



ISSN 2465-3780

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
Nakhonsawan Provincial Health Office

วารสาร
สาธารณสุข
นครสวรรค์

Journal of Public Health
Nakhon Sawan



ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

Volume 3 No.1 Jan 2017 - Apr 2017



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่บทความทางวิชาการและผลงานวิจัย ทางด้านสาธารณสุขและสาขาวิชาต่าง ๆ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ รวมถึงผู้สนใจจากหน่วยงานและสถาบันต่าง ๆ
2. เพื่อเป็นเวทีและสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนแนวคิด ความรู้ นวัตกรรม ความก้าวหน้าเชิงวิชาการ งานวิจัย และ เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันนำความรู้ด้านวิชาการมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสืบไป

เจ้าของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

782 ถนนพหลโยธิน ต.นครสวรรค์ตก อ.เมืองนครสวรรค์ จ.นครสวรรค์ 60000 โทร. 0 5623 2001 โทรสาร 0 5622 5212

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
นายแพทย์ฉัตรพงศ์ วงศ์วิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
นายแพทย์อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
นายสุวัฒน์ บำรุงศรี	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (ด้านบริหาร)
นางเพลินพิศ พงศ์ปริญากุล	อดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยนักษัตรสาธารณสุข
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ทุกกลุ่มงาน	

บรรณาธิการ

นางลักขณา รัตนศรีทอง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

กองบรรณาธิการวิชาการ

ดร.กิติพงษ์ กลิ่นแมน	ดร.ประสูตร พวงสมบัติ	ดร.กฤษฎา เหล็กเพชร
ดร.นเรศ คงโต	ดร.พนิดา วิมานรัตน์	นายสุเทพ นาคนาม
นายจรรย์ ชันศิริ	ดร.สุพัตรา อยู่สุข	นายสุชาติ อรรณพไกรสร
ภญ.วิยะดา ก่อเกียรติสาขา	ทพ.ญ.ทัศไนย ตั้งมั่นคงวรกุล	ดร.รุ่ง โอซารส
ดร.ฉลองรัฐ ทองกันทา	นางสุมาลี กลิ่นแมน	

ผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์หญิงมณฑาทันตี โอบประเสริฐสวัสดิ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาวดี ศรีวรรณะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภุชงค์ เสนานุช	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
อาจารย์ ดร.วีรัตน์ ทองรอด	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อาจารย์ ดร.สันหวัช ไชยวงศ์	มหาวิทยาลัยพะเยา
อาจารย์ ดร.รภัทธร เพชรสุข	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต
อาจารย์ ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์
อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ พุทธิอังกูร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
นายแพทย์อภิชาติ วิสิทธิ์วงศ์	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
อาจารย์ ดร.วรรณวิมล คงสุวรรณ	โรงพยาบาลศิริราช



ดร.ร่ำไพ	เกียรติอดิศร	ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
ดร.สำราญ	สิริภคมงคล	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
ดร.ดุขุฎี	นรศาศวัต	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
ดร.สันติ	เกิดทองทวี	สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์
ดร.อนุวัฒน์	วิใจเงิน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
ดร.จันทิมา	นวมะวัฒน์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ดร.มธุรดา	ม่วงมัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ดร.ทัศนพร	ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

กองบรรณาธิการบริหาร

นางสาวจริยา	หัตถมาศ
นางสมฤดี	บุญเป็ง
นายภูติศ	แก้วจรรยา
นางสาวเตือนใจ	สุทธิเจริญ

กรรมการกลั่นกรองผลงาน

นายประจวบ	พวงสมบัติ
นายวิษณุ	มากบุญ
นายชาคริต	พรมทอง

พิสูจน์อักษร

นายธนกฤต	พงศ์ภูมิพัฒน์
นางสาวปิยรัตน์	ศรีสุขวงษ์
นายอนิรุช	จันทพาส
นางเตือนตา	แสงเรือง
นายวิฑูร	บุญเพชร
น.ส.วงศ์จันทร์	วงศ์เกียรติขจร
นายไพศาล	เอียรถาวร

ปก- ศิลปกรรม นางสาวชิตชบา ภูตรี

กำหนดออก	ปีละ 3 ครั้ง
	1 มกราคม-เมษายน
	2 พฤษภาคม-สิงหาคม
	3 กันยายน-ธันวาคม

พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ปรีณส์ตี
	เลขที่ 83/138 หมู่ที่ 10 ตำบลวัดไทรย์ อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ 60000
	โทรศัพท์ 083 5318122

การเข้าถึงข้อมูล www.nswgo.moph.go.th





บรรณาธิการแถลง

สวัสดิ์ค๊ะท่านผู้อ่าน วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ เดินทางมาเป็นปีที่ 3 แล้ว ด้วยความร่วมมือแรงร่วมใจของคณะทำงาน วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2560 เป็นฉบับที่มีผู้สนใจ ส่งผลงานมาอย่างหลากหลาย ทั้งในจังหวัดนครสวรรค์ และเครือข่าย จากจังหวัดใกล้เคียง รวมถึงเครือข่ายจากเทศบาลนครพิษณุโลก เป็นผลงานวิจัยและงาน

วิชาการจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 เรื่อง และเป็นเรื่องเล่า ผลการดำเนินงาน ที่เป็นรูปธรรม อีก 1 เรื่อง

