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้านการสูบบุหรี่ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพได้แก่ ระดับความดันโลหิตตัวบน ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ดัชนีมวลกาย พบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้น 3.80 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 4.06 ค่าเฉลี่ยของคะแนนการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียดเพิ่มขึ้น 2.98 ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 2.98 ค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 1.54 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบนลดลง -12.53 ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่างลดลง -6.09 และ ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายลดลง -3.47 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

รูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	ก่อนพัฒนา (n=80) Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา (n=80) Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ด้านการควบคุมอาหาร	8.18(0.62)	11.98(0.93)	3.80	3.55-4.05	29.76	<0.001**
ด้านการออกกำลังกาย	8.16(0.58)	12.23 (1.27)	4.06	3.82-4.31	32.84	<0.001**
ด้านการพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด	5.93(3.68)	8.92(0.38)	2.98	2.86-3.11	49.54	<0.001**
ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	1.50(0.89)	3.34(0.87)	1.84	1.63-2.04	18.13	<0.001**
การสูบบุหรี่	1.08(0.36)	2.63(0.64)	1.54	1.38-1.70	18.89	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวบน	149.48 (6.21)	82.46(6.25)	-4.25	-11.91- -8.64	-12.53	<0.001**
ระดับความดันโลหิตตัวล่าง	87.09(3.22)	46.08(5.31)	-15.90	-6.14- -3.11	-6.09	<0.001**
ดัชนีมวลกาย	23.06(1.33)	22.97(1.24)	-0.08	-0.13—0.37	-3.47	<0.001**

P-value =0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบัวหุ่ง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของพบว่าตำบลบัวหุ่งยังไม่มีแผนชัดเจนและเป็นระบบ ประชาชนขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเก็บข้อมูล การประชุมกลุ่มระดมสมองและออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกัน การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง การจัดการบริการสุขภาพด้านการรักษาให้ผู้รับบริการเข้าถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยหมอคนที่ 1

หมอคนที่ 2 ให้ความรู้แนวทางปฏิบัติตัวและหมอคนที่ 3 ให้การรักษามีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องของหมอคนที่ 1 และครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง การให้สุขศึกษาในระบบออนไลน์ สื่อการเรียนรู้เข้าถึงง่ายและทันสมัยจนได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในตำบลบัวหุ้งคือ BUAHUNG Model ได้แก่ 1) Build trust and collaborative culture : การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการร่วมวิเคราะห์วางแผน และจัดให้มีรูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม 2) Unity: มีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน 3) Acceptable : ผู้ปฏิบัติยอมรับและเต็มใจ เข้าถึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง 4) Healthy: สุขภาพดี ไม่มีโรคภัย 5) Update: ปรับปรุงกระบวนการให้ทันสมัยโดยใช้เทคโนโลยีมาเชื่อมต่อบนออนไลน์ 6) Notice : การแจ้งเตือนโดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือนและการให้การปรึกษาโดย 3 หมอ 7) Get thing done: ความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน มุ่งมั่นเพื่อสุขภาพดีของคนบัวหุ้ง ส่วนการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่า ระดับคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความคาดหวังในการปฏิบัติตัวและประสิทธิภาพการรักษาของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทาน อาหาร ด้านการออกกำลังกาย การพักผ่อน ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและระดับของความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ยลดลง ดิชนิมวลกายมีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงการที่ภาคีเครือข่ายในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทำให้ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์และความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ตำบลบัวหุ้ง เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน นอกจากนั้นการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ศิริพรรณ บุตรศรี, 2558) และใช้นาระบบสุขภาพปฐมนุญมาช่วยในการจัดกระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่การติดตามอย่างต่อเนื่องโดยเครือข่าย 3 หมอ ตั้งแต่หมอคนที่ 1 คือ อสม. หมอคนที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ

หมอคนที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้กลุ่มเสี่ยงเห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงข้อมูล และความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและที่สำคัญรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่พัฒนาขึ้นยังมุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องซึ่งจะส่งผลให้ความเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลงอย่างต่อเนื่องรวมถึงการสร้างการรับรู้ให้ครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงย่อมจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้โอกาสของการเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของนพพร วุฒิธรรมและคณะ (2562) ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรี การสร้างวิสัยทัศน์คือ “ลดเกลือ-ลดโรค” แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย แผนจัดเมนูสุขภาพ แผนสร้างกิจกรรมทางกาย แผนผ่อนคลาย และแผนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการตามแผน ปรับแผน และประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมได้แก่เพื่อนความดัน ลดเค็ม-ลดเกลือโซเดียม ขยับกายหายจากโรคเมนูสุขภาพ พลังครอบครัว เรียนรู้เพื่อสุขภาพ และสุขภาพดีวิถีพุทธตามบริบทและวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติและใกล้เคียงปกติ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การขยายระยะเวลาในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลบัวหุ้งไประยะเวลา 1 ปีเพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องและสามารถแก้ไขปัญหในพื้นที่ตำบลบัวหุ้งได้จริง
2. ควรมีการใช้เครื่องมือใหม่มาปรับใช้ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตำบลบัวหุ้งเพื่อให้เกิดกระบวนการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น เช่น การนำธรรมนูญตำบลมาปรับใช้เพื่อให้เกิดการยกย่องและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างกระแสอย่างต่อเนื่องและสร้างการรับรู้ในวงกว้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361. (16 ตุลาคม 2565)
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี : กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ.
4. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ประชาธิป กะทา. (2551) “ปรัชญาสุขภาพปฐมภูมิ” ใน นิตยสารสุขภาพ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2551,หน้า 42-47
5. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ประชาธิป กะทา. (2551) “ปรัชญาสุขภาพปฐมภูมิ” ใน นิตยสารสุขภาพ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2551,หน้า 42-47
6. ศิริพรรณ บุตรศรี (2558). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. นวพร วุฒิธรรมและคณะ .(2562).การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาลดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรี.พยาบาลสาร ปีที่ 46 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2562.
8. สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ. (2565). ระบบบริการปฐมภูมิกับการสร้างเสริมสุขภาพ : ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). กรุงเทพฯ : สหมิตรพรินต์แอนด์พับลิชชิง
9. อรุณ จิรวน นกุล.(2557).สถิติในงานวิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม..บริษัทวิทยพัฒน์ กรุงเทพฯ.
10. WHO. (2565). Hypertension. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1. (14 ตุลาคม 2565). WHO. (2565). Hypertension. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1. (14 ตุลาคม 2565)
11. Rogers Ronald W. (1986). "Protection Motivation Theory," Health Education Research Theory and Practice. 1 : 153-161.
12. Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). Health promotion planning aneducational and ecological approach. (3rded.). Toronto: Mayfield.
13. Phuangsomjit. (2014). Participatory Action Research on Research in Educational Administration. (Book 2 (Unit 6-10); 3rd edition). Bangkok: Sukhothai Thammathirat Open University.(in Thai).
14. Loewenson, R. (2014). Partici Patory Action Research in Health Systems: a Method Reader. Canada: Equinet.
15. Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995). Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
16. Koch, T., & Kralik, D. (2006). Participatory Action Research in Health Care. USA: Blackwell Publishing Ltd

ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

Factors affecting falls among the elderly in Huai Thap Than District, Sisaket Province.

บุญณดา โสพัฒน์^{1*}
Boonnada Sopat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 330 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างวันที่ 11 มีนาคม 2566 ถึง 2 พฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการหาปัจจัยทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม แสงสว่างในบ้านและห้องน้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มและเพศหญิง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 20.30 ($R^2=0.203$, $R^2_{adj}=0.178$, $SE_{est}=4.215$, $F=8.221$, $p<0.016$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 จากผลการวิจัยพบว่าแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ : ปัจจัย พฤติกรรม การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

Abstract

In Huai Thap Than District, Sisaket Province, the goal of this cross-sectional analytical research is to investigate the factors that contribute to falls among the elderly. 330 residents of Huai Thap Than District, Sisaket Province, made up the sample. A questionnaire that the researcher prepared was used to gather the data. March 1, 2023, to May 3, 2023, is the research period. Utilizing descriptive statistics, data were examined. The 25th and 75th percentiles, as well as frequency, percentage, mean, standard deviation, and mean were employed. Multiple regression analysis was utilized to identify the predicted elements using inferential statistics. The study's findings indicated the elements influencing senior fall risk. There are a total of 4 factors in the Sisaket Province's Huai Thap Than District: social support lighting for the home and bathrooms perceived fall risk. Feminine gender They can all be used to describe how different factors increase geriatric fall risk. At the 0.05 level, the percentage of 20.30% in Huai Thap Than District, Sisaket Province ($R^2=0.203$, $R^2_{adj}=0.178$, $SE_{est}=4.215$, $F=8.221$) was statistically significant. The research's findings revealed that the preventative recommendations for the elderly were inadequate. in the province of Sisaket, Huai Thap Than District Such elements ought to be considered.

Keyword: Factors affecting, Behavior, falls among the elderly

^{1*}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
boonnadasopat@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกในปัจจุบัน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนทั่วโลกกลายเป็นสังคมสูงอายุ (United Nations, 2020) ประชากรในอาเซียนก็กำลังมีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันประเทศในภูมิภาคอาเซียนก็กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ซึ่งประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว มีทั้งหมด 3 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 20,17 และ 11 ตามลำดับ(United Nations,2020) ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ และต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ จนก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ในปี 2560 – 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงานเพิ่มสูงขึ้น จาก 4.06 ล้านคน ในปี 2560 เป็น 4.36 ล้านคน ในปี 2561 และลดลงเล็กน้อยเป็น 4.23 ในปี 2563 หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็น 4.88 ล้านคน ในปี 2564 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2564: นิภา ศรีช้างและคณะ, 2564) สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ทำให้ต้องมีการ รักษาที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้สูงอายุจึงต้องการการพึ่งพิงมากขึ้น ประกอบกับร่างกายที่เสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีการผิดรูปของข้อต่อต่าง ๆ ส่งผลให้มีการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติที่ตามมาและเกิดความ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 1 ใน 3 หรือมากกว่า 3 ล้านคนพลัดตกหกล้ม มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชายกว่า 1.6 เท่า โดยร้อยละ 60 พลัดตกหกล้มจากการลื่นสะดุด หรือก้าวพลาด บนพื้นระดับเดียวกัน มีเพียงร้อยละ 5 ที่ตกหรือลื่นจากขั้นบันได ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยหลายด้านด้วยกัน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย ทั้งการมองเห็น การเดิน การทรงตัว โรคประจำตัว 2) ด้านพฤติกรรม คือ การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นลื่นต่างระดับ บันไดไม่มีราวจับ และ 4) ด้านจิตใจ ขาดความมั่นใจในการเดิน ซึ่งการบาดเจ็บภายหลังการพลัดตกหกล้ม มีตั้งแต่

อาการเล็กน้อย เช่น อาการฟกช้ำ แผลถลอก กระดูกหัก จนถึงขั้นรุนแรง และเสียชีวิตได้ ดังนั้น การป้องกันที่สำคัญคือ ควรมีการออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง เพื่อช่วยการทรงตัว รวมทั้งควรมีการประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ ปัจจัย โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติหกล้ม(กรมอนามัย,2565)

การพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี 2555 (เฉลี่ยวันละ 1,160 คน) สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า ความเสี่ยงพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ ภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากภาวะหกล้มในวัยอื่นอาจดูว่า เป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นได้ แต่ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ไม่ถือว่าเป็นเรื่องปกติ แต่ถือว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) เนื่องจากพบได้บ่อยและมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาสาเหตุ ให้การรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ ความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพลัดตกหกล้มในชุมชนในช่วง 6 เดือน ร้อยละ 20 ความชุก ในผู้หญิง ร้อยละ 24.1 ผู้ชาย ร้อยละ 12.1 โดยในแต่ละปีมีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่หกล้ม จะเกิดภาวะหกล้มซ้ำซ้อน แต่อุบัติการณ์ของภาวะหกล้มมักต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นเรื่องปกติของ วัยสูงอายุ และพบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มแล้วมีกระดูกสะโพกหัก ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 ใน 4 จะเสียชีวิตในเวลา 1 ปีต่อมา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2562) และในปี 2565 จะพบอุบัติเหตุผู้สูงอายุหกล้มประมาณ 3 ล้านราย และบาดเจ็บต้องเข้ารับรักษา ในโรงพยาบาลมากกว่า 60,000 รายต่อปี โดยมีผู้เสียชีวิตจากการหกล้มเฉลี่ย วันละ 4 ราย และยังเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดความพิการ ส่งผลกระทบต่อจิตใจ หวาดกลัวการหกล้ม และต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น กระทั่งต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและสังคม ซึ่งการพลัดตกหกล้มมักเกิดขึ้นในช่วงฤดูฝนและฤดูหนาว ร้อยละ 80 โดยจุดเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังคือ พื้นเปียก ลื่น รวมทั้งเรื่องใกล้ตัวที่ไม่ควรมองข้าม คือ รองเท้าที่สวมใส่ควรเลือกรองเท้าที่มีพื้นมีดอกยาง เพื่อป้องกันการลื่น (กรมควบคุมโรค,กระทรวงสาธารณสุข,2565)

จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 262,087 คนจากประชากรทั้งหมด 1,536,897 คิดเป็นร้อยละ 17.05 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 7,127 คน จากประชากรทั้งหมดจำนวน 42,194 คน คิดเป็นร้อยละ 16.87 ยังคงเป็นระดับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ปี 2565 มีการคัดกรองภาวะข้อเข่าจำนวน 4,435 คน คิดเป็นร้อยละ 62.23 พบข้อเข่าผิดปกติ จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 คัดกรองภาวะหกล้ม 4,604 คน คิดเป็นร้อยละ 64.60 พบผิดปกติ จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 4.30 คัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 4,654 คน คิดเป็นร้อยละ 64.59 พบติดสังคม 4,173 คน คิดเป็นร้อยละ 89.33 ติดบ้าน 432 คน คิดเป็นร้อยละ 9.28 ติดเตียง 49 คน คิดเป็นร้อยละ 1.06 และปี 2565 จากข้อมูลผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล ห้วยทับทัน ด้วยอุบัติเหตุเกี่ยวกับพลัดตกหกล้ม จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 1.76 ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุของผู้สูงอายุอำเภอ ห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำมาออกแบบในการดูแล ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย ภาวะ โภชนาการ การเจ็บป่วย ประวัติการพลัดตกหกล้ม

1.ปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกาย

1.1..ปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การควบคุมการทรงตัว การเคลื่อนไหว

1.2.ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประวัติการหกล้ม สถานที่ หกล้ม สาเหตุของการล้ม ผลของการหกล้ม การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ลักษณะบ้าน ห้องนอน พื้นบ้าน สภาพห้องน้ำห้องส้วม แสงสว่างภายในบ้าน การจัดของภายในบ้าน พรหมเช็ดเท้า บันไดบ้าน

-ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบ

- แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม

- การรับรู้ความรุนแรง

- การรับรู้อุปสรรคในการพลัดตกหกล้ม

- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว

- การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติตัว

- แรงสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตก หกล้ม ของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย ภาวะโภชนาการ การเจ็บป่วย ประวัติการพลัดตกหกล้มที่มีผลต่อภาวะการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

2.3.เพื่อศึกษาปัจจัยปัจจัยภายนอก ปัจจัย

ภายในของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านจิตวิทยา การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงระบบการคัดกรองและการรักษา ระบบการป้องกันผู้สูงอายุหกล้มในชุมชนที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอ ห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทันจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

2.กลุ่มตัวอย่าง

2.1.กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 330 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลีและแม็กเวล (Kelly & Maxwell, 2003) นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{xxj}^2} \right) \left(\frac{\chi_{(1-\gamma; N-1)}^2}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดยที่:

N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohan (1988)

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 4 predictors)

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2564) เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการติดเชื้อโรคหนองปวยในผู้สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ ($R^2 = 0.162$)

R_{x-xj}^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่นๆ ($R^2 = 0.095$)

$\chi_{(1-\gamma; N-1)}^2$ = ควอไทล์ที่ $1-\gamma$ ของการแจกแจงไครสแควร์มีองศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom; df) เท่ากับ $N-1$

ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 164 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) ที่เกิดจากการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) เท่ากับ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง 328 คน ซึ่งในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 330 คน ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเริ่มจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) โดยเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 6 ตำบลสุ่มเลือกตำบลจำนวน 3 ตำบล สุ่มเลือกหมู่บ้านจาก 3 ตำบลได้จำนวน 10 หมู่บ้านและสุ่มจำนวนครัวเรือน

จากหมู่บ้านจำนวน 10 หมู่บ้าน ในแต่ละหมู่บ้านสุ่มผู้สูงอายุให้ครบจำนวนโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย เพื่อให้ได้ตัวอย่างตามต้องการตามสัดส่วนในแต่ละชุมชนตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

ตารางที่ 1 ขนาดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	หมู่ที่	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ	จำนวนตัวอย่าง(คน)
ตำบลเมืองหลวง	หมู่ 1 บ.เมืองหลวง	72	21
	หมู่2 บ.เมืองหลวง	154	45
	หมู่3 บ.เมืองหลวง	144	42
	หมู่ 4 บ้านหนองดินจี่	54	16
ตำบลห้วยทับทัน	หมู่ 6 บ้านหนองสิมน้อย	119	35
	หมู่3 บ้านบกพอก	131	38
	หมู่ 2บ้านหนองสิมใหญ่	183	53
ตำบลปราสาท	หมู่ 3 บ.หนองชะ	120	35
	หมู่10 บ.ระหุ่ง	76	22
	หมู่14 บ.ศาลากัลพฤกษ์	83	24
รวมทั้งหมด (คน)		1,136	330

2.2.ตัวแปร

(1) ตัวแปรต้น (Independent variables)
ได้แก่ ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ การอยู่อาศัยอยู่กับใคร ภาวะโภชนาการ การเจ็บป่วย ประวัติการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านจิตวิทยา แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค

(2) ตัวแปรตาม (Dependent variable)
คือพฤติกรรมความปลอดภัยของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

3.พื้นที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

4.ระยะในการวิจัย ระหว่างเดือน 11 มีนาคม – 2 พฤษภาคม 2566

5.วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

(1)ขั้นเตรียมการ

1)ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษถึงสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทันและนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2)ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอกลุ่มเป้าหมาย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

3) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

(2) ขั้นตอนการ

1) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

2) ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 330 ฉบับ

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

6.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น7 ส่วน

6.1แบบสัมภาษณ์ (Questionnaire) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษโดยแบ่งเป็น 8 ตอน ดังต่อไปนี้ได้แก่แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกายต่อการพลัดตกหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการพลัดตกหกล้ม โดยให้เลือกข้อคำตอบตามที่กำหนดให้ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและผลกระทบ ให้เลือกตอบ ถูก ผิดและแบบสัมภาษณ์แบบมาตราส่วนได้แก่ แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม .การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม .การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมในการป้องกัน ภาวะพลัดตกหกล้ม โดยให้เลือกระดับคะแนนตามความคิดเห็นตั้งแต่คะแนนที่ 1-5 คะแนน ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ส่วน พฤติกรรมการปฏิบัติตัวแบบมาตรฐานแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ปฏิบัติประจำ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อย 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน และจัดระดับความรู้ การรับรู้ ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมในการป้องกัน ภาวะพลัดตกหกล้ม เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ประเมิน แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

คะแนน ร้อยละ 80 - 100 มีความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม อยู่ในระดับมาก

คะแนน ร้อยละ 60 - 79 มีความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60 มีความรู้มีความรู้ การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม อยู่ในระดับน้อย

6.2 การสร้าง การพัฒนา คุณภาพเครื่องมือ (Validity & Reliability)

6.2.1 ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นโดยได้ศึกษา ข้อมูลจากตำรา ทฤษฎี หนังสือต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.2.2 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับ งานวิจัยไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำเสนอผู้เชี่ยวชาญ เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา ของคำถามในแต่ละข้อว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการวิจัย ครั้งนี้หรือไม่ ความครอบคลุมของเนื้อหา รวมถึงความ เหมาะสมของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมทั่วไปของ แบบสอบถามเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบหาความ เชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้อง ระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1

6.2.3 การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นไปทดลองใช้(Try Out)กับ ภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ของแบบสอบถามทำการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอน บาค(Cranach's' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ของปัจจัยด้านร่างกายเท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

เท่ากับ 0.76 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.82 ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 0.80 ปัจจัย ด้านการรับรู้ความรุนแรงเท่ากับ 0.78 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประโยชน์เท่ากับ 0.79 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค 0.76 ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตน เท่ากับ 0.83 พฤติกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.78 ตามลำดับ คำนวณ ค่าสัมประสิทธิ์โดยใช้ Kuder-Richardson-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยด้านความรู้ และผลกระทบต่อภาวะพลัดตกหกล้ม เท่ากับ 0.78

7.การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Study)

ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

7.2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยการศึกษา ความสัมพันธ์เชิงเดียว (Bivariate analysis) ใช้การวิเคราะห์ ความสัมพันธ์โดยวิธีของ Pearson's moment Product และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression แบบ Step wise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษได้รับการ รับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่SPPH 2023-034 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุในอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษผลการวิจัย ต่อไปนี้ จำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (1)กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุส่วน ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.8 อายุเฉลี่ย 71.39 ปี (SD=0.49) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 79 ประกอบ อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.0 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4525.94 บาทต่อเดือน (SD=6743.92) รายได้เฉลี่ยของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเท่ากับ 801.7 บาท (SD=1195.5) สถานภาพการอยู่อาศัย อยู่กับบุตรมากที่สุดร้อยละ 46.7 พบโรคจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 45.0 และพบผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 55

โดยพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.4 ส่วนมากมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 66.9 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีร้อยละ 84.1การได้รับความช่วยเหลือจากสังคมส่วนมากได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาได้แก่การได้รับความช่วยเหลือด้าน

(2) ปัญหาด้านสุขภาพที่มีปัญหาต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุได้แก่ การไต่ยีนลดลงคิดเป็นร้อยละ 65.4 การมองเห็นไม่ชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 3.7 การได้ยินไม่ชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 6.3 พบหูตึงทั้ง 2 ข้างร้อยละ 2.3 พบการเดินโดยใช้อุปกรณ์ร้อยละ 16.1มีประวัติเคยหกล้มร้อยละ 16.4 ส่วนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ล้มมาจากการเดินสะดุดคิดเป็นร้อยละ 11 รองลงมาคือก้าวพลาดร้อยละ 2.9และเวียนเป็นลมร้อยละ 1.7 การหกล้มส่วนใหญ่ไม่บาดเจ็บรุนแรงคิดเป็นร้อยละ 18.7 บาดเจ็บเล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 10.1 ส่วนใหญ่เป็นแผลฟกช้ำร้อยละ 15.6 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 68

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การพลัดตกหกล้มและผลกระทบอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.76(2.91)ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 14.44-15.06 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 72.20-75.30 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.16(4.72)ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 19.72-20.68คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 78.88-82.72การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.19(10.05) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 20.18-22.48 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 80.72-89.92 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.06(2.57) ช่วงคะแนนที่

รายได้ร้อยละ 23.6 การช่วยเหลือด้านการประกอบอาชีพร้อยละ 18.2สอดคล้องกับหน่วยงานที่สนับสนุนในการช่วยเหลือผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมาได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลคิดเป็นร้อยละ 19.3

(3) ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ลักษณะบ้านเป็นบ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูงร้อยละ 36.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนชั้นล่างคิดเป็นร้อยละ 72.6 การปูพื้นในห้องน้ำเป็นกระเบื้องแบบลื่นคิดเป็นร้อยละ 52.4 การใช้ส้วมส่วนมากเป็นส้วมนั่งยองร้อยละ 64.6 แสงสว่างเพียงพอร้อยละ 90.2จัดสิ่งของเป็นระเบียบร้อยละ 82.7 การใช้พรหมเช็ดเท้าร้อยละ 62 .0การจัดสิ่งแวดล้อมภายในเหมาะสมร้อยละ 88.9 สถาบันมีความแข็งแรงร้อยละ 83.9

เป็นไปได้ 20.79-21.34 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 83.88-85.36การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.07(0.89) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 15.97-16.16 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 63.88-64.64 การรับรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.92(2.62) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 20.63-21.20 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 82.52-84.80 แรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.74(8.62) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 61.88-63.74 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 82.50-84.98 พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.09(4.51) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 27.60-28.61 คะแนน โดยเทียบเป็นร้อยละ 76.66-79.47 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของระดับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอ ห้วยทับ
ทัน จังหวัดศรีสะเกษ (n=330 คน)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะพลัดตกหกล้มของ ผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	ช่วง คะแนน	ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน	95%CI	การแปลผล (%)
ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและผลกระทบ	0-20	14.76(2.91)	14.44-15.06	72.20-75.30
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม	5-25	20.16(4.72)	19.72-20.68	78.88-82.72
การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม	5-25	21.19(10.05)	20.18-22.48	80.72-89.92
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	5-25	21.06(2.57)	20.79-21.34	83.88-85.36
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	5-25	16.07(0.89)	15.97-16.16	63.88-64.64
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	5-25	20.92(2.62)	20.63-21.20	82.52-84.80
แรงสนับสนุนทางสังคม	15-75	62.74(8.62)	61.88-63.74	82.50-84.98
พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม	12-36	28.09(4.51)	27.60-28.61	76.66-79.47

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ (n=330 คน)แยกรายตัวแปร

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ (n=330 คน) ที่ละตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 3 ตัวแปร คือ เพศ ($r=-0.157, p<0.041$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ($r=0.217, p<0.012$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.270, p=0.002$) ส่วนปัจจัยอื่นๆไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($0.040, p<0.946$) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ($r=0.579, p<0.625$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.099, p<0.255$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.067, p<0.441$) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r=0.134, p<0.122$) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ (n=330 คน)แยกรายตัวแปร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
เพศ	-	-0.157	0.041*
อายุ	71.39(0.49)	-0.046	0.596
การศึกษาระดับศึกษา	-	-0.046	0.596
การเจ็บป่วย	-	-0.097	0.265
ภาวะโภชนาการ	-	-0.016	0.856

ตารางที่ 3 ตารางแสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฯ (ต่อ)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
การมองเห็น	-	0.048	0.578
การได้ยิน	-	0.025	0.776
การเคลื่อนไหว การเดิน	-	0.049	0.573
ประวัติการหกล้ม	-	0.038	0.662
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-	0.186	0.031
ลักษณะบ้าน	-	0.009	0.920
แสงสว่างในห้องและห้องน้ำ	-	0.286	0.002*
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม	14.76(2.91)	0.040	0.946
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม	20.16(4.72)	0.217	0.012*
การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม	21.19(10.05)	-0.043	<0.625
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	21.06(2.57)	0.099	<0.255
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม	16.07(0.89)	0.067	<0.441
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	20.92(2.62)	0.134	0.122
แรงสนับสนุนทางสังคม	62.74(8.62)	0.270	0.002*

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

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ (n=330 คน)

จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ (n=330 คน) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายได้ร้อยละ 7.3 ($R^2=0.073$) ตัวแปรที่ 2 แสงสว่างภายในบ้านและห้องน้ำสามารถทำนาย ได้ร้อยละ 6.1 ($R^2=0.061$)ตัวแปรที่ 2 แสงสว่างภายในบ้านและห้องน้ำสามารถทำนาย ได้ร้อยละ 6.1 ($R^2=0.061$) ตัวแปรที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม ได้ร้อยละ 4.2 ($R^2=0.042$) และตัวแปรที่ 4 เพศหญิงสามารถทำนายได้ร้อยละ 2.6 ($R^2=0.026$)โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษได้ร้อยละ 20.3 ($R^2=0.203$, $R^2_{adj}=0.178$, $SE_{est}=4.215$, $F=8.221$, $p<0.016$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของระดับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ (n=330)

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R ²	R ² _{adj}	Sr ²	R ² change
		B	β				
โมเดล ที่ดีที่สุด	แรงสนับสนุนทางสังคม	0.144	0.241	0.073	0.066	0.827	0.073
	แสงสว่างภายในบ้านและห้องน้ำ	2.336	0.237	0.134	0.121	0.061	0.061
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้ม	0.462	0.163	0.177	0.158	3.635	0.042
	เพศหญิง	0.065	0.041	0.203	0.178	3.589	0.026
Constant = 10.331, R ² =0.203, R ² _{adj} =0.178, SE _{est} = 4.215, F= 8.221, p < 0.016							

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 4 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ แสงสว่างภายในบ้านและในห้องน้ำ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเพศหญิง โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 20.3 (R²=20.3) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (Social Support, House, 1985) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับ เป็นการได้รับการช่วยเหลือ หรือการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเชาวน์ปัญญา ได้แก่การได้รับการกำลังใจ ได้รับการส่งเสริมซึ่งเมื่อตัวบุคคลได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆดังที่กล่าวมา จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ตัวตนได้รับความรักความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไข ปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ และมีความเครียดลดลง ส่วนผลทางด้านร่างกาย คือส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และ

ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย และมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคสูง ได้แก่ การสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของรชนีวรรณ แก้วโพนเพ็ก (2552) วรรณวิภา มาลัยทองและคณะ (2552) ศิวัญ ทองนาเมืองและจริยา ดวงสงค์ (2555) มีการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะของประชาชนในการดูแลตนเอง รวมถึง สนับสนุนแนวทางปฏิบัติตัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการใช้อัลบั้ม ภาพถ่าย วิดีทัศน์ เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพ การใช้ตัวแบบบุคคลที่ปฏิบัติดีหรือปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง และประชาชนนำผลจากการเรียนรู้ที่ได้ไปลงมือปฏิบัติด้วยตนเองในระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้บุคคลมีความรู้ มีทักษะ จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสมหรือการส่งเสริมการสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากหน่วยบริการสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวรวมถึงองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน โดยมีกระบวนการในการให้ความรู้ การสร้างกระบวนการกลุ่ม การสนับสนุนช่องทางในการติดต่อสื่อสาร การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ (Junling et al., 2018 ; Mahmood et al., 2018) ดังนั้นปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหลักที่ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทันได้ออกแบบเพื่อป้องกัน

การหกล้มผู้สูงอายุต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โสภิตา แสงนาและคณะ (2565) ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอกะเจันท์ จังหวัด ชลบุรีในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอกะเจันท์ จังหวัดชลบุรีที่มีอายุ 60-70 ปี สุ่มอย่างง่าย เลือก ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลกะเจันท์เป็นกลุ่ม ทดลองจำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุมในตำบลใกล้เคียง จำนวน 32 คนโดยการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มประกอบด้วย การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นให้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. กลุ่มเพื่อน รวมถึง ญาติที่จะช่วยสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกและการมีส่วนร่วมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วยการประเมิน ความเสี่ยงและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวรรณ สมตน (2556) ที่มีการสนับสนุนในการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความพร้อมและสมัครใจ เพื่อประเมินและกระตุ้น ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วม ในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการให้คำพูดในการชื่นชม หรือให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุภายในครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุใน ครอบครัวมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและไม่มีภาวะพลัดตกหกล้มซ้ำอีก

ปัจจัยด้านแสงสว่างภายในบ้านและในห้องน้ำ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมเป็นหาที่พบในชุมชนส่วนมากจะเป็นเรื่องแสงสว่างภายในบ้านเนื่องจาก ครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนมากจะอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยครอบครัวได้คือการประหยัดไฟฟ้าภายในบ้านโดยเฉพาะห้องน้ำที่อยู่ในมุมนหลังบ้าน ส่วนมากจะไม่มีไฟฟ้าใช้ ซึ่งจะอาศัยแสงสว่างจากตัวบ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นสิ่งกีดขวางระเกะระกะตามช่องทางเดินส่งผลให้สะดุดหกล้มจนเกิดการบาดเจ็บขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอริสรา บุญรักษา.(2564)ซึ่งพบว่าสาเหตุจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเกิดจากที่พักอาศัยบ้านสองชั้น ร้อยละ 54.2 มีราวบันได 1 ข้าง

ร้อยละ 56.2 พื้นบ้านปูกระเบื้องมันลื่น ร้อยละ 68.8 มีห้องน้ำภายในบ้าน ร้อยละ 77.1เป็นส้วมชักโครก ร้อยละ 95.8 ห้องน้ำไม่มีราวเกาะ ร้อยละ 85.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยภายนอกในด้านของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นสาเหตุของการหกล้มของผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมทางด้านร่างกายโดยเฉพาะ การมองเห็น การพลัดตกหกล้มมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ลักษณะของสิ่งแวดล้อมในที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสมและสามารถก่อให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ เช่น การเลื่อนการสะดุดสิ่งกีดขวางการเสียการทรงตัว พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย รวมถึงการมีแสงสว่างที่ไม่เหมาะสมในบ้านและในห้องน้ำเป็นสาเหตุของการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนั้น การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุภายในบ้านจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะพลัดตกหกล้มสามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ4.2($R^2=0.042$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ <0.01 อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา ง่ายและสะดวกขึ้นยิ่งในยุคปัจจุบัน การได้รับข้อมูลข่าวสารทั้งจากบุคคลและสื่อสุขภาพในช่องทางต่างๆ อย่างไรก็ตามเมื่อมีอายุมากขึ้นระบบต่างๆ ในร่างกายเสื่อมลง ทำให้สภาพร่างกายเสื่อมถอยลง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายเพราะการเคลื่อนไหวของร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในชีวิตประจำวันได้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับพฤติกรรมสุขภาพและสภาพสิ่งแวดล้อมทั้งในบ้านและในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การที่ภายในบ้านมืดสลัว โดยเฉพาะบริเวณบันไดและห้องน้ำทำให้มองเห็นไม่ชัดเจนเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม การใส่รองเท้าที่ไม่พอดีกับเท้าหรือพื้นรองเท้าไม่มีดอกยาง ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการมีสายตาผิดปกติหรือมีโรคทางตา ทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจนและเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 27.43) เคยมีประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา จึงมีความตระหนักและเห็นความสำคัญให้ความร่วมมือปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง ส่งผลให้มีการแสดงออกในพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มมากขึ้น โดยสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher & Rosenstock (1997)ที่ว่า

รับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรคการที่บุคคลจะแสวงหาและกระทำหรือปฏิบัติตามคำแนะนำ ด้านสุขภาพนั้น อย่างน้อยบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ถ้าหากบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยหรือไม่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับทวงรัตน์ อัครนันและคณะ (2564) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อ.เถิน บางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรีซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ($r=0.204$, $p<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการพลัดตกหกล้ม ($r=0.122$, $p=0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.176$, $p<0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.179$, $p<0.001$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ($r=0.168$, $p=0.001$) ดังนั้นการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่จะเสริมสร้างการรับรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม เช่น การปฏิบัติตัวในการใช้ยาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ เช่น หลังรับประทานยาลดความดันโลหิตควรระมัดระวังการเป็นลมหน้ามืดจากการเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว ควรนั่งพักหรือหลีกเลี่ยงการลุกนั่งอย่างรวดเร็ว เป็นต้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา เพื่อให้เกิดความแข็งแรง การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น เป็นต้น จัดกิจกรรมพูดคุยถึงผลกระทบของการหกล้มของผู้สูงอายุ การสร้างองค์ความรู้และฝึกปฏิบัติการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุตัดสินใจในการปฏิบัติตัวที่จะดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะหกล้มต่อไป

เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 2.6 ($R^2=0.026$) อธิบายได้ว่า เพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเมื่อสูงอายุขึ้นมวลกระดูกลดลงร่วมกับข้อและเอ็นข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อทำให้ มีผลต่อการทรงตัวตามมา นอกจากนี้เมื่อหมดประจำเดือนปริมาณฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้การสะสมของแคลเซียมในกระดูกลดลง ความแข็งแรงของกระดูกลดลง เกิดการหักงอตัวง่ายขึ้น (Lord, Sherrington & Menz, 2001) พบว่ากระดูกพรุนซึ่งเป็นภาวะที่มวลกระดูกลดลงและมีการเสื่อมสภาพของเซลล์กระดูกพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายซึ่งไม่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม แต่มีผลกระทบหลังการเกิดที่อาจทำให้กระดูกหักได้ง่าย (International Osteoporosis Foundation, [IOF], 2009) ดังนั้นการดำเนินงานในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทัน จึงจำเป็นต้องนำเอาปัจจัยเหล่านี้ไปออกแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุไม่ให้เกิดภาวะพลัดตกหกล้มต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) ควรมีการสะท้อนข้อมูลในปัจจัยที่ได้แก่ผู้สูงอายุ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อประเมินซ้ำในผลการวิจัยที่ได้ และนำผลการสังเคราะห์ข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป
- 2) ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการจัดทำวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหกล้มของผู้สูงอายุเพิ่มเติม เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์
- 4) ควรมีการนำปัจจัยที่ได้มาการออกแบบการจัดทำวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มที่สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยทับทันต่อไป

อ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย,(2562) คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย,(2565) คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย, คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว(Individual Wellness
Plan) สำหรับผู้สูงอายุ, 2563.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565) สถานการณ์การปลดตกหกล้มของผู้สูงอายุ.

<https://ddc.moph.go.th/odpc7/news.php?news=26077&deptcode=odpc7>

นิพา ศรีช้างและลลิตรา คำวิ.(2564). รายงานการพยากรณ์การปลดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ใน
ประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 – 2564.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, ระบบสถิติทางการทะเบียน, สถิติจำนวนประชากรแยกอายุ.(ออนไลน์)
2566 (อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566). จาก: <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย,(2556).รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556,สำนักส่งเสริมสุขภาพ
กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.โรงพิมพ์วชิรธรณ์ พี.พี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุไทย ปี 2564.สำนักงาน
สถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.กองสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2566).ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อมเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. (ออนไลน์) 2564(อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์
2566).จาก:<http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2023&cw=33>.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานการพยากรณ์การปลดตกหกล้มของผู้สูงอายุ(อายุ60ปีขึ้นไป)ใน
ประเทศไทย ปี พ.ศ.2560-2564

ดวงรัตน์ อัครานและคณะ.(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการปลดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
ไทยในชุมชน อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ปีที่ 14 ฉบับที่
4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564.หน้า 72-89.

โสภิตตา แสนนา,เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์,นิภา มหารัษฎพงศ์ผล.(2565).ผลของโปรแกรมป้องกันการปลดตกหกล้ม
ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการปลดตกหกล้มและอุบัติการณ์การปลดตกหกล้มของผู้สูงอายุหกล้มโดยประยุกต์ตาม
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมป้องกันการปลดตกหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอ
เกาะจันทร์จังหวัดชลบุรี วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2565.214-217.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข , รายงานการพยากรณ์การปลดตกหกล้มของผู้สูงอายุ
(อายุ60ปีขึ้นไป)ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560-2564

วรรณวิภา มาลัยทอง. (2552). ประสิทธิภาพของการบันทึกพฤติกรรมการบริโภคปลาดีอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง
เพื่อป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ ณ บ้านทุ่งเหียง ต.ท่ากระดาน อ.สนมชัยเขต จ.ฉะเชิงเทรา. เวชสารแพทยทหารบก
ปีที่ 62, ฉบับที่1 (มกราคม- มีนาคม 2552)

รุจิรา ดวงสงค์, จุฬารักษ์ โสตะ, ไพบุลย์ สิทธิถาวร, พงษ์เดช สารการ, และสุพรรณิ ศรีอำพร,. (2550). การพัฒนา
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชน อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะ
สาธารณสุขศาสตร์.

รัชนิวรรณ แก้วโพนเพ็ก. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ
ป้องกันโรค ร่วมกันแรง สนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งนำไปสู่การเป็นโรค

มะเร็งท่อน้ำดีในเด็กนักเรียนประถมศึกษาตำบลทรายทอง อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิลาวรรณ สมตน.(2556).ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาล สาธารณสุข, 27(3). 58-70.

อริสรา บุญรักษา.(2564).ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอกุภามายาว จังหวัดพะเยา.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยพะเยา.

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์.(2564).บทความปริทัศน์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2.
หน้า119-131.

American Geriatrics Society. (2001). "Guideline for the prevention of falls in older persons,"
Journal of the Americangeriatrics society. 49; 664-72.

Bloom, B. S. (1968). Mastery learning. UCLA – CSEIP evaluation Comment. Losangeles, 1(2).
book/esyb57/files/assets/basic-html/index.html#19]

Junling Gao,Jingli Wang, Pinpin Zheng, Regine Haardörfer, Michelle C Kegler, Yaocheng Zhu and
Hua Fu.(2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2
diabetes. Gao et al. BMC Family Practice 2013,<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/66>.

International Osteoporosis Foundation. (2009). Identifying people at high risk of fracture From:
<http://osteoporosis.org.za/general/downloads/FRAX-report-09.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). World
Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). New York: United Nations.

รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี

Good governance management model of the director of the sub-district health
promoting hospital, Ubon Ratchathani Province
ทนงศักดิ์ หลักเขต^{1*}
Thanongsak Lakkhet^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี และ 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 317 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง วันที่ 31 ธันวาคม 2565 วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายด้วยสถิติ Multiple linear regression ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติ ประชาชน ผู้รับบริการ รวมทั้งสิ้น 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลอง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับโปรแกรมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล จำนวน 20 คน กลุ่มทดลองคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้รับแนวทางการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี มีทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านการประเมินผลและการตรวจสอบ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การศึกษาปริญญาตรี การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ และความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 47.8 ($R^2=0.478$)รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี คือ RSPME Model ประกอบด้วย 1) ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน (Relationship) 2) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) 3) การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation) 4) ศีลธรรมและจรรยา (Morality) 5) การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluation) และหลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานีมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: รูปแบบ ธรรมาภิบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
Email: ssotho2507@gmail.com

Abstract

The objectives of this research and development were as follows: 1) to study the factors influencing the administration of good governance among the directors of sub-district health promoting hospitals in Ubon Ratchathani Province, 2) To develop a good governance management model for the director of sub-district health-promoting hospitals in Ubon Ratchathani Province, and 3) to study the effects of the administration model of good governance among the directors of sub-district health promoting hospitals in Ubon Ratchathani Province. The study was divided into three phases. Phase 1 involved cross-sectional analytical research. The sample consisted of 317 directors of sub-district health promotion hospitals in Ubon Ratchathani Province. Data were collected using a questionnaire created by the researcher between December 1, 2022, and December 31, 2022. Multiple linear regression statistics were used to analyze the data for predictive factors. Phase 2 followed the concept of action research by Kemmis and McTaggart (PAOR) and comprised three rounds involving 55 public health workers as service recipients. Data were collected, categorized, and subjected to content analysis. Phase 3 was a quasi-experimental research aimed at studying the effect of the developed model in Ubon Ratchathani Province. The experimental group consisted of 20 directors of the Tambon Health Promoting Hospital in Muang District, Ubon Ratchathani Province, who received the good governance management program. Additionally, 30 subjects who received good governance guidelines were included. Data were analyzed using paired t-test statistics to compare mean score differences of variables within the group. The study identified five variables influencing the good governance management of the directors of sub-district health promoting hospitals: evaluation and inspection factors, departmental relations, accepting new changes, bachelor's degree, and knowledge of good governance management. These variables collectively explained 47.8% of the variation in factors influencing the good governance administration of the directors in Ubon Ratchathani Province ($R^2=0.478$). The model for governance of the directors of sub-district health promoting hospitals in Ubon Ratchathani Province is known as the RSPME Model, consisting of the following components: 1) Relationship, 2) Social responsibility, 3) Participation, 4) Morality, and 5) Evaluation. After implementing the developed model, the directors of the Sub-District Health Promotion Hospital in Ubon Ratchathani Province demonstrated higher perception of their own competence in governance, positive attitudes towards good governance management, and increased participation in the management of the organization, with statistical significance at 0.05.

Keywords: Model, Good governance, Directors of Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ธรรมาภิบาล (good governance) เป็นแนวคิดสำคัญที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการบริหารงานภาครัฐและการปกครองของไทยในปัจจุบัน ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยสร้างความแข็งแกร่งให้กับประเทศชาติ สำหรับประเทศไทยแนวคิดในการพัฒนาหลักธรรมาภิบาลมีการกล่าวถึงตั้งแต่ช่วงก่อนการใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (วิชัยดุมพ์ พิมพะธอม

และคณะ, 2566) แนวคิดดังกล่าวยังไม่แพร่หลายนัก โดยมีเหตุผลสำคัญ 2 ประการคือ แนวคิดยังขาดความชัดเจน คนส่วนใหญ่ยังไม่สนใจมากนัก เมื่อประเทศไทยต้องประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจทำให้รัฐบาลให้ความสนใจกับแนวคิดธรรมาภิบาลอย่างจริงจัง โดยพิจารณาเห็นถึงความจำเป็นที่ประเทศชาติต้องมีธรรมาภิบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบในการบูรณะสังคมและประเทศ

เพื่อพลิกฟื้นภาวะเศรษฐกิจ สร้างความเข้มแข็งให้กับเศรษฐกิจสังคม และการเมืองของประเทศ เพื่อรองรับกระแสการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างทันเหตุการณ์ โดยเชื่อว่าหากมีการเร่งสร้างธรรมาภิบาลในภาคราชการและประชาชนแล้วจะเป็นกลไกเสริมสร้างความเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับนับถือของประชาชนผู้รับบริการและจะเป็นกลไกที่มีระบบการบริหารที่ดี และตัวนำให้ภาคอื่นในสังคมได้แก่ ประชาชนและธุรกิจเอกชนมาร่วมกันพัฒนาบ้านเมืองด้วยความเต็มใจและเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2555) การบริหารและการจัดการในองค์กรต่าง ๆ ไม่ว่า จะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญกับระบบคุณธรรม และจริยธรรมมากขึ้น เนื่องจากการบริหารและการจัดการทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ประสบกับภาวะวิกฤติอันเกิดจากการทุจริตคอร์รัปชันที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ความไม่รับผิดชอบต่อสังคมหรือส่วนรวม คำนึงแต่ประโยชน์ของตนเองและพวกพ้อง อันเป็น การบริหารจัดการที่ขาดคุณธรรมและจริยธรรม สาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งเกิดจากกลไกและระบบการบริหารจัดการในระดับประเทศ และระดับองค์การทั้ง ในภาครัฐและ ภาคเอกชนมีความบกพร่องและขาดประสิทธิภาพ รวมถึง การกระทำผิด ทุจริต และขาด จริยธรรมของบุคลากร (เมษยา วงษ์กัญ และคณะ, 2566)

แนวคิดหลักที่สนับสนุนให้เกิดการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ หลักการบริหารราชการแบบธรรมาภิบาล ซึ่งประกอบด้วยหลักนิติธรรม หลักคุณธรรม หลักความโปร่งใส หลักการมีส่วนร่วม หลักความรับผิดชอบต่อสังคม และหลักความคุ้มค่า ซึ่งในปัจจุบันได้นำมาประยุกต์ใช้ในระบบราชการทุกระดับตั้งแต่ กระทรวง ทบวง กรม ส่วนราชการต่าง ๆ จนถึงระดับท้องถิ่น โดยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้บริหาร หัวหน้าส่วนราชการ และผู้บังคับบัญชาทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บังคับบัญชาระดับต้นของส่วนราชการ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ยึดหลักการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลเป็นแนวทางในการบริหาร ซึ่งจะส่งผลดีต่อการทำงานให้ประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งได้ผลลัพธ์ทางด้านคุณธรรมและจริยธรรมอีกด้วย แต่การที่จะเกิดหลักการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลนั้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ตัวอย่างเช่น การวางแผน การจัดองค์กร การสั่งการ การประสานงาน การควบคุม (เมษยา วงษ์กัญ และคณะ, 2566) การจัดทำแผนกลยุทธ์ ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง (ภัทรกร จำเริญ, 2561) การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ ความสำเร็จในการทำงาน และการได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม (ประจวบ พวงสมบัติ, 2562) ด้านการพัฒนาารูปแบบพบรูปแบบที่มีความหลากหลาย เช่น วิชชุตม์ พิมพ์พนอม และ คณะ (2566) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบหลักธรรมาภิบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบหลักธรรมาภิบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรี จากผลการสังเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมผ่านทุกภาคส่วน ด้านการดำเนินการและบริหารงานภายใต้ระเบียบทางราชการ และด้านการมีวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ พันธะความรับผิดชอบต่อสังคม อุบลราชธานียังไม่มีกระบวนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการส่งเสริมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดี

นโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขสุโขทัย จังหวัดอุบลราชธานี ได้นำหลักการบริหารราชการแบบธรรมาภิบาลมาเป็นนโยบายหลักของผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 25 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 322 แห่ง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 8,938 คน จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่าการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่มีศักยภาพในการบริหารจัดการอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีส่วนหนึ่งที่ยังพบว่ามีปัญหาการร้องเรียน โดยในปีพุทธศักราช 2563-2565 ที่ผ่านมา พบการร้องเรียนผ่านสายด่วนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จากเอกสาร และการเข้าร้องเรียนโดยตรงกว่า 2,589 ครั้ง ข้อร้องเรียนส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องความไม่เป็นธรรม และศักยภาพของผู้บริหารที่ไม่เพียงพอของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563-2565 ส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านการเงิน การประเมินและรายงานความเสี่ยง

ตามหลักธรรมาภิบาล การบริหารงบประมาณยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดการวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีต้นทุนดำเนินการสูง ทั้งที่ภาระงานน้อย สถานการณ์การเงินการคลัง อยู่ในขั้นวิกฤติ อัตราส่วนเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียนต่ำกว่าค่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปัญหาด้านคุณธรรมจริยธรรม พบว่า ผู้บริหารระดับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางรายยังขาดจริยธรรม ขาดระเบียบวินัย หรือจรรยาบรรณวิชาชีพ มีการร้องเรียนจากผู้มารับบริการ และการร้องทุกข์จากผู้ได้บังคับบัญชาหรือข้าราชการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมไปถึงการขาดการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานบริการที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565)

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น กับความมุ่งหวังที่จะให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดการบริหารหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ประกอบกับการระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริหารงานที่เป็นธรรมาภิบาลยังไม่มีชัดเจน และยังไม่รู้รูปแบบการบริหารงานที่จะก่อให้เกิดการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงการประยุกต์ใช้รูปแบบการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เกิดประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป
เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี
2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

2.3 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนารูปแบบตามแนวคิดการกระบวนการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart (1988) โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติการ ปฏิบัติการตามแผน การสังเกตผลการปฏิบัติการ และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (A Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง เดือน 31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประชากร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด จำนวน 317 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุราชการ ระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะด้านการบริหารแบบธรรมาภิบาล จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน จำนวน 15 ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในองค์กร จำนวน 15 ส่วนที่ 7 การประเมินผลและการตรวจสอบ จำนวน 15 และส่วนที่ 8 การบริหารแบบธรรมาภิบาล จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.0

2) ความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ที่จังหวัดร้อยเอ็ด หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล เท่ากับ 0.80 ทศนคติด้านการบริหารแบบธรรมาภิบาล เท่ากับ 0.80 การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ เท่ากับ 0.78 ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน เท่ากับ 0.84 การมีส่วนร่วมในองค์กร เท่ากับ 0.88 การประเมินผลและการตรวจสอบ เท่ากับ 0.86

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ Stepwise กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Taggart (1998) เป็นการพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่มีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งรวมในกระบวนการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อการพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภออุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 แห่ง จำนวน 20 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติ จำนวน 20 คน และประชาชนผู้รับบริการ จำนวน 5 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่รวมกระบวนการจำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริหารการแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย แบบคัดลอกข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร

2) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาระบบการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย

2.1) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Group discussion guideline) และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview guideline) ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้รับบริการในพื้นที่ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ดำเนินกระบวนการ

2.2) แนวคำถามสำหรับผู้บริหารต่อการจัดระบบและนโยบายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

2.3) แนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม โดยใช้แบบสังเกต (Participant observation guideline) ใช้ในการบันทึกจากการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการบันทึกข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือและข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วน ถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือของข้อมูล ความไม่มีอคติ โดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulations) ด้านข้อมูล (Data triangulation) ด้านผู้วิจัย (Investigator

triangulation) ด้านทฤษฎี (Theory triangulation) และด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่ได้อาจจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 การศึกษาผลของรูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2566

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่มไม่อิสระ เป็นการศึกษาแบบ One Group Pretest - Posttest Design โดยทดลองในผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการทดลอง คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อายุราชการ ระยะเวลาการดำรง

ตำแหน่ง จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริหารแบบธรรมาภิบาล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ และ ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาความสัมพันธ์ระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.0 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) หาโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่จังหวัดยโสธร จำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล เท่ากับ 0.78 การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล เท่ากับ 0.82 การมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เท่ากับ 0.80 ด้านความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล เท่ากับ 0.88

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้สถิติ pair t-test นำเสนอด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และช่วงเชื่อมั่น 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นเพศร้อยละ 53.9 อายุเฉลี่ย 5.177 ปี (SD=6.09 ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 73.50 มีอายุราชการเฉลี่ย 29.67 ปี (SD=7.17 ปี) และมีระยะเวลาปฏิบัติงานที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลี่ย 12.29 ปี (SD=7.45 ปี) ตามลำดับ

2.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี มี 5 ตัวแปร คือ การประเมินผลและการตรวจสอบ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การศึกษา ปริญญาตรี การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ และความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล โดยสามารถร่วมกัน อธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 47.8 ($R^2=0.478$) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
		B	β				
โมเดลที่ดีที่สุด	การประเมินผลและการตรวจสอบ	0.487	0.475	0.380	0.378	3.094	0.380
	ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน	0.428	0.359	0.454	0.451	2.907	0.074
	การศึกษาปริญญาตรี	-0.835	-	0.465	0.460	2.883	0.010
			0.090				
	การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่	0.150	0.122	0.471	0.465	2.870	0.006
	ความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล	-0.151	-	0.478	0.470	2.855	0.007
			0.143				
Constant = 19.53, $R^2=0.478$, $R^2_{adj}=0.470$, $SE_{est}=2.855$, $F= 59.378$, $p<0.001$							

3.ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของ ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด อุบลราชธานี ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการ สะท้อนผล ได้พัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด อุบลราชธานี คือ RSPME Model ประกอบด้วย 1) ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน (Relationship) 2) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) 3) การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation) 4) ศีลธรรมและจรรยา (Morality) 5) การ ประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluation) มีรายละเอียดดังนี้

3.1ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน (Relationship) หมายถึง ความรัก ความสามัคคี และการอยู่ร่วมกันด้วยความสุข มี สัมพันธอันดีต่อกัน มีความสัมพันธ์อันญาติมิตร ช่วยเหลือ เกื้อกูลกัน พึ่งพาอาศัยกัน และสามารถทำงานแทนกันได้ รวมถึงการสนับสนุนส่งเสริมกันในการทำงานที่มี จุดมุ่งหมายอันเดียวกันคือการบริการประชาชนร่วมกัน และ สนับสนุนให้ทุกคนได้มีโอกาสตามความเหมาะสม อย่างเท่าเทียม

3.2 ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Responsibility) ความรับผิดชอบต่อองค์กรต่อผลกระทบที่เกิดจากการกระทำ และกิจกรรมขององค์กรที่ต้องรับผิดชอบต่อสังคมและ สิ่งแวดล้อม ที่ปฏิบัติอย่างโปร่งใสและมีจริยธรรม รวมถึง ส่งเสริมการพัฒนาสถานบริการอย่างยั่งยืน รวมถึงสุขภาพ และสวัสดิการของสังคม คำนึงถึงความคาดหวังของผู้เื้อน ร่วมงานและประชาชน การกระทำที่เป็นไปตามกฎหมาย และ สอดคล้องกับการปฏิบัติตามแนวทางสากล การบูรณาการทั่ว ทั้งองค์กร และเพิ่มความตระหนักถึงความจำเป็นและ ประโยชน์ของการดำเนินงานอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม ผลการดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับสังคม และ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนสำคัญที่จะใช้วัดสมรรถนะ ของการดำเนินงานโดยรวมและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องที่ มีประสิทธิภาพ

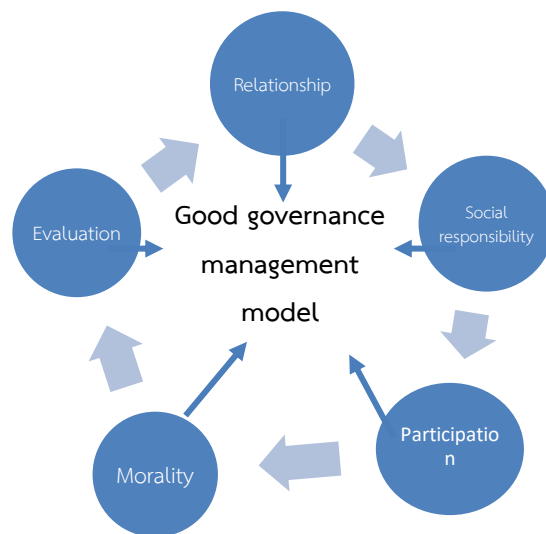
3.3 การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การบริหารและการบริหารจัดการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่มีความจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนในองค์กรมี โอกาสได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการบริหารของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกขั้นตอน โดยมีกระบวนการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลที่เกิดขึ้นทุกอย่าง ทั้งดีและไม่ดี ร่วมรับรู้ข้อมูลทุกอย่าง ทุกคนได้รับรู้ข้อมูล

ทุกเรื่องอย่างโปร่งใส ไม่ซ่อนเร้นปิดบัง มีการจัดการบนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

3.4 ศีลธรรมและจรรยา (Morality) หมายถึง ผู้บริหารต้องมีจรรยาบรรณของผู้บริหาร มีศีลธรรมในการบริหารจัดการ มีความloyalแก่สิ่งที่กระทำ ผ่านกระบวนการการกล่าวต่อการกระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ทำ เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการเป็นนักบริหารที่ดี

3.5 การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluation) หมายถึง การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานต้นสังกัดตามลำดับการบริหารที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการติดตามนิเทศงานให้คำแนะนำในการบริหารงานอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความกระตือรือร้นและปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดีและมีธรรมาภิบาล

รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี



4.ผลการทดลองใช้รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี

4.1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดย

พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 5.95 คะแนน (95% CI=5.23-6.66) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 18.20 คะแนน (95% CI=16.29-20.10) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 14.50 คะแนน (95% CI=13.21-15.78) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการบริหารของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 16.40 คะแนน (95% CI=14.08-18.71) และผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง 18.75 คะแนน (95% CI = 17.13-20.36) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล การรับรู้ความสามารถของตนในการบริหารแบบธรรมาภิบาล ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร และพฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาลก่อนและหลังการทดลอง (n=20)

การบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p- value
ความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล	2.60(1.23)	8.55(0.99)	5.95	5.23-6.66	17.29	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตน	8.45(2.76)	26.65(4.05)	18.20	16.29-20.10	19.98	<0.001
ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล	10.80(2.14)	25.30(1.83)	14.50	13.21-15.78	23.63	<0.001
การมีส่วนร่วมในการบริหารขององค์กร	10.65(3.75)	27.05(3.05)	16.40	14.08-18.71	14.79	<0.001
พฤติกรรมการบริหารแบบธรรมาภิบาล	9.7(2.86)	28.45(1.93)	18.75	17.13-20.36	24.32	<0.001

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี มี 5 ตัวแปร คือ การประเมินผลและการตรวจสอบ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การศึกษาปริญญาตรี การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ และความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การประเมินผลและการตรวจสอบเป็นปัจจัยทำนายหลักที่มีต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี อาจเนื่องมาจากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานหรือการนิเทศติดตามเป็นกระบวนการตรวจสอบอีกทางหนึ่งที่เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดจนเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจในการบริหารงานที่ถูกต้อง การให้กำลังใจ ดังนั้นการประเมินผลและการตรวจสอบจึงมีความสำคัญต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของอนุพันธ์ ประจำ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ดีที่ร่วมกันพยากรณ์การบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ มี 4 ตัวแปร คือ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การประเมินและการตรวจสอบ ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล และ อายุราชการ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ

52.9 ($R^2=0.529$) สิริพร วงศ์ตรี (2560) การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การประเมินและการตรวจสอบ ทักษะคิดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล และ อายุราชการ เป็นปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานีได้ ร้อยละ 52.9 ($R^2 = 0.529$) และ ประจวบ พวงสมบัติ (2562) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบ ความสำเร็จในการทำงาน การบริหารงานของผู้บังคับบัญชา และการได้รับเงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหมาะสม เป็นปัจจัยทำนายการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าอำนาจในการทำนายร่วมกันร้อยละ 63.80 ($R^2 = 0.638$)

ความสัมพันธ์ในหน่วยงานเป็นปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี อาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ในหน่วยงานเป็นข้อบ่งชี้ว่าหัวหน้าหน่วยงานมีความพร้อมด้านศักยภาพของคนในองค์กรหรือไม่ มีความมุ่งมั่นสามัคคีที่จะร่วมกันในการบริหารองค์กรให้เดินไปสูเป้าหมาย เมื่อมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันการทำงานร่วมกันก็มีทิศทางไปในทางที่ดี สนับสนุนส่งเสริมกัน ไม่เอาเปรียบกัน ทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในการบริหารงานที่จะ

ก่อให้เกิดการบริหารงานที่ดีของภาครัฐ ดังนั้นความสัมพันธ์ในหน่วยงานจึงมีความสำคัญต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพันธ์ ประจำ (2557) ศึกษาปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่ดีที่ร่วมกันพยากรณ์การบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ มี 4 ตัวแปร คือ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การประเมินและการตรวจสอบ ทักษะติดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล และอายุราชการ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมกันสามารถอธิบายความแปรปรวนของการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้นจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 529 ($R^2=0.529$) สิริพร วงศ์ตรี (2560) การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การประเมินและการตรวจสอบ ทักษะติดต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล และ อายุราชการ เป็นปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานีได้ ร้อยละ 529 ($R^2 = 0.529$)

การศึกษาปริญญาตรีเป็นปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการมีการศึกษาที่สูงขึ้นช่วยเพิ่มความรู้เรื่องหลักความยุติธรรมมากขึ้น มีวุฒิภาวะมากขึ้น รวมถึงมีความรับผิดชอบต่อองค์กรและหน่วยงานมากขึ้น ดังนั้นการศึกษาปริญญาตรีจึงส่งผลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณี ภาวะเดช (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลากรที่มีตำแหน่งงาน และสายงานที่สังกัดแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยระดับการศึกษาและประสบการณ์ทำงาน แตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาล ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ความรู้ความเข้าใจ เจตคติต่อการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการ

ปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทิศทางเดียวกัน

การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่เป็นปัจจัยทำนายหลักที่มีต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากการยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่เป็นการเปิดรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การยอมรับวัฒนธรรมใหม่ที่มีการดำเนินการแบบธรรมาภิบาล เปิดโอกาสให้เกิดการตรวจสอบมากขึ้น ทุกคนมีอิสระทางความคิดและต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชัน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และภูมิปัญญาที่นำเอาความรู้ความสามารถมาใช้ในการทำงานและประเมินผล ดังนั้นการยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่จึงส่งผลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร จ่ายเพ็ง (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลของมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มภูมิภาคตะวันออก ผลการศึกษาพบว่า สมการพยากรณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณกับผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลกับผลการดำเนินงานของมหาวิทยาลัยราชภัฏ กลุ่มภูมิภาคตะวันออกพบว่ามีความสอดคล้องกันโดยชี้ให้เห็นว่า การจัดทำแผนกลยุทธ์ ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และหลักธรรมาภิบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาล และวรรณ ทองแบน และ พงษ์เทพ จันทสุวรรณ (2559) ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและหลักธรรมาภิบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยธรรมาภิบาลและประสิทธิภาพของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและธรรมาภิบาลสามารถร่วมกันทำนายความผันแปรของประสิทธิภาพของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาได้ร้อยละ 87.60 ($R^2 = 0.876$)

ความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาลเป็นปัจจัยทำนายการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากความรู้มีความสัมพันธ์กับการศึกษา ความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาลที่สูงขึ้นช่วยเพิ่มความรู้เรื่องหลักความยุติธรรมมากขึ้น มีวุฒิภาวะมากขึ้น รวมถึงมีความรับผิดชอบต่อองค์กรและหน่วยงานมากขึ้น ดังนั้นความรู้เรื่อง

การบริหารแบบธรรมาภิบาลจึงส่งผลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาณี ณะเดช (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ บุคลากรที่มีตำแหน่งงาน และสายงานที่สังกัดแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับปัจจัยระดับการศึกษาและประสบการณ์ทำงานแตกต่างกัน มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาล ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ความรู้ความเข้าใจ เจตคติต่อการปฏิบัติงาน และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทิศทางเดียวกัน และพระครูปลัดอภิชัย อภิไชโย และ ญัฐวิชัย คชแก้ว (2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการน้ำบาดาลตามหลักธรรมาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดระยอง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการน้ำบาดาลตามหลักธรรมาภิบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 7 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยการมีส่วนร่วมของบุคคล การบริหารจัดการ การอบรมให้ความรู้ แรงจูงใจ ความเข้าใจในนโยบาย การมีส่วนร่วมของชุมชน และสภาพแวดล้อม

รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี เป็นไปตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับบริบทการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากผู้วิจัยพัฒนารายได้บริบทของพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาเชิงสาเหตุเพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นในการพัฒนารูปแบบที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมกระบวนการอย่างครบถ้วน เปิดโอกาสทุกส่วนได้เสนอแนวการอย่างอิสระเต็มที่จนได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล

ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพร วงศ์ตรี (2560) การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างการบริหารแบบครอบครัว (2) การสร้างการมีส่วนร่วมและโปร่งใส (3) การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเพื่อนร่วมงาน (4) การปลูกฝังการมีจริยธรรมและศีลธรรม และ (5) การสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้องตามลำดับวิชายุทธม์ พิมภักถนอม และ ศุภณัฐ ทรัพย์นวิน (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบหลักธรรมาภิบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรี รูปแบบหลักธรรมาภิบาลที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรีจากผลการสังเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมผ่านทุกภาคส่วน ด้านการดำเนินการและบริหารงานภายใต้ระเบียบทางราชการ และด้านการมีวิสัยทัศน์เชิงกลยุทธ์ พันธะความรับผิดชอบ ต่อสังคม และองค์กร ใจสมุทร ชัยวัฒน์ และ คณะ (2565) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของนักบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของนักบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า นักบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องใช้รูปแบบที่เป็นนักบริหารมืออาชีพ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติราชการ บุคลิกภาพ และการบริหารงานที่ก่อให้เกิดการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลของนักบริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุบลราชธานี คือ การประเมินผลและการตรวจสอบ ความสัมพันธ์ในหน่วยงาน การศึกษาปริญญาตรี การยอมรับการเปลี่ยนแปลงใหม่ และความรู้เรื่องการบริหารแบบธรรมาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ควรให้ความสำคัญกับการนิเทศ ติดตาม การประเมินผล การสร้างสัมพันธ์ภาพในกลุ่มบุคลากร ตลอดจนการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องหลักธรรมาภิบาลอันจะส่งผลต่อการ

บริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

1.2 รูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด
อุบลราชธานี ควรพัฒนาตามบริบทของพื้นที่ นำผู้มี
ส่วนเกี่ยวข้องร่วมกระบวนการ และพัฒนานบนพื้นฐานของ
แนวคิดทฤษฎี เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้เสนอแนวทางการ
พัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงจะทำให้ได้
รูปแบบที่มีความเหมาะสม

1.3 ควรนำรูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาล
ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัด
อุบลราชธานีมาประยุกต์ใช้กับการบริหารงานแบบธรรมาภิ

เอกสารอ้างอิง

1. วิชยุตม์ พิมพ์ถนอม และ ศุภณัฐ ทรัพย์นาวิณ. (256). การพัฒนารูปแบบหลักธรรมาภิบาลที่เหมาะสมกับ
วัฒนธรรมขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารการเมืองการปกครอง ปีที่ 13 ฉบับที่ 1
มกราคม - เมษายน 2566.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2555). คู่มือ การจัดระดับการกำกับดูแลองค์การภาครัฐตาม
หลัก ธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance Rating). กรุงเทพฯ : พรีเมียร์โพร.
3. เมษยา วงษ์คำฎ พิสมัย จารุจิตติพันธ์ และ สมยศ อวเกียรติ. (2566). ปัจจัยการจัดการที่มีผลต่อการบริหาร
สหกรณ์ออมทรัพย์ในประเทศไทยภายใต้หลักธรรมาภิบาล. วารสารร่วมพลัง มหาวิทยาลัยเกริก ปีที่ 41 ฉบับที่
1 มกราคม - เมษายน 2566.
4. ภัทรกร จำเริญ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามหลักธรรมาภิบาลของมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่ม
ภูมิภาคตะวันตก. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม
2561.
5. ประจวบ พวงสมบัติ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ผลการปฏิบัติงานตามแผนการตรวจราชการและเทศงานกรณีปกติ
รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2565. ศรีสะเกษ: สำนักงาน; 2565.
7. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University,
1988.
8. อนุพันธ์ ประจักษ์. (2557). ปัจจัยทำนวยการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้บริหารสาธารณสุขระดับต้น
จังหวัดศรีสะเกษ. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
9. สิริพร วงศ์ศรี. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.

บาลของผู้บริหารทุกระดับในจังหวัดอุบลราชธานี อันจะนำสู่
การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบ
ประสิทธิภาพในพื้นที่อื่นหรือกลุ่มผู้บริหารกลุ่มอื่น โดยการ
ขยายระยะเวลาการวัดที่ต่างกัน หรือเก็บข้อมูลรายสัปดาห์
เพื่อดูแนวโน้มประสิทธิผลของโปรแกรมหรือทดสอบ
ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.2 ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการ
บริหารงานแบบธรรมาภิบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลกับรูปแบบปกติ และรูปแบบอื่นเพื่อ
เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

10. กัญญาณี ทยะเดช. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามหลักธรรมาภิบาลของบุคลากรการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
11. วรณา ทองแบน และ พงษ์เทพ จันทสุวรรณ. (2559). ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและหลักธรรมาภิบาลที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2559.
12. พระครูปลัดอภิชัย อภิขโย และ ณัฐวิษย์ คชแก้ว. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการน้ำบาดาลตามหลักธรรมาภิบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดระยอง. วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2564.
13. อนันต์ ใจสมุทร ชยวัฒน์ เผือกคง และ อมร หวังอัครางกูร. (2565). การพัฒนารูปแบบการบริหารงานตามหลักธรรมาภิบาลของนักบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารรัชต์ภาคย์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 49 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2565.

ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors Affecting the Happiness Organization of Public Health Personels
at the Khunhan District Public Health Office, Sisaket Province.

ธนสิทธิ์ สุจริตภักดี¹, พุทธิไกร ประมวล²
Dhanasit Sujaritpakdee¹, Putthikrai Pramual²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 161 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านองค์กร และความสุขของบุคลากรในองค์กร วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร โดยใช้ด้วยสถิติ Multivariable linear regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted mean difference และช่วงความเชื่อมั่น 95% พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.81 อายุเฉลี่ย 39.22±11.03 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.39 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 13.16±10.34 ปี รายได้ 10,000-19,000 บาท ร้อยละ 31.06 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 45.34 และมีภาระหนี้สิน ร้อยละ 90.06 ปัจจัยองค์กรด้านนโยบายและการบริหาร ด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.93, 63.35, 47.83 และ 54.66 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 32.35±5.69, 18.73±4.38, 24.93±4.49 และ 17.97±3.60 คะแนน ตามลำดับ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน และโอกาสความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.73 และ 52.80 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 30.52±5.11 และ 25.64±4.17 คะแนน ตามลำดับ และปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน และด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน โดยบุคลากรที่มีคะแนนปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทนสวัสดิการในระดับปานกลาง และระดับมาก จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขในองค์กรมากกว่าระดับน้อย (Adjusted mean diff = 3.09, 95% CI : 0.07-6.11, Adjusted mean diff = 7.48, 95% CI : 3.44-11.52) บุคลากรที่มีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในองค์กร ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน และด้านสภาพแวดล้อมสภาพการทำงาน อยู่ในระดับดี จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขในองค์กรมากกว่าระดับไม่ดีพอ 4.76 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.76, 95% CI : 2.12-7.41), 4.01 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.01, 95% CI : 1.42-6.61) และ 2.33 คะแนน (Adjusted mean diff = 2.33, 95% CI : 0.23-4.41) ตามลำดับ ดังนั้น ผู้บริหารหน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรมีการบริหารจัดการค่าตอบแทนและจัดสวัสดิการให้กับบุคลากรอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เน้นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในองค์กร สร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี และสนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรในองค์กร

คำสำคัญ : องค์กรแห่งความสุข, บุคลากรสาธารณสุข, สาธารณสุขอำเภอ, จังหวัดศรีสะเกษ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: dhanasit2011@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: putthikrai.pramual@gmail.com

Abstracts

A cross-sectional analytical study aims to investigate factors affecting the Happiness Organization of public health personnels at the Khunhan district public health office, Sisaket province. The population were 161 public health personnels at the Khunhan district public health office. Data collection was conducted using questionnaires. The questionnaire was divided into 3 parts: 1) Characteristic, 2) The organizational factors, and 3) The personnel Happiness Organization. A multivariable linear regression was analyzed to describe factors affecting the Happiness Organization of public health personnels. An adjusted mean difference and 95% confidence interval (95% CI) were presented. The result showed that the health personnels were female (70.81%), average of age 39.22±11.03 years old, highest educational level was primary school (58.39%), average of working period 13.16±10.34 years, income per month 10,000-19,000 bath (31.06%), government service (45.34%), and have a liability (90.06%), highest educational level was primary school (53.95%), and occupational were agriculture

(47.04%). The policy and administration, the income remuneration and welfare, working environment, and organization culture were middle level (50.93%, 63.35%, 47.83%, and 54.66%, respectively). Average score of the policy and administration, the income remuneration and welfare, working environment, and organization culture were 32.35 ± 5.69 , 18.73 ± 4.38 , 24.93 ± 4.49 , and 17.97 ± 3.60 score, respectively. An interpersonal and chance of career advancement were high level (62.73% and 52.80%). Average score of an interpersonal and chance of career advancement were 30.52 ± 5.11 และ 25.64 ± 4.17 score, respectively. The result indicated 4 predicted factors of the personal happiness organization including 1) the income remuneration and welfare, 2) an interpersonal, 3) chance of career advancement, and 4) working environment. The middle and high level of income remuneration and welfare has a score of personal happiness organization than the low level (Adjusted mean diff = 3.09, 95% CI: 0.07-6.11, Adjusted mean diff = 7.48, 95% CI: 3.44-11.52, respectively). The public health personnel with a good level of interpersonal, chance of career advancement, and working environment has a score of personal happiness organization than the low level (Adjusted mean diff = 4.76, 95% CI: 2.12-7.41, adjusted mean diff = 4.76, 95% CI: 2.12-7.41), and adjusted mean diff = 2.33, 95% CI: 0.23-4.41, respectively). Therefore, the executives of public health agencies and public health districts should be adequate and equity compensation and welfare management for personnel, focus on activities that enhance personnel relations, build a good working environment, and support the advancement of personnel in the organization.

Keywords: Happiness organization, Health personnel, Public Health office, Sisaket province.

บทนำ

จากสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังมีภัยสุขภาพและโรคภัยที่อุบัติใหม่ขึ้นมามากมาย ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่มีการป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก โดยเฉพาะบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างหนักในการช่วยเหลือดูแลประชาชนหลายคนติดเชื้อจากการดูแลผู้ป่วยโควิดและห่างจากครอบครัว ทำให้ความสุขของชีวิตขาดหายไปและกำลังใจการทำงานถูกบั่นทอนพลังจากสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่ระบาดหนักทุกพื้นที่ ซึ่งการทำงานในปัจจุบันมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อองค์กรและพนักงานมากมาย เช่น ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในยุโรปและอเมริกา ค่าเงินบาท หรือผลกระทบจากภัยการเมือง ภัยสุขภาพจากโรคติดต่อและภัยธรรมชาติต่างๆ ในภาวะที่ต้องเผชิญกับวิกฤติต่างๆ องค์กรจะต้องมีแนวทางการบริหารให้ องค์กรสามารถอยู่รอดได้ มีการปรับตัวอยู่เสมอ (Adaptive Organization) พร้อมกับการเติบโตอย่างยั่งยืน (Sustainable Growth) และบุคลากรทุกภาคส่วนมีความสุขในการทำงาน (Living Organization) ทั้งหมดกล่าวมาคือ “องค์กรสุขภาพ” (Healthy Organization) (ชาญวิทย์ วสันต์ธนรัตน์ และคณะ, 2556)

บุคลากร เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งขององค์กร ดังนั้น นอกจากจะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการทำงานอย่างมีความสุข การใช้ชีวิตการทำงานและชีวิตประจำวันแบบ

พอดีมีความสุขทั้งสองด้าน (อุมาวรรณ วาทกิจ, 2560) เมื่อคนหรือ บุคลากร คือ หัวใจขององค์กร การสร้างคนให้รวมกันเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy workplace) คือ กระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร เพื่อให้ องค์กรมีความสามารถและพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและนำไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) องค์กรแห่งความสุข เป็นองค์กรที่บุคลากรได้รับความสุขในการทำงานร่วมกัน บุคลากรที่อยู่ใน องค์กรมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าเมื่อได้บริการหรือทำสิ่งที่ดี ๆ ให้กับลูกค้าหรือผู้มารับบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้สัมผัสถึงคุณค่าของสินค้าและบริการที่ได้รับ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ก็สามารถพัฒนาเป็นองค์กรแห่งความสุขได้ โดยที่พนักงานบุคลากรทุกคนมีความสุขในการทำงาน ผลงาย่อมมีประสิทธิภาพตามความสุขของการทำงานด้วย ดังนั้น การใช้ “ความสุขที่เป็นแนวทางในการบริการทรัพยากรบุคคล จะช่วยให้ผลผลิตเพิ่มพูน และทำให้องค์กรมีบุคลากรที่มีความรักความสามัคคี และร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกัน

องค์การอนามัยโลก ได้ให้เหตุผลที่องค์กรควรพัฒนา องค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุข คือ 1) เพื่อสร้างจริยธรรมในการบริหารงานและส่งเสริมสิทธิของพนักงาน 2) เพื่อส่งเสริมความสำเร็จขององค์กร 3) กฎหมายกำหนดให้ต้องดำเนินการ และ 4) องค์กรแห่งความสุขเป็นกรอบการบริหารทรัพยากรบุคคลระดับโลก (ชาญวิทย์ วสันต์ธนรัตน์ และคณะ, 2556) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ 20 ปี โดยมีเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบ

สุขภาพยั่งยืน ซึ่งในส่วนของเป้าหมายด้านเจ้าหน้าที่มีความสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำเครื่องมือวัดความสุขของคนทำงานในระดับบุคคล (Happinometer) และการประเมินภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผนในการจัดกิจกรรมองค์กรเพื่อสร้างความสุขให้บุคลากรในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นเป้าหมายของการทำให้บุคลากรสาธารณสุข มีความสุขกับการทำงานควบคู่กับการมีสุขภาพกายที่ดี ครอบครัวอบอุ่น สังคมปลอดภัย (สานิตย์ เพชรสุวรรณ, 2566)

จากการศึกษาสถิติการลาออกจากงานย้อนหลังของข้าราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจากฐานข้อมูลของระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Human Resource Office of The Permanent system: HROPS) ตั้งแต่ปี 2556-2560 มีอัตราการลาออกเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออก คือ ปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กร ปัจจัยด้านโอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน และปัจจัยด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (เป็ทมาภรณ์ กุสมภ์, 2560) และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 ปี 2563-2566 พบว่ามีข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขลาออกจากงานหรือลาออกจากราชการในอัตราที่สูงขึ้นมากกว่าเดิมก่อนที่ 2560 โดยเฉพาะบุคลากรในกลุ่มสายวิชาชีพหลักในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องรับภาระการทำงานต่อสู้กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุขในการทำงาน เมื่อพิจารณางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลาออกจากงานของบุคลากรสาธารณสุขสามารถสรุปได้ดังนี้ 1) ทรัพยากรที่ใช้ในงานมีผลต่อความตั้งใจในการออกจากงาน 2) ความเครียดจากการทำงาน 3) ภาระงานที่มากเกินไปของบุคลากร 4) ค่าตอบแทน สวัสดิการในการทำงาน และ 5) ลักษณะงานและความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน (วีรสุดา ญวนแม, 2563, พรชัย จันศิษย์ยานนท์ และคณะ, 2562, วาโย อัครรุ่งเรือง, 2561)

การพัฒนาองค์กร ให้เป็นองค์กรที่ประสบผลสำเร็จ และเป็นองค์กรที่มีความสุข เป็นเป้าหมายที่ทุกคนต้องการ เพราะชีวิตคนทำงานไม่มีใครที่ไม่ต้องการความสุข ความสุขที่เกิดจากการทำงานเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงให้พฤติกรรมคนทำงานปรับเปลี่ยนและพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น อันจะส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพและองค์กรได้ผลผลิตหรือผลสำเร็จตามเป้าหมาย (นฤมล แสงผล, 2554) ดังนั้นการพัฒนาองค์กรให้ไปสู่องค์กรแห่งความสุข จำเป็นจะต้องเข้าใจเหตุผลเชิงปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในองค์กร เพื่อให้ผู้บริหารขององค์กรสามารถวางแผนเชิงกลยุทธ์

และจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมความสุขในการทำงานให้กับบุคลากรในองค์กร ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข และการบริหารจัดการชีวิตการทำงานและครอบครัวได้อย่างสมดุล (Work life balance) เมื่อบุคลากรมีความสุขในการทำงานจะส่งผลดีต่อด้านบุคลากรเอง สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และองค์กร นอกจากนี้ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานอีกด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารหน่วยงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ จึงเล็งเห็นว่าการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จะเป็นการเริ่มต้นกระบวนการค้นหาสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้บุคลากรมีความสุขกับการทำงาน เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุข บุคลากรทุกคนมีความสุขในการทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (A cross-sectional analytical study)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ทั้งหมด 161 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร 12 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน ประเภทงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประวัติโรคประจำตัว จำนวนบุตร ภาระหนี้สิน และภูมิภูมิลำเนา

2. ปัจจัยองค์กร ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายและการบริหาร 2) ด้านรายได้ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน 4) ด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน 5) ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน และ 6) วัฒนธรรมองค์กร

ตัวแปรตาม คือ ความสุขของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ด้านความสุขในการทำงานและการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ระยะเวลาการปฏิบัติงาน รายได้ต่อเดือน ประเภทงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ประวัติโรคประจำตัว จำนวนบุตร ภาระหนี้สิน และภูมิลำเนา ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมจำนวนหรือข้อความตามประเด็นคำถามแต่ละตัวแปร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยองค์กร เป็นคำถามแบบประเมินค่า จำนวน 5 ตัวเลือกตามระดับความเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ คือ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนจะสลับกับข้อคำถามเชิงบวก แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายและการบริหาร จำนวน 9 ข้อ 2) ด้านรายได้ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน จำนวน 8 ข้อ 4) ด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน จำนวน 7 ข้อ 5) ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน จำนวน 7 ข้อ และ 6) วัฒนธรรมองค์กร จำนวน 5 ข้อ นำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)

ส่วนที่ 3 ความสุขของบุคลากรในองค์กร จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบประเมินค่า จำนวน 5 ตัวเลือกตามระดับความเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ คือ ระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด โดยข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 1-5 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนจะสลับกับข้อคำถามเชิงบวก นำคะแนนรวมมาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ในด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามตัวแปร และความชัดเจนของคำถาม ได้ผ่านการตรวจสอบโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้บริหารที่มีความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการองค์กร ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหา (Content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งชุด (Index of item objective: IOC) และทำการปรับแก้ไข ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ อยู่ระหว่าง 0.70-0.82 จากนั้น

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในบุคลากรสาธารณสุขอำเภอ น้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามด้านปัจจัยองค์กร แยกรายองค์ประกอบ และความสุขในการทำงานของบุคลากร ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74, 0.82, 0.76, 0.79, 0.81, 0.76, และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อต้องการสะท้อนความคิดเห็น สภาพปัญหาตามความเป็นจริงของบุคลากร และปัจจัยที่จะส่งผลความสุขในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ โดยให้บุคลากรทุกคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านระบบ Google form ที่จะไม่สามารถระบุถึงตัวตนของบุคลากรได้ และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานและการพิจารณา ด้านสวัสดิการต่างๆ ของบุคลากร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณลักษณะประชากร ระดับปัจจัยองค์กร และระดับความสุขในการทำงานของบุคลากร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และต่ำสุด

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร ด้วยสถิติ Multivariable linear regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted mean difference และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.81 อายุเฉลี่ย 39.22 ± 11.03 ปี โดยมีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 28.57 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.28 จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.39 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 13.16 ± 10.34 ปี โดยระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 32.92 มัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 18,910 บาท (สูงสุด 70,200 บาท และต่ำสุด 6,500 บาท) โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-19,000 บาท ร้อยละ 31.06 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 45.34 ปฏิบัติงานด้านบริการผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ 68.94 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.88 มีบุตรแล้ว ร้อยละ 67.70 มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 90.06 และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอขุนหาญ ร้อยละ 65.22 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านคุณลักษณะประชากร

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	47	29.19
หญิง	114	70.81
2. อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	42	26.09
30-39 ปี	39	24.22
40-49 ปี	46	28.57
50-59 ปี	34	21.12
Mean±SD	39.22±11.03	
Median (Min:Max)	39 (20:59)	
3. สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่าร้าง/แยก	72	44.72
สมรส	89	55.28
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	47	29.19
ปริญญาตรี	94	58.39
ปริญญาโท	20	12.42
5. ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	53	32.92
6-10 ปี	21	13.04
11-20 ปี	48	29.81
มากกว่า 20 ปี	39	24.22
Mean±SD	13.16±10.34	
Median (Min:Max)	11 (1:41)	
6. รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000 บาท	37	22.98
10,000-19,999 บาท	50	31.06
20,000-29,999 บาท	28	17.39
30,000 บาทขึ้นไป	46	28.57
Mean±SD	22,931.48±15,814.46	
Median (Min:Max)	18,910 (6,500:70,200)	
7. ประเภทงาน		
ข้าราชการ	73	45.34
พนักงานราชการ	18	11.18
พกส.	4	2.48
ลูกจ้างชั่วคราว	66	40.99
8. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ		
งานบริการโดยตรง	111	68.94
งานสนับสนุน	50	31.06

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
9. ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	127	78.88
มี	34	21.12
10. จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	52	32.30
มีบุตร	109	67.70
11. ภาระหนี้สิน		
ไม่มี	16	9.94
มี	145	90.06
12. ภูมิลำเนา		
ในเขตอำเภอขุนหาญ	105	65.22
นอกเขตอำเภอขุนหาญ	56	34.78

ข้อมูลปัจจัยองค์กร

ปัจจัยองค์กร 6 ด้าน พบว่า ด้านนโยบายและการบริหาร ด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.93, 63.35, 47.83 และ 54.66 ตามลำดับ โดยมี คะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน 32.35 ± 5.69 , 18.73 ± 4.38 , 24.93 ± 4.49 และ 17.97 ± 3.60 คะแนน ตามลำดับ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน และโอกาสความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.73 และ 52.80 ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 30.52 ± 5.11 และ 25.64 ± 4.17 คะแนน ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ความสุขในการทำงานของบุคลากร

ความสุขในการทำงานของบุคลากร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.49 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.51 คะแนนเฉลี่ย 57.74 ± 6.95 คะแนน ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร

พบว่า มีอยู่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน และด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน โดยบุคลากรที่มีคะแนนปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทน สวัสดิการในระดับปานกลาง จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขในการทำงานมากกว่าระดับน้อย 3.09 คะแนน (Adjusted mean diff = 3.09, 95% CI : 0.07-6.11) และ, บุคลากรที่มีคะแนนปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทนสวัสดิการในระดับมาก จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขในการทำงานมากกว่าระดับน้อย 7.48 คะแนน (Adjusted mean diff = 7.48, 95% CI :

3.44-11.52) บุคลากรที่มีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในองค์กรอยู่ในระดับดี จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขในการทำงานมากกว่าระดับไม่ดีพอ 4.76 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.76, 95% CI : 2.12-7.41) บุคลากรที่มีปัจจัยด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับดี จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขในการทำงานมากกว่าระดับไม่ดีพอ 4.76 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.76, 95% CI : 2.12-

7.41) และบุคลากรที่มีปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมสภาพการทำงาน อยู่ในระดับดี จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขในการทำงานมากกว่าระดับไม่ดีพอ 2.33 คะแนน (Adjusted mean diff = 2.33, 95% CI : 0.23-4.41) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยองค์กร

ปัจจัยองค์กรแต่ละด้าน	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก		Mean±SD
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. นโยบายและการบริหาร	2	1.24	82	50.93	77	47.83	32.35±5.69
2. รายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	20	12.42	102	63.35	39	24.23	18.73±4.38
3. ความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน	3	1.86	57	35.41	101	62.73	30.52±5.11
4. สภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน	8	4.97	77	47.83	76	47.20	24.93±4.49
5. โอกาสความก้าวหน้าในงาน	3	1.86	73	45.34	85	52.80	25.64±4.17
6. วัฒนธรรมองค์กร	7	4.35	88	54.66	66	40.99	17.97±3.60

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับความสุขของบุคลากรในการทำงาน

ระดับความสุขของบุคลากรในองค์กรแห่งความสุข	จำนวน	ร้อยละ
ความสุขระดับน้อย)15-35 คะแนน(	-	-
ความสุขระดับปานกลาง (36-55 คะแนน(	62	38.51
ความสุขระดับมาก (56-75 คะแนน(	99	61.49
Mean±SD	57.74±6.95	
Median (Min:Max)	62 (41:75)	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

ปัจจัยองค์กร	n	Mean	SD	Un-adjusted Mean diff	Adjusted Mean diff	95% CI	p-value
1. ด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ							<0.0004
ระดับน้อย	20	50.75	5.12	0	0		
ระดับปานกลาง	102	56.82	5.43	6.07	3.09	0.07 to 6.11	
ระดับมาก	39	63.72	6.89	12.97	7.48	3.44 to 11.52	
2. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน							<0.0001
ระดับไม่ดีพอ	60	53.07	5.17	0	0		
ระดับดี	101	60.51	6.38	7.45	4.76	2.12 to 7.41	
3. ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน							0.0012
ระดับไม่ดีพอ	76	53.67	5.26	0	0		
ระดับดี	85	61.38	6.24	7.71	4.01	1.42 to 6.61	
4. ด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน							<0.0001
ระดับไม่ดีพอ	85	54.82	6.08	0	0		
ระดับดี	76	61.00	6.43	6.17	2.33	0.23 to 4.44	

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรด้านสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.81 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 28.57 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.28 จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.39 ระยะเวลาปฏิบัติงาน 13.16 ± 10.34 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-19,000 บาท ร้อยละ 31.06 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงและสอดคล้องกับการศึกษาของ สานิตย์ เพชรสุวรรณ (2554) ที่ทำการศึกษาศักยภาพที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 40-54 ปี จบปริญญาตรี และรายได้ต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ซึ่งสะท้อนให้เห็นภาพรวมโดยมาตรฐานทั่วไปของบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขจะมีผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แต่ส่วนใหญ่ผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับอำเภอมักจะเป็นผู้ชาย ซึ่งจะมีวิธีการบริหารจัดการที่เด็ดขาด มุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นสำคัญ จึงขาดการเข้าใจบริบทของการทำงานผู้หญิง ทำให้การแสดงออกกับบุคลากรที่เป็นผู้ใต้บังคับบัญชาจะดูแข็งกร้าว ดุดันมากเกินไป จนผู้ใต้บังคับบัญชาหลายคนอาจจะไม่พอใจได้ และส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในองค์กร ซึ่งจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการองค์กรให้เกิดความสุข ด้วยการสื่อสารองค์กรที่ดี ทำความเข้าใจระหว่างเพื่อนร่วมงาน และสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และเท่าเทียม

ปัจจัยองค์กรด้านนโยบายและการบริหาร ด้านรายได้ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งอรุณ กระแสร์สินธุ์ (2561) ที่พบว่า ค่าตอบแทนและสวัสดิการของพนักงานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งองค์กรโดยทั่วไป จะมีระดับค่าตอบแทนต่างๆ ตามกรอบทางการเงินและงบประมาณประจำปี ที่องค์กรได้รับ และพิจารณาตามความเหมาะสมของความรู้ความสามารถและลักษณะงานที่ปฏิบัติ โดยเฉพาะองค์กรภาครัฐ จะต้องมีการเบิกจ่ายตามระเบียบการคลัง แต่จะมีเงินเพิ่มพิเศษหรือค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานล่วงเวลาราชการให้เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน

ความสุขในการทำงานของบุคลากร อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา วันนา (2560) ที่พบว่า ความสุขโดยภาพรวมของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา บุญโยประการ (2560) ที่พบว่า ความสุขในภาพรวมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน อยู่ในระดับที่ดี ทั้งนี้เพราะด้วยบริบทการทำงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขมีบทบาทในการช่วยเหลือคนป่วย คนที่ได้รับความเดือดร้อนจากโรคภัย เพื่อให้คนป่วยหรือบาดเจ็บ

เหล่านั้น ได้หายหรือลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย แม้จะเป็นภาระหน้าที่ที่อยู่บนความเครียด แต่ทุกครั้งที่สามารถช่วยชีวิต จัดการกับความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยได้ จะเป็นความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าและมีกำลังใจในการทำงานดูแลช่วยเหลือคนเจ็บป่วยต่อไป

ผลการศึกษา พบว่า มี 4 ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน และด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสามารถนำมาอภิปรายแยกปัจจัยได้ดังนี้

ด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ

โดยบุคลากรที่มีคะแนนปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทนสวัสดิการในระดับปานกลาง และระดับมาก จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขมากกว่าระดับน้อย (Adjusted mean diff = 3.09, 95% CI : 0.07-6.11, Adjusted mean diff = 7.48, 95% CI : 3.44-11.52) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา บุญโยประการ (2560) พบว่า การได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการที่ดีมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาวรรณ วาทกิจ (2560) ที่พบว่า องค์ประกอบของการจัดการทรัพยากรมนุษย์เพื่อการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วย 5 ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การมีผลตอบแทนที่เหมาะสม การให้รางวัล การยกย่องชื่นชม การประเมินผลงานเป็นที่ยอมรับ ความก้าวหน้าในการทำงาน และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในองค์กร

บุคลากรที่มีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในองค์กรอยู่ในระดับดี จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขมากกว่าระดับไม่ดีพอ 4.76 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.76, 95% CI : 2.12-7.41) สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณา บุญโยประการ (2560) พบว่า ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในองค์กรมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน เนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคมจะต้องมีการอยู่ร่วมกัน ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันของเพื่อนร่วมงานในองค์กรหรือหน่วยงาน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาองค์กรให้ไปสู่องค์กรแห่งความสุข หากบุคลากรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ก็จะทำให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาวรรณ วาทกิจ (2560) ที่พบว่า ความสุขในการทำงานของบุคลากร ด้านจิตใจ (Happy heart) ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ การให้ความช่วยเหลือคนรอบข้าง การให้ความสำคัญกับการทำงานเป็นทีม ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน การสื่อสารในองค์กร และการบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม

ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน

บุคลากรที่มีปัจจัยด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับดี จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขมากกว่าระดับไม่ดีพอ 4.76 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.76, 95% CI : 2.12-7.41) สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาวรรณ วาทกิจ (2560) ที่พบว่า ความสุขในการทำงานของบุคลากรในส่วนของ Happy work-life ประกอบด้วย 9 ปัจจัย โดย 1 ใน 9 ปัจจัยสำคัญ คือ ความก้าวหน้าในการทำงาน เพราะความก้าวหน้า คือ ความสำเร็จในการทำงานของบุคลากร นำมาซึ่งการยอมรับ ความน่าเชื่อถือ ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้น และการรู้สึกเห็นคุณค่า ในตัวเองของบุคลากร

ด้านสภาพแวดล้อมสภาพการทำงาน

บุคลากรที่มีปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมสภาพการทำงาน อยู่ในระดับดี จะมีคะแนนองค์กรแห่งความสุขมากกว่าระดับไม่ดีพอ 2.33 คะแนน คะแนน (Adjusted mean diff = 2.33, 95% CI : 0.23-4.41) สอดคล้องกับการศึกษา สมโภช บุญวัน และคณะ (2564) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร สาธารณสุข และการศึกษาของฐิตารีย์ ยงค์ประวัติ (2559) พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความดึงดูดใจในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของพยาบาล วิชาชีพ และการศึกษาของ กฤษณา บุญโยประการ (2560) สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน จะเห็นว่า ถ้าองค์กรใดมีการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก สถานที่ทำงานให้มีความน่าอยู่ ทำให้บุคลากรในองค์กรรู้สึกเหมือนอยู่บ้านที่มีความอบอุ่น (Happy Home) เป็นองค์กรที่มีบรรยากาศการทำงานเป็นทีม มีความสุขในการทำงานร่วมกัน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ร่วมกันและพัฒนาไปด้วยกัน ก็จะทำให้องค์กรนั้นเป็นองค์กรที่มีความสุข และมีความเติบโตต่อเนื่อง ในทิศทางที่ดีขึ้น (ชาญวิทย์ วสันต์ธนรัตน์ และคณะ, 2556) และเป็น 1 ใน 3 องค์ประกอบที่สำคัญขององค์การแห่งความสุข (Happy workplace) ประกอบด้วย 1) คนทำงานที่มีความสุข (Happy person) 2) ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy home) และ 3) ชุมชนสมานฉันท์ (Happy teamwork)

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากร มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ด้าน

ความสัมพันธ์ทางสังคมภายในหน่วยงาน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน และด้านสภาพแวดล้อมและสภาพการทำงาน โดยบุคลากรที่มีคะแนนปัจจัยด้านรายได้ค่าตอบแทน สวัสดิการในระดับปานกลาง และระดับมาก จะมีคะแนน องค์กรแห่งความสุขมากกว่าระดับน้อย (Adjusted mean diff = 3.09, 95% CI : 0.07-6.11, Adjusted mean diff = 7.48, 95% CI : 3.44-11.52) บุคลากรที่มีปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมภายในองค์กร ด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน และด้านสภาพแวดล้อมสภาพการทำงาน อยู่ในระดับดี จะมีคะแนน องค์กรแห่งความสุขมากกว่าระดับไม่ดีพอ 4.76 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.76, 95% CI : 2.12-7.41), 4.01 คะแนน (Adjusted mean diff = 4.01, 95% CI : 1.42-6.61) และ 2.33 คะแนน คะแนน (Adjusted mean diff = 2.33, 95% CI : 0.23-4.41) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ปัจจัยด้านค่าตอบแทน รายได้ และสวัสดิการของบุคลากร เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากร สาธารณสุขในระดับที่มากกว่าปัจจัยอื่นๆ ดังนั้น การบริหารจัดการค่าตอบแทน ค่าเบี้ยเลี้ยง และสวัสดิการต่างๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานของความเป็นธรรม เท่าเทียมและเหมาะสม กับความรู้ความสามารถของบุคลากรแต่ละคน

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีของบุคลากรในหน่วยงาน จะช่วยผสมระหว่าง การสร้างความสุขของบุคลากร และที่ทำงานน่าอยู่ ซึ่งต้องมีการพัฒนาไปพร้อมๆ กัน เพราะเป็นส่วนที่เกื้อหนุนส่งเสริมให้ องค์กรก้าวไปสู่องค์กรแห่งความสุข เติบโตอย่างต่อเนื่องและมั่นคง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ควรนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ มาทำการศึกษาเพื่อ พัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างองค์กรแห่งความสุขในกลุ่ม บุคลากรสาธารณสุข เพื่อกำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงาน องค์กรสร้างสุขของจังหวัดศรีสะเกษต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามการวิจัย และขอบคุณท่านสาธารณสุข อำเภอขุนหาญที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมและอำนวยความสะดวก ให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อุมารวรรณ วาทกิจ. (2560). ปัจจัยสำคัญเป็นองค์แห่งความสุข กรณีศึกษา ธุรกิจโรงแรมระดับ 4-5 ดาว ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการธรรมศาสตร์, 17(3); 121-131.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). กรุงเทพฯ: แผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน.
3. ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์, จุลยวรรณ ดวงโคตะ และนพพร ทิแก้วศรี. (2556). มาสร้างองค์กรแห่งความสุขกันเถอะ. นนทบุรี: บริษัท สองขาครีเอชั่น จำกัด.
4. สานิตย์ เพชรสุวรรณ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. สืบค้นจาก http://hr.ptho.moph.go.th/fileupload/dep_10_20210830686449995.pdf.
5. ปัทมาภรณ์ กุสุมภ์. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออกของข้าราชการ กรณีศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะ) คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
6. วิยสุตา ญาณเม. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อแนวโน้มการลาออกของบุคลากรสายวิชาชีพหลักในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 6(2); 92-111.
7. พรชัย จันศิษย์ยานนท์, ดวงสมร รุ่งสุวรรณโพธิ์ และพูลศักดิ์ โกสีย์วัฒน์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจลาออกจากราชการของบุคลากรทางการแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสมาคมนักวิจัย, 24(1); 201-213.
8. วาโย อัครรุ่งเรือง. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจลาออกของแพทย์จากสถานพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
9. นฤมล แสงผล. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
10. Best, John. (1977). Research in Education. New Jersey: Prentice Hall, Inc: 174.
11. รุ่งอรุณ กระแสร์สินธุ์. (2561). ปัจจัยค่าตอบแทนที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงาน กรณีศึกษา บริษัทผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ในเขตจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารร่มพญักษ์ มหาวิทยาลัยเกริก, 36(2); 121-144.
12. สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทรงค์. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(3); 139-151.
13. จิตารีย์ ยงค์ประวดี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มวัยและสภาพแวดล้อมที่ดึงดูดใจในการทำงานกับความสุขในการทำงานตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลทหารบก, 17(1); 148-155.
14. กฤษณา บุญโยประการ. (2560). ระดับความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากร : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
15. กาญจนา วันนา. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 18(34); 97-108.

ประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

The Effectiveness of the Elderly Health Promotion Model by Empowerment
and Community Participation Process, Nonkhun Sub-district,
Yang-Chumnoi district, Sisaket Province.

ธรรมบุญ คำขาลี^{1*}

Thammanoon Khamchalee^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 90 คน โดยกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ผู้สูงอายุตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลตามระบบปกติของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เดือนพฤษภาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of an elderly health promotion model by empowerment and community participation process in Non Khun Sub-district, Yang Chum Noi District. Sisaket Province. The sample group was split into two groups, each with 90 participants: the experimental group and the comparison group. The elderly in the Non Khun sub-district made up the experimental group. Elderly residents of Lin Fah sub-district in Yang Chum Noi District, Sisaket Province, included in comparison group. The experimental group received a 12-week health promotion program, while the comparison group received a regular public health care program. Data were collected using questionnaires twice before and after the experiment. Between February - May 2023. Data were analyzed using descriptive statistics presented by percentage, mean, standard deviation, median, comparing the differences of mean scores between groups using independent t-test, significance was set at 0.05. The results of the study revealed that the difference in mean scores of social support Self-esteem of the elderly changes in health Satisfaction with participation in Barthel Activities of Daily Living : ADL and the quality of life of the experimental group was higher than the comparison group with a statistical significance of 0.05. The experimental results showed that the developed program was able to promote the health the elderly according to the objectives set.

KEYWORDS: Effectiveness Elderly health promotion Model Empowerment Community Participation

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

*Corresponding author; E-mail address: Noonyangchum@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกในปัจจุบัน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนทั่วโลกกลายเป็นสังคมสูงอายุ (United Nations, 2020) ประชากรในอาเซียนที่กำลังมีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ซึ่งประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว มีทั้งหมด 3 ประเทศ ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุคิดเป็น ร้อยละ 20, 17 และ 11 ตามลำดับ (United Nations, 2020) ซึ่งประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคานียามขององค์การสหประชาชาติ และต่อมาในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ จนก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aged Society) ในปี พ.ศ. 2574 โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 28 ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าว จะทำให้เกิดผลกระทบในหลายๆด้าน ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวมการเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้ประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้สำหรับดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระยะยาว โดยเฉลี่ยสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP จากข้อมูลดังกล่าว ในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2565 นี้ จึงต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุและหลังเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อลดผลกระทบในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม (กรมอนามัย, 2562)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563 โดยกรมอนามัยร่วมกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.7 ไขมันในเลือดสูง 40.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.2 (รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) และเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงปี 2563-2565 พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นโดยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 57.2 รู้สึกเหงาร้อยละ 26.1 ไม่อยากอาหารร้อยละ 47.3 และไม่มีความสุขร้อยละ 23.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าซึ่งการศึกษาของปิติคุณ เสดะปุระและคณะ (2564) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบการกระจายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามภูมิภาคจากมากไปน้อยพบว่าภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดที่ 133.7 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วย 93.9 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราป่วย 38.8 ต่อประชากรแสนคนและภาคใต้มีอัตราป่วย 38.3 ต่อประชากรแสนคนการกระจายตัวของผู้ป่วยรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ นครราชสีมา (951 ราย) อุบลราชธานี (862 ราย) ลำพูน (624 ราย) เชียงใหม่ (331 ราย) และลำปาง (318 ราย) ซึ่งนอกจากโรคทางสุขภาพจิตแล้วโรคทางกายอื่นๆที่พบในวัยผู้สูงอายुरองลงมาได้แก่ ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 ผู้พิการ ร้อยละ 6 และผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1 ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพดังกล่าว (รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563, สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2563) ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ และด้วยเทคโนโลยีความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขที่สามารถทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพก่อนการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาระบบบริการฟื้นฟูสภาพและการดูแลระยะยาว ซึ่งจากการประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพของคนไทยโดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (The Thailand

Development Research Institute: TDR) พบว่าในอีก 15 ปีข้างหน้าจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 4.8 – 6.3 แสนล้านบาท เมื่อผนวกกับสังคมสูงอายุ ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 – 1.8 ล้านล้านบาท นอกเหนือจากปัญหาด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุยังเผชิญปัญหาสุขภาพชีวิต ความเปราะบาง และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางด้านการรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่ยากจน นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะทั้งในการทำงาน และการดำรงชีวิตในสังคมให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอีกด้วย (กรมอนามัย, 2562)

จังหวัดศรีสะเกษได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วเช่นกัน โดยในปี 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 262,087 คนจากประชากรทั้งหมด 1,536,897 คิดเป็นร้อยละ 17.05 และอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่เป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) แล้วตั้งแต่ปี 2563 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 6,837 คน จากประชากรทั้งหมด 35,833 คิดเป็นร้อยละ 19.08 ซึ่งมากกว่าภาพรวมของจังหวัดศรีสะเกษ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2566) และจากการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอขามเฒ่า พบว่าผู้สูงอายุอำเภอขามเฒ่าได้รับการคัดกรองโดยการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 6,082 คน จำแนกเป็นกลุ่มติดสังคม 710 คน กลุ่มติดบ้าน 139 คน กลุ่มติดเตียง 18 คน (คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center-HDC, 2564) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและสามารถสืบค้นได้ในระบบคิดเป็นร้อยละ 14.26 ซึ่งต่ำลงกว่าค่าเฉลี่ยที่เป็นเกณฑ์รับผลิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านโนนคูณ มีผลการคัดกรองผู้สูงอายุค่อนข้างต่ำคิดเป็นร้อยละ 2.82 ซึ่งในปีงบประมาณ 2566 รัฐบาลให้ความสำคัญ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มภาวะพึ่งพิง รัฐบาลได้มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างเหมาะสม โดยรัฐบาลมีการสนับสนุนงบประมาณ ให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้าน

การแพทย์ ให้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกันดำเนินการ ภายใต้การมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน (คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชนเป็นพิเศษ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดี ก็จะสามารถช่วยเหลือสังคมได้อย่างมีคุณค่า ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ มีสุขภาพที่ดี (Healthy) มีความมั่นคง หรือการมีหลักประกันในชีวิต (Security) และมีส่วนร่วม (Participation) (กรมอนามัย, 2563) ซึ่งการจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎี และกระบวนการต่าง ๆ มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงอยู่มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ดังนั้นผู้สูงอายุเองจึงจำเป็นต้องมีศักยภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงชุมชนและครอบครัวต้องมีแผนและนโยบายในการออกแบบเพื่อการดูแลผู้สูงอายุให้ครบวงจรทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มป่วยและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งถ้าชุมชน สังคมมีการรวมพลังเพื่อออกแบบกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน รวมถึงการสนับสนุนแนวทางในการสร้างสมรรถนะที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยตนเองและจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร อีกทั้งยังเป็นการสร้างความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ความพึงพอใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะที่ 1 กิจกรรมการรับรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน

1. ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
2. ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
3. ด้านการดูแลสมอง “ผู้สูงอายุสมองดี”
4. ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
5. ด้านความสุขของผู้สูงอายุ
6. ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 กิจกรรม “เสี้ยวผู้สูงวัย”

ระยะที่ 3 กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 4 เยี่ยมยามถามข่าว

ระยะที่ 5 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสริมคุณค่าคนต้นแบบ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

- (1) การสนับสนุนทางสังคม
- (4) การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ
- (5) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ
- (4) ความพึงพอใจ
- (5) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)
- (6) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน
 - (1) ด้านร่างกาย
 - (2) ด้านจิตใจ
 - (3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม
 - (4) ด้านสิ่งแวดล้อม

วิธีดำเนินการวิจัย

1.รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) โดยที่จัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับกิจกรรมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ ระยะเวลาดำเนินการในการศึกษา ระยะเวลา 12 สัปดาห์

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ประมาณการกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 90 คน คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็น อิสระ ต่ อ กั น (Lemeshow,1990)

$n/\text{group} =$ เมื่อ

- n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม
- = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $=0.05$
- ดังนั้น $= 1.65$
- = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบ 80 % $= 0.84$
- = ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- = ความต่างของผล (Effect size)

ศุภรัชต์ ผาธรรม (2564) ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลตำบล

กันทรารมย์ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 35 คน รวม 70 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 17.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างเท่ากับ 1.70 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการวางแผนเท่ากับ 15.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 1.85 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาค่าความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

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

$$= \frac{(35 - 1)1.70^2 + (35 - 1)1.85^2}{(35 + 35) - 2}$$

$$= 3.16$$

$$\Delta = 1.85 - 1.70$$

$$= 0.15$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

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

$$= \frac{2 \times 3.16(1.65 + 0.84)^2}{(0.15)^2}$$

$$= 55.64$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 55.64 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากกรทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

เพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ = 8.34 คน

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 64 คนเนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการพัฒนาผู้สูงอายุทั้งตำบลดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้เป็นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้นโดยกลุ่มทดลอง คือ ประชาชนในเขตตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณจำนวน 90 คน กลุ่มเปรียบเทียบคือ ผู้สูงอายุในเขตตำบลลิ้นฟ้า จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 90 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่างดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนคูณ
อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2) สมัครใจร่วมโครงการตลอด
ระยะเวลาการ ดำเนินโครงการ โดยมีเกณฑ์เกณฑ์การ
คัดออก ดังนี้

2.1) ย้ายออกจากเขตตำบลโนนคูณ
อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2) ขอลออกจากโครงการ

3.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2
ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ
เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรรักษา โรค
ประจำตัว

2) แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัว
และความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการเห็นคุณค่า
ในตัวเองของผู้สูงอายุ แบบวัดการเปลี่ยนแปลง
ทางด้านสุขภาพ แบบวัดความพึงพอใจในการเข้าร่วม
กิจกรรมของผู้สูงอายุ แบบวัดการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน แบบวัดคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ
ได้แก่ โปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตาม
คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ ภายใต้แนวคิด “สุขเพียงพอ ชะลอ
ชรา ชีวียืนยาว” ของกรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข (2562) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาออกแบบเพิ่มเติม
โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
(HBM) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 8
ขั้นตอน ได้แก่

(1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “สูงอายุยุคใหม่
ใส่ใจการกิน” แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้
ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการที่ดี โดยยกตัวอย่างเมนู
รายการอาหาร 1 สัปดาห์ แนะนำเทคนิคการจัด
อาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยประยุกต์อาหารที่มีอยู่ใน
ท้องถิ่นและหาได้ง่าย แนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร
ให้ได้สัดส่วนตามธงโภชนาการผู้สูงอายุ การใช้สื่อ
นวัตกรรมแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร หลังจัด
กิจกรรม

หลังจบกิจกรรม แก่นนำแสดงความ

ชื่นชมเมื่อผู้สูงอายุปฏิบัติได้ถูกต้องและคัดเลือก
ตัวแทนของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้ดี ให้เป็นตัวแทนในการ
ให้ความรู้ร่วมกับแก่นนำในด้านการรับประทานอาหาร

(2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “สูงวัย

เคลื่อนไหวสะดวก” แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้
ความรู้ ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องการออกกำลังกายใน
ผู้สูงอายุ สาธิตการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันของผู้สูงอายุดังนี้

(1) กิจกรรม ลูก - ยืน - นั่ง 30
วินาที (Chair Stand)

(2) กิจกรรมนั่งเก้าอี้แตะปลายเท้า
(Modified Sit - and - Reach)

(3) กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อ
เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้แก่ การดันผนัง การ
ย่อเข่า และการนั่งยกเข่าสลับกัน

(4) กิจกรรมฝึกการทรงตัว ได้แก่
การยืนขาเดียว มือแตะผนัง และเดินบนเส้น

(5) กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อ
พัฒนาความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อ โดยการ
ประยุกต์ใช้นวัตกรรมการออกกำลังกาย เช่น ยางยืด
ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายโดยใช้
ผ้าขาวม้าและการใช้นวัตกรรมไม้ไผ่คลายปวดเมื่อย

หลังจบกิจกรรม แก่นนำจัดตั้งชวน
ผู้สูงอายุร่วมออกกำลังกายโดยการจัดตั้งกลุ่มออก
กำลังกายที่ผู้สูงอายุมีความถนัดและกำหนดวัน เวลา
ในการออกกำลังกายร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

(3) สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ผู้สูงอายุฟันดี”
แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้ ผู้สูงอายุและญาติ
เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ โดย
เนื้อหาประกอบด้วย การทำความสะอาดช่องปากใน
กรณีมีฟันแท้ และกรณีที่ใส่ฟันเทียม สาธิตการแปรง
ฟันสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้โมเดลฟัน แนะนำเรื่อง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการ
ส่งเสริมผู้สูงอายุให้เข้าถึงการบริการตรวจช่องปาก
เพื่อป้องกันและรักษาโรคจากทันตบุคลากรในพื้นที่
และการใช้นวัตกรรมโมเดลฟันจำลอง

หลังจบกิจกรรม แก่นนำสุขภาพประเมิน
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงการสนับสนุนอุปกรณ์ใน
การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุ

(4) สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ผู้สูงอายุจำดี
ไม่มีลืม” แก่นนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้ ผู้สูงอายุ
และญาติ เรื่องภาวะสมองเสื่อม การป้องกันภาวะ

สมองเสื่อม แนะนำการเล่นเกมส์ฝึกสมอง แนะนำเรื่องนอนหลับอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันสมองเสื่อม แจกแผ่นพับเกมส์ฝึกสมอง

หลังจบกิจกรรม แกนนำจัดทำสมุดบันทึกมอบให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อติดตามการทำการกิจกรรมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ รวมถึงการจดบันทึกการนอนหลับพักผ่อนของผู้สูงอายุ

(5) สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “ความสุขของผู้สูงอายุ” แกนนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องความสุขของผู้สูงอายุ ทำแบบคัดกรองดัชนีวัดสุขภาพจิต (TMHI - 15) แนะนำโปรแกรมการสร้างเสริมความสุขในผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

หลังจบกิจกรรม แกนนำและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

(6) สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ” แกนนำสุขภาพดำเนินการให้ความรู้ ผู้สูงอายุและญาติ เรื่องความสำคัญของการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทำแบบประเมินความเสี่ยงด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พหุศาสตร์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการประเมินวิเคราะห์และจัดการความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

หลังจบกิจกรรม แกนนำร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้นำในชุมชนร่วมกันจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในบ้านและในชุมชน เช่น การจัดโปสเตอร์สว่างในบ้าน ไฟส่องสว่างในถนน การจัดการสิ่งกีดขวางช่องทางเดินในบ้าน นอกบ้าน

(7) สัปดาห์ที่ 7-11 แกนนำสุขภาพดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องใน 6 ชุดกิจกรรม โดยเน้นกิจกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ และดำเนินการติดตามประเมินผลโดยทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับอำเภอ โดยจัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย ค้นหาปัญหาและรวมกลุ่มใหญ่เพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางร่วมระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านของแกนนำสุขภาพ และจัดพิธีผูกเสี่ยวอภัยในการร่วมดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ การออกเยี่ยมบ้าน

ของผู้สูงอายุที่เป็นเสียกันและกระตุ้นเตือนให้เพื่อนผู้สูงอายุปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องทั้ง 6 กิจกรรม การรวมกันในการออกกำลังกายของหมู่บ้าน ตลอดจนการร่วมกิจกรรมทางศาสนา

(8) สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในระหว่างดำเนินการวิจัย มีการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบและนำไปดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ

4.การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอราชไศล และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ด้านความพึงพอใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับย่อภาษาไทย (WHOQOL-BREF –THAI Power, Bullinger and WHOQOL Group ,2002) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

5 การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent ttest กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPHP 2023-023 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566

7. ผลการวิจัย

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 อายุเฉลี่ย 67.1 (SD= 5.24) การศึกษาส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.8 อยู่อาศัยกับคู่สมรส และกับบุตรเท่ากันร้อยละ 33 รายได้เฉลี่ย 6,645.1 บาท (SD=12022.2) ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่สุด ร้อยละ 37.4 ระดับดัชนีมวลกายระดับปกติร้อยละ 65.6 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีร้อยละ 91.2 ส่วนมากได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพร้อยละ 47.7 ได้รับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 40 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมร้อยละ 72.2

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.8 อายุเฉลี่ย 67.1 (SD= 5.25) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.8 รายได้เฉลี่ย 6,252.2 (SD=11406.1) อาศัยอยู่กับบุตรส่วนใหญ่ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.9 ดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติร้อยละ 64.4 ส่วนมากได้รับการบริการด้านสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 52.2 รองลงมาได้รับช่วยเหลือเรื่องรายได้ ร้อยละ 22.2 หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนมากที่สุดได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลร้อยละ 40 การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเหมาะสม ร้อยละ 76.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=90)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	26	28.9	29	32.2
หญิง	64	71.1	61	67.8
2. อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	70	77.8	69	76.7
มากกว่า 71 ปี	20	22.2	21	23.3
Mean (S.D.)	67.1 (5.24)		67.1 (5.25)	
3. อาชีพ				
เกษตรกร	79	86.8	79	87.8
รับจ้าง	3	3.3	3	3.3
ค้าขาย	3	3.3	2	2.2
อื่นๆ	5	5.6	6	6.7
3. รายได้เฉลี่ยครัวเรือน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	85	94.4	80	88.9
มากกว่า 10,001 บาท	5	5.6	10	11.1
Mean (SD)	6645.1 2022.2)		6252.2 (11406.1)	
4. ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	8	8.8	8	8.9
ประถมศึกษา	67	73.6	69	76.7
มัธยมศึกษา	11	12.1	7	7.8

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=90)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=90)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. อยู่อาศัยร่วมกับ				
อยู่คนเดียว	14	15.6	15	16.7
คู่สมรส	30	33.0	29	32.2
บุตร	30	33.0	35	38.9
ญาติ	16	17.6	11	12.2
6. โรคประจำตัว				
เบาหวาน	10	11	16	17.8
ความดันโลหิตสูง	34	37.4	35	38.9
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	11	12.1	7	7.8
โรคเรื้อรังอื่นๆ	6	6.6	4	4.4
ไม่มีโรคประจำตัว	29	32	28	31.1
7. ดัชนีมวลกาย				
ปกติ	59	65.6	58	64.4
ต่ำกว่าเกณฑ์	10	11.1	8	8.9
มากกว่าเกณฑ์	21	23.3	24	26.7
เหมาะสม	65	72.2	69	76.7

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ด้านความพึงพอใจ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.12 คะแนน (95% CI = 7.26-8.98) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	38.85	3.73	0.08	-1.02-1.19	0.1585	0.874
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.76	3.79				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	46.94	1.75	8.12	7.26-8.98	18.5972	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.82	3.75				

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.8 คะแนน (95% CI = 4.99-6.61) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเอง ของผู้สูงอายุ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	40.85	3.11	-0.06	-1.02-0.91	-0.1139	0.909
กลุ่มเปรียบเทียบ	40.91	3.42				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	46.74	1.92	5.8	4.99-6.61	14.1287	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	40.94	3.39				

2.3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.49 คะแนน (95% CI=9.49-11.48) รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านการเปลี่ยนแปลง ทางด้านสุขภาพ	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	33.42	4.56	0.16	-1.17- 1.47	1.4762	0.817
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.26	4.41				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	43.95	2.03	10.49	9.49-11.48	20.7931	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.46	4.33				

2.4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนน

เฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.20 คะแนน (95% CI=7.16-9.24)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการด้านความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านความพึงพอใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	37.74	4.13	0.32	-0.94-1.58	0.5053	0.614
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.42	4.42				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.51	1.90	8.20	7.16-9.24	15.5139	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.31	4.64				

2.5.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.19 คะแนน (95% CI=4.45-7.93)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	38.25	6.14	-0.09	-1.90-1.72	-0.0967	0.923
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.34	6.18				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	44.56	5.65	6.19	4.45-7.93	7.0327	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.37	6.15				

2.7.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 33.66คะแนน (95% CI=29.51-37.80)รายละเอียดตามตารางรายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตโดยรวม	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	88.28	10.79	0.86	-2.16-3.87	0.5604	0.576
กลุ่มเปรียบเทียบ	87.43	9.67				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	120.04	15.68	33.66	29.51-37.80	16.0285	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	86.39	12.28				

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษสรุปและอภิปรายผลที่ได้จากการทดลองดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ด้านการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ ด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ด้านความพึงพอใจ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.12 คะแนน (95% CI = 7.26-8.98) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.8 คะแนน (95% CI = 4.99-6.61) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 10.49 คะแนน (95% CI=9.49-11.48) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 8.20 คะแนน (95% CI=7.16-9.24) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6.19 คะแนน (95% CI=4.45-7.93) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 33.66 คะแนน (95% CI=29.51-37.80)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งกิจกรรมการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะได้แก่ ระยะที่ 1 การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างองค์ความรู้และทักษะให้แก่แกนนำสุขภาพในชุมชนจำนวน 30 คน ตามโปรแกรมชะลอชราชีวิตยืนยาวของกรมอนามัย (กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ใน 6 กิจกรรม ระยะเวลา 2 วัน โดยมีผลการประเมินความรู้และทักษะของแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับดีมากขึ้นไป หลังจากนั้นมอบหมายให้แกนนำ 1 คน ได้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 3 คน โดยแนะนำและฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่มอบหมายทั้งหมด 6 กิจกรรมในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่ (1) กิจกรรมสูงอายุยุคใหม่ใส่ใจการกิน (2) กิจกรรมสูงวัยเคลื่อนไหวสะดวก (3) กิจกรรม ผู้สูงอายุพันธุ์ดี (4) กิจกรรมผู้สูงอายุจำดีไม่มีลืม (5) กิจกรรมความสุขของผู้สูงอายุ และ (6) กิจกรรมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และในสัปดาห์ที่ 7-10 มีการทบทวนการปฏิบัติซ้ำใหม่ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-6 เสริมพลังในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว สัปดาห์ที่ 11 จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการผูกเสี่ยวอีก

แพ่งเบี่ยงเบนสุขภาพร่วมกัน เยี่ยมยามถามข่าว เสริมพลังใจให้แก่กัน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ผูกเสี่ยวผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวน 3 คน ให้มีหน้าที่ในการติด เดือน ตาม ถามและสนับสนุนให้เพื่อนเสี่ยวปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและขยายผูกเสี่ยวไขว้กันระหว่างกลุ่มอื่นๆอีกอย่างน้อย 3 กลุ่มและสัปดาห์สุดท้ายสัปดาห์ที่ 12 กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเปิดเวทีแชร์ประสบการณ์ของการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้ดีระหว่างแกนนำและผู้สูงอายุ ได้นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีโปรแกรมหรือรูปแบบที่ถูกต้องจึงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งนอกจากการมีโปรแกรมหรือรูปแบบในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุนั้น สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือระบบสนับสนุนในสังคมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายในชุมชนซึ่งรัฐบาลจำเป็นต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อมาช่วยจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มแกนนำดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนี้จำเป็นต้องได้รับการสร้างองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อยืดระยะเวลาในการเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ติดสังคม)ให้นานขึ้น นอกเหนือจากนั้นในชุมชนจำเป็นต้องมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น สื่อภาพพลิก สื่อออนไลน์ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก เครื่องช่วยเดิน อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย การจัดไฟส่องสว่าง อุปกรณ์ภายในห้องน้ำเป็นต้น ซึ่งถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างครบถ้วน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้และมีสุขภาพดีสอดคล้องกับจิราพันธ์ วงศ์สุวรรณและคณะ (2563) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่ จำนวน 33 คนพบว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว ในการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากภาคีสุขภาพ กศน.พม. อบต. และปราชญ์ชาวบ้านในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น

กิจกรรมการส่งเสริมอาชีพ ได้รับความรู้จากบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้เป็นบุคคลสุขภาพะ ได้รับแรงสนับสนุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มเครือข่ายในชมรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีสมรรถนะในการสร้างสุขภาพด้วยตนเองโดยการสร้างองค์ความรู้ การฝึกทักษะ การสร้างคุณค่าในตัวของผู้สูงอายุ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน การเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจเพิ่มมากขึ้นที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ น้ำทิพย์ ยิ้มแย้มและคณะ (2560) ที่ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน โดยมีกิจกรรมคือ ครั้งที่ 1 ค้นพบความจริง(กิจกรรมรู้ตนเอง)ครั้งที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ(กิจกรรมรู้บทวน) ครั้งที่ 3 การตัดสินใจเลือกทางออก (กิจกรรมรู้แก้ไข)และ ครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (กิจกรรมฉันทำได้และต่อเนื่อง) ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$)และมีค่าความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ย่อมจะส่งผลให้มีระดับคะแนนของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นตามลำดับ และกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นได้มีความสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตำบลโนนคูณ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมมีคะแนนความพึงพอใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผาติภทรกุลและคณะ, 2561) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 65 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา

8 สัปดาห์ โดยรับฟังการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งสิ้น 15 ชั่วโมงผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับดี ในด้านการรับประทานอาหารและการผ่อนคลายความเครียด ดังนั้นการที่นำเอาผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีอย่างแน่นอน และเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ย่อมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้น เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย,(2562).คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข,กรมอนามัย.(2563).คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Individual Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุ.

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, ระบบสถิติทางทะเบียน, สถิติจำนวนประชากรแยกอายุ. (ออนไลน์) 2566 (อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566). จาก: <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2566).ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน. (ออนไลน์) 2564(อ้างเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2566)จาก:<http://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-all/changwat?year=2023&cw=33>.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2564) คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี2564, <https://icd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021/06/Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf>.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564). คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565) คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.

กรมควบคุมโรค.(2565). กระทรวงสาธารณสุข.Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://ddcmoph.go.th/index.php>. มกราคม.

จิรนนท์ วงศ์สุวรรณและคณะ (2563). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่.พยาบาลสาร ปีที่ 47 ฉบับที่ 3 กรกฎาคมกันยายน พ.ศ. 2563.

น้ำทิพย์ ยิ้มแย้มและคณะ (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก้งดินสอ อำเภอนาดูน จังหวัดบุรีรัมย์.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2560.

2.ควรมีการดำเนินงานในการสร้างเสริม

พลังอำนาจในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆเพื่อนำมาปรับปรุงโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในลำดับต่อไป

การนำการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนแก้ไข ปรับปรุงหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงได้

2.สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงได้

ปัทมาดิภัทรกุลและคณะ (2561)ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนวารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ปี ที่ 12(ฉบับพิเศษ)กค.-ธ.ค. 2561.

ปิตินัน เสตะปุระและ ณัฐธกุล ไชยสงคราม (2564).ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2565.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).(2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย,2563.(2563)รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2563.สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.โรงพยาบาลพัทลุง พ.ศ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.).(2559).คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

World Health Organization.(2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). New York: United Nations.

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.

Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. Health education monographs, 2, 324-473.

Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. CMRP. 2020;10:78-79, 2020.Sintema EJ. Effect of COVID-19 on the performance of grade 12 students: Implications for STEM education. EURASIA J Math Sci Tech Ed. 2020; 16(7), em1851, 2020.

Gibson, C.H. (1991). “A Concept Analysis of empowerment,” Journal of Advance Nursing. (16) : 354-361.

Lemeshow S, Hosmer.(1990). D.W, & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc.

Lewin, Kurt.(1951). “Field. Theory and Leaning” Ind. Cartwright Field theory in Social Science:Selected Theoretical. New York:Harper and Row.

Prasimahabodi Psychiatric Hospital.(2021).Report of patients with depressive disorder who access the medical service. Ubon Ratchathani: Prasimahabodi Psychiaric Hospital,; 2021 [cited 2022 Sep 7]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/

ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ในประชาชนใน 5 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

Prevalence and risk behaviors of liver fluke *Opisthorchis viverrini* infection in people in 5 villages of Na Wiang Sub-district health promoting hospital, Samo Subdistrict,

Prangku District, Sisaket Province

จันทร์เพ็ญ แสงเพ็ญ^{1*} สมอน ธนะชาติ^{2*}

Chanphen Saengpheng^{1*} Smon Thanachat^{2*}

*Corresponding: Junpen209@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ในประชาชนใน 5 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 347 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายตัวแปรโดยการวิเคราะห์ Binary logistic regression และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบพหุโดยใช้การวิเคราะห์ Multiple logistic regression ผลการวิจัยพบว่า การมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 8.71 เท่า (AOR=8.71, 95%CI=1.35-55.87) ประชาชนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับน้อยมีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับมาก 40.85 เท่า (AOR=40.85, 95%CI=1.68-98.39) และประชาชนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับไม่ดีมีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าประชาชนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี 31.54 เท่า (AOR=31.54, 95%CI=3.46-87.01) จากผลการวิจัยการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ของประชาชนใน 5 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ: ความชุก พฤติกรรมเสี่ยง พยาธิใบไม้ตับ

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: Junpen209@gmail.com

Abstract

The analytical cross-sectional research conducted in five villages of Na Wiang Health Promoting Hospital, Samo Sub-district, Prangku District, Sisaket Province aimed to investigate the prevalence and risk behavior associated with *Opisthorchis viverrini* liver fluke infection among 347 individuals. The data collection took place in February 2023, utilizing a researcher-created questionnaire. Descriptive statistics were employed to analyze the data, presenting frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and 25th and 75th percentiles.

Furthermore, binary logistic regression analysis was conducted to assess the factors influencing liver fluke infection. Multiple logistic regression analysis was utilized to examine the factors associated with liver fluke infection, considering various variables simultaneously. The study identified several significant findings. Firstly, the presence of a family member infected with liver fluke increased the likelihood of being infected with the liver fluke by 8.71 times compared to families without any infected members (AOR=8.71, 95%CI=1.35-55.87). This indicates a strong association between familial infection and individual infection risk. Secondly, individuals with a low risk perception of liver fluke infection were found to be 40.85 times more likely to be infected compared to those with a high risk perception (AOR=40.85, 95%CI=1.68-98.39). This suggests that individuals who underestimate the risk of liver fluke infection are more susceptible to contracting the disease. Lastly, individuals with poor liver fluke prevention behavior were 31.54 times more likely to be infected compared to those with good prevention behavior (AOR=31.54, 95%CI=3.46-87.01). This highlights the importance of adopting effective preventive measures to reduce the risk of liver fluke infection. Based on these findings, the study emphasizes the need to focus on factors influencing the prevention of *Opisthorchis viverrini* liver fluke infection among the population in the five villages of Na Wiang Health Promoting Hospital, Samo Sub-district, Prangku District, Sisaket Province. Strategies should be implemented to raise risk perception, promote proper prevention behaviors, and address familial infections to mitigate the prevalence of liver fluke infection in the studied area.

Keywords: Prevalence, Risk Behavior, Liver Fluke

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) รายงานในปี 2562 ประเมินการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มากกว่า 10 ล้านคน (Sithithaworn et al., 2012) ในประเทศไทยพบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเช่นกัน องค์การอนามัยโลกได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 ที่ทำให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma, CCA) (Dao et al., 2016) โดยโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประเทศไทย และมีการคาดการณ์ว่าประชากรไทยร้อยละ 10 ของประเทศ

หรือราว ๆ ประมาณ 6 ล้านคน ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และมีอัตราการติดเชื้อมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ (กรมควบคุมโรค, 2561) โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุดร้อยละ 18.70 ซึ่งบางหมู่บ้านมีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 85.20 (อภิชาติ ภัทรธรรม, 2557) สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อพยาธิสายพันธุ์ *Opisthorchis viverrini* ที่เข้ามาฝังตัวในท่อน้ำดีจากการบริโภคปลาน้ำจืดมีเกล็ดที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ (metacercaria) เข้าไปด้วยการไม่ผ่านการปรุงสุก เช่น ปลาตะเพียน ปลาชิว ปลาสร้อย หรือปลาจากการแปรรูปหมักดอง เช่น ปลาร้า (Sripa et al. 2007) โดยคนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าคนที่มติด

เชื้อพยาธิใบไม้ตับ 16 เท่า (ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์, 2559) โดยอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (วันชัย เหล่าเสถียรกิจและคณะ, 2562) ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดให้โรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในบัญชีโรคของคนที่ถูกปล่อย และสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) ได้จัดให้พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพกลุ่มที่ 1 ที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคน (Zuckerman A. J., 1995)

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ป้องกันได้ หากมีการดำเนินการทั้งภาครัฐ ภาคการศึกษาและภาคประชาชน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อพยาธิของประชาชนคือ การบริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดดิบๆ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อย ปลาดิบและปลาสามดิบ โดยเป็นวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นการบริโภคอาหารแบบครัวเรือนทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคแบบเดียวกัน และการสังสรรค์ของเพศชายที่ชอบบริโภคก้อยปลาดิบ ร่วมกับการดื่มสุรา (วันชัย เหล่าเสถียรกิจและคณะ, 2562) ปี 2562 จังหวัดศรีสะเกษ ได้สุ่มตรวจอุจจาระหาความชุกโรคหนอนพยาธิ ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูงสุดในเขตอำเภอวังหินร้อยละ 26.76 รองลงมาคือ อำเภอปรางค์กู่ร้อยละ 25.27 และอำเภอศรีรัตนะร้อยละ 20.90 และมีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 406 คน อัตราการตาย 27.58 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนาเวียง มีหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 13 หมู่บ้าน 1,197 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 5,943 คน แยกเป็นชาย 2,947 คน หญิง 2,996 คน ประชากรที่ขึ้นสิทธิประกันสุขภาพ (สิทธิ UC) จำนวน 3,761 คน จากการตรวจพยาธิใบไม้ตับของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งในพื้นที่รับผิดชอบในภาพรวมจังหวัดศรีสะเกษ ใน

ปี 2564 จำนวน 66,141 ราย พบพยาธิใบไม้ตับ 1,477 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.23 อำเภอที่พบอัตราความชุกพยาธิสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอปรางค์กู่, โนนคูณ, น้ำเกลี้ยง, ชูชนังและยางชุมน้อย ร้อยละ 8.27, 8.07, 6.02, 5.75 และ 4.68 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า อำเภอปรางค์กู่เป็นอำเภอที่พบอัตราความชุกพยาธิสูงสุด (สมชาย วรภิเษมสกุล, 2554) จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ *Opisthorchis viverrini* ในประชาชนใน 5 หมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษซึ่งทำให้สามารถประเมินสถานการณ์การแพร่กระจายของโรคพยาธิใบไม้ตับและทำให้ทราบถึงสาเหตุด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ เพื่อที่จะวางแผนการดำเนินงานและโปรแกรมสุขศึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” ของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.1 เพื่อศึกษาความชุกหรืออัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปใน 5 หมู่บ้านที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ ได้แก่ หมู่บ้านกุดปราสาท, หมู่บ้านระหาร, หมู่บ้านจานโง, หมู่บ้านทามจาน, และหมู่บ้านกระต่ายดอนน้อย ตำบลสมอ อำเภوبرางค์กู จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปใน 5 หมู่บ้านที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ ได้แก่ หมู่บ้านกุดปราสาท, หมู่บ้านระหาร, หมู่บ้านจานโง, หมู่บ้านทามจาน, และหมู่บ้านกระต่ายดอนน้อย ตำบลสมอ อำเภوبرางค์กู จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มีความยืดหยุ่นสามารถกำหนดขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่สร้างจากสูตรของ Cohen (1989) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการใช้โปรแกรม G*Power ดังนี้ การคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) มีรายละเอียดดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{[B(1-B)(P_0 - P_1)^2]}$$

จากการศึกษาของ อังษณา ยศปัญญา (2558) ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดเลย ปี 2556 ดังนี้

P_0 = สัดส่วนของเพศชายและติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.104

P_1 = สัดส่วนของเพศหญิงและติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.215

B = สัดส่วนของเพศชาย เท่ากับ 0.467

P = สัดส่วนของตัวแปรที่ศึกษาคำนวณจาก $[(1-B)*P_0] + (B*P_1) = 0.156$

α = ระดับนัยสำคัญ กำหนด 0.05

$Z_{1-\alpha}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 1.96

β = อำนาจการทดสอบ กำหนด 0.20

$Z_{1-\beta}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 0.84

แทนค่าลงในสูตรได้

$$n = \frac{0.156(1-0.156)(1.96+0.84)^2}{[0.467(1-0.467)(0.104-0.215)^2]}$$

$$n = 332.73 \approx 333 \text{ คน}$$

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ วิเคราะห์หาความชุกหรืออัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภوبرางค์กู จังหวัดศรีสะเกษ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้าสู่ Model หลายตัว จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์ Multiple logistic regression) (Hsieh, et al, 1998) ดังนี้

$$n p = \frac{n_1}{1 - \rho^2_{1,2,3,\dots,p}}$$

np = ขนาดตัวอย่างที่ปรับด้วย ρ

n_1 = ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ได้จากการคำนวณ

$\rho_{1,2,3,\dots,p}$ = Multiple correlation coefficients หรือค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปรอิสระที่สนใจกับตัวแปรอิสระอื่นๆ ที่เหลือ

ρ	np (ปรับขนาดตัวอย่าง)
0.1	336
0.2	347
0.3	366
0.4	396
0.5	444
0.6	520
0.7	653
0.8	925
0.9	1753

ผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.2$ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้วเท่ากับ 347 คน คณะผู้วิจัยเก็บตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรนักศึกษาแต่ละคณะได้ตัวอย่างจำนวน 347 คน

2.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชาชนที่สมัครใจ ปราศจากอคติหรือการบังคับ ในการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับใน 5 หมู่บ้านที่อยู่ใกล้แหล่งน้ำ ได้แก่ หมู่บ้านระหาร หมู่บ้านกุดปราสาท หมู่บ้านทามจาน หมู่บ้านจานโง และหมู่บ้านกระต่ายดอนน้อย ตำบลสมอ อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ ในเดือนกุมภาพันธ์ 2566

2.4 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ประชาชนผู้ยินยอมตนมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาด้วยเหตุผลส่วนตัวหรือเหตุผลอื่น เช่น เจ็บป่วย โดยไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน หรือการรักษาพยาบาลที่ได้รับอยู่ หรือชีวิตประจำวัน ขึ้นอยู่กับบริบทของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยนั้น ๆ

2.5 ระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมดในการวิจัย_ทำการเก็บตัวอย่างในเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2566 โดยจะเริ่มเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ทำการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ (stool examination) ด้วยเทคนิค Kato's thick smear มีขั้นตอนดังนี้ 1) ตักอุจจาระประมาณเท่าเมล็ดถั่วเขียววางลงบนกระจกสไลด์ 2) ใช้แผ่นกระดาษแก้วที่แช่อยู่ในน้ำยาเกลีเซอริน-มาลาไคน์กรีนแล้วปิดทับบนอุจจาระ 3) กดด้วยจุกยางให้อุจจาระกระจายอย่างสม่ำเสมอ 4) ทิ้งไว้ที่อุณหภูมิห้องประมาณ 20-30 นาที 5) ตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ยี่ห้อ Optika ประเทศอิตาลี (Optika B-192 microscope (Optika Italy)) ซึ่งมีกำลังขยายสูงสุด 1,000 เท่า และจัดทำแบบสอบถามสำหรับประชาชนดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียงอ่านคำถามให้ผู้เข้ารับการตรวจแต่ละคนตอบและลงนามเพื่อยินยอมในการเข้ารับการตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 11 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ การดื่มสุรา การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และแหล่งที่มาของข้อมูล ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนที่ 5 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 6 ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 7 วัฒนธรรมกลุ่มในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 8 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคฯ ส่วนที่ 9 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่

10 พฤติกรรมการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ และ ส่วนที่ 11 ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การรับประทานยา การดื่มสุรา การได้รับข้อมูลข่าวสาร แหล่งที่มาของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ

1.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ นำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ รายตัวแปร โดยทำการวิเคราะห์ binary logistic regression ประเมินช่วงเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 ของ Crude Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

3. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ โดยทำการวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงอนุมานใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนหลายตัวแปร โดยใช้ Multiple logistic regression และการประเมินช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ของ Adjusted Odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-036 ลงวันที่ 15 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.5 มีอายุเฉลี่ย 49.93 ปี (S.D.=14.07 ปี) จบการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 70.8 มีมียาฐานของรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท ($P_{25}=3,000$ บาท : $P_{75}=10,000$ บาท) สมาชิกในครอบครัวเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 17.0 เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 13.6 ดื่มสุรา ร้อยละ 52.0 ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 34.1 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 93.4 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าครอบครัวที่ไม่มีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 8.71 เท่า (AOR=8.71, 95% CI=1.35-55.87) ประชาชนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับน้อยมีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่า

ประชาชนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับมาก 40.85 เท่า (AOR=40.85 (1.68-98.39) และประชาชนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับไม่มีโอกาสที่จะติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากกว่าประชาชนที่มี

พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับ 31.54 เท่า (AOR=31.54(3.46-287.01) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchis viverrini*) ในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

ปัจจัย	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{adj} (95 %CI)	P-value
	ติดเชื้อ(%)	ไม่ติดเชื้อ(%)			
เพศ					
ชาย	6(4.3)	134(95.7)	1.80 (0.53-6.01)	3.74 (0.65-21.56)	0.139
หญิง	5(2.4)	201(97.6)			
อายุ (ปี)					
> 52 ปีขึ้นไป	5(3.1)	157(96.9)	0.94 (0.28-3.15)	0.93 (0.13-6.68)	0.945
≤ 52 ปี	6(3.3)	178(96.7)			
การศึกษา					
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	793.90	171(96.1)	1.67 (0.48-5.84)	1.24 (0.20-7.52)	0.809
ระดับการศึกษาอื่น	4(2.4)	164(97.6)			
อาชีพ					
เกษตรกร	10(4.1)	235(95.9)	4.21 (0.53-33.35)	3.24 (0.16-63.40)	0.438
อาชีพอื่น	1(1.0)	99(99.0)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว					
≤ 5,000 บาท	7(3.7)	180(96.3)	1.50 (0.43-5.24)	1.30 (0.17-9.54)	0.792
> 5,000 บาท	4(2.5)	155(95.5)			
การมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ					
มี	5(6.0)	79(94.0)	2.70 (0.80-9.08)	8.71 (1.35-55.87)	0.022
ไม่มี	6(2.3)	256(97.7)			
			การรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ		
ไม่เคย	7(2.3)	292(97.7)	0.25 (0.72-0.91)	0.46 (0.06-3.25)	0.442
เคย	4(8.5)	43(91.5)			
			การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	7(3.9)	173(96.1)	1.63 (0.47-5.70)	4.62 (0.4-32.93)	0.126
ดื่ม	4(2.4)	162(97.6)			
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ไม่เคย	3(2.5)	115(97.5)	0.71 (0.182-75)	0.41 (0.06-2.46)	0.332
เคย	8(3.5)	220(96.5)			
แหล่งที่มาของข้อมูล					
บุคคลอื่น	10(3.1)	313(96.9)	0.70 (0.08-5.74)	3.92 (0.13-116.11)	0.429
บุคลากรสาธารณสุข	1(4.3)	22(95.7)			

ปัจจัย	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ		OR _{Crude} (95 %CI)	OR _{adj} (95 %CI)	P-value
	ติดเชื้อ(%)	ไม่ติดเชื้อ(%)			
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ต่ำ	10(3.0)	324(97.0)	0.34 (0.04-2.89)	0.17 (0.008-3.55)	0.256
สูง	1(8.3)	11(91.7)			
ทัศนคติต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ไม่ดี	9(4.0)	217(96.0)	2.44 (0.52-11.51)	2.23 (0.28-17.55)	0.443
ดี	2(1.7)	118(98.3)			
การรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ					
น้อย	10(5.1)	188(94.9)	7.81 (0.99-61.77)	40.85 (1.68-98.39)	0.022
มาก	1(0.7)	147(99.3)			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ					
น้อย	10(3.1)	311(96.9)	0.74 (0.09-6.03)	1.17 (0.04-35.01)	0.925
มาก	1(4.2)	23(95.8)			
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
น้อย	10(3.0)	319(97.0)	0.47 (0.05-3.91)	0.72 (0.04-12.05)	0.824
มาก	1(6.3)	15(93.8)			
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ					
น้อย	3(5.2)	55(94.8)	1.90 (0.49-7.42)	1.39 (0.10-19.36)	0.803
มาก	8(2.8)	280(97.2)			
แรงสนับสนุนทางสังคม					
น้อย	10(3.4)	286(96.6)	1.67 (0.21-13.41)	3.71 (0.13-99.45)	0.435
มาก	1(2.0)	48(98.0)			
ความตั้งใจในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
น้อย	9(3.2)	273(96.8)	1.02 (0.21-4.84)	1.60 (0.15-16.80)	0.691
มาก	2(3.1)	62(96.9)			
วัฒนธรรมกลุ่มในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ไม่เหมาะสม	8(3.3)	238(96.7)	1.07 (0.27-4.14)	3.50 (0.16-73.41)	0.419
เหมาะสม	3(3.0)	96(97.0)			
การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
น้อย	8(2.6)	304(97.4)	0.27 (0.06-1.07)	0.153 (0.01-1.49)	0.106
มาก	3(8.8)	31(91.2)			
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ไม่เหมาะสม	6(2.5)	232(97.5)	0.52 (0.15-1.76)	0.691 (0.07-6.27)	0.743
เหมาะสม	5(4.7)	102(95.3)			
พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ไม่ดี	6(9.1)	60(90.9)	5.50 (1.62-18.61)	31.54(3.46-87.01)	0.002
ดี	5(1.8)	275(98.2)			

อภิปรายผล

การมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษร แถวโนนจิว และคณะ (2559) ศึกษาอุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า ที่เคยได้รับยาพาราซิควอนเทลในการกำจัดพยาธิใบไม้ตับในปี 2556 ผลการศึกษาติดตามประชาชนกลุ่มเดิมโดยตรวจอุจจาระวิธี Modified Kato thick smear technique พบว่ามีอัตราพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 14.3 และมีค่าสูงสุดในจังหวัดนครพนม ร้อยละ 28.6 อุบัติการณ์การของพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างปี พ.ศ. 2556 ถึง 2557 ร้อยละ 9.0 (95% CI=0.08-0.10) เมื่อจำแนกรายพื้นที่พบอุบัติการณ์สูงสุดที่จังหวัดนครพนม ร้อยละ 15.0 (95% CI=0.12-0.19) รองลงมาคือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 10.7 (95% CI=0.07-0.14) และจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 10.1 (95% CI=0.06-0.12) ตามลำดับ และพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำในผู้ที่เคยติดเชื้อในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำได้แก่ ประวัติการกินปลาน้ำจืด มีเกล็ดดิบ (OR=3.2 , 95% CI=2.25-4.68) ประวัติการเคยกินยาพาราซิควอนเทล (OR=3.1, 95% CI=2.07-4.58)

ประชาชนที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับน้อยเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่ (25610) ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ตำบลธงธานี อำเภอดงขี้เหล็ก จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ พบว่าผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมีการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 28.46 และผู้ที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โทษของการบริโภคปลาดิบเพิ่มขึ้น 5.41 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของกรณัฏฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 p -value=0.001) เนื่องจากผลจากการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยให้เรียนเป็นสำคัญและให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงโทษของการรับประทานปลาดิบ โดยมีหัวข้อเรื่องอันตรายและความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการบริโภคปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ

ประชาชนที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับไม่ดีเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชน 5 หมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเวียง ตำบลสมอ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรชัย คำดอกบัว และ เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอยะรัง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่

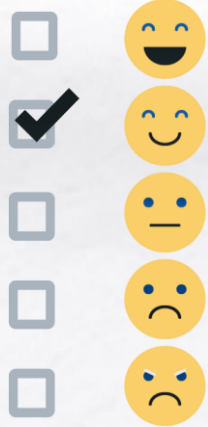
ระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าเป็นปัจจัยป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คือกลุ่มที่จบชั้นมัธยมศึกษาหรือสูงกว่ามีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับน้อยกว่า 0.44 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่จบชั้นประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือ (OR=0.44, 95%CI: 0.26-0.72, $p<0.001$) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ กลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในพื้นที่น้อยกว่า 20 ปี 2.53 เท่า (OR=2.53, 95%CI: 1.07-6.00, $p=0.034$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับต่ำมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับการรับรู้สูง 2.05 เท่า (OR=2.05, 95% CI: 1.17-3.61, $p=0.012$) และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ปฏิบัติบางครั้งมีโอกาสติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงกว่ากลุ่มที่ปฏิบัติสม่ำเสมอ 1.61 เท่า (OR=1.61, 95% CI: 1.05-2.49, $p=0.029$) วรกร วิชัยโย (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วงจังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยพบว่า การเลี้ยงแมวในครัวเรือน มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 7.22 เท่า ของครัวเรือนที่ไม่ได้เลี้ยงแมว และการเลี้ยงสุนัขก็ยังทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคได้ถึง 4.56 เท่า ทำเมนูปลาดิบให้กินภายในครอบครัวส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.89 เท่า ส่วนถ้าไม่มีเวลาทำก็จะมีพฤติกรรมเสี่ยงคืออีกอย่าง นั่นก็คือการซื้อเมนูปลาดิบมาจากตลาดภายในชุมชน ก็ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อโรคถึง 2.54 เท่า แต่ก็ยังพบอีกว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งในกลับกันกับส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ 0.55 เท่า และ ปรีวัฒน์ กอสุระ และคณะ (2563) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ: การประเมินสถานการณ์ตามบริบทชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

พยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ชอบรับประทานปลาจ่อม/ปลาน้อยดิบก้อยปลาดิบ ให้สุนัข/แมวกินปลาหรือเศษปลาดิบ รับประทานส้มตำใส่ปลาร้าดิบ และมีคนในครอบครัวที่ยังถ่ายอุจจาระตามทุ่งนา แม้ว่าผลการประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.40) แต่ผลการสำรวจการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ความชุกเฉลี่ย ร้อยละ 17.02 ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่ให้เกินร้อยละ 5

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, 24-26 กรกฎาคม 2561, โรงแรมพุลแมนขอนแก่น ราชออคิต, ขอนแก่น.
- กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสี และคณะ (2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2562). รายงานสรุปผลการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษประจำปีงบประมาณ 2559. การประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- เกษร แฉวนอนจัว ไพบูลย์ สิทธิถาวร ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ เสรี สิงห์ทอง นิตยา ชุตไธสง และ วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. (2559). อุบัติการณ์และการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม - มิถุนายน 2559.
- ฉัตรชัย คำตอบรับ และ เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 21 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2561.
- ฉัตรลดา ดีพร้อม และ นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. (2561). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ที่ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ตำบลธนาธิ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรินทร ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2561).
- ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์ และสรญา แก้วพิบูลย์. (2559). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 12. 1: 49-63.
- ปรีวัฒน์ กอสุระ และคณะ. (2563). พฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ: การประเมินสถานการณ์ตามบริบทชุมชนของคนไทยเชื้อสายเขมรในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2563.
- วรกร วิชัยโย. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน อำเภอคำม่วนจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2563.
- วันชัย เหล่าเสถียรกิจ ศศิธร เจริญประเสริฐ กันยารัตน์ เหล่าเสถียรกิจ พุทธิไกร ประมวล และศักรินทร์ บุญประสงค์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 28 (ฉบับที่ 6), 974-985.
- สมชาย วรภิเษมสกุล. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุดรธานี: อักษรศิลป์การพิมพ์; 2554.
- อภิชาติ ภัทรธรรม. (2557). ขนเผ่ากูย (Kui) กวย (Kuoy) หรือส่วย (Suay). วารสารการจัดการป่าไม้. ปีที่ 7 (ฉบับที่ 14), 54-63.

- อังษณา ยสปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทรมหา และ เกสร แถวโนนจ้าว.
(2558). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดเลย. สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น. 22(1).
- Cohen, H.G., Staley, F.A. and Willis J. H. 1989. Teaching Science As A Decision Making Process.
2nd ed. Iowa : Kendall/ Hunt Publishing Company.
- Dao TTH, Bui TV, Abatih EN, Gabriël S, Nguyen TTG, Huynh QH, Nguyen CV, Dorny P.
Opisthorchis viverrini infections and associated risk factors in a lowland area of Binh
Dinh province, Central Vietnam. Acta Tropica 2016;157:151–157.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation
for linear and logistic regression. Statistics in Medicine, 17, 1623-1634.
- Sithithaworn P, Andrews RH, Nguyen VD, Wongsaroj T, Sinuon M, Odermatt P, Nawa Y, Liang S,
Brindle PJ, Sripa B. The current status of opisthorchiasis and clonorchiasis in the Mekong
Basin. Parasitology International 2012;61:10–16.
- Sripa, B., Kaewkes, S., Sithithaworn, P., Mairiang, E., Laha, T., Smout, M., Pairojkul, C.,
Bhudhisawasdi, V., Tesana, S., Thinkamrop, B., Bethony, J.M., Loukas, A., Brindley, P.J.
(2007). Liverfluke induces cholangiocarcinoma. PLoS. Med. 4, e201.
- Zuckerman A. J. (1995). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans.
Journal of Clinical Pathology, 48(7), 691.



กองบรรณาธิการวารสารและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