ECH
JORUNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

JOURNAL OF ENVIRONMENT HEALTH AND COMMUNITY HEALTH

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562 VOL. 4 NO. 1 JANUARY – APRIL 2019

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 1

รุ่งธรรม ม่วงจันทร์

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 11

วิภา ไพนิกพันธ์, บุษกร เพิ่มพูน, วรกร วิชัยโย

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินในพื้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 24

ศิริเพ็ญ โพธิสาย, วิสุดา โยลัย, ธวัชวงศ์ชัย ไตรทิพย์

ความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 38

ญาณิกา พาพิพัฒน์, จรณชัย ต้นไฮ, ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 51

อมราภรณ์ พุทโธ

กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ 60

ธีรพัฒน์ สุทธิประภา, ปิยะ จันทร์หอมฟุ้ง

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ทีเกี่ยวข้องการการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 8 (ปีที่ 3 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – เมษายน 2562 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินในพื้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of surveillance and prevention of TB in the community.The district Khamsangthaing Sam Chai District, Kalasin Province

รุ่งธรรม ม่วงจันทร์
Rungthum Moungjan
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาระบบเฝ้าระวังและป้องกันวัณโรคปอดของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานวัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีประวัติอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 53 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบวัดการมีส่วนร่วม ระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2558 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยนำเสนอ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติทดสอบ Chi Square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา: พบว่า ระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 27 คน ร้อยละ 50.9 (ค่าเฉลี่ย 10.36 S.D.= 2.12) ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง 35 คน ร้อยละ 66.0 (ค่าเฉลี่ย 3.57 S.D.= 0.47) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางกลาง 36 คน ร้อยละ 67.9 (ค่าเฉลี่ย 4.10 S.D.= 0.61) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับ ระดับความรู้ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 31 คน ร้อยละ 58.5 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 2.84, df. = 2, p- value =0.242) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับระดับทัศนคติ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 34 คน ร้อยละ 64.2 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 0.52, df. = 2, p- value = 0.770) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับระดับการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 37 คน ร้อยละ 69.8 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 6.69, df. = 2, p- value = 0.035) รูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับวัณโรคปอดในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายได้แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชน ดังนี้ การประชาสัมพันธ์ข่าวสาร การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การออกเยี่ยมบ้าน และการประสานงาน จึงควรนำไปช่วยให้การเยี่ยมบ้านและการคัดกรองวัณโรคเป็นไปอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่มาก และควรส่งเสริม หรือ กำหนดให้เป็นนโยบายระดับตำบล เพื่อช่วยให้การคัดกรองเป็นไปอย่างทั่วถึงและรวดเร็ว ซึ่งจะทำให้ลดการแพร่ระบาดของโรควัณโรคปอดในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรควัณโรคปอด

ABSTRACT

This study explores the workshop (Action Research) engaged. To study the surveillance and prevention of pulmonary tuberculosis partners in the TB community. The district Khamsangthaing Sam Chai District, Kalasin Province. The sample of those who are sharing a house with a history of pulmonary tuberculosis patients 53 people. The instruments used in data collection Query Test The attitude And a measure of participation . Between September - November 2558 Descriptive statistics In the analysis of the personal information by offering a number of mean and standard deviation . And inferential statistics Using statistical test Chi Square test Determine the level of statistical significance at the 0.05 level and qualitative information content analysis.

Result: The level of knowledge found that 27 people , mostly in moderate 50.9 percent (average 10.36 SD = 2.12). Attitude is moderate 35 percent of the 66.0 (average 3.57 SD = 0.47). Engaging in moderate mid 36 's 67.9 percent (mean 4.10 SD = 0.61. Results compare been ill with pulmonary tuberculosis with the most knowledge was never sick . 31 people were moderate, 58.5 percent were associated with no statistically significant (Chi square test = 2.84, df. = 2, p- value = 0.242). Results compare been ill with pulmonary tuberculosis. With the attitude of never sick . 34 people were moderate, 64.2 percent were associated with no statistically significant (Chi square test = 0.52, df. = 2, p- value = 0.770). Results compare been ill with pulmonary tuberculosis. With the participation of never sick . 37 people were moderate, 69.8 percent were associated with statistically significant (Chi square test = 6.69, df. = 2, p- value = 0.035). Style operation on TB in the community . The participation of partners has guidelines surveillance and prevention of TB in the community PR News Screening for high risk groups The home visit And coordination Should be taken to allow home visits and screening for tuberculosis is so much coverage And should be promoted or assigned to a district -level policies . To allow for a thorough screening and fast . This may decrease the epidemic of tuberculosis in the community more effectively .

Keywords: tuberculosis

บทนำ

วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อเรื้อรังและมีการแพร่ระบาดในหลายพื้นที่ มักเกิดในพื้นที่ที่มีประชาชนอาศัยอยู่กันอย่างแออัด สภาพอากาศอับชื้น อากาศถ่ายเทไม่สะดวก มีสาเหตุมาจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis ติดเชื้อจากคนสู่คนโดยทางละอองเสมหะ(Droplet Nuclei) และที่สำคัญ วัณโรคปอดนับว่าเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญของการสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วย และ เสียชีวิต ในอันดับ

ต้นๆในหลายๆประเทศ ทั่วโลก และที่สำคัญการแพร่ระบาดของเอดส์ทำให้ปัญหาวัณโรคกลับมีความรุนแรงขึ้น ทำให้เป็นปัญหาที่สำคัญของการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ สถานการณ์วัณโรคปอดในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก หรือ WHO รายงานว่า 1 ใน 3 ของประชาชนทั่วโลกติดเชื้อวัณโรค ซึ่งมีอัตราความชุก(Prevalence Rate) ของผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 16-20 ล้านคน ครึ่งหนึ่ง 8-10 ล้านคนเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (Highly Infectious)แต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ (Incidence) ประมาณ 8.8 ล้านคน โดย ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ผู้ป่วยเสียชีวิตปีละประมาณ 1.90 ล้านคน ร้อยละ 98 อยู่ในประเทศที่ยากจน และจากการคำนวณทางระบาดวิทยา ในรายงานโรคต่างๆ ขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยรายใหม่ ปีละ 89,000 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 142 ต่อแสนประชากร และ 40,000 ราย เป็นผู้มีเสมหะบวก คิดเป็นอัตราป่วย 63 ต่อแสนประชากร (องค์การอนามัยโลก, 2010) โดยได้มีการจัดอันดับของประเทศที่มีผู้ป่วยมาก ซึ่ง 3 ประเทศแรกที่มีผู้ป่วยมากที่สุด อยู่ในทวีปเอเชีย ได้แก่ อินเดีย จีน อินโดนีเซีย สำหรับประเทศไทยก็เป็นประเทศที่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราป่วยสูงอันดับที่ 18 ของโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ประมาณ 90,000 ราย และกว่าครึ่งเป็นวัณโรคชนิดแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ผ่านลมหายใจ ในอัตรา 1:10 คน (Voice of America ภาคภาษาไทย, 2552)

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา ประมาณ 90,000 ราย และกว่าครึ่งเป็นวัณโรคชนิดแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ผ่านลมหายใจ ในอัตรา 1:10 คน (Voice of America ภาคภาษาไทย, 2552) จากการคาดการณ์ขนาดปัญหาโดยองค์การอนามัยโลก, 2010 ประเทศไทยมีอัตราความชุกของวัณโรคประมาณ 130,000 ราย และพบผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 92,319 ราย เสียชีวิตปีละประมาณ 12,000 ราย อัตราการเสียชีวิตด้วยวัณโรค 20 ราย ต่อประชากรแสนคน จากปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข จึงได้วางแผนพัฒนาระบบการควบคุมวัณโรคตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ ดังนั้น การดำเนินงานวัณโรค จึงต้องดำเนินงานอย่างครบวงจรโดยการค้นหาผู้ป่วยและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยและป้องกันการเกิดโรครายใหม่

สำหรับสถานการณ์วัณโรคจังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยรายใหม่เสมหะบวกระยะแพร่เชื้อประมาณปีละ 400-500 ราย ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทเพิ่มขึ้นปีละ 1,000 ราย อีกทั้งยังพบผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับผู้ป่วยเอดส์จำนวน 1 ใน 3 ของผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ มีการกระจายทุกกลุ่มอายุ อีกทั้งผลการดำเนินงานในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า มีอัตราความสำเร็จของการรักษา (Success Rate) เฉลี่ยต่ำกว่า ร้อยละ 85.0 ในเขตพื้นที่อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคปอดจำนวน 29 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 264 ต่อประชากรแสนคน ที่สำคัญมีผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอดจำนวน 138 คน ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคเนื่องจาก อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยลักษณะชุมชนเป็นชุมชนที่ประชาชนอาศัยกันอยู่อย่างแออัด อากาศถ่ายเทไม่ค่อยสะดวกเอื้อต่อการที่จะทำให้เชื้อวัณโรคสามารถอยู่ในอากาศได้นานขึ้น เอื้อต่อการที่เชื้อจะติดต่อไปยังผู้สัมผัสร่วมบ้านได้มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2551)

สถานการณ์วัณโรค โรงพยาบาลคำม่วง ปี 2554 พบผู้ป่วยจำนวน 74 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด

รายใหม่เสมหะพบเชื้อ (เสมหะบวก) จำนวน 46 ราย ผู้ป่วยเสมหะลบและอื่นๆ จำนวน 28 ราย ปี 2555 พบผู้ป่วยจำนวน 90 คน เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (เสมหะบวก) จำนวน 46 ราย ผู้ป่วยเสมหะลบและอื่นๆ จำนวน 44 ราย ปี 2556 พบผู้ป่วยจำนวน 94 คน เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะ พบเชื้อ (เสมหะบวก) จำนวน 44 คน ผู้ป่วยเสมหะลบและอื่นๆ จำนวน 50 ราย

ดังนั้น จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย รวมทั้งพัฒนาระบบคัดกรองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันในชุมชน จะมีมีสเตอร์ทีบี (Mr.TB.) เพียงหมู่บ้านละ 1 คนเท่านั้นจึงทำให้การดำเนินงานเกี่ยวกับวัณโรคมีข้อจำกัดพอสมควร ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน จึงได้ดำเนินการศึกษาข้อมูลในพื้นที่ ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ อันจะนำไปสู่การลดปัญหาวัณโรคและการแพร่ระบาดของวัณโรค อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมวัณโรค ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีคุณภาพได้มาตรฐานตามแนวทางวัณโรคแห่งชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานวัณโรคในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ระบบเฝ้าระวังและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชนตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการเฝ้าระวังวัณโรคปอด ของประชาชนในตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ในระหว่างเดือน กันยายน ถึง เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายในตำบลคำสร้างเที่ยง ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วย 14 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลคำสร้างเที่ยง จำนวน 14 คน มิสเตอร์ทีบี 7 คน และผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านจำนวน 11 คน รวมทั้งหมด 53 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีประวัติอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ระหว่างเดือน กันยายน 2558 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2558 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 11 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 14 คน และมีสเตอร์ TB. 7 คน รวมทั้งหมดจำนวน 53 คน ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ บุคคลที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป เป็นผู้เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทย เป็นผู้นำชุมชนในปัจจุบัน เป็นมีสเตอร์ TB ในปัจจุบัน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ บุคคลที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในระยะเวลาการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาความรู้ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานวัณโรคปอดในชุมชน ตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งใช้เก็บข้อมูลผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดผู้นำ ชุมชน มีสเตอร์ TB โดยมีรายระเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ประกอบไปด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อปี สมาชิกในครอบครัว การพบเห็นผู้ป่วยวัณโรค การมีโรคประจำตัว การมีคนในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรคปอด การมีคนในชุมชนป่วยเป็นวัณโรคปอด และการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคปอด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านความรู้ต่อการเกิดวัณโรคปอด จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การติดต่อ และการป้องกันโรควัณโรค

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรควัณโรคปอด จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเห็นหรือความเชื่อ ทีมีต่อผู้ป่วยวัณโรคปอด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก้ไขและป้องกันปัญหาโรควัณโรคปอด

ส่วนที่ 5 แบบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในบทบาทภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับระเบียบที่จะเป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและป้องกันโรควัณโรคปอดในชุมชนตำบลคำสร้างเที่ยงต่อไปในอนาคต จำนวน 4 ข้อ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนครอบคลุม และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ เนื้อหาที่ต้องการวัด มีความสอดคล้องกันตามเนื้อหา และตรงตามกรอบแนวคิดการวิจัย การภาษา และความชัดเจนของภาษา เพื่อเสนอแนะ และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย เพื่อนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องจากนั้นนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูล และได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC.)= 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-cofficient) ของครอนบาค (Cronbach) ในส่วนความรู้ = 0.816 ส่วนทัศนคติ = 0.708 ส่วนการมีส่วนร่วม = 0.933 และส่วนทัศนคติรวมกับส่วนการมีส่วนร่วม = 0.843

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยนำนำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เป็นการสัมภาษณ์และการแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการศึกษาของภาคีเครือข่าย และผู้ที่มีประวัติอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดระหว่างเดือน กันยายน 2558 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2558 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 11 คน ผู้ใหญ่บ้าน 7 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 14 คน และมีสเตอร์ TB 7 คน รวมทั้งหมดจำนวน 53 คน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40 – 50 ปี ร้อยละ 34 และกลุ่มอายุที่น้อยที่สุดคือ ช่วง ต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 9.4 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.958 สถานภาพสมรสพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 88.7 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 9.4 และ 1.9 ตามลำดับ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.41 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 77.4 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 17.0 และระดับ ปริญญาตรี ร้อยละ 5.7 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.46 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงาน อปท.ผู้นำชุมชน ร้อยละ 56.6 รองลงมาคือ เกษตรกรรม ร้อยละ 39.6 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 1.4 มีรายได้ต่อเดือนพบมากที่สุดอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 37.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 7,001 – 9,000 บาท ร้อยละ 35.8 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 1.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัวพบว่ามากที่สุดจำนวน 4 คน ร้อยละ 32.1 ค่าเฉลี่ย 4.58 คน ค่ามัธยฐาน 4 คน รองลงมาจำนวน 5 และ 3 คน ร้อยละ 28.3 และร้อยละ 18.9 ตามลำดับ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 1.1 การเคยเห็นกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่พบว่าเคยเห็น ร้อยละ 69.8 และไม่เคยเห็นผู้ป่วยวัณโรคเลย ร้อยละ 30.2 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.46 มีโรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 88.7 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 11.3 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.32 เคยป่วยเป็นโรควัณโรคปอดส่วนใหญ่พบว่า ไม่เคย ร้อยละ 98.1 และเคย ร้อยละ 1.9 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.13 คนในครอบครัวป่วย พบว่าส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 94.3 และมีคนในครอบครัวป่วยส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 98.1 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.23 คนในชุมชนป่วยส่วนใหญ่พบว่ามี ร้อยละ 54.7 และไม่มี ร้อยละ 45.3 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.50 และการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเหมือนปกติพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สัมผัส ร้อยละ 90.6 และสัมผัสเหมือนปกติ ร้อยละ 9.4 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คือ 0.29

2. ข้อมูลการแบ่งระดับความรู้ต่อการเกิดวัณโรคปอดของภาคีเครือข่าย พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 50.9 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 45.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางระดับทัศนคติต่อการป้องกันโรควัณโรคปอดของภาคีเครือข่าย จำแนกตามเกณฑ์สูตรอิงกลุ่ม ดังนี้

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
สูง	8	15.1
กลาง	35	66.0
ต่ำ	10	18.9

ค่าเฉลี่ย = 3.57 , ค่า S.D. = 0.47

3. ระดับการมีส่วนรวมต่อการเกิดวัณโรคปอดของภาคีเครือข่ายพบว่าส่วนใหญ่มีส่วนร่วมระดับปานกลาง ร้อยละ 67.9 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 18.9 และระดับสูง ร้อยละ 13.2 มี

ค่าเฉลี่ย = 4.01 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.61

ตารางที่ 2 ตารางระดับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันโรควัณโรคปอดของภาคีเครือข่าย จำแนกตามเกณฑ์สูตรอิงกลุ่ม ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
สูง	7	13.2
กลาง	36	67.9
ต่ำ	10	18.9

ค่าเฉลี่ย = 4.10 , ค่า S.D. = 0.61

4. ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับ ระดับความรู้ ส่วนใหญ่ ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 31 คน ร้อยละ 58.5 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 2.84, df. = 2, p- value =0.242) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับระดับทัศนคติ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 34 คน ร้อยละ 64.2 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 0.52, df. = 2, p- value = 0.770) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับระดับการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 37 คน ร้อยละ 69.8 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 6.69, df. = 2, p- value = 0.035)

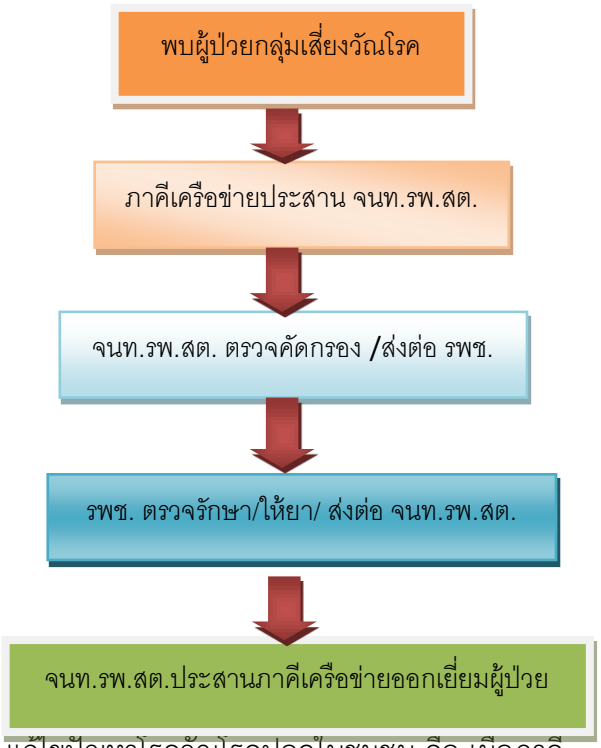
5. แนวทางในการดำเนินงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

5.1 ด้านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารกระจายสู่ชุมชนมากขึ้น

5.2 ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีภาคีเครือข่ายในการช่วยคัดกรองเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถควบคุมโรคได้รวดเร็วขึ้น

5.3 ด้านการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจเป็นไปอย่างมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

5.4 ด้านการติดต่อประสานงานในการดำเนินงานมีรูปแบบขั้นตอนที่ชัดเจนมากขึ้น ดังนี้



แก้ไขปัญหาโรควัณโรคปอดในชุมชน คือ เมื่อภาคีเครือข่ายพบผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสงสัยวัณโรค ในชุมชนจะทำการประสานมายังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำสร้างเที่ยง เพื่อทำการตรวจคัดกรองเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการไข้ ไอเรื้องรังเกิน 2 สัปดาห์ หรือไอเป็นเลือด จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในชุมชนเพื่อทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันผลการเป็นวัณโรค และรับยารักษาโรคในลำดับต่อไป หลังจากตรวจรักษาแล้วจะทำการส่งคนไข้กลับมาให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการเป็นพี่

เลี้ยงกำกับการกินยาร่วมกับ มิสเตอร์ทีบีและภาคีเครือข่ายในชุมชนตามลำดับต่อไป

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาคีเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นผู้นำชุมชน จำนวน 30 คน ร้อยละ 56.6 กลุ่มอายุอยู่ในช่วง 40 – 50 ปี ร้อยละ 34.0 สถานภาพสมรสร้อยละ 88.7 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 41 คน ร้อยละ 77.3 รายได้ต่อเดือนช่วงต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 20 คน ร้อยละ 37.7 (เฉลี่ย 7,745 บาท S.D.= 4,309.6) สมาชิกในครอบครัว 4 คน จำนวน 17 คน ร้อยละ 32.1 (ค่าเฉลี่ย 4.58 คน S.D.= 1.18 เคยเห็นผู้ป่วยวัณโรคปอด 37 คน ร้อยละ 69.8 ไม่มีโรคประจำตัว 47 คน ไม่เคยป่วยเป็นโรควัณโรคปอด 52 คน ร้อยละ 98.1 ไม่มีคนในครอบครัวป่วยจำนวน 50 คน มีคน ในชุมชนป่วยเป็นวัณโรคปอด จำนวน 29 คน ร้อยละ 54.7 ไม่มีการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดเหมือนปกติ 48 คน ร้อยละ 90.6 ระดับความรู้ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 27 คน ร้อยละ 50.9 (ค่าเฉลี่ย 10.36 S.D.= 2.12) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับ ระดับความรู้ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยอยู่ในระดับปานกลาง 31 คน ร้อยละ 58.5 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 2.84, df. = 2, p- value =0.242) ผลการศึกษาขัดแย้งกับ คทาวุธ ภูขีด (2554) ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เรื่องความรู้และการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด และ ระดับความรู้และระดับการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากที่ผู้วิจัยไม่ได้เน้นที่จำนวนขนาดตัวอย่างที่มีจำนวนมากเหมือนการวิจัยเชิงสำรวจ

สำหรับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง 35 คน ร้อยละ 66.0 (ค่าเฉลี่ย 3.57 S.D.= 0.47) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางกลาง 36 คน ร้อยละ 67.9 (ค่าเฉลี่ย 4.10 S.D.= 0.61) ผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับระดับทัศนคติส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 34 คน ร้อยละ 64.2 มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 0.52, df. = 2, p- value = 0.770) ผลการศึกษาขัดแย้งกับ คทาวุธ ภูขีด 2554 ระดับทัศนคติและระดับการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากที่ผู้วิจัยไม่ได้เน้นที่จำนวนขนาดตัวอย่างที่มีจำนวนมากเหมือนการวิจัยเชิงสำรวจ

ส่วนผลการเปรียบเทียบการป่วยด้วยโรควัณโรคปอด กับระดับการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย อยู่ในระดับปานกลาง 37 คน ร้อยละ 69.8 มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi square test = 6.69, df. = 2, p- value = 0.035) สอดคล้องกับการศึกษาของคทาวุธ ภูขีด (2554) ระดับการมีส่วนร่วมและระดับการป้องกันวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นผลมาจากที่ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมทุกกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนเกี่ยวกับวัณโรคปอดให้กับภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน

2. ควรจะมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัณโรคปอด

3. สำหรับการศึกษาครั้งต่อไป ควรจะทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยภาคีเครือข่ายตำบลคำสร้างเที่ยง อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อหารูปแบบในการดำเนินการควบคุมวัณโรคต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2550)ความรู้เรื่องวัณโรค[ออนไลน์] สืบค้นเมื่อ 11กุมภาพันธ์ . form URL <http://www3.easywebtime.com/aids_tb/disease.html

คทาวุธ ภูขีด. 2554. ได้ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เรื่องความรู้และการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด กรณีศึกษา อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ (สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (ต่อเนื่อง) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

นวรัตน์ ภูเหิน (2555) ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันวัณโรคปอดในชุมชน กรณีศึกษาผู้ป่วย อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บุญยัง ฉายาทับ (2557) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค เอ ไอ ซี (AIC) เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำทัณฑ์สถาน

ประภาพเพ็ญ สุวรรณ.(2536).พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยวรรณ สิงห์คำป้อง (2554) มีรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case Control Study) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดกาฬสินธุ์ (สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (โครงการพิเศษ) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น)

ปรีชา วิชิตพันธ์, เปรม บุรี และวัลลี สัตยาศัย.(2536).การดูแลผู้ป่วยวัณโรค. มูลนิธิหมอชาวบ้าน: กรุงเทพฯ:97-110.

ผกายเพชร นาสมยนต์ . (2549).การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดในจังหวัด ขอนแก่น . [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] ขอนแก่น :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มนัส วงศ์เสงี่ยม. (2539).วัณโรค. ว.วัณโรคทรวงอกและเวชบำบัดวิกฤติ; 1(1); 47 -57.

รักขนา สิงห์เทพ (2551) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เรื่องการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันวัณโรคของชุมชนโดยเทคนิค AIC : กรณีศึกษาบ้านโสกนาค ตำบลวังม่วง อำเภอเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น

วลัยพร สิงห์จุ้ย (2556) ได้ศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล กรณีศึกษา ผู้ป่วยโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี (พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

วิทยุ Voice of America ภาคภาษาไทย.(2552).สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย.สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม.
from URL<http://www.voanews.com/thai/archive/2008-03/2008-03-25-
voa3.cfm?moddate=2008-03-25

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2551).สรุปการดำเนินงานควบคุมกำกับการดำเนินงานวัณโรค
ของ จังหวัดกาฬสินธุ์ . กาฬสินธุ์.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

Corbett, B.(2003). The Growing Burden of Tuberculosis Global Trends and Interaction
With the HIV Epidemic. Arch Intern 163:1009-1021

WHO. Global tuberculosis Control . CDS/TB/287Geneva; World Health Organization ; 2002
.World Health Organization . Tuberculosis Control.[n.p]:WHO;1999.

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Factors related with risk of depression in elderly in Yodkaeng Subdistrict, Namon District, Kalasin Province

วิภา ไพนิกพันธ์ บุษกร เพิ่มพูล วรกร วิชัยโย
Wipa Painnikapan, Butsakorn Poempool, Woragon Wichaiyo
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 167 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการหาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์เชิงอนุมานโดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test), Odds Ratio และ 95%CI โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า กลุ่มอายุ 60-70 ปี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มอายุอื่น (OR = 0.41, 95%CI = 0.20-0.84, p-value = 0.014) กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสมีภาวะซึมเศร้าเป็น 2 เท่า กับสถานภาพอื่น (OR=2.24, 95%CI=1.12-4.54, p-value = 0.023) กลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่อื่น หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 59.0 (OR=0.41, 95%CI=0.20-0.84, p-value=0.013) กลุ่มการมีผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.16 เท่า กับกลุ่มไม่มีผู้ดูแล (OR=0.16, 95%CI=0.04-0.66, p-value=0.005) กลุ่มที่สามารถจัดการกับความเครียดได้มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.28 เท่า กับกลุ่มจัดการไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 72.0 (OR=0.28, 95%CI=0.13-0.58, p-value=0.001) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.24 เท่า หรือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำร่วมกันในครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.0 (OR=0.24, 95%CI=0.12-0.51, p-value<0.001)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ภาวะซึมเศร้า

Abstracts

This study is cross-sectional analytic study with the purpose to study the factors related to the risk of depression in elderly in Yodkaeng Subdistrict, Namon District, Kalasin Province. The Simple size is 167persons, the statistical analysis descriptive statistics in this

study was used percentage, mean, standard deviation and statistical inferential analysis was used Chi-square test, Odds Ratio and 95%CI by determining the statistical significant level 0.05

Results: This study found that age group 60-70 years there is depression 0.41 times with a different age group (OR = 0.41, 95%CI=0.20-0.84, p-value = 0.014) group married with depression is 2 times with different status (OR = 2.24, 95%CI=1.12-4.54, p-value = 0.023) group is living with a family there is depression 0.41 times with the other groups or the elderly living with their families do not have depression 59.0% (OR = 0.41, 95%CI=0.20-0.84, p-value = 0.013) group administrators have a depression 0.16 times with no group administrators (OR = 0.16, 95%CI=0.04-0.66, p-value = 0.005) groups that can control the stress there is depression 0.28 times with the group management or the elderly who can handle stress, no depression 72.0% (OR = 0.28, 95%CI=0.13-0.58, p-value = 0.001) group is the related of the family members have to do activities together in families with depression is low 0.24 times or the elderly with activity together in a family do not have depression 76.0% (OR=0.24, 95%CI=0.12-0.51, p-value<0.001).

Keyword: Relationship factors, depression

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) คาดว่าในปี 2030 (พ.ศ. 2570) โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นลำดับ 1 โดยแซงหน้าโรคหัวใจและโรคมะเร็ง ซึ่งเพิ่มจากเดิมที่องค์การอนามัยโลกเคยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2560 ความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากโรคซึมเศร้าเป็นลำดับ 2 รองจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และทุกเพศ (องค์การอนามัยโลก, 2555)

ในปีพ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีประชากร 64.5 ล้านคน มีจำนวนประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป เท่ากับ 9.4 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.57 การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุจากรายงานสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของสุขภาพและความพิการทั่วโลก ปัจจุบันมีประชากรกว่า 300 ล้านคนอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2555-2558 โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของการสูญเสียสุขภาวะบกพร่อง ทางสุขภาพ มากกว่าร้อยละ 80 ของโรคที่เกิดขึ้นจากโรคซึมเศร้านี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้

ต่ำ และปานกลาง เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเป็นสองภูมิภาคที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุด โรคซึมเศร้าซ้ำซ้อนโรคที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าซ้ำ ๆ ในช่วงเวลาเหล่านี้บุคคลจะมีอารมณ์ หดหู่ สูญเสียคนที่รัก ขาดความสนใจจากบุคคลรอบข้าง ขาดกำลังใจ ทำกิจกรรมน้อยลง ขาดความอบอุ่น ความเพลิดเพลินลดลงเป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หลายคนมีภาวะซึมเศร้ายังทุกข์ทรมานจากอาการวิตกกังวล การนอนหลับ ท้อแท้ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า สมาธิไม่ดี ภาวะซึมเศร้าเป็นสุขภาพทางจิตที่พบได้ทั่วไป โดยมีความเศร้าหมองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้คนที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีหลายปัญหา เช่น การสูญเสียคนในครอบครัว, สูญเสียพลังงาน, นอนหลับมากหรือน้อยลง, ความสิ้นหวัง, ร้อนรน, หงุดหงิด, และคิดที่จะทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

รายงานสถานการณ์การเข้าถึงการรับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประชากรในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558 อายุ 15 ปีขึ้นไป มีทั้งหมด 52,662,188 คน ความชุกที่ได้จากการสำรวจ 1,421,879 คน อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 49.47 เขตสุขภาพที่ 7 มีประชากรทั้งหมด 4,182,005 คน อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีจังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ 67.44 ร้อยเอ็ด ร้อยละ 50.18 ขอนแก่น ร้อยละ 49.78 กาฬสินธุ์ ร้อยละ 48.45 รวมทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับร้อยละ 52.22 ความชุกที่ได้จากการสำรวจ 112,914 คน ในปี พ.ศ. 2558 อัตราการเข้าถึงบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ร้อยละ 39.1 อัตราการส่งต่อจำนวน 455 ครั้ง สูงที่สุดในการส่งต่อทุกโรค (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้ารพ.พระศรีมหาโพธิ์ 25 ส.ค. 2558) และในปี พ.ศ. 2559 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดกาฬสินธุ์ ร้อยละ 39.09 ซึ่งมีผลมาจากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 6.02 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 4.57 ต่อแสนประชากรส่วนปี 2559 ในระยะเวลา 3 เดือน มี 16 ราย เนื่องจากศักยภาพของหน่วยบริการทั้งด้านบุคคลบัญชียามีความแตกต่างของเม็ดยาเดียวกัน มียาไม่ครอบคลุม 35 ราย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการเดินทางมารักษาในโรงพยาบาลจังหวัดจึงพบผู้ป่วยขาดยามีอาการกำเริบซ้ำ อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลนามนจำนวน 45 คน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์, 2559)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ มีทั้งหมด 8 หมู่บ้าน มีหมู่ที่ 5,6,7,8,13,14,17 และ 18 มีประชากรทั้งหมด 3,212 เพศชาย 1,611 คน เพศหญิง 1,601 คน และประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลยอดแกงมีทั้งหมด 309 คน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคประจำตัวที่เป็น โรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 84 คน (คิดเป็นร้อยละ 21.43 ของผู้ป่วยทั้งหมด) เพศชาย 22 คน (ร้อยละ 26.19 ของผู้ป่วยเพศชาย) เพศหญิง 62 คน (ร้อยละ 73.80 ของผู้ป่วยเพศหญิง) และยังมีผู้ป่วยติดเตียง 10 คน ร้อยละ 2.55 ของผู้ป่วยติดเตียง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์, 2560)

ผู้ศึกษาข้อมูลจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งหมด 8 หมู่บ้าน จึงมี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตอย่างมากซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันใน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytic Study) ทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2560 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาที่ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบประชากรและมีจำนวนไม่มาก ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (บุญชม ศรีสะอาด, 2548) ดังนี้

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

เมื่อ n แทน จำนวนสมาชิกกลุ่มตัวอย่าง

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดจะสุ่ม

Z แทน ระดับความมั่นใจที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความมั่นใจ 95% (ระดับ 0.05) Z มีค่าเท่ากับ 2.58 ที่ระดับความมั่นใจ 99% (ระดับ 0.05)

e แทน สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่จะยอมให้เกิดขึ้นได้

แทนค่าในสูตร $n = \frac{0.5(1-0.5)}{\frac{0.05^2}{1.96^2}+\frac{0.5(1-0.5)}{309}}$

$n = 167$ คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ควรใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 167 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 แบบสัมภาษณ์เพื่อหาปัจจัยในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประกอบด้วย 4 ปัจจัย

ปัจจัยที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยที่ 2 ข้อมูลเศรษฐกิจฐานะทางสังคม

ปัจจัยที่ 3 ข้อมูลสุขภาพ

ปัจจัยที่ 4 สุขภาวะทางสังคม เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจาก ชะโลม วิเศษโกสิน (2552: 50) รสสุคณธ์ เจืออุปถัมย์ (2553: 87) และ ภรภัทร อิ่มโอฐ (2550: 54) ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดของ ฟรีดแมน (Friedman, 1986) มอร์โรว์ และวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961: 501-510) แบบวัดประกอบด้วยข้อ

คำถามทั้งหมด 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงปานกลาง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ความรู้สึกและสภาพความเป็นจริงบ้างเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกและสภาพความเป็นจริง

การให้คะแนนพิจารณา ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546: 162) ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 1.75 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว

ช่วงคะแนน 1.76 – 2.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวน้อย

ช่วงคะแนน 2.51 – 3.25 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.26 – 4.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวมาก

2. ระดับความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาดัดแปลงมาจาก The Beck Depression Inventory: BDI ซึ่งเป็นชุดแบบทดสอบที่สร้างโดยเบ็ค และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริวลี คำวลี (2545: 79-83) และต่อมา รัตติมา ศิริโหราชัย (2551: 84-87) ได้นำแบบทดสอบที่แปลเป็นภาษาไทยมาปรับตัวเลือกตอบร่วมกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) กระทรวงสาธารณสุข (2546: 21) และดัดแปลงมาจาก WHOQOL-BREF-THAI แบบทดสอบนี้มีจำนวนคำถามทั้งหมด 17 ข้อ

การให้คะแนน	เชิงลบ	เชิงบวก
ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้าให้	1	5
รู้สึกซึมเศร้าน้อยครั้ง	2	4
รู้สึกซึมเศร้าบางครั้ง	3	3
รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง	4	2
รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ	5	1

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ในการวิเคราะห์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553: 2-83) ได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 420 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง

ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง รู้สึกซึมเศร้าน้อยครั้ง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบในประเด็นความตรง

เชิงเนื้อหา โดยนำแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นหาค่าความสอดคล้องแบบ IOC > 0.5 จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้เครื่องมือ กับผู้สูงอายุในตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย เพื่อนำผลมาปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ Cronbach's โดยการหาค่า Method Alpha Coefficient ผลการตรวจสอบเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ดังนี้ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว 16 ข้อ = 0.89 แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ = 0.78

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเศรษฐกิจฐานะทางสังคมข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสุขภาวะทางสังคมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว และทดสอบภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, Odds Ratio กำหนดช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95%CI

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลและลักษณะของผู้อายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงจำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 62.87 อายุอยู่ระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 64.04 ค่าเฉลี่ย 68.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.77 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแต่งงานและอยู่ด้วยกัน จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 53.29 รองลงมาเป็นสถานภาพหม้าย จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 33.53 ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ป. 4 จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 73.05 สถานภาพความเป็นอยู่ส่วนใหญ่พบว่าเป็นสามี ภรรยา จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 42.51 การมีผู้ดูแล ส่วนใหญ่พบว่ามีผู้ดูแล จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 94.61

1.2 ข้อมูลเศรษฐกิจและฐานะทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ 165 คน คิดเป็นร้อยละ 98.80 รายได้ต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาท จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 71.26 รองลงมา มีรายได้มากกว่า 2,000 บาท จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 28.74 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,683 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1,656 ค่ารายได้สูงสุด 8,000 บาท ค่าต่ำสุด 600 บาท ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 54.49 รองลงมา มีรายได้จากการประกอบอาชีพ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 21.55 จากเบี้ยผู้สูงอายุและผู้พิการจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 จากบุตรหลาน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ10.78 และได้จากญาติพี่น้อง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40 การมีหนี้นอกระบบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีหนี้นอกระบบ จำนวน 137 คน คิดเป็นร้อยละ 82.04 จำนวนหนี้นอกระบบ พบว่ามีหนี้ในช่วงน้อยกว่า 2,000 บาท จำนวน 152 คิดเป็นร้อยละ

91.00 รองลงมาจำนวนหนี้ที่มีมากกว่า 2,000 บาทขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 9.00 ค่าเฉลี่ย 1,639 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15480.66 จำนวนหนี้สูงสุด 200,000 บาท

1.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 63.47 รองลงมา ผู้สูงอายุส่วนน้อยไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 36.53 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 31.14 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 17.37 โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 24 คน คิดเป็นร้อยละ 14.37 ถ้ามีความเครียดเกิดขึ้น ผู้สูงอายุจัดการได้ส่วนใหญ่ จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 49.70 รองลงมา จัดการได้บ้างบางครั้ง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 จัดการไม่ค่อยได้จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.78 จัดการไม่ได้เลย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 3.59 วิธีจัดการความเครียด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พูดคุยกับเพื่อนบ้าน จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 49.70 รองลงมา ฟังเพลง/ดูทีวี/ฟังวิทยุ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 17.96 นอนพักผ่อน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 11.97 เข้าชมรม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 10.79 ออกกำลังกาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.19 และ เข้าวัดฟังธรรม 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40

1.4 ข้อมูลสุขภาวะทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด คือ ข้อที่ 1 สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รู้ว่าท่านชอบและต้องการอะไร เป็นความจริงมากที่สุด จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10 เป็นความจริงปานกลาง จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 37.72 เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 13.17 ค่าเฉลี่ย 3.36 รองลงมา ข้อที่ 2 เมื่อท่านมีปัญหาท่านได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากคนในครอบครัว เป็นความจริงมากที่สุด จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 44.91 เป็นความจริงปานกลาง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 44.91 เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 10.18 ค่าเฉลี่ย 3.35 และ ข้อที่ 3 สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่านเป็นความจริงมากที่สุด จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 43.11 เป็นความจริงปานกลาง จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 40.72 เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 16.17 ค่าเฉลี่ย 3.27

ระดับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวอยู่ในระดับดี จำนวน 78 คน ร้อยละ 46.71 รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 69 คน ร้อยละ 41.32 ระดับน้อย จำนวน 17 คน ร้อยละ 10.18 และระดับไม่ดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.80 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.684 ค่าสูงสุดเท่ากับ 3.75 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.56

ระดับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวในระดับต่ำสุดสูงสุด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวดี จำนวน 95 คน ร้อยละ 56.89 รองลงมาคือ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวไม่ดี จำนวน 72 คน ร้อยละ 43.11 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.497 ค่าสูงสุดเท่ากับ 2.00 ค่าต่ำสุดเท่ากับ1.00

2. แบบทดสอบระดับความซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์มากที่สุด คือ ข้อ 3 ฉันรู้สึกพอใจกับการใช้ชีวิตทุกวันนี้ น้อยครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 บางครั้ง จำนวน 33 คน

คิดเป็นร้อยละ 19.76 บ่อยครั้ง จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 41.32 เป็นประจำ จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 ค่าเฉลี่ย 4.05 รองลงมา ข้อ 12 ฉันรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดี น้อยครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99 บางครั้ง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 19.16 บ่อยครั้ง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 38.32 เป็นประจำ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 36.53 ค่าเฉลี่ย 4.01 และข้อ 2 ฉันรู้สึกมีกำลังใจในการใช้ชีวิตตอนนี้ ไม่เคย จำนวน 2 คิดเป็นร้อยละ 1.20 น้อยครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99 บางครั้ง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 บ่อยครั้ง จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 เป็นประจำ จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 29.34 ค่าเฉลี่ย 3.81

ระดับความซึมเศร้า พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยรู้สึกซึมเศร้า จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 35.93 รองลงมาคือ รู้สึกซึมเศร้าน้อยครั้ง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 31.74 รู้สึกซึมเศร้าเป็นบางครั้ง จำนวน 43 คน จำนวน 25.75 รู้สึกซึมเศร้าบ่อยครั้ง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5.99 รู้สึกซึมเศร้าเป็นประจำ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60

ระดับช่วงภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าน้อย จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 67.70 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70 และมีภาวะซึมเศร้ามาก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 6.60 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.60 ค่าสูงสุดเท่ากับ 3.00 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1.00

ระดับต่ำสุดและสูงสุดของระดับทดสอบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 73.65 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 26.35 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 ค่าสูงสุดเท่ากับ 2 ค่าต่ำสุดเท่ากับ 1

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้ากับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้า คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการเป็นอยู่ การมีผู้ดูแล มีรายได้ จำนวนรายได้ ที่มาของรายได้ หนี้นอกระบบ โรคประจำตัว โดยใช้ค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการศึกษาพบว่า

ปัจจัยข้อมูลทั่วไป เพศ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.396, OR = 0.72 : 95%CI = 0.35-0.21) อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.014, OR = 0.41 : 95%CI = 0.20-0.84) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.023, OR = 2.24: 95%CI = 1.12-4.54) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.672, OR = 0.82: 95%CI = 0.33-2.04) สถานภาพการเป็นอยู่ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.013, OR = 0.41: 95%CI = 0.20-0.84) การมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.005, OR = 0.16 : 95%CI = 0.04-0.66)

ปัจจัยข้อมูลเศรษฐกิจและฐานะทางสังคม รายได้ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.395, OR = 0.73 : 95%CI =

0.67-0.80) จำนวนรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.891, OR = 0.94 : 95%CI = 0.45-2.02) ที่มาของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.283, OR = 1.55 : 95%CI = 0.70-3.44) หนี้นอกระบบ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.338, OR = 0.69 : 95%CI = 0.22-2.14)

ปัจจัยข้อมูลด้านสุขภาพ โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.137, OR = 1.77 : 95%CI = 0.83-3.76) ประเภทโรคประจำตัว (p-value = 0.132, OR = 0.30 : 95%CI = 0.22-0.40) การจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.001, OR = 0.28 : 95%CI = 0.13-0.58)

ปัจจัยสุขภาวะทางสังคม ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value<0.001, OR = 0.24 : 95% CI = 0.12-0.51)

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมารายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยข้อมูลทั่วไป อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการเป็นอยู่ และการมีผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ 60-70 ปี มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41 เท่า กับกลุ่มอายุอื่น (OR = 0.41, 95%CI = 0.20-0.84, p-value = 0.014) อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (p-value = 0.014) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง และคณะ (2558) ศึกษาภาวะซึมเศร้าคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าช่วงอายุก่อนเข้าสูงวัยสูงอายุ 50-59 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (≥75 ปี) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) สถานภาพการเป็นอยู่ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.41เท่า กับกลุ่มสถานภาพการเป็นอยู่อื่น หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 59.0 (OR=0.41, 95%CI = 0.20-0.84, p-value = 0.013) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภา พวงรอด (2558) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าด้วยจังหวัดนนทบุรี อยู่อาศัยกับคู่สมรส/บุตร และอยู่ตามลำพัง ร้อยละ 28.2, 13.3 และ 11.1 ตามลำดับ เนื่องการอยู่ในครอบครัวที่ขัดแย้งกัน ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 43.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวันมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าไม่มีผู้ดูแลร้อยละ 31.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.16 เท่า กับกลุ่มไม่มีผู้ดูแล (OR=0.16, 95%CI=0.04-0.66, p-value = 0.005) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภา พวงรอด (2558) ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีผู้ดูแล

ในชีวิตประจำวันมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 31.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านสุขภาพ สามารถจัดการกับความเครียดได้มีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.28 เท่ากับกลุ่มจัดการไม่ได้ หรือผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับความเครียดได้ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 72.0 (OR=0.28, 95%CI=0.13-0.58, p-value = 0.001) สอดคล้องกับการศึกษา ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง และคณะ (2558) ศึกษาภาวะซึมเศร้าคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่าความสามารถจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003)

ปัจจัยด้านสุขภาวะทางสังคมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวระดับต่ำมีภาวะซึมเศร้าเป็น 0.24 เท่า หรือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทำร่วมกันในครอบครัวไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.0 (OR=0.24, 95%CI = 0.12-0.51, p-value<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐมภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพของคนในครอบครัว ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนให้มีโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมและทำกิจกรรมร่วมกัน ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อหาความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2556.

กมลิน สาตรา. (2531). *ความซึมเศร้าในผู้สูงอายุศึกษาในกรณีผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมกรณ์ จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาคลินิก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

กนกรัตน์ สุขะตุคะ และคณะ. (2542). ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบท และชุมชนเมือง. *สารศิริราช*, 51(4), 232-243.

กาญจนา ไทยเจริญ. (2544). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยบูรพา.

กชกร สังขชาติ, 2538; สุรกุล เจนอบรม, 2534: 32-37; Ebersole and Hall, 1998.

ชมพูนุท กาบคำบา. (2557). ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชาย. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง และคณะ. (2558). ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพันธ์เภสัชศาสตร์บัณฑิต (บริบาลเภสัชกรรม), มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ชะโลม วิเศษโกสิน. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านของผู้ดูแลที่เป็นญาติ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ดวงใจ กสานติกุล. (2542). *โรคซึมเศร้า รักษาหายได้.* กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.องค์การนันทิกา

ทวิชาติ และคณะ. (2533). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 35(4), 195-203.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. แนวทางดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2) อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท, 2554.

นภา พวงรอด. (2558) . ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.

บุญชม ศรีสะอาด. (2538). วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. เล่ม 2 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.

บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องตน. พิมพครั้งที่ 7. กรงเทพฯ: สุวีริยาสาสน.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์-ไอ อินเตอร์มีเดีย.

บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดนครปฐม ภาวะซึมเศร้า.* วิทยานิพันธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

พรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพ็ญศรี หลินศุวนนท์. (2543). *การศึกษาความซึมเศร้าของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะศึกษาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิยย์. (2550). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บียอร์น เอนเทอร์ไพรซ์.

รัตติมา ศิริโหราชัย. (2551). *ผลของการทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตาม*

ทฤษฎีเบคเพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พักอาศัยในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ศิลปะศาตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

รสศุคณธ์ เจืออุปถัมย์. (2553). *ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนศรีสวัสดิ์ ตำบลยอดแกง อำนามน จังหวัดกาฬสินธุ์, 2560

ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ รายงาน 25 ส.ค. 2558, กระทรวงสาธารณสุข.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2533). ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 21(1), 1-24.

ศิริวลี คำวะลี. (2545). *การทดลองใช้โปรแกรมการให้การปรึกษาแนวปัญญานิยมตามทฤษฎีเบค (Beck) เพื่อลดระดับความซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยกามโรคและโรคเอดส์นางเลิ้ง.* วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2559.

สุภาวดี พุฒิหน่อย และคณะ. เทคนิค. (2547). ผู้สูงอายุกับกิจกรรมบำบัด. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้อายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับบริการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วิทยานิพันธ์แพทยศาสตร์บัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

สมนึก ภัททิยธนี. (2537). การวัดผลการศึกษา. กาฬสินธุ์: ประสานการพิมพ์.

สุนันทา คุ้มเพชร. (2545). *อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุรกุล เจนอบรม. (2534). *วิทยาการผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 3-5.

สายฝน เอกรวางกูร. รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: ส.เอเซียเพรส (1998), 2553.

อรสา ใยยอง และคณะ. (2555). *ความชุกของภาวะซึมเศร้า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ.* วิทยานิพันธ์แพทยศาสตร์บัณฑิต, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

องค์การอนามัยโลก, (World Health Organization) 2555.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิต. ภาวะซึมเศร้าในเด็กมัธยมต้นในกรุงเทพมหานคร, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 14(3): 162-173; เมษายน, 2539.

Abdulhalim, A.A. (1991). *Prevalence and Associated Factor of Depression among the elderlyPeople in the Rural Area of Thailand.* A paper submitted in paritial fulfillment of therequirement of the Degree of Master of the Public Health. Mahidol University.

Beck, A.T.,Rush, A.J. Shaw,B., & Emery, G. (1979*). Cognitive therapy of depression*. NewYork: Guilford Press.

Blazer, D.,Burchett,B.,Service,C.,& George, L.K. (1991). The association of age and Depressionamong the elderly : An epidemiologic exploration. *.Journal of Gerontology, 46, 210-215.*

Friedman,M.M. (1986). *Family nursing:Theory and assessment*. New York., Appiton-CenturyCraftes.Retty Asvi Nur Gusmy Yearly. Asir. (1992). *Prevalence of Depression and Related FactorsAmong the Elderly People in Dindang Subdistrict Bangkok Metropolitan.Thailand* A paper submitted in partial fulfillment of the requirement of the Degree of Master of the Public Health Mahidol University.

Jasmin, S., & Trygstad, L. (1979). *Behavioral concepts and the nursing process.* St. Louis, M.O:The C.V. Mosmy Roy, S.C.,&. Andrew, H.A. (1991). *The Roy's Adaptation Model*. San. Mateo, CA: Appleton. &Lange.

Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving and Kurlowicz, L.H., & Facluty, N. (1997).Nursing standard of practice protocol: Depression inelderly patients. *Geriatric Nursing*, 18(5), 192-200

Roy, S.C. & Roberts, S. (1981). *Theory Construction in Nursing :An Adaptation Model.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall .

Seligman, E. P. (1981). A learned helplessness point of view. In L. P. (Ed.), *Behavior therapy for depression.* New York:Academic Press.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry (7thed).* Philadelphia: Lippincott Valente, S.M. (1994). Recognizing depression in elderly patients. *American Journal of Nursing,*94(12), 18-28.underachieving high school boy. *Child Development*, 32, 501-510.

การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินในพื้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Self-Care Behavior of Elderly People with Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus type 2 in area of Sri Pattana Health Promoting Hospital, Yodkaeng Subdistrict, Namon District, Kalasin Province.

ศิริเพ็ญ โพธิสาย วิสุดา โยลัย ธวัชวงศ์ชัย ไตรทิพย์
Wisuda Yolai, Siripen Pothsai, Thawatwongchai Traithip
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์คือ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา: ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ในการหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และในการหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานค่าไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา: พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน อยู่ในระดับสูง และพบว่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ((χ^2 = 5.19, p-value = 0.02) และความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน มีความสัมพันธ์ที่ระดับยสำคัญทางสถิติ 0.05 (r = 0.307, p-value = 0.007)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพ, การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

Abstract

This study is a cross-sectional analytical study. The purpose to study the level of self-care behaviors of non-insulin dependent type 2 diabetes Self-Care Behavior of Elderly People with Type 2 Diabetes Not Dependent on Insulin. And to study the relationship of self-care behaviors among

non-insulin dependent type 2 diabetes mellitus patients. The sample group consisted of 75 people in Sri Pattana Subdistrict Health Promoting Hospital, Yodkaeng Subdistrict, Namon District, Kalasin Province.

Methods: The samples were collected by using interviews formulated by the study and verified by the experts. Data were analyzed by descriptive statistics for percentage, mean, standard deviation. minimum and maximum values. In relation to self-care behaviors non-insulin dependent diabetes mellitus type 2. Analyzes of chi-square test and Peason's Product Moment Correlation Co-efficient for related analysis for analyzing the relation at the level of statistical significant of 0.05

Results: The results showed that self-care behaviors of elderly patients with type 2 diabetes on high levels. The BMI correlated with the self-care behaviors of the elderly with type 2 mellitus patients at the 0.05 level of significance (χ^2 = 5.19, p-value = 0.02) and knowledge about diabetes was statistically significant at 0.05 (r = 0.307, p- value = 0.007).

Keywords: elderly, health behavior, self-care, type 2 diabetic patients without insulin.

บทนำ

การศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงและมีแนวโน้มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิดส่วนประเทศไทย ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) จากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2556 ประชากรไทยมีจำนวน 64.6 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 9.6 ล้านคน คาดว่าในปี 2573 จะมีจำนวนผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) และปี 2583 จะมีจำนวนถึง 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ได้ร่วมกันดำเนินงานเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนสถานภาพ บทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุ (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ, 2556) จะเห็นได้ว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และปัจจุบันยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมาก โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

การสำรวจสถานการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 5 ล้านคน ปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน11 คน สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (interanational diabetes

federation : idf)ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ชนิดนี้พบมากที่สุด (ประมาณร้อยละ 90) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2559) สำหรับประเทศไทยจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศในปี 2556-2558 เท่ากับ 14.93, 17.53และ 17.83 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ) ภาคที่ได้รับรายงานมากที่สุด คือ ภาคกลาง รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือภาคเหนือและภาคใต้ โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 643.16, 603.46, 521.66 และ 447.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักระบาดวิทยา, 2555)

สถานการณ์โรคเบาหวานของจังหวัดกาฬสินธุ์ จากการรายงานการเฝ้าระวังโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 – 2555 พบอัตราป่วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 5 เท่า ดังนี้ 1,053.06 1,072.93 1,202.20 4,403.52 และ 5,531.07 ต่อประชากรแสนคน ส่วนมากพบในเพศหญิง ร้อยละ 67.97 ช่วงอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 44.44 รองลงมา 70 – 79 ปี ร้อยละ 29.41 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2555)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในบริเวณตำบลยอดแกงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 1, 2 , 3, 4, 9, 10, 11,12,15 และหมู่ที่ 16 โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้อายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน มีทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 643 คน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 13.99 เพศชาย 20 คน คิดเป็นร้อยละ 3.11 เพศหญิง 70 คน คิดเป็นร้อยละ 10.88 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีรายงาน พ.ศ.2557 ที่เป็นปัญหาโรคเบาหวาน ด้านสุขภาพ ทั้งปัญหาการเจ็บป่วยที่มีทั้งอัตราการป่วยตาย ผู้ศึกษาเห็นถึงความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าวซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในกรณีศึกษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ของผู้สูงอายุ และเป็นการลดปัญหาสาเหตุที่นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่องการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ของประชาชนในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้นเพื่อนำผลที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ ในการแก้ไขปัญหาต่อไป (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา, 2557)

การดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน จะมีหลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 5 อ.โดยจะมีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหารด้วยการบริโภคอาหาร ที่ถูกหลักโภชนาการในปริมาณที่พอเหมาะกับภาวะโรค การออกกำลังกาย รวมถึงการมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ถูกหลักอนามัย จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดจนช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่างๆได้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานดีขึ้นและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) การปฏิบัติ

กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ของแต่ละบุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ทั้งในการดูแลผู้สูงอายุ ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะผู้สูงอายุส่วนมากนอกจากจะมีความเสื่อมของร่างกายตามวัยแล้ว รวมทั้งการดูแลตนเองที่ถูกต้อง จะช่วยให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีและไม่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จะต้องได้รับความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นการปฏิบัติตนที่ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีและบรรลุมีเป้าหมายเพื่อความผาสุกของชีวิต จากเหตุผลและปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงสนใจการศึกษาผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ในพื้นที่ที่ศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้นเพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนในการแก้ไขปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytic study) เพื่อหาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกงจำนวน 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ที่ 1, 2 , 3, 4, 9, 10, 11,12,15 และ หมู่ที่ 16 โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินมีทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน กันยายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 643 คนของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 90 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้คือจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

จำนวนทั้งสิ้น 90 คน ซึ่งใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบประชากร ที่ศึกษาขนาดที่ชัดเจน สูตรการคำนวณของ เครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างถึงใน วันชัย เรื่องวิชาญกานต์, 2559)

สูตร

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

เมื่อ n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ประชากรที่ศึกษา คือ ประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน จำนวนทั้งสิ้น 90 คน

e = ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (e=0.05)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (χ^2=3.841)

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ไม่ทราบให้กำหนด p= 0.5)

แทนค่าในสูตร

$$\mathrm{n}\ \frac{(3.841)(90)\times 0.5(1-0.5)}{(0.05)^2\times(90-1)+(3.841)(0.5)(1-0.5)}$$

$$\mathrm{n} = \frac{86.4225}{1.18275} = 73.06$$

จากการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มประชากรตัวอย่างเพียง 75 ตัวอย่าง ซึ่งประชากรกลุ่มตัวอย่างนั้นได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มประชากรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบ ถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบ ผิด ให้ 0 คะแนน

ใช้เกณฑ์การแปลความหมายของระดับคะแนนระดับความรู้กำหนดเกณฑ์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินโดยผู้ศึกษาได้ดัดแปลงจากความรู้เกี่ยวกับกรออกกำลังกายใช้เกณฑ์ประเมินผลการเรียนของสำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ(2551 :14) ดังนี้

ระดับที่ 1 ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 หมายถึง มีความรู้สูง

ระดับที่ 2 ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 - 79 หมายถึง มีความรู้ปานกลาง

ระดับที่ 3 ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 0 - 49 หมายถึง มีความรู้ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินแบ่งออกเป็น 4 ด้าน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์และความเครียด จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกและข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 40 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน (Best 1977 : 174; Daniel 1995 : 19; อ้างถึงใน วิ

รัตน์ ปานศิลา 2544: 149) ดังนี้ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 10 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ จำนวน 10 ข้อด้านความเครียด จำนวน 10 ข้อ

เกณฑ์ในการแปลความหมาย คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน.

แบ่งเกณฑ์ (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น (Best 1977 : 174; Daniel 1995 : 19; อ้างถึงใน วิรัตน์ ปานศิลา 2544 : 149) ดัดแปลงเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี ปานกลาง ต่ำ และต่ำมาก

การแปลผล ซึ่งผู้ศึกษาได้ดัดแปลง จากค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของของผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินแปลผล ดังนี้ (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2534)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง

การครวจคุณภาพเครื่งการตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้ศึกษาได้นำการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบ พิจารณาในด้านความเที่ยงตรง ความเหมาะสมของเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษาและความชัดเจนของคำถามในแบบสอบถาม (IOC= 0.5 ขึ้นไปทุกข้อ)

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) เมื่อนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบว่ามีความเที่ยงตรงแล้วไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจำนวน 30 คนในพื้นที่ที่ไม่ใช่พื้นที่การศึกษาเพื่อทดสอบความน่าเชื่อมั่นของแบบสอบถามก่อนนำไปใช้ก่อนเก็บข้อมูลจริงตามวิธีการของครอนบาค (Cronbach) ได้ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α-coefficient) ผลการตรวจสอบเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ พบว่า ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 21 ข้อค่าความเชื่อมั่น 0.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินจำนวน 19 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น 0.71

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด (Maximum, Minimum) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติสถิติที่ใช้ คือ ค่าไคสแควร์ (Chi – square test) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) ใช้ทดสอบเพื่อหาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าเชื่อมั่นร้อยละ 95.00

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาผู้ศึกษา จึงกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านจริยธรรมของการศึกษาครั้งนี้ดังต่อไปนี้

1. การศึกษานำหนังสือไปเชิญขอกลุ่มประชากรที่ผู้ศึกษาต้องศึกษาพร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาให้ทราบและอธิบายให้กลุ่มเป้าหมายทราบเพื่อให้ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง

2. กระบวนและขั้นตอนการศึกษาจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยผู้ศึกษาจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3. ผู้ศึกษาจะมีการประเมินผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับอนุญาตที่จะเข้าร่วมตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

4. เคารพในศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม

5. สร้างความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

6. หากจะต้องมีการบันทึกภาพหรือมีการบันทึกเทปหรือทำการบันทึกจะต้องแจ้งให้ผู้เข้าร่วมทราบเพื่อขอความร่วมมือและควรได้รับอนุญาตก่อนทำการบันทึก

7. การดำเนินการศึกษาได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมศึกษาทุกขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 77.3 รองลงมา คือ เพศชาย จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 22.7 มีอายุ 60-69 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 86. มีส่วนสูง 156-160 เซนติเมตร จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 37.33 มีน้ำหนัก 61 กิโลกรัมขึ้นไป จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 45.33 ดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ 18.5 – 22.90 ปกติ จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 56.0 สถานภาพสมรส จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 82.70 จบการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ48 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33

2. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา พบว่า คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถูกต้องมากที่สุดได้แก่ ข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีอาการปัสสาวะบ่อยและมากหรือปัสสาวะในเวลากลางคืน ข้อที่ 6 ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรได้รับการดูแลเท้าเป็นพิเศษ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 98.7 รองลงมา ผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังรับประทานยาโรคเบาหวานแล้วเกิดอาการหิวเหงื่อออก ใจสั่น คล้ายจะเป็นลมบ่อยๆควรปรึกษาแพทย์ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 97.3 และตอบถูก

น้อยที่สุดคือผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวานควรออกกำลังกายแต่ละวันอย่างน้อยติดต่อกัน 1 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 72

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ศึกษาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96 การปฏิบัติตัวที่สูงที่สุดคือ จำนวน 72 คน (คิดเป็นร้อยละ 96) รองลงมาคือ จำนวน 3 คน (คิดเป็นร้อยละ 4 ส่วนข้อที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนทั่วไปกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนทั่วไปกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินของกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมดูแลตนเอง		χ^2	p-value	แปลผล
	สูง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	4 (23.5)	13 (76.5)	2.48	0.15	ไม่มีความสัมพันธ์
หญิง	26 (44.8)	32 (55.2)			
สถานภาพ					
สมรส	25 (40.3)	37 (59.7)	0.01	0.90	ไม่มีความสัมพันธ์
หม้าย/หย่า	5 (38.5)	8 (61.5)			

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมดูแลตนเอง		χ^2	p-value	แปลผล
	สูง	ต่ำ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	2 (28.6)	5 (77.4)	0.42	0.51	ไม่มีความสัมพันธ์
เรียน	28 (41.2)	40 (58.8)			
อาชีพ					
ไม่ได้ทำงาน	5 (29.4)	12 (70.6)	1.03	0.31	ไม่มีความสัมพันธ์
ทำงาน	25 (43.1)	33 (56.9)			
ดัชนีมวลกาย					
ตามเกณฑ์	12	30	5.19	0.02	มีความสัมพันธ์
ไม่ตามเกณฑ์	18	15			

จากตารางที่ 1 พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า เพศ (χ^2 =2.48, p-value=0.15) ภาพสถานภาพ (χ^2 = 0.01, p-value0.09) ระดับการศึกษา (χ^2 =0.42, p-value=0.51) อาชีพ (χ^2 =1.03, p-value=0.31) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05และดัชนีมวลกาย (χ^2 =5.19, p-value=0.02) ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ค่านัยสำคัญระหว่างตัวแปรต้นกับกับพฤติกรการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

ตัวแปล	R	p-value	แปลผล
อายุ	-0.160	0.171	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	0.060	0.607	ไม่มีความสัมพันธ์
ความรู้	0.307**	0.007	มีความสัมพันธ์

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 * ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

จากตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้กับพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินโดยการ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = - 0.160, P-value = 0.171) และ (r = 0.060, p-value = 0.607) ส่วนตัวแปรด้านความรู้ มีมีนัยสำคัญทางสถิติทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (r =0.307, p-value = 0.007)

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณรา ชื่นวัฒนา และณิชานาฏ สอนภักดี (2557) เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นาง อำเภอ บางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบการศึกษา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96 ซึ่งพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วรดา มาลาและประจักร บัวผัน (2560) เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขต พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหรี่ ตำบลโนนเมือง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.80 (S.D.= 0.28) และ 2.72 (S.D. = 0.17) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมมีความสัมพันธ์ ระดับสูงทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหรี่ ตำบลโนนเมือง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.881, p-value <0.001)

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน มีความเข้าใจ

ที่ถูกต้องอีกหลายประเด็นและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลินนั้นผู้ศึกษาที่จึงให้คำแนะนำที่ถูกต้องเพิ่มเติม โดยการให้ สุขศึกษาแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน เช่น ทัศนคติ ความตระหนักและการรับรู้

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึ่งอินซูลิน

เอกสารอ้างอิง

กนกรัตน์ เรววรรณ. (2546). *การประยุกต์รูปแบบการเพิ่มพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. โรงพยาบาลกลางกรุงเทพมหานคร, ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

กมลวัฒน์ ยะสารวรรณ. (2547). *การรับรู้กฎระเบียบของพนักงานท่าเรือแหลมฉบัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

กันธิกา ทวีรอด, ตรีทิพย์ อนงค์ทอง. (2550). *ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน*. โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.

กันยา สุวรรณแสง. (2542). *จิตวิทยาทั่วไป*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา.

เกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, อมรา ทองหงส์. (2555). *โรคเบาหวาน.สรุปรายงานเฝ้าระวังโรคประจำปี255*: สำนักระบดวิทยา.

เกียรติคุณ, พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). *นิยามเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ*. วันที่ค้นข้อมูล 22 กันยายยน 2560, เข้าถึงได้จาก http://haamor.com/th.

ขนิษฐา คุณสว่าง. (2544). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคต้อหินปฐมภูมิมุมเปิดโรงพยาบาลพหลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ขนิษฐา นาคะ. (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*. วิทยานิพนธปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉกาจ ผ่องอักษร. (2548). *ข้อแนะนำการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุ.

ณัฐศรุต นนทธิ. (2544). *การรับรู้ในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมของนักศึกษาประถมศึกษา*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขสตรมาหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2543). *ความรู้เรื่องโรคเบาหวานฉบับสมบูรณ์.* กรุงเทพฯ: จูนพับลิชชิ่ง.

เทพ หิมะทองคำและคณะ. (2544). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์.* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

เทพพนม เมืองแมน, สวิง สุวรรณ. (2540). *พฤติกรรมองค์การ.* (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

ธนวัฒน์ อิ่มสมบูรณ์. (2532). *การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.* วารสารสุขศึกษา พลศึกษาและสันทนาการ, 15(4), 11-15.

ธีรพล โตพันธานนท์. (2556). *ดูแลผู้สูงวัยสุขภาพดีอายุยืน.* วันที่ค้นข้อมูล 21 กันยายน 2560, เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th.

นันทิยา วัฒนายุ. (2552). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2.* กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

บัณฑิต เผ่าวัฒนา. (2548). *การประเมินผล การฝึกอบรมคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการและถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตรประจำตำบลในภาคเหนือ.* มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา, เชียงใหม่.

บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พลับชิง (มหาชน).

พัชราภรณ์ กิ่งแก้ว. (2544). *การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และกลุ่มที่ครอบคลุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โรงพยาบาลเชื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พัชราวัล พันธศิลาโรจน์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้.* กรุงเทพฯ: ดอกหญ้า.

พิกุล นันทชัย. (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัยมหิดล.*

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2529). วิธีการหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลโดยเทคนิคเดลฟาย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 1(1), 11-20.

ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล. (2559). *แนวโน้ม“โรคเบาหวาน”เพิ่มขึ้นไม่หยุดไทยป่วยแล้วเกือบ 5 ล้านคน.* วันที่ค้นข้อมูล 21 กันยายน 2560, เข้าถึงได้จาก http://www.manager.co.

มันทนา ประทีปะเสน, วงเดือน ปั้นดี. (2542). *อาหารกับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศ

ไทย.

มัลลิกา มัติโก. (2530). *การดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนคติทางสังคมวัฒนธรรม.* กรุงเทพฯ: แสงแดด.

ยุภักดิ์ บอนคำ. (2555). *รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในสุขศาลาบ้านหัวขวา.* กาฬสินธุ์: สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.

รื่นจิต เพชรชิต. (2558). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี.* วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2(2), 18.

รุจา ภู่ไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัวแนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.* กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรืองศักดิ์ ศิริผล. (2542). *การออกกำลังกายกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา. (2557). *ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา.*กาฬสินธุ์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา.

วรดา มาลา, ประจักร บัวผัน. (2560). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยมะหรี่ ตำบลโนนเมือง อำเภอโนนสังจังหวัดหนองบัวลำภู.* วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 24(1), 73.

วรรณรา ชื่นวัฒนา, ณิชานาฏ สอนภักดี. (2557). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบางแม่นางอำเภอบางใหญ่จังหวัดนนทบุรี.* วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(3), 164.

วรางคณา วารีน้อยเจริญ. (2549). *การเลือกอาหารสำหรับโรคเบาหวาน ความหมายโรคเบาหวาน.* วันที่ค้นหาข้อมูล 2 ธันวาคม 2549, เข้าถึงได้จาก http://www.healthnet.in.the.

วนิดา คงขำ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลปัจจัยทางครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพัฒนาสังคมและครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัยมหาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วัชรินทร์ หอมจันทร์. (2545). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างพลังต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร, มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิทยา ศรีมาดา. (2543). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิทยา ศรีมาดา. (2549). *การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน.* กรุงเทพฯ: ยูนิตี้พับลิเคชัน.

วิรัตน์ ปานศิลา. (2544). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

ศราวุธ ยงยุทธ. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง การออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มารับบริการศูนย์บริการ ทางด้านสังคมผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพลศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542). *การพยาบาลโรคเบาหวาน.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สันติ ธรรมชาติ. (2545). *สุขภาพจิตในการทำงานพฤติกรรมสุขภาพและความพึงพอใจในงานของผู้บริหารธนาคารออมสิน.* สำนักงานใหญ่ขอนแก่นมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมัย จิตหมวด. (2524). *การสัมผัสและการรับรู้ในจิตวิทยาทั่วไป.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเองศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.* กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเองศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.* กรุงเทพฯ: วีเจพริ้นติ้ง.

สุทิน ศรีอัมพร. (2548). *โรคเบาหวาน.* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

สุปรียา เสียงดัง. (2560). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้.* วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(1), 193.

สุภาวดี คูหาทอง. (2533). *บทบาทที่คาดหวังและการปฏิบัติงานของผู้ชำนาญการพิเศษด้านสาธารณสุขตามการรับรู้ของตนเอง ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.* วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุริยาภรณ์ อินทรภิรมย์, จันทร์ ประสิทธิ์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2551). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.* วารสารพยาบาลสาร, 35(4), 46-56.

อรรถเกียรติ กาญจน, พิบูลวงศ์อมรา ทองหงส์. (2555). *โรคเบาหวาน.* (หน้า 205). สำนักระบาดวิทยา.

อารีย์ เจียมพุก. (2544). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลนครปฐม.* ปริญญานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Orem, DE. (1995). Nursing Concerts of practec (1 St ed). St Louis : Mosby Year Book.

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน
ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562

ความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย โรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Self-awareness and oral health care. Diabetes mellitus patients at Ban Hua Ngua Health Promoting Hospital, Song plueai Sub-district, Namon District, Kalasin Province.

ญาณิกา พาพิพัฒน์ และ จรณชัย ต้นไฮ
Yanika Papipat and Jaronchai Tonhai
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพท้องถิ่นและชุมชน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี
Chanchainarong Songkasri
อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากและความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาดตัวอย่างได้จากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 86 คนสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ การทดสอบคุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.738 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบสหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา: พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ($\bar{X}$ =60 ปี, S.D.=9.21 , Min. = 42 ปี , Max. = 82 ปี) มีอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา ร้อยละ 52.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 12 ปี ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานนานที่สุด 26 ปี และมีค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) ระหว่าง 131-150 mg./dl. คิดเป็นร้อยละ 55.82 ค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) ($\bar{X}$ =140 mg./dl., S.D.=14.18, Min. =108 mg./dl., Max. = 180 mg./dl.) ส่วนความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.54) การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.50, S.D. = 0.37) ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS.) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางลบกับความตระหนักรู้ในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.320, p=0.003) เมื่อพิจารณา คุณลักษณะประชากรรายด้าน พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.684, p <0.001) ด้านความตระหนักรู้ในตนเอง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแล

สุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.228, p = 0.035)
คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน,สุขภาพช่องปาก,ความตระหนักรู้ในตนเอง

Abstract

The Cross-sectional analytic study had of this study were to study the relationship between self-awareness and oral health care. Diabetes mellitus patients at Ban Hua Ngua Health Promoting Hospital, Song plueai Sub-district, Namon District, Kalasin Province. The sanples consisted of 86 person calculated by the sample size formular stratified random sampling. The data were collected by interview questionnaires. The statistics were use for data analyzed by descriptive statistics and inferential statistics; presentation with fregency, percentage, mean, standard deviation and person's Correlation Coefficient (r) of sig-nificance at the 0.05 leval.

Results: The study showed that demographic features, most of the subject were female 69.8% age between 61-70 years old ($\bar{X}$ = 60, S.D.=9.21, Min.= 42, Max.= 82), farmers 52.3% their education were finished from elementary school 86% , diabetes duration average is 12 years (Min.= 1, Max.= 26), most of the Fasting Blood Sugar (FBS.) between 131-150 mg./dl, 55.82% ($\bar{X}$ = 140, S.D.=14.18, Min.= 108, Max. = 180) Self-awareness was at a high level ($\bar{X}$ = 4.14, S.D. = 0.54). Oral health care was good ($\bar{X}$ = 2.50, SD = 0.37) The relationship between Self-awareness and oral health care of diabetic patients The Fasting Blood Sugar (FBS.) level was moderately negative. With self-awareness at statistically sig-nificance (r=0.320, p=0.003), Age was moderately correlated with duration of diabetes at statistically sig-nificance (r=0.684, p<0.001). Self-awareness There was a statistically significant level in diabetic patients receiving care services (r = 0.228, p = 0.035)
Key words: Diabetes, Oral health , Self awareness

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ผลการสำรวจโดยสรุป พบว่า ในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-44 ปี ปัญหาที่พบเกิดจากรอยโรคสะสม ทั้งปัญหาสภาวะปริทันต์ ที่พบการอักเสบของเหงือกมีเลือดออกง่าย มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย และปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา โดยปัญหาดังกล่าว จะแสดงอาการที่รุนแรง

จนเกิดความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันในช่วงอายุต่อไป ถ้าไม่ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาที่เหมาะสมทันเวลา นอกจากนี้ในวัยนี้ยังมีพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ รวมทั้งพฤติกรรมการไปใช้บริการในรอบปี ซึ่งส่วนใหญ่ ไปรับบริการเมื่อมีอาการปวดและเสียวฟันแล้ว ดังนั้น สำหรับกลุ่มวัยทำงานนอกจากการทำให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และความรู้เพื่อการดูแลอนามัยช่องปากตนเองแล้ว ยังจำเป็นต้องมีมาตรการควบคุมป้องกันโรค โดยเฉพาะสนับสนุนให้ใช้อุปกรณ์เสริมทำความสะอาดซอกฟันเพื่อป้องกันโรค ปริทันต์และฟันผุบริเวณด้านประชิด (proximal caries) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ 60-74 ปี และ 80 ปีพบว่า ปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นการสูญเสียฟัน และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80-89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 ความต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปากในผู้สูงอายุ 60-74 ปี ลดลงจากร้อยละ 4.1 ในการสำรวจครั้งที่ 6 เป็นร้อยละ 2.5 แม้จำนวนฟันแท้ใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อน ๆ แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ยังมีปัญหารอยโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและชะลอความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ 1. โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบ ปวดบวม ฟันโยก และการสูญเสียฟัน 2. ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ปัญหาดังกล่าวนอกจากจะเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก ที่พบว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด ดังนั้นประเด็นที่ควรให้สำคัญสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุนอกจาก การสื่อสารความรู้ให้เข้าใจและตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลสูงสุด คือการสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข และผ่านทางสื่อโทรทัศน์แล้ว การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับบริการรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นในการลดการสูญเสียฟัน พร้อมกับการใส่ฟันบางส่วนและทั้งปากเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2556)

อย่างไรก็ตาม ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์ (2556-2558) พบว่าผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 51.59, 58.74 และ54.02 ตามลำดับ จากสถานการณ์ดังกล่าวเป็นผลจากการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากและรักษาทันตกรรมของประชาชนเพิ่มขึ้น แต่การให้บริการทันตกรรมในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพราะจำนวนทันตบุคลากรไม่เพียงพอ ซึ่งได้มีการจัดให้มีการหมุนเวียน ทันตบุคลากร ไปให้บริการในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ยังไม่มีทันตบุคลากรประจำ จากผลการดำเนินงาน 3 ปี ย้อนหลัง พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีทันตบุคลากรประจำหรือหมุนเวียนอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 28.5, 34 และ 58.23 ตามลำดับ (ศริญทิพย์ ชาลีเครือ, 2559)

สำหรับเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ ของผู้ป่วยและครอบครัว

รวมทั้งประเทศชาติ เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583

ส่วนรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า โรคเบาหวานเป็นเหตุอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเกิดได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบ ต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน และก่อให้เกิดความผิดปกติ ทั้งภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางไต สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555-2558 มีแนวโน้มสูงขึ้นและในจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2555-2558 มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2560) ทั้งนี้แนวโน้มอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน ก็เพิ่มขึ้นจาก 12.1 เป็น 19.4 ต่อประชากรแสนคน เช่นเดียวกับอัตราตายก่อนวัย อันควรจากโรคเบาหวาน ที่เพิ่มจาก 13.2 เป็น 17.8 ต่อประชากรแสนคนส่วนระดับพื้นที่เขตสุขภาพ พบว่าพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราตายโรคเบาหวานสูง ที่สุด (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2560)

นอกจากนี้พบว่า โรคเบาหวานยังเป็นโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคในช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก เช่น การสูญเสียฟัน การเกิดโรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบ และโรคของเนื้อเยื่ออ่อนภายในช่องปากเป็นอย่างมากและผลที่ตามมาคือการสูญเสียฟัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ มักไม่ทราบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานนอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานอื่น ๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอัตราการไหลของน้ำลายทำให้เกิดมีภาวะปากแห้ง ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องปากได้มากขึ้น ความชุกและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพช่องปาก อาจขึ้นอยู่กับการควบคุมระดับน้ำตาล และขนาดของโรคเบาหวานและพฤติกรรมของผู้ป่วยจากที่กล่าวมาจะเห็นว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่ทราบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมโรคเบาหวานได้มีความสำคัญต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้ป่วยเบาหวาน ในทางกลับกันการมีสุขภาพช่องปากที่ดีก็มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเช่นกัน(กนกนุช เนตรงามทวี, 2559)

ดังนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตัวเองได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อศึกษาถึง ความสัมพันธ์ของความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งผลการศึกษานี้จะ สามารถนำไปใช้ ในการวางแผนในการดำเนินงานทั้งในด้าน ส่งเสริม

สุขภาพช่องปาก การป้องกัน และควบคุมโรค การให้การรักษาและการฟื้นฟูสภาพในช่องปากได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาระดับความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สมมุติฐานการวิจัย

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับระดับความตระหนักรู้ในตนเองด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษา ความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีขอบเขตการศึกษา พื้นที่การศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาในการศึกษา คือ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 –ธันวาคม พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีทั้งหมด 9 หมู่บ้าน จำนวน 101 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบขนาดของประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2552)

$$n = \frac{NZ^2{}_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2(N-1)+Z^2{}_{\alpha/2}\sigma^2}$$

โดยที่

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 101 คน (ข้อมูล ณ 20 กันยายน 2560)

$Z^2{}_{\alpha/2}$ = กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ดังนั้น α = 0.05, $Z^2{}_{\alpha/2}$= 1.96^2

e^2 = ความแม่นยำของการประมาณค่า ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษากำหนดให้ มีความคลาด

เคลื่อนของค่าเฉลี่ย ที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากร = 0.05

σ^2 = ค่าความแปรปรวน จากสูตรคำนวณตัวอย่าง (ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่มีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก ของกนกนุช เนตรงามทวี (2559) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย = 4.21 (S.D.=0.59) จะได้ความแปรปรวน = (0.59^2)

แทนค่า

$$=\frac{101(1.96)^2(0.59)^2}{0.05^2(101-1)+1.96^2(0.59)^2}$$

=85.10

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าจำนวน 86 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยสุ่มตามการปฏิบัติจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น จากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งแบบสัมภาษณ์มี 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร ประกอบด้วยเพศ อายุ อาชีพระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check List) และเติมข้อความ (Open Ended) รวมจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความตระหนักรู้ในตนเอง ประกอบด้วย อารมณ์และความรู้สึกของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปาก ความรู้โรคในช่องปาก ภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยพฤติกรรมการแปรงฟัน การดูแลสุขภาพช่องปาก การรับประทานอาหารที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก

การหาคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการสร้าง และตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือวัดแต่ละฉบับ ดังนี้

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษา ร่างแบบสัมภาษณ์เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ ความตรงในเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้น ผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนจะนำแบบสัมภาษณ์ไปหาความเชื่อมั่น ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้ศึกษา นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีพัฒนา ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษา มีลักษณะภูมิศาสตร์และประเพณีวัฒนธรรมการดำรงชีวิตที่คล้ายคลึงกัน โดยทำการทดสอบแบบสัมภาษณ์จำนวน 30 ชุด จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ มาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

coefficient alpha) มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.738

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สองตัวแปร (Bivariate Relationship) เพื่อหาความสัมพันธ์ตัวแปรทีละคู่ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ซึ่งตัวแปรทั้งสองตัวนั้น จะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรือ อัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ α= 0.05

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้ศึกษา ได้ตระหนักถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ หลักในการเคารพในตัวบุคคล หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักยุติธรรม โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้ศึกษาได้กำหนดแนวทางการศึกษาด้านจริยธรรม ดังนี้

1. หลักเคารพในบุคคล คือการเคารพการตัดสินใจของผู้ที่เข้าร่วม จะต้องมีความยินยอมโดยสมัครใจที่จะให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

2. หลักผลประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย พยายามให้เกิดประโยชน์สูงสุด ระมัดระวังป้องกันอันตรายหรือความผิดพลาดที่จะเกิดจากการสัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์มั่นใจว่า ไม่มีผลกระทบใดๆต่อตนเอง

3. หลักยุติธรรม จะปฏิบัติต่อผู้ถูกสัมภาษณ์อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามหลักศีลธรรม ให้แต่ละคนได้รับในสิ่งที่พึงได้รับ และปฏิบัติกับทุกคนอย่างเสมอภาคกัน

4. การดูแลรักษาและเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับส่วนตัว

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 อายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D.= 9.21) อายุต่ำสุด 42 ปี อายุสูงสุด 82 ปี มีอาชีพการเกษตร ทำไร่ ทำนา ร้อยละ 52.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86 ระยะที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 11.22 ปี (S.D. = 6.91) มีค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) เฉลี่ย 140 mg/dl ค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร(FBS.) ต่ำสุด 108 mg./dl .และค่าน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) สูงสุด 180 mg./dl.

2. ความตระหนักรู้ในตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักรู้ในตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.14, S.D. = 0.54) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านอารมณ์และความรู้สึกของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 0.43) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านภาวะแทรกซ้อนในช่องปากของโรคเบาหวาน ($\bar{X}$ = 4, S.D. = 0.58)

3. การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่ม

ตัวอย่างมีระดับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 2.50, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$= 2.80, S.D. = 0.29) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 0.21, S.D. = 0.42)

4. จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีรายละเอียดดังนี้

ด้านคุณลักษณะทั่วไปทางประชากร พบว่า เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ กับความตระหนักรู้ในตนเองและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่วน ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS.) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางลบ กับความตระหนักรู้ในตนเองและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r= 0.320, p-value =0.003) เมื่อพิจารณาคุณลักษณะประชากรรายด้านพบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r = 0.684, p-value <0.001)

ด้านความตระหนักรู้ในตนเอง พบว่าความตระหนักรู้ในตนเอง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.228, p-value = 0.035) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่1 ความสัมพันธ์ระหว่างความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ตัวแปร	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ความตระหนักรู้ในตนเอง	0.228	0.035	ต่ำ
อายุ	0.684	0.001	ปานกลาง
ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน	0.684	0.001	ปานกลาง
น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS.)	-0.320	0.003	ปานกลาง

อภิปรายผล

คุณลักษณะทั่วไปทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.8 อายุเฉลี่ย 60 ปี (S.D. = 9.21) อายุต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 82 ปี มีอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา ร้อยละ 52.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 12 ปี (S.D.= 6.91) ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยที่สุด 1 ปี

และระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวานนานที่สุด 26 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนันท์ อาษาพนม (2556) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.25 อายุเฉลี่ย 57.06 ปี (S.D. = 7.76) อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 60 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.92 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 64.58 ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 4.83 ปี (S.D. = 2.81) ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยที่สุด 1 ปี และป่วยเป็นโรคเบาหวานนานที่สุด 12 ปี และการศึกษาของกนกนุช เนตรงามทวี (2559) เรื่องปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลสถานะสุขภาพทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราชจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.48 ปี (S.D.=6.16) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 -70 ปี ร้อยละ 63.30 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี ในส่วนระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92.70 สำหรับระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานพบว่า ส่วนใหญ่ป่วยน้อยกว่า 10 ปี

ความตระหนักรู้ในตนเองพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความตระหนักรู้ในตนเอง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.14, S.D.= 0.54) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ จิรนันท์ อาษาพนม (2556) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอฆ้องชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.33 และ 68.37 (S.D. = 2.81 และ 2.03) ตามลำดับ และการศึกษาของกนกนุช เนตรงามทวี (2559) เรื่องปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลสถานะสุขภาพทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราชจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 89.30)

การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการดูแลสุขภาพช่องปาก อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.50, S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 2.80, S.D. = 0.29) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ($\bar{X}$ = 0.21, S.D. = 0.42) สอดคล้องกับ การศึกษาของ กนกนุช เนตรงามทวี (2559) เรื่องปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลสถานะสุขภาพทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราชจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปากอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 88.00)

ความสัมพันธ์ระหว่าง ความตระหนักรู้ในตนเองกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า อายุ ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) และความตระหนักรู้ในตนเอง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัว

งัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (r = 0.228, p-value = 0.035) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกนุช เนตรงามทวี (2559) เรื่องปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล สถานะสุขภาพทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราชจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการแปรงฟัน (r=0.212, 95%CI=0.061-0.361, P-value= 0.009) ทัศนคติการดูแลช่องปาก (r=0.165, 95%CI = 0.005 - 0.320, P-value=0.043) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลช่องปาก (r=0.188, 95%CI =0.047 - 0.312, P-value=0.021)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดนิทรรศการ นวัตกรรมหรือโครงการที่คำนึงถึงความตระหนักรู้ในตนเอง อายุ ระยะเวลาในการป่วยเป็นโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองที่เหมาะสม

2. การดำเนินงานโรงพยาบาลชุมชน ทั้งฝ่ายทันตสาธารณสุข งานโรคเรื้อรัง (NCD) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรประสานงานและร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพราะจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS.) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพราะถ้ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี ก็จะเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร(FBS.) ได้ดีเช่นกัน

3. ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อให้การกระตุ้นความตระหนักรู้ในตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างและชุมชน

4. ควรมีการลงเยี่ยมชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กนกนุช เนตรงามทวี. (2559). **ศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลสถานะสุขภาพทัศนคติและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 อำเภอห้วยราชจังหวัดบุรีรัมย์.** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.

กุณฑลี จริยาปยุกต์เลิศ และคณะ. (2540). **การใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อพัฒนาโนภาพ แห่งตน ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น(รายงานผลการวิจัย).** ชลบุรี:คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). **รายงานผลการประชุมวิชาการ เรื่อง ทักษะชีวิตและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

จิรนันท์ อาษาพนม. (2556**). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอฆ้องชัย**

จังหวัดกาฬสินธุ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น

ณัฐวุธ แก้วสุทธา. (2558). **รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากและสภาวะอนามัยช่องปากของวัยรุ่นตอนต้น.** (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น (ปริญญานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ

ดาวเรือง แก้วขันดี. (2546). **ความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก.** ว.ทันตสาธารณสุข8.

ทันตแพทย์ไทย. **รอบรู้สุขภาพช่องปาก**. สืบค้น30กันยายน 2560, จาก http://www.thaidentist.com/DENTALH/dhedu01.html.

เทพ หิมะทองคำ. (2548). **ความรู้เรื่องเบาหวาน.** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ:วิทยพัฒน์.

ธนวัฒน์ มังกรแก้ว. (2557). **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน**. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ)มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. ฉะเชิงเทรา.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). **การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS**. กรุงเทพฯ: วีอินเตอร์พริ้นท์.

พิศมัย นาทัน. (2555). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.** (วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.

เพียรทอง มูลเทพ. (2552). **ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น.

ภิญญาภรณ์ เพ็ญภินันท์. (2544). **การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ความตระหนักรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ของประชาชนในเขตนิคมอุตสาหกรรมบางปู จังหวัดสมุทรปราการ.** (วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชากาประชาสัมพันธ์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ

มนัส บุญประกอบ, และสาวิกา เมธนาวิน. (2544). **จากแนวคิดสู่การปฏิบัติรวมบทความทางวิชาการ เรื่องอีคิว**. กรุงเทพ:เดรสท๊อป.

เรียม ศรีทอง. (2542). **พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน.** กรุงเทพฯ:เธิร์ดเวฟ เอ็ดดูเคชั่น.

วรรณี นิธิยานันท์. **คนไทยป่วย"เบาหวาน"พุ่ง ป่วยแล้ว 5 ล้าน ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน พบบ่อย "ไตเรื้อรัง".** สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2560, จาก https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992.

วิชัย เอกพลากร. (2557). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย.** (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. **การดูแลสุขภาพช่องปาก.** สืบค้น 30 กันยายน 2560,จาก http://www.knc.ac.th/kk/family/mou2.htm.

วรพจน์ พรหมสัตยพรต, และสุมัทนา กลางคาร. (2547). **หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาสารคาม.** มหาสารคาม:สารคามพิมพ์ – สารคามเปเปอร์.

ศริญทิพย์ ชาลีเครือ. (2559). **บทสรุปสำหรับผู้บ ริหาร(Executive Summary) คณะที่ 2 รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2559 วันที่ 10–12 ก.พ.2559 จังหวัดกาฬสินธุ์.** ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จาก http://203.157.71.148/hpc6/planning.

ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2547). **พัฒนาการด้านอารมณ์-จิตใจ-สังคม จริยธรรมของเด็กไทย.** กรุงเทพ: เอกสารหาดใหญ่.

เศรษฐพล เจริญธัญรักษ์. (2556). **คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตอำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดหนองบัวลำภู.** (วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.

สุภาวดี ดาวดี. (2537). **การศึกษาความตระหนักในตนเองของพยาบาลและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย) มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ

สุรชัย โชคครรชิตไชย, และคณะ. (2554**). การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง.** กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตร แห่งประเทศไทย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. **สรุปปัญหาสาธารณสุขสำคัญจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2554-2558.** ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จากhttp://203.157.71.148/hpc6/planning.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2556). **รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ.** (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). **รายงานประจำปี 2559.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2558). **จำนวนและอัตราผู้ป่วยในโรคไม่ติดต่อ ประจำปีปฏิทิน พ.ศ. 2558.** ค้นเมื่อ 17 กันยายน 2560, จาก http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020.

อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2552). **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย.** กรุงเทพฯ:วิทยพัฒน์.

อรพินทร์ ชูชม, สุภาพร ธนะชานันท์, และทัศนา ทองภักดี. (2554). **ปัจจัยเชิงเหตุและผลของภูมคุ้มกันทางจิตของเยาวชน.** กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Best, John W. & Kahn, James V. (2003). **Research In Education**. 9th ed. Boston : PearsonEducation.

Fledman,R.S. (1992**). Elements of psychology**. New York: McGraw-Hill.

Ross,A.O. (1992). **The sense of self Research and theory**. New York: Springer.

S. Twetman, I. Johansson, D. Birkhed, T. Nederfors. (2002). **Caries Incidence in Young Type 1 Diabetes mellitus Patients in Relation to Metabolic Control and Caries Associated Risk Factors**. Caries Rese.

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

THE ROLE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN THE PREVENTION AND CONTROL OF CHOLANGIOCARCINOMA CANCER AT MOOMON SUB – DISTRICT MUANG DISTRICT UDONTHANI PROVINCE

อมราภรณ์ พุทโธ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมูหม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาท กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 162 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 5 – 19 กันยายน 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.5 และระดับน้อย ร้อยละ 8.0 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ได้แก่ การรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี และ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในพื้นที่ควรส่งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยการเพิ่ม การรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี และ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งเป็นแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบ

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคมะเร็งท่อน้ำดี

Abstract

This cross – sectional survey research had an objective to study the role of village health volunteers in the prevention and control of cholangiocarcinoma cancer and the factors that associated with the role. The sampling group of this study comprised totally 162 village health volunteers of Moomon Sub – district, Muang District, Udonthani Province. These samples were selected by using simple random sampling technique. Data were

collected through self – administered questionnaires during the 5th - the 19th September 2018. The data were then analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi – square analysis, and Pearson's product moment correlation coefficient statistics. The results of the study showed that the role of village health volunteers in the prevention and control of cholangiocarcinoma cancer was indicated firstly at a high level accounted for 60.5%; followed by a moderate level accounted for 31.5%; and lastly at a low level accounted for 8.0% respectively. Regarding the factors that associated with the role of village health volunteers, they were statistically significant (p-value < 0.05) including the perception of the policy on the prevention and control of cholangiocarcinoma cancer and the knowledge of cholangiocarcinoma cancer.

The results of this study suggested that the agencies responsible in the area should strengthen the role of village health volunteers in the prevention and control of cholangiocarcinoma cancer by raising awareness of the policy on the prevention and control of cholangiocarcinoma cancer and the knowledge of cholangiocarcinoma cancer, which could be the guidelines for the prevention and control of cholangiocarcinoma cancer for the risk people inthe areas of responsibility.

Keywords : village health volunteers, cholangiocarcinoma cancer

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ อาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ และเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุด ของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็น อสม. ด้วยเหตุผลต่างๆกัน แต่อาสาสมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ก็ได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เสียสละเพื่อส่วนรวม มีน้ำใจและมีความรู้เรื่องสุขภาพดี นอกจากนี้อาสาสมัครเหล่านี้ยังมีความสัมพันธ์และรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ จึงนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพของระบบสุขภาพไทย การดำเนินงานหรือกิจกรรมใดในหมู่บ้านหรือชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ ต้องอาศัย "การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน" ตลอดระยะเวลา 41 ปีของการก่อเกิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยนับตั้งแต่ปี 2520 เป็นต้นมา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, 2550)

อย่างไรก็ตาม เราต้องยอมรับความจริงว่าในช่วงที่ผ่านมา ภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปัญหาเกิดขึ้นอยู่หลายประการ ได้แก่บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ และเป็นบทบาทตั้งรับมากกว่าบทบาทเชิงรุก การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ที่มีการปฏิบัติงานเชิงรุกในฐานะผู้นำปฏิบัติการ อสม. จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาเบื้องต้นของสังคม เศรษฐกิจการเมือง และสามารถเชื่อมปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งการค้นหาสาเหตุของปัญหา และกำหนดแนวทางหรือวิธีการที่จะแก้ปัญหาหรือป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น ซึ่งนโยบายกระทรวงสาธารณสุขได้จัดอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ให้เป็น อสม.นักจัดการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง5โรคคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง การจัดการด้านสุขภาพในชุมชนโดย อสม.และเครือข่ายฯถือเป็นการจัดระบบสุขภาพภาคประชาชนซึ่งเกิดจากแนวคิดที่เน้นการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชนเกิดความเข้มแข็งของชุมชน (กรมสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2554)

ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงเป็นอันดับหนึ่งของโลกโดยพบมากในประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 8 คนต่อวัน สาเหตุจากพยาธิใบไม้ตับมีสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรคสำคัญคือ หอย ปลา สุนัข แมว ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคปี 2557 พบปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดมีพยาธิใบไม้ตับสูงถึงร้อยละ 60-70 คนกินปลาแบบดิบๆ ทำให้คนป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับปีละ 6 ล้านคน ส่งผลให้เป็นมะเร็งท่อน้ำดีปีละ 14,000 คน โดยเกินกว่าครึ่งเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 90 เสียชีวิตภายใน 1 ปี อัตราการเสียชีวิต 20 ต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนใหญ่ผู้เสียชีวิตเป็นผู้ชายวัยทำงาน อายุ 40, 50, 60 ปี ซึ่งเป็นกำลังหลักของครอบครัว ภายหลังการค้นพบพยาธิใบไม้ตับครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2458 เริ่มมีการตั้งข้อสังเกตว่าพยาธิใบไม้ตับน่าจะมีความสัมพันธ์กับมะเร็งท่อน้ำดี โรคมะเร็งตับที่พบมากในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ โรคมะเร็งของเซลล์ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี โดยเฉพาะมะเร็งท่อน้ำดีจะพบมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อพิจารณาอัตราตายโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี พบว่าอัตราตายเท่ากับ 34.40 อัตราความชุกโรคมะเร็งท่อน้ำดีเท่ากับ 6.38 ส่วนจังหวัดอุดรธานี พบว่า อัตราตายโรคมะเร็งท่อน้ำดีเท่ากับ 9.50 อัตราความชุกโรคมะเร็งท่อน้ำดีเท่ากับ 7.42 (มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี, 2560)

จังหวัดอุดรธานีจัดอยู่ในอันดับ 2 ของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี มีอัตราความชุกโรคมะเร็งท่อน้ำดี 7.42 มีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดี 48.1 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2560) ตำบลหมูม่นเป็นตำบลเป้าหมาย 1ใน 14 ตำบล ที่มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีจากปี 2559, 2560, 2561 จำนวน 0.2, 0.22, 0.24 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมูม่น, 2560) จากสภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์มีแม่น้ำลำห้วย บึง คลอง และเป็นแหล่งอาหารที่อุดมสมบูรณ์ประกอบด้วยปลาน้ำจืด ปู กุ้งหอย จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ประชาชน

เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและอัตราการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับเป็นอันดับต้นของอำเภอเมืองและสถานการณ์การความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มที่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมูม่นจึงได้นำยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้าดี โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจัดกิจกรรมอบรม มอบหมายนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีความสำคัญ โดยต้องรับรู้นโยบายและมีความรู้เพื่อให้สามารถบอกต่อและประชาพันธ์ให้ประชาชนรับทราบถึงอันตรายของโรคมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันและควบคุมที่ถูกต้องเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป(ยุทธศาสตร์ลดพยาธิใบไม้ตับกำจัดมะเร็งท่อน้ำดีวาระคน-อีสาน 2560)

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้เรื่องโรคมะเร็งท่อน้ำดี กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณ แบบสำรวจความคิดเห็น (Survey Research ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลหมูม่น อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ที่ปฏิบัติงานมาจนถึง ณ ปัจจุบัน ที่สามารถให้ข้อมูลได้จำนวน 261 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรในการคำนวณของ Daniel (2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 148 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง หรือความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ของประชากรกลุ่มเพิ่มอีก 10% รวมทั้งสิ้นเป็น 162 สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ มีทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้นโยบายในการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย มีทั้งหมด 15 ข้อเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ เช่นข้อที่ 1,2,3,5,7,8,10,11,13,14 คำถามเชิงลบ 5 ข้อ คือข้อที่ 4,6,9,12,15 วิเคราะห์โดยใช้สถิติ

เชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย

น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 45 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับต่ำ

ร้อยละ 60 – 79 (46 – 60 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (60 – 75 คะแนน) มีการรับรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้โรคมะเร็งท่อน้ำดี มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ มีทั้งหมด 15 ข้อเป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ เช่นข้อที่1,2,3,4,7,8,11,12,13,15 คำถามเชิงลบ 5 ข้อ เช่นข้อที่ 5,6,9,10,14 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินความรู้ การแปลผลค่าร้อยละโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของ Benjamin S. Bloom และคณะ (1965) ที่กำหนด ดังนี้

น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 – 8 คะแนน) มีความรู้ในระดับน้อย

ร้อยละ 60 – 79 (9 – 11 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 – 15 คะแนน) มีความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลอำเภอเมืองอุดรธานีจังหวัดอุดรธานีประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 15 ข้อ มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

3) ด้านการป้องกันและควบคุมโรคปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน จำนวน 5 ข้อ ข้อเป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ เช่นข้อที่ 1,2,4,7,8,9,10,11,12,13,14,15 .คำถามเชิงลบ 3 ข้อ เช่นข้อ 3,5,6 ในแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนน 5เห็นด้วยมากที่สุด หมายความว่าเห็นด้วยกับข้อความนั้นทุกประการ

คะแนน 4เห็นด้วยมาก หมายความว่าเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก

คะแนน 3เห็นด้วยปานกลาง หมายความว่าเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง

คะแนน 2ไม่เห็นด้วย หมายความว่าเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย

คะแนน 1ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายความว่าไม่เห็นด้วย กับข้อความนั้นเลย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และคำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน นำเสนอในรูปแบบของตาราง

สถิติเชิงวิเคราะห์(Analysis Statistic) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับรู้ ความรู้ และบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficent) และ ค่าไควสแควร์ (

Chi - Square) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) ที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป อายุ พบว่า ส่วนใหญ่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 38.9 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.4 การศึกษาในระดับประถมศึกษามากสุด คิดเป็นร้อยละ 50.6มีระยะเวลาปฏิบัติงาน 6 -10 ปี ร้อยละ 38.9 รองลงมามีระยะเวลาปฏิบัติงาน 1 -5 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.0 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.6 ปี ระยะเวลาน้อยที่สุด 1 ปี และระยะเวลาสูงสุด 36.0 ปี

2. การรับรู้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการการรับรู้นโยบายอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมา คือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.9 ส่วนใหญ่รับรู้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี เรื่องการได้รับรู้ว่าบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีคือการรณรงค์ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ คิดเป็นร้อยละ 51.2 รองลงมารับรู้ว่าบทบาทของ อสม.คือการแนะนำ เชิญชวนให้ประชาชนส่งอุจจาระตรวจอย่างน้อยปีละครั้ง คิดเป็นร้อยละ 45.1 และรับรู้ว่าหากพบประชาชนที่ พ่อ แม่ ป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีเสียชีวิตลูกทุกคนมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีโดยไม่ต้องรอให้ถึงอายุ 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.3 และพบว่ามีการรับรู้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ระดับน้อยที่สุด คือ การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีในคนภาคอีสาน คิดเป็นร้อยละ 20.4 และรับรู้ว่าการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีต้องเป็นหน้าที่ ของแพทย์เท่านั้นที่จะแนะนำ ได้ค่าร้อยละเท่ากับ 20.4

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 62.3 รองลงมา คือ มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.2 และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในข้อโรคพยาธิใบไม้ตับ หากเป็นเรื้อรังหรือมีการติดซ้ำบ่อยๆ ในระยะยาว เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี และข้อ การจัดทำฐานข้อมูลประชากรกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไปจะเป็นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี คิดเป็นร้อยละ 95.1 และพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีความรู้น้อยที่สุด ข้อการงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้ปลอดภัยจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี และ ข้อ การทำให้ปลาร้าสุกก่อนรับประทานเป็นการทำลายสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 64

4. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับความคิดเห็น อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.5 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่ ด้านการสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชนมีบทบาทอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 71.6 รองลงมา ด้านการป้องกันและควบคุมโรคคิดเป็นร้อยละ 62.3 และ ด้านการถ่ายความรู้แก่ประชาชนในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 59.9

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับ บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแคว์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้าน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่สัมพันธ์กันทางสถิติกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งปฏิเสธตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน สถานภาพสมรส และอาชีพ มีความสัมพันธ์ กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ด้าน อายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่สัมพันธ์กันทางสถิติกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งปฏิเสธสมมติฐาน ข้อที่ 1ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ความสัมพันธ์การรับรู้นโยบายและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าการรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี (r = 0.391) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05) ยอมรับสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 2 ที่กล่าวว่า การรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี มีความสัมพันธ์กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี (r = 0.197) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value < 0.05) ยอมรับสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งท่อน้ำดี มีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อภิปรายผล

คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.2 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 55.7 ปี สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75.9 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.6 มีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 38.9 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 65.4 โดยมีรายได้เฉลี่ย เท่ากับ 5,506.2 บาท มีระยะเวลาปฏิบัติงาน อยู่ระหว่าง 6 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 โดยมีระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเฉลี่ย เท่ากับ 12.2 ปี

การรับรู้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการศึกษาการรับรู้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้นโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 17.9

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดีพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 62.3 และมีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 31.5 และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 8.0 เมื่อจำแนกพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการสื่อสารข้อมูลข่าวสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชนมีบทบาทอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 71.6 ด้านการป้องกันและควบคุมโรคมีบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.3 และด้านการถ่ายความรู้แก่ประชาชนในชุมชน มีบทบาทอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 59.9

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ (r = - 0.025) รายได้ต่อเดือน (r = - 0.050) และระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (r = 0.040) ไม่สัมพันธ์ทางสถิติกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งปฏิเสธสมมติฐาน ข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาปฏิบัติงาน ไม่สัมพันธ์กันทางสถิติกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ไม่เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับบทบาทอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหมูม่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (p – value > 0.05) การศึกษาของทรงศักดิ์ ภูมิสายดร (2546) ที่พบว่า ปัจจัยจูงใจมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์การรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี กับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าการรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี(r = 0.391) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value <0.05)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี กับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี (r = 0.197) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value <0.05)

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายเน้นการกำหนดบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี ให้ปฏิบัติงานครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสารข้อมูลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชน ด้านการถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนในชุมชน และด้านการป้องกันและควบคุมโรค
2. หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายจัดทำแผนการดำเนินงาน การจัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และจัดกิจกรรมการฝึกปฏิบัติ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจส่งผลให้มีความพร้อมในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดี
3. ควรกำหนดแนวทางการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งท่อน้ำดีแก่กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบของอาสาสมัครได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเกิดการสร้างนวัตกรรมในการปฏิบัติงานตามบทบาทในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ.(2550) อาสาสมัครสาธารณสุข : จิตอาสากับสุขภาวะไทย. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาวะ: นนทบุรี

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554) "คู่มือ อสม. ยุคใหม่". กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย

มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี. (2560) โครงการรณรงค์กำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชพร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา.ค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2561, จาก https://cloud.cascap.in.th

สำนักงาสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2560) สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหมูม่น. (2556) สรุปข้อมูลพื้นฐานและผลการปฏิบัติงาน.(อัดสำเนา)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข.(2555) ยุทธศาสตร์ "ลดพยาธิใบไม้ตับกำจัดมะเร็งท่อน้ำดีวารสารคนอีสาน"

Daniel WW. (2010) Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. Ninth edition. Asia: John Wiley & Sons, Inc: 192

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ สิรัญญา ไมตรีจิตต์. (2548) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันโรคไข้หวัดนกในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา. การศึกษาอิสระสาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Bloom, Benjamin S.J. Thomas Hastings, and George, F. Madus. (1975) Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York, Mcgraw Hill Book Co

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน
ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562

กระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

Management Health Solutions in The Area Process by District Health System (DHS) Kalasin Province

ธีรพัฒน์ สุทธิประภา
Teerapat Sutiprapha
สำนักงานสาธาณณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ปิยะ จันทร์หอมฟุ้ง
Piya Chanhomfung
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของกระบวนการในจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จำนวน 90 คน โดยเข้าร่วมกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อ นระบบสุขภาพอำเภอ เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ มีการนำเอากระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ มาใช้ในพื้นที่ ประกอบด้วย การสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำ การวิเคราะห์ และกำหนดปัญหาในพื้นที่ การกำหนดแผนงานโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานและบูรณาการโครงสร้างการดำเนินงาน การถ่ายทอดแผนงานโครงการและกิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสู่การปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผล โดยมีโครงการทั้งสิ้น 135 โครงการในระดับตำบล และ 18 โครงการในระดับอำเภอ และมีผลการดำเนินงานผ่านมาตรฐานในทุกโครงการ (ร้อยละ 100) ส่วนความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบ สุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.74)

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied result of management health solutions in the area process by District Health System (DHS) Kalasin province. Sample size were 90 District Health System committee the participants management health solutions in the area process by District Health System. Data were collected by questionnaire and analyzed by percentage mean and standard deviation.

Result ; District Health System committee there used management health solutions in the area process by District Health System (DHS) include to create a better understanding with the team lead , analysis and determine area problem , set plans and stakeholder roles of solving to active and monitoring and evaluation. By total project had 135 project in sub district and 18 project in district. And result of

project passed standard of plan 100%. As for total of comprehension of management health solutions in the area process by District Health System (DHS) were very much level (mean = 4.22 S.D.=0.74).

บทนำ

ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ นอกจากเป็นปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยแล้ว ยังเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การเมืองและนโยบายของประเทศ และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โรคที่ประชาชนมีการเจ็บป่วยและตายอยู่ในอัตราสูงและ/หรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาวะของประชาชน และอันตรายหรือความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ จากการสัมผัสและรับเอาความไม่ปลอดภัยด้านอาหาร และสารเคมีกำจัดศัตรูเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะเป็นทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ ยาเสพติด จิตเวช เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น การดูแลผู้สูงอายุ/พิการ/ด้อยโอกาส การใช้สารเคมีของเกษตรกร และ ปัญหาสิ่งแวดล้อม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558)

ระบบสุขภาพอำเภอ เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการ บูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน เป้าหมายของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญ คือ สถานะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น ลดโรคและภัยที่เป็นปัญหาสุขภาพ ทำให้ประชาชนสามารถดูแลและพึ่งตนเองด้านสุขภาพองค์รวมได้ (Self and Essential care) โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีทีมเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System :DHS) มีความเข้มแข็งและมีเอกภาพในการบริหารจัดการอย่างมีเอกภาพ (Unity District Health Team)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้มีการกำหนดนโยบายและกระบวนการดำเนินงานที่ถ่ายทอดนโยบายลงไปยังพื้นที่ เพื่อเกิดการทำงานทิศทางเดียวกันในทุกระดับเป็นเรื่องสำคัญ ต้องอาศัยการดำเนินการแบบบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์จากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงจะบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2558) จากการดำเนินการดังกล่าว ผู้ศึกษา จึงได้ทำการศึกษา แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ให้มีศักยภาพในการรองรับนโยบาย ประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของการทำงาน แบบบูรณาการทั้งเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการ มีการพัฒนาโครงสร้าง แนวทางรูปแบบการดำเนินงานที่มีเอกภาพและประสิทธิภาพ ในระบบบริการสาธารณสุข อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษากระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS)

2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการในจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการ

ขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ คณะกรรมการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 18 อำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะกรรมการการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จำนวน 18 อำเภอ ๆ ละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 90 คน จากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ในกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์โดยแบ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งทั้ง 2 ระดับ จะดำเนินการควบคู่กันไปโดยเมื่อประชุมเชิงปฏิบัติการระดับจังหวัดแล้ว ในระดับอำเภอจะต้องไปดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการต่อ โดยแบ่งเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำระดับอำเภอ และการสร้างความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรใน คปสอ. และ รพสต.ในกระบวนการในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์ และกำหนดปัญหาในพื้นที่ในระดับอำเภอ และตำบล

ระยะที่ 3 การกำหนดแผนงานโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานและบูรณาการโครงสร้างการดำเนินงานระดับอำเภอ และตำบล

ระยะที่ 4 การติดตามประเมินผลในทุกระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค 0.82 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การกำหนดประเด็น การกำหนดตัวชี้วัด การจัดทำโครงร่างในการแก้ปัญหา การดำเนินตามโครงการ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.2 แบบสำรวจทะเบียน/รายงาน ผลการดำเนินงานการจัดการและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ตามตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ขั้นตอนการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ประกอบด้วย กิจกรรม ดังต่อไปนี้

1.1 การสร้างความเข้าในกระบวนการจัดการและแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

1.2 การนำแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอไปใช้ในการค้นหา วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่

1.3 การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา

1.4 การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

1.5 การบูรณาการแนวคิดการบริหารด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

1.6 การนำแนวคิดไปปฏิบัติ การจัดทำแผนงานโครงการ

1.7 การติดตามประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ content analysis วิเคราะห์ในส่วนผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลการศึกษา

1. การพัฒนาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ได้แนวทางในการจัดการปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาในพื้นที่

1.1 ประเด็นการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1.1 การวิเคราะห์และกำหนดประเด็นในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประเด็นในการแก้ปัญหา จำแนกตามอำเภอ ดังนี้ 1) การป้องกันอุบัติเหตุจราจร อำเภอร่องคำ 2) การป้องกันโรคไข้เลือดออก อำเภอฆ้องชัย 3) การดำเนินงานอาหารปลอดภัย อำเภอกมลาไสย, เมือง, ยางตลาด,สหัสขันธ์ 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูบบุหรี่ในชุมชน อำเภอหนองกุงศรี 5) การป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอห้วยเม็ก 6) สุขภาพจิต อำเภอเขาวง,กุฉินารายณ์,สมเด็จ 7) อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง อำเภอนามน 8) การลดการใช้สารเคมีในการเกษตร อำเภอดอนจาน 9) การแก้ปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอห้วยผึ้ง,คำม่วง,นาคู 10) การดูแลผู้สูงอายุ อำเภอสามชัย,ท่าคันโท

1.1.2 การวิเคราะห์และกำหนดประเด็นในการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประเด็นในการแก้ปัญหา ระดับตำบล พบว่าตำบลทั้งหมด 135 ตำบล จาก 18 อำเภอ มีการดำเนินงานจัดการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ครบทุกตำบล โดยมีประเด็นหลากหลายในการดำเนินงาน ได้แก่ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร สุขภาพจิต อาหารปลอดภัย การป้องกันและควบคุมวัณโรค การแก้ปัญหาโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย

การป้องกันยาเสพติด การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีการแก้ปัญหาตั้งครรภ์ในวัยรุ่น งานศพปลอดเหล้า ลดสารเคมีในการเกษตรไอโอดีน เลปโตสไปโรซิสและปัญหาฝุ่นละอองจากผ้า

2. กระบวนการดำเนินงานในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ในระดับอำเภอ พบว่าทุกอำเภอและตำบล มีการดำเนินงานในลักษณะเดียวกัน คือ เริ่มจากการการสร้างความรู้ความเข้าใจกับทีมนำวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ การกำหนดประเด็นในการแก้ปัญหา การกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำแผนงานโครงการในการแก้ปัญหา การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ การติดตามประเมินผล

3. ความคิดเห็นแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ

ตาราง 1 ความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข

ความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
1. การกำหนดประเด็น Area Base	4.22	0.79	มากที่สุด
2. การกำหนด KPI Profile	4.33	0.73	มากที่สุด
3. การจัดทำโครงร่าง Area base	4.22	0.76	มากที่สุด
4. การดำเนินงานตามโครงการ	4.23	0.66	มากที่สุด
5. การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	4.00	0.66	มาก
6. การสรุปผลการบริหารจัดการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	4.19	0.73	มาก
7. การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่	4.13	0.74	มาก
รวม	4.22	0.74	มากที่สุด

จากตาราง 1 พบว่า ความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบ สุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่บุคลากรมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหา (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.79) การกำหนดตัวชี้วัด (เฉลี่ย = 4.33 S.D.=0.73) การจัดทำโครงร่าง (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.76) การดำเนินงานตามโครงการ (เฉลี่ย = 4.23 S.D.=0.66) และด้านที่มีความเข้าใจระดับมากได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.00 S.D.=0.66) การสรุปผลการบริหารจัดการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.19 S.D.=0.73) การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.13 S.D.=0.74)

4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลจากการดำเนินงานพบว่า ทุกอำเภอ

สามารถดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดในการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (Area Based) คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อพัฒนา และศึกษาผลการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ชัชวาลย์ ทัตศิวัช,2551) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม (Lewin, 1936) เพื่อพัฒนาแนวทางในการแก้ปัญหาในพื้นที่ ร่วมกับแนวคิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ทำให้เกิดแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งได้แก่ การสร้างความเข้าในกระบวนการจัดการและแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ การนำแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอไปใช้ในการค้นหา การวิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การนำแนวคิดไปปฏิบัติ การจัดทำแผนงานโครงการ และการติดตามประเมินผล (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์,2545) จนสามารถกำหนดเป็นแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่สามารถบูรณาการแนวคิดการบริหารด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีโครงการทั้งสิ้น 135 โครงการในระดับตำบล และ 18 โครงการในระดับอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์จิรา อินจีน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย (2555)ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยบ้านทุ่งต้นศรี ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา ผลการศึกษาพบว่า สภาวะสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนบ้านทุ่งต้นศรีจากการสำรวจ สรุปประเด็นตามกลุ่มปัญหาหลัก ได้ดังนี้ 1) ปัญหาประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ปัญหาของครัวเรือนมีการกำจัดขยะมูลฝอยไม่สุขลักษณะ 3) ปัญหาน้ำประปาเป็นสนิม 4) ปัญหาการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช เมื่อประยุกต์ใช้เทคนิค A-I-C ในการส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสภาวะสุขภาพอนามัยของชุมชนเอง พบว่ามีประเด็นปัญหาเพิ่มเติมจากการสำรวจ คือ 1) ความต้องการบริการพื้นฐานจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่เจ็บป่วยแต่ละโรคและแต่ละอาการ 2) กลุ่มเยาวชนในหมู่บ้านยังไม่มีการรวมกลุ่มกันอย่างชัดเจน ผู้วิจัยและชุมชนพิจารณาร่วมกันกำหนดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยการประชุมประชาคมหมู่บ้าน ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการใช้และผลกระทบจากสารเคมีทางการเกษตรเป็นปัญหาที่สำคัญอันดับหนึ่ง ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดแผนการแก้ไขปัญหาที่เน้นให้ประชาชนมีทัศนคติและพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีทางการเกษตร เป็นการเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการทรัพยากร การตัดสินใจ และควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ มากกว่าเป็นฝ่ายตั้งรับ ด้วยการกำหนดการดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองให้มีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น

จากผลการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าบุคลากรผู้รับผิดในการดำเนินงาน

แก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (Area Based) ในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด มีความรู้ความเข้าใจต่อแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอของบุคลากรสาธารณสุข ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่บุคลากรมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุดได้แก่ การกำหนดประเด็นปัญหา (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.79) การกำหนดตัวชี้วัด (เฉลี่ย = 4.33 S.D.=0.73) การจัดทำโครงร่าง (เฉลี่ย = 4.22 S.D.=0.76) การดำเนินงานตามโครงการ (เฉลี่ย = 4.23 S.D.=0.66) และด้านที่มีความเข้าใจระดับมากได้แก่ การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.00 S.D.=0.66) การสรุปผลการบริหารจัดการและการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.19 S.D.=0.73) การถอดบทเรียนโครงการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ (เฉลี่ย = 4.13 S.D.=0.74) ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการในการพัฒนาแนวทาง ได้ใช้กระบวนการบูรณาการทุกภาคส่วน (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์, 2546) และอาศัยผู้ที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนร่วมเข้ามาร่วมกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน ตั้งแต่กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา กำหนดประเด็น การนำไปใช้ในพื้นที่ ตลอดจนการประเมินผล (สุนีย์ มัลลิกะมาลย์,2545) ส่งผลให้บุคลากรที่รับผิดชอบมีความเข้าใจอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ชดาภร ศิริคุณ และวุธิพงศ์ ภักดีกุล (2557) ได้ศึกษาการประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า พบว่า บริบทแต่ละพื้นที่ มีวิวัฒนาการทำงานต่อยอดจากทุนเดิม ในการทำงานกับชุมชน มีเครือข่ายที่แนบแน่น เน้นการทำงานเป็นทีม เรียนรู้เทคนิคร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยนำเข้าสู่ระบบที่สำคัญ คือ การมีโครงสร้างหน้าที่ สร้างการรับรู้ กระตุ้นการตอบสนองนโยบายหรือปัญหาสุขภาพ และให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ที่เริ่มด้วยการมีส่วนร่วม (Participation) การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning) ร่วมลงมือปฏิบัติจริง (Action) ภายใต้การประเมินตนเองและการตรวจเยี่ยม (Checking) จนเกิดผลผลิตที่คุ้มค่า จนเป็นเครือข่ายสุขภาพที่มีการบูรณาการทรัพยากรเพื่อร่วมทำกิจกรรมที. ตอบสนองต่อปัญหาชุมชน จนเกิดอรรถประโยชน์สูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา นันทะเสน (2558) ได้ทำการประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามพบว่า ผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยผลการประเมินชี้ให้เป็นพัฒนาการและความเชื่อมโยงของ 5 ปัจจัยสำคัญ คือ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และตัวผู้ให้บริการเอง 4) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร และ5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ภายใต้การดาเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเปิดโอกาสให้ตำบลอำเภอ เป็นผู้วิเคราะห์ และกำหนดประเด็นที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อให้การดำเนินการแก้ไขมีความสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่อย่างแท้จริง

2. ควรมีการบูรณาการแนวคิดการบริหารด้วยกลไกการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ เข้ามาจัดการและขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาในพื้นที่โดยการกำหนดเป็นวาระของตำบล/อำเภอ เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นเจ้าของในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2558) **แผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.** กาฬสินธุ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

สำนักบริหารการสาธารณสุข.(2557) **การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย.** สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์.(2546) **การคิดเชิงบูรณาการ = Intergrative thinking.** กรุงเทพฯ : ซัคเซสมีเดีย.

ชัชวาลย์ ทัตศิวัช. (2551) **ความไว้วางใจกับการมีส่วนร่วมทางการเมือง.** กรุงเทพฯ: รัฐสภาสาร.

Lewin, K. (1936) **Principles of psychology typology**. New York: McGraw-Hill.

Best, John W. (1981) **Research in Education.** 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall

บุญชม ศรีสะอาด. (2545) **การวิจัยเบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.

สุนีย์ มัลลิกะมาลย์. (2545) **รัฐธรรมนูญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพิทักษ์รักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์จิรา อินจีน และกนกวรรณ เอี่ยมชัย.(2555) “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยบ้านทุ่งต้นศรี ตำบลห้วยลาน อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา.” **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2555

วัฒนา นันทะเสน.(2558) “การประเมินผลการพัฒนางานระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.” **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ** ปีที่7 ฉบับที่3 พฤศจิกายน 2557 – กุมภาพันธ์ 2558

ชดาภร ศิริคุณ และวุธิพงศ์ ภักดีกุล.(2557) “การประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ System ระดับอำเภอ (District Health: DHS) ในพื้นที่จังหวัดสกลนคร.” วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค.-มี.ค. 2557.

ECH
JOURNAL

วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน

Journal of Environmental and Community Health

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตจนนำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสิ่งแวดล้อมและบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมถึงประชาชนผู้สนใจทั่วไป

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.ชัยธัช จันทร์สมุด	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

กองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.เจษฎา สิงห์ทองชัย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ผศ.คมกริช ทองนาค	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
อ.คมกริช อ่อนประสงค์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ดร.วรกร วิชัยโย	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ดร.ภาสพิชญ์ ชูใจ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
ดร.ธีรพัฒน์ สุทธิประภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.คงฤทธิ์ วันจรูญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.สุภศักดิ์ เมืองพรหม	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรวิสัย
ดร.ลำพูน เสนาวัง	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองกาฬสินธุ์
ดร.จักราวุธ วงศ์ภักดี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาวง
ดร.นัฐวุฒิ ไผ่ผาด	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุฉินารายณ์
ดร.เสรี แซ่ตัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคำม่วง
ดร.แสงจันทร์ เพริดพราว	ข้าราชการบำนาญ
ดร.สถิตย์ ศิริธรรมจักร	ข้าราชการบำนาญ
ดร.ลัดดา อะโนศรี	โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
นพ.จารึก ประคำ	โรงพยาบาลนามน
นพ.สุรเชษฐ์ ภูลวรรณ	โรงพยาบาลฆ้องชัย
ภก.ญ.ประจงจิตร เขาเขียว	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

ฝ่ายจัดการ

นายศิริศักดิ์ ดลพร

นางสาวธัญลักษณ์ จันทร์หอมฟุ้ง

สมาคมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

80 หมู่ 15 ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 46230 โทร. 0819641690

บทความและรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็นและการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของ สมาคมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์