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่เป็นที่ยกย่องและให้การสนับสนุนงบประมาณ มาอย่างต่อเนื่อง ผู้ส่งผลงาน ผู้อ่าน ที่ให้ความสนใจและนำผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สังคมมาเผยแพร่ ขอชื่นชมในความมุ่งมั่น วิริยะอุตสาหะของคณะทำงานทุกท่าน ที่ทำให้วารสารสาธารณสุขของเรา สามารถยืนหยัดจนย่างสู่เข้าปีที่ 3 และหวังให้วารสารสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์ เป็นสื่อกลางเผยแพร่งานวิจัย บทความทางวิชาการ การพัฒนางานวิจัยสู่งานประจำ การศึกษารายกรณี นวัตกรรม ผลงานเด่น การจัดการความรู้ ที่ถูกต้อง ทันสมัย ทั้งนี้หากมีข้อเสนอแนะประการใด ทางกองบรรณาธิการยินดีขอน้อมรับเพื่อไปปรับปรุงแก้ไขต่อไป

นางลักขณา รัตนศรีทอง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
บรรณาธิการ





คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

คำชี้แจงและเงื่อนไขในการจัดทำผลงานเพื่อตีพิมพ์

วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ เป็นวารสารที่ใช้เผยแพร่ผลงานวิชาการและผลศึกษาวิจัย ทางด้านการพัฒนาคุณภาพ งานสาธารณสุขของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ รวมไปถึงประชาชนผู้ที่สนใจทั่วไป โดยประกอบด้วย 5 ประเภทดังนี้

1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)/งานวิจัยสู่งานประจำ (R2R)

รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่น เป็นการเขียนที่มีลำดับขั้นตอนประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง รวมความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4

2. รายงานผู้ป่วย (Case report)

เป็นรายงานผลการศึกษาจากผู้ป่วย ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เป็นการเขียนที่มีลำดับขั้นตอน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุปผล เอกสารอ้างอิง

3. นวัตกรรม (Innovation/Best Practice)

รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น เป็นการเขียนที่มีลำดับขั้นตอน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง รวมความยาวไม่เกิน 10 หน้ากระดาษ A4

4. บทความพินิจวิชาการ (Review Article)

เป็นการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งเฉพาะ จากวารสาร หนังสือทั้งภายในและภายนอกประเทศ ครอบคลุมประเด็นการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยใช้ทัศนะของผู้เขียน เชื่อมโยงเหตุการณ์ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอยู่ในความสนใจของสาธารณสุขชนทั่วไป ความยาวไม่เกิน 5 หน้ากระดาษ A4

5. ปกิณกะ บทความอื่นๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความเบื้องต้นซึ่งเป็นประโยชน์

การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

รายงานวิจัย ประมาณ 8-12 หน้า ประกอบด้วย

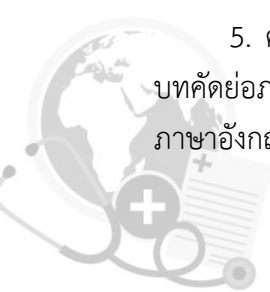
1. ชื่อเรื่อง (ไทย-อังกฤษ) ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. (ตัวหนา) ควรเป็นชื่อที่ไม่ยาวมากเกินไป ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

2. ชื่อนักวิจัยและวุฒิการศึกษา (ไทย-อังกฤษ) พร้อมเชิงอรรถบอกตำแหน่งและที่อยู่หรือสังกัด เช่น รองศาสตราจารย์ ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หรือนายแพทย์ ปฏิบัติการ ประจำโรงพยาบาลแก้มเหล็ก จังหวัดนครสวรรค์ เป็นต้น ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. (ตัวหนา)

3. บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้ากระดาษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. หัวข้อให้จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ (ตัวหนา) ประมาณ 1 หน้ากระดาษ A4

4. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกินหนึ่งหน้ากระดาษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 pt. หัวข้อให้จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ (ตัวหนา)

5. คำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 14 pt. ให้วางไว้ส่วนท้ายของบทคัดย่อภาษาไทย และบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (ไม่ควรเกิน 5 คำสำคัญ) ภาษาไทยให้เว้นระยะห่างระหว่างคำสำคัญ ภาษาอังกฤษให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค





6. ส่วนเนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ และ
กิตติกรรมประกาศ

6.1 บทนำ ควรประกอบด้วย ความสำคัญของปัญหา/ประเด็น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา

6.2 วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

6.3 วิธีการศึกษา บรรยายสรุปวิธีการวิจัยเป็นขั้นตอนที่เหมาะสม โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ
สุ่มตัวอย่าง วิธีรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

6.4 ผลการศึกษา บรรยายสรุปผลการวิจัยอย่างกระชับ หลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อนกับข้อความในตาราง หรือ
รูปประกอบ

6.5 วิเคราะห์ ควรประกอบไปด้วยหลักการที่ออกมาจากการวิจัย เปรียบเทียบกับผลการวิจัยตีความหมาย
ของผู้อื่น ควรอ้างอิงทฤษฎี และปัญหาหรือข้อโต้แย้งในสาระสำคัญ ลงท้ายด้วยข้อเสนอแนะจากการวิจัย และการวิจัย
ในอนาคต ตลอดจนแนวทางในการนำไปใช้ประโยชน์

6.6 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) สำหรับผู้ให้ความช่วยเหลืองานวิจัยแต่ไม่ใช่ผู้ร่วมวิจัย

การจัดรูปแบบในส่วนของเนื้อหา

1. ใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ให้แบ่งเป็น 2 คอลัมน์ โดยให้ระยะห่างระหว่างคอลัมน์เท่ากับ 1 เซนติเมตร จัดข้อความ
ให้ชิดขอบทั้งหน้าและหลังของหน้ากระดาษ ภาษาไทย (1 เคาะ) ภาษาอังกฤษ (1 เคาะ)

2. หัวข้อหลัก ระยะห่างจากบทคัดย่อ 12 pt. (ตัวหนา) อยู่ชิดด้านซ้ายของหน้ากระดาษ หัวข้อรอง (ตัวหนา)
ย่อหน้าแรก ตั้งค้ำย่อหน้า เท่ากับ 1 เซนติเมตร ย่อหน้าถัดไปย่อหน้าละ 0.5 เซนติเมตร กำหนดระยะห่างระหว่างบรรทัด
หนึ่งเท่า

3. แบบของตาราง เส้นของตารางกำหนดให้ใช้เส้นขอบบนใช้เส้นคู่ เส้นขอบล่างและเส้นขอบระหว่างหัวข้อและ
เนื้อหาใช้เส้นเส้นเดียว เส้นขอบระหว่างเนื้อหา เส้นขอบด้านซ้าย และด้านขวาของตารางไม่ต้องมีเส้น

4. เอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ดังต่อไปนี้

4.1 อ้างอิงในส่วนของเนื้อหา ให้อ้างใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลของข้อความที่อ้างอิง
โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ

4.2 อ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt. คอลัมน์เดียว หัวข้อใช้ตัวหนา จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
เนื้อหาอ้างอิงให้จัดชิดขอบซ้ายของหน้ากระดาษ โดยเรียงลำดับตามตัวอักษร

4.2.1 การอ้างอิงจากหนังสือ กรณีชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) ชื่อเรื่อง (ตัวหนา).
(4 เคาะ) ครั้งที่พิมพ์. (4 เคาะ) สำนักพิมพ์ (1 เคาะ) สถานที่พิมพ์ (1 เคาะ) จังหวัดที่พิมพ์, (4 เคาะ) ปีที่พิมพ์.

4.2.2 การอ้างอิงจากวารสาร กรณีชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) “ชื่อเรื่อง”. (4 เคาะ)
ชื่อวารสาร. (ตัวหนา) (4 เคาะ) ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่) (1 เคาะ) : (2 เคาะ) หน้า, (4 เคาะ) พ.ศ.ที่พิมพ์.

4.2.3 การอ้างอิงจากเว็บไซต์ กรณีชื่อผู้เขียนเกิน 2 คน ให้ใช้และคณะ. (4 เคาะ) ชื่อเรื่อง (ตัวหนา).
(2 เคาะ) URL (2 เคาะ) http://.....(4 เคาะ) สืบค้นเมื่อ (ว/ด/ป).

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขนครสวรรค์ ถือเป็นผลงานทางวิชาการ/การวิจัย การวิเคราะห์ของผู้เขียน
ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ หรือกองบรรณาธิการแต่อย่างใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบ
ต่อผลงานของตน





แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณานำลงวารสารสาธารณสุขนครสวรรค์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....
สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....
3. สถานภาพผู้เขียน/หน่วยงานสังกัด.....
4. ขอส่ง นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) รายงานผู้ป่วย (Case report)
 นวัตกรรม (Innovation/Best Practice) บทความพินิจวิชาการ (Review Article)
เรื่อง.....
5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....
วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....
สถานที่ทำงาน ไทย/อังกฤษ.....
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....
 เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 3 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความ นานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงนาม.....ผู้เขียน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

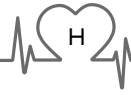




สารบัญ

- ❖ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ในเขตจังหวัดชัยภูมิ
The Potentiality Development of Personnel of Finance and Accounting
of the Hospitals Under the Ministry of Health in Chaiyaphum Province
ชลธิชา คุณอุดม..... 1
- ❖ การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน
ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
The Potentiality Development on the Self-Care Health of The Working
Age People as Hypertension
อานุภาพ จรรยาผล ละอองจิตร์ ติมนัน และพิชญภาศ ลากชัยเจริญกิจ..... 12
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์
The Related Factors of Child Development in Nakhon Sawan Province.
สุมาลี กลิ่นแมน..... 24
- ❖ บทเรียนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์
Lesson Learn from Development of the Statute of Elderly Well-being
in Khao Thong Tambon, Phayuha Khiri District, Nakhonsawan Province.
วิสุทธิ บุญญะโสภิต..... 38
- ❖ การวิเคราะห์จำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
The Discriminate Analysis on Diabetes Risk of the People Age above 35 Years
สมฤดี บุญเป็ง..... 46
- ❖ แนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอด ตามมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
A Guideline for the Development of Tuberculosis Control from
Tuberculosis Patients in the Responsibility Area of Phitsanulok
Municipality Muang District, Phitsanulok Province
ศิริวรรณ อัจจุตโกคิน..... 56





สารบัญ

- ❖ การศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
ศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว เทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
Education and Health Care Systems, Supporting the Elderly Who live alone
His White Community Health Centers Phitsanulok
ดรุณี ช่วยบุญ..... 69
- ❖ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วย
วัณโรคปอดเสมหะบวก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
Factors Related to Treatment Success of
Pulmonary Tuberculosis Smear Positive in Sawanpracharak Hospital
เบญจมาศ พรน้อย..... 80
- ❖ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
Perceived Self-efficacy of Diabetes Mellitus Patients to control the disease.
วิรุฬห์ คุยเพี้ยภูมิ..... 92
- ❖ รูปแบบการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ SBAR งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย
Using SBAR for Reporting Patient information during Shift Changes in IPD
Denchai Crown Prince Hospital
มาลัย ศรีชมภู มาริยา อุดม และ รัตนา ยศเลิศ..... 98
- ❖ ทานตะวันบานที่ตากฟ้า
นางบุญชู เชียงม้ว
นายณัฐธินเรศ เรืองแจ่ม
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.นครสวรรค์..... 109





การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชัยภูมิ
The Potentiality Development of Personnel of Finance and Accounting of the Hospitals
Under the Ministry of Health in Chaiyaphum Province

ชลธิชา คุณอุดม* บช.บ. บช.ม.

Chonthicha Khunudom B.Acc., M.Acc

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชัยภูมิ ใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง โดยการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ บุคลากรด้านการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 16 แห่งในเขตจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ ของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทักษะและการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาร์ท ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบผลการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 73.3 มีทักษะและการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 68.0 ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล มีทักษะและการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีในภาพรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 86.7, 76.7 และ 70.0 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี ก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ, บุคลากรด้านการเงิน, โรงพยาบาล, กระทรวงสาธารณสุข, จังหวัดชัยภูมิ

*นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ



ABSTRACT

The quasi-experimental research on pre-posttest one group design and the objective was to study the potentiality development of personnel of finance and accounting of the hospitals under the ministry of health in Chaiyaphum province, by studying Comparison of the knowledge, attitude and practice before and after experimental. 30 samples were selected by purposively selected. Data collected with questionnaire. The questionnaire created by researcher which verified 3 experts and using Kuder-Richardson (KR-20) tested the reliability of the assessment tools; were knowledge of 0.81 levels, Cronbach's alpha coefficient tested the reliability of attitude at 0.83 and, practice at 0.84 levels, respectively. Analyze data was used the data of finished experiment using statistics; percentile average, the standard deviation and compared the experimental results by paired sample t-test and set statistics signification at < 0.05 .

The results of the study were revealed that before implementation the knowledge of finance and accounting had low level (73.3%) attitude for finance and accounting had moderate level (66.7%), practice for finance and accounting had moderate level (68.0%), and after implementation the experimental group; the knowledge of finance and accounting had high level (86.7%) attitude for finance and accounting had high level (76.7%), practice for finance and accounting had high level (70.0%). The comparison of results after implementation, the experimental group had mean scores the knowledge, attitude, practice of finance and accounting were more than before experimental statistics signification at 0.05.

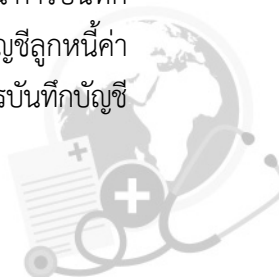
Keywords : Potentiality development, personnel of finance and accounting, hospitals, the ministry of health, Chaiyaphum province



บทนำ

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการปรับปรุงระดับบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้หลักเกณฑ์และมาตรฐานเดียวกันรวมทั้งการพัฒนา ระบบบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่จำเป็น ได้แก่ การพัฒนาระบบบริหารจัดการบุคคลและงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาระบบทางการใช้จ่ายเงินบำรุงของสถานบริการให้ถูกต้องตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง งานด้านเงินและการบัญชีได้มีการพัฒนาจากเดิมคือการบันทึกบัญชีแบบเกณฑ์เงินสด (Cash Basic) ซึ่งเป็นระบบบัญชีสำหรับหน่วยงานย่อย เป็นระบบบัญชีที่รวบรวมสมุดบันทึกรายการขึ้นต้นและสมุดบันทึกรายการขึ้นปลายไว้ในสมุดเงินสดหลายช่องทางในเพียงเล่มเดียว มีช่องสำหรับบันทึกบัญชี 3 ประเภท คือ เงินงบประมาณ เงินรายได้แผ่นดินและเงินนอกระบบงบประมาณ¹ ซึ่งเป็นไปตามระเบียบกรมบัญชีกลาง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายให้มีการบันทึกบัญชีระบบเกณฑ์คงค้าง (Accrual Basic) เพิ่มขึ้นควบคู่ไปกับการบันทึกบัญชีเงินสด เพื่อทำให้ระบบบัญชีของโรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือและผู้บริหารสามารถนำรายงานไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการบริหารงานได้อย่างมีประสิทธิภาพทันเวลา จึงได้นำระบบรายงานบัญชีเกณฑ์คงค้างมาใช้เป็นเครื่องมือในการบันทึกบัญชีและจัดทำรายงาน^{2,3} นับตั้งแต่มีการทำบัญชีเกณฑ์คงค้างคู่กับการจัดทำบัญชีเกณฑ์เงินสด ทำให้การปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีมีขั้นตอนในการปฏิบัติงานซับซ้อนมากยิ่งขึ้นเนื่องจากการเพิ่มชื่อบัญชีตามหลักเกณฑ์และนโยบายบัญชีของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้มาตรฐานการบัญชีภาครัฐของกรมบัญชีกลาง เพิ่มรายงานการเงิน และมีรายละเอียดปลีกย่อยของรายงานมากขึ้น ซึ่งบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในขณะนั้น ได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ และความรู้ในการจัดทำบัญชีตามระบบบัญชีเกณฑ์คงค้าง

ค่อนข้างน้อย และไม่ต่อเนื่อง ประกอบกับกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัด มีการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์และนโยบายการบันทึกบัญชีทุกปี เพื่อให้การจัดทำบัญชีและรายงานการเงินมีความถูกต้องสัมพันธ์และสอดคล้องกับการจัดสรรเงินลงสู่หน่วยบริการในสังกัดฯ ส่งผลให้ ผู้จัดทำการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลต้องศึกษาเรียนรู้ระเบียบการเงินต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แนวทางการบันทึกบัญชีและการจัดทำรายงานทางการเงินใหม่ทุกปี ทำให้ขาดความชำนาญในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ การจัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินให้มีประสิทธิภาพ มีความถูกต้อง ครบถ้วน น่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น และอีกประเด็นที่สำคัญคือการโยกย้ายของผู้จัดทำบัญชีทำให้ขาดความต่อเนื่องของการจัดทำบัญชีเนื่องจากผู้ที่มีารับงานใหม่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในระบบบัญชีการเงินของโรงพยาบาล⁴ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (สสจ.ชัยภูมิ) มีโรงพยาบาลในสังกัดเป็นจำนวนทั้งสิ้น 16 แห่ง มีการกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพการจัดทำบัญชีและรายงานทางการเงินของโรงพยาบาลโดยกำหนดแนวทางในการให้คะแนนคุณภาพของรายงานการเงินตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด แบ่งเป็น 3 เกณฑ์ คือ ความถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ซึ่งกำหนดเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินการตามขั้นตอน 5 ขั้นตอน โดยโรงพยาบาลในสังกัดฯ ต้องดำเนินการได้อย่างน้อย 3 ขั้นตอนตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิมีการตรวจสอบข้อมูลทางเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพและมีการแจ้ง/ติดตามผลการดำเนินการในที่ประชุมประจำเดือนทุกเดือน และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพจากการนิเทศงาน และจากการตรวจสอบภายในหน่วยงานในสังกัดฯ ซึ่งจากการสรุปผลการตรวจสอบภายในปีที่ผ่านมาพบปัญหาด้านการจัดทำบัญชี ซึ่งเป็นปัญหาที่ซ้ำๆ มาตลอด ได้แก่ ด้านการจัดเก็บเงินสดในมือยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามระเบียบฯ การบันทึกบัญชีการเงินยังไม่ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่เป็นปัจจุบัน การบันทึกบัญชีรายได้รักษายาบาลรายสิทธิและบัญชีลูกหนี้ค่ารักษายาบาลรายสิทธิ ไม่ครบถ้วนทุกสิทธิ การบันทึกบัญชี



เจ้าหน้าที่ยังไม่ครบถ้วน ไม่เป็นปัจจุบัน การจัดทำทะเบียน
คุณลักษณะและรายได้คำรักษาพยาบาลรายสิทธิไม่ครบถ้วน
ทุกสิทธิ

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัย
จึงสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและ
บัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขต
จังหวัดชัยภูมิ เพื่อส่งผลต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการ
จัดทำการเงินและบัญชี และผลการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์
เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาการจัดทำรายงาน
ทางการเงินและบัญชีหน่วยงานอื่นๆ ในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

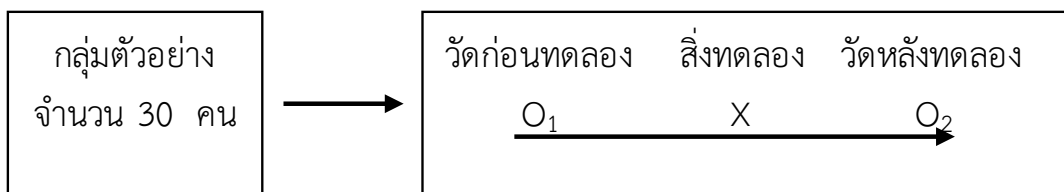
เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน
การเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข ในเขตจังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ
บุคลากรด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัย
ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1.รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental
Research) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมาศึกษา 1 กลุ่มคือ
กลุ่มทดลอง (Experimental group)รวบรวมข้อมูลตาม
ตัวแปรก่อนและหลังทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับการ
พัฒนาศักยภาพด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล
โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบ One group Pretest-posttest
Design ตามรูปแบบการวิจัยและการทดลองดังต่อไปนี้



โดยกำหนดให้

O₁ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

O₂ คือ การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

X คือ กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน
การเงิน และบัญชีของโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ได้แก่บุคลากรด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล
ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 16 แห่งในเขตจังหวัดชัยภูมิ
จำนวน 30 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย

1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการเงินและ
บัญชีของโรงพยาบาล เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ
และการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีที่ถูกต้องและ
กระบวนการนิเทศแบบเสริมพลัง

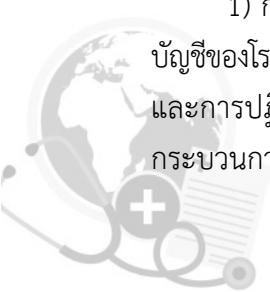
2) สื่อประกอบการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ เอกสาร
ความรู้ ความสำคัญของงานด้านการเงินและบัญชี
เอกสารการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ตัวอย่างการจัด
ทำการเงินและบัญชีที่ประสบความสำเร็จ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามความรู้เรื่องการเงินและบัญชี
โรงพยาบาล ทักษะและการปฏิบัติงานด้านการเงินและ
บัญชี เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น
4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป
ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา
ตำแหน่งระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชี
เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องระบบการเงิน
และบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข



คำถามแบบ 4 ตัวเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การวิเคราะห์ระดับของคะแนนผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁵ เพื่อการวิเคราะห์ ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 (8-10 ข้อ)
ระดับกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (6-7 ข้อ)
ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 59 ลงมา (5 ข้อลงมา)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามแบบการวัดทัศนคติโดยประยุกต์ของ Likert's Scale⁶ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

กรณีคำถามเชิงบวก (Positive Statement)

เห็นด้วย	3 คะแนน
แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน

กรณีคำถามเชิงลบ (Negative Statement)

ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน

การวิเคราะห์ระดับของคะแนนผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁵ เพื่อการวิเคราะห์ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 (24-30 ข้อ)
ระดับกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (18-23 ข้อ)
ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 59 ลงมา (17 ข้อลงมา)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อใช้วัดการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลโดยประเมินการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลประกอบด้วยมาตราวัดแบบอันดับซึ่งวัดเป็น 3 ระดับคือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

กรณีคำถามเชิงบวก (Positive Statement)
ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	1 คะแนน

กรณีคำถามเชิงลบ (Negative Statement)

ไม่ปฏิบัติทุกครั้ง	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	3 คะแนน

การวิเคราะห์ระดับของคะแนนผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁵ เพื่อการวิเคราะห์ดังนี้

ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 (24-30 ข้อ)
ระดับกลาง	ได้คะแนนร้อยละ 60-79 (18-23 ข้อ)
ระดับต่ำ	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 59 ลงมา (17 ข้อลงมา)

4. ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพเครื่องมือ

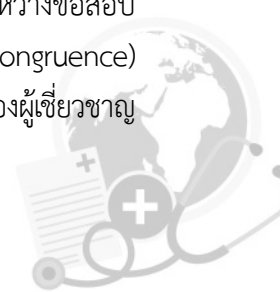
ในการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีคุณสมบัติด้านคุณวุฒิที่จบปริญญาโทขึ้นไปและหรือเคยทำงานวิจัยด้านการเงินและบัญชี ช่วยตรวจสอบข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาช่วยตรวจสอบข้อคำถามแล้วนำผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of Item Object Congruence) โดยใช้สูตรของโรวินลลี และ แฮมเบลตัน (Rowinelli and Hambleton, 1977)^{6,7} ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทนดัชนีความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา หรือ ความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence)

R แทนผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด



N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนใช้เกณฑ์ดังนี้^{6,8}
ให้คะแนน +1 สำหรับคำถามที่มีความสอดคล้อง
กับวัตถุประสงค์
ให้คะแนน 0 สำหรับคำถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความ
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 สำหรับคำถามที่ไม่มีความสอดคล้อง
กับวัตถุประสงค์

เมื่อพิจารณาภาพรวมของแบบสอบถาม พบว่าได้
ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 0.67
แสดงว่าทุกข้อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์แต่มีบางข้อ
ที่ต้องตัดข้อคำถามออกเนื่องจากค่าเฉลี่ยรายข้อ ต่ำกว่า
0.33 นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญ ยังได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการ
ทบทวนภาษารูปแบบการใช้คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรม
ที่ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจความหมายง่ายขึ้น

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)
นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out)
กับกลุ่มบุคลากรที่ทำงานด้านการเงินโรงพยาบาลในเขต
จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง และมีลักษณะ
คล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มทดลองที่จะศึกษา แล้วนำมา
วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) แบบประเมินความรู้เรื่องระบบการเงินและ
บัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัย
นำแบบทดสอบมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี
ของ Kuder-Richardson (KR-20)⁹ ดังนี้

$$r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \sum \frac{pq}{s^2} \right]$$

r = สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม

k = จำนวนข้อในแบบสอบถาม

p = สัดส่วนของผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของผู้ตอบผิดในแต่ละข้อ

s² = ความแปรปรวนของคะแนนรวมของผู้ตอบ
ทั้งหมด

กำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นไว้เท่ากับ 0.80 ขึ้นไป⁹
ซึ่งผลการคำนวณได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

2) แบบสอบถามทัศนคติและการปฏิบัติงานด้าน
การเงินและบัญชีของผู้ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของ
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มาหาความเชื่อมั่น
(Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคซ์
(Cronbach's Alpha Coefficient : α)⁹ มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ

α แทน ความเที่ยงของแบบทดสอบ

S² แทน ความแปรปรวนของข้อสอบแต่ละข้อ

S² แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของ
แบบทดสอบ

K แทน จำนวนข้อสอบทั้งหมด

โดยกำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นไว้เท่ากับ 0.75 ขึ้นไป⁹
โดยได้ค่าความเชื่อมั่นที่ทัศนคติเท่ากับ 0.83 และการ
ปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลตัวเท่ากับ
0.84

5. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมตาม
กระบวนการพัฒนาที่ตั้งไว้ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์
สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและให้
ความรู้ ความรู้เรื่องระบบการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีกิจกรรมดังนี้

1) ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามวัดพื้นฐาน
ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติงานในระบบการเงินและ
บัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2) ให้ความรู้เรื่องระบบการเงินและบัญชีของ
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยการบรรยาย
ประกอบสื่อและอภิปรายกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 สร้างแรงจูงใจและความตั้งใจในการ
ปฏิบัติงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เรื่องเล่าตัวอย่าง
การจัดทำการเงินและบัญชีที่ประสบความสำเร็จ



2) จัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงให้แก่กลุ่มทดลองโดยรับฟังบุคลากรด้านการเงินที่ประสบความสำเร็จและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานและบัญชี

3) อภิปรายกลุ่ม เรื่องการพัฒนางานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4) สาธิต และฝึกทักษะการจัดทำระบบบัญชีการเงินต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 3 ฝึกปฏิบัติการจัดทำระบบบัญชีการเงินต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) การปฏิบัติการจัดทำระบบบัญชีการเงินต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในหน้าที่รับผิดชอบ

2) การนิเทศหรือสอบถามแบบเสริมพลังจากวิทยากรหรือพี่เลี้ยงด้านการเงินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

3) ประชุมกลุ่มทดลองถอดบทเรียนหลังการพัฒนาในเรื่องการทำงานด้านการเงินและบัญชีฯ และร่วมพัฒนาการจัดทำคู่มือระบบบัญชีการเงินต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) ทำแบบทดสอบหลังการทดลองวัดความรู้อัตนคติและการปฏิบัติงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2) การทดลองการปฏิบัติงานการเงินและบัญชี โดยมีทีมพี่เลี้ยงหรือวิทยากรร่วมสังเกตอย่างใกล้ชิด

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ และผ่านการตรวจสอบที่ถูกต้องสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการดังนี้

1) แปลงข้อมูลที่ได้ในแบบสอบถามเป็นรหัสตามคู่มือการลกรหัสที่เตรียมไว้

2) การประมวลผลข้อมูลผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลในเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

3) นำผลการวิเคราะห์ทางสถิติมาจัดตารางแปลความหมาย ตีความจากตารางอภิปรายผลและสรุปผลการวิจัยในรูปของการบรรยายและอธิบายความเรียง

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติร้อยละความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลอง กับหลังการทดลองในเรื่องความรู้อัตนคติ และการปฏิบัติงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ด้วยสถิติ Paired Sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

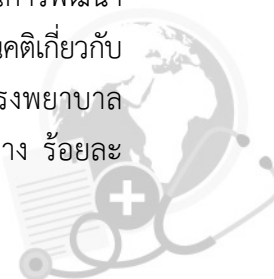
ผลการวิจัย

1. ความรู้ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีเกี่ยวกับระบบงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาความรู้ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชี เกี่ยวกับระบบงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยภาพรวม พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนามีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 73.3 หลังดำเนินการพัฒนาบุคลากรมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.7 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

2. อัตนคติของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยรวม พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชีมีทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับปานกลาง ร้อยละ





66.7 และหลังการพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.7 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

3. การปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของ

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยภาพรวม พบว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชี มีผลการปฏิบัติงานในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.0 และหลังการพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.0 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด สูงสุดของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงาน การดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตจังหวัดชัยภูมิ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชี (n=30 คน)

ตัวแปรต้น	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1) ความรู้ระบบงานการเงินและบัญชีของ				
ระดับสูง	3	10.0	26	86.7
ระดับปานกลาง	5	16.7	4	13.3
ระดับต่ำ	22	73.3	0	0.0
	\bar{X} = 4.40	S.D.=2.28	Min= 1	Max.= 9
			\bar{X} = 8.33	S.D.=0.92
			Min= 6	Max.= 10
2) ทัศนคติต่อการทำงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
ระดับสูง	10	33.3	23	76.7
ระดับปานกลาง	20	66.7	7	23.3
ระดับต่ำ	0	0.0	0	0.0
	\bar{X} = 4.40	S.D.=2.28	Min= 1	Max.= 9
			\bar{X} = 8.33	S.D.=0.92
			Min= 6	Max.= 10
3) การปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง				
ระดับสูง	8	26.7	21	70.0
ระดับปานกลาง	21	70.0	9	30.0
ระดับต่ำ	1	3.3	0	0.0
	\bar{X} = 21.87	S.D.=2.95	Min= 17	Max.=28
			\bar{X} = 25.26	S.D.=2.23
			Min= 21	Max.= 29





ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ก่อนและหลังจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ (n=30)

ตัวแปร	n	Mean	S.D.	t	df	p-value
1) ความรู้ระบบงานการเงินและบัญชี ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข						
ก่อนการทดลอง	30	4.40	2.28	-12.473	29	0.000*
หลังการทดลอง	30	8.33	0.92			
2) ทักษะคติต่อการทำงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข						
ก่อนการทดลอง	30	23.10	2.51	-9.772	29	0.000*
หลังการทดลอง	30	26.10	2.45			
3) การปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข						
ก่อนการทดลอง	30	21.87	2.95	-11.414	29	0.000*
หลังการทดลอง	30	25.26	2.23			

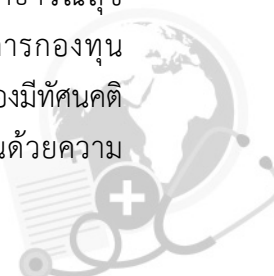
อภิปรายผล

1. ความรู้ระบบงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

บุคลากรด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดชัยภูมิมีความรู้มากขึ้นหลังจากจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพแล้ว ตอบถูกในแบบสอบถามถึงร้อยละ 86.7 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพพบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น โดยก่อนกิจกรรมการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 4.4 หลังกิจกรรมการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 8.3 อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินและบัญชี ทำให้บุคลากรด้านการเงินและบัญชีมีความรู้เรื่องระบบงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสมนึก ปัญญาสิงห์ (2524)¹⁰ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกองทุนกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการฝึกอบรม

ความรู้ความเข้าใจหลังการฝึกอบรม ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มนุษยสัมพันธ์ การได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ และการได้รับความร่วมมือจากสมาชิกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกลุ่มออมทรัพย์

2. ทักษะคติต่อการทำงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของบุคลากรพบว่า บุคลากรฯ มีทักษะคติที่ดีขึ้นหลังจากการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งก่อนการพัฒนาศักยภาพมีทักษะคติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 23.1 ส่วนหลังดำเนินการพัฒนาศักยภาพ มีค่าเฉลี่ยทักษะคติในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.1 จึงอธิบายได้ว่ากิจกรรมการพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะคติที่ดีต่อการทำงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับหลักการดำเนินงานกรมการกองทุนหมู่บ้านที่ว่า ผู้ที่ทำหน้าที่กรรมการกองทุนต้องมีทัศนคติที่ดีต่อจุดมุ่งหมายกองทุนฯ และปฏิบัติงานด้วยความ



เข้าใจในบทบาทหน้าที่เพื่อประโยชน์ต่อองค์กรในภาพรวม¹¹

3. การปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในการดำเนินงานด้านการเงินและบัญชีของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังการพัฒนา ศักยภาพ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นพบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 21.8 หลังดำเนินการพัฒนา ศักยภาพแล้วมีค่าเฉลี่ยเพิ่มเป็น 25.6 อธิบายได้ว่ากิจกรรมพัฒนา ศักยภาพทำให้บุคลากรด้านการเงินและบัญชี สามารถการดำเนินงานการเงินและบัญชีของโรงพยาบาล ได้เพิ่มขึ้นและมีความเข้าใจและสามารถจัดทำรายงานให้มีความสมบูรณ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของพิศษุทธิ์ ฐัฐธา ไชยดวง (2545)¹² ที่เสนอแนวทางการแก้ปัญหาการปฏิบัติงานด้านการเงิน บัญชีและพัสดุของเจ้าหน้าที่การเงินสำนักงานศึกษาธิการอำเภอและจังหวัด ในเขตการศึกษา 3 คือการจัดการอบรมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ระบบ ระเบียบและข้อปฏิบัติอย่างแท้จริง และสอดคล้องการผลการวิจัยของ กิติพงษ์ บุตรบุราณ (2546)¹³ การฝึกอบรมเพิ่มทักษะการปฏิบัติงานให้กับ

เจ้าหน้าที่ที่สามารถแก้ปัญหา บุคลากรด้านการเงินและบัญชีที่ขาดประสบการณ์ในการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและพัฒนา

ควรจัดสรรงบประมาณในการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรสาขาต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการดำเนินงานของบุคลากรในสาขานั้นๆ และการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานของบุคลากร ควรนิเทศติดตามผลการดำเนินงานแบบเสริมพลัง หรือนิเทศแบบพี่เลี้ยง และมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และนำเสนอผลการดำเนินงานของบุคลากรเพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรในสาขานั้นๆ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปปรับใช้ในการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรกลุ่มต่างๆ ในโรงพยาบาลหรือองค์กรในระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. อรรีนา เรื่องบุญญา. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดทำบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างของผู้ทำบัญชีสถานบริการภาครัฐ ในกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ปทุมธานี. 2554.
2. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข. ว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2544. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข. 2544.
3. สำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา. คู่มือระบบการบัญชีส่วนราชการเกณฑ์คงค้าง. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการอาชีวศึกษา. 2556.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. รายงานการติดตามประเมินผลการเงินและบัญชีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ. เอกสารอัดสำเนา. 2558.
5. Bloom Benjamin, S. Taxonomy of Education objectives, Hand book1 : Cognitive Domain. New York : David Mckay. 1971.
6. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตรฐานประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์. 2537.



7. ธาณี นามม่วง. **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอทาบเชิง จังหวัดสุรินทร์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศิลปศาสตรเพื่อการพัฒนาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์. 2547.
8. อรรพรรณ ชัยพันธุ์และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ของอาสาสมัครสาธารณสุข อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.** 2549.
9. กฤติยา วงศ์ก้อม. 2545. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
10. สมนึก ปัญญาสิงห์. **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของคณะกรรมการกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2524.
11. สำนักงานคณะกรรมการกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ สำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. **คู่มือการดำเนินงานสำหรับผู้สนับสนุนเพื่อเตรียมการดำเนินนโยบายกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมือง ระยะที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งกองทุน.** ม.ป.ท. : 2546.
12. พิษณุรัตน์ฐา ไชยดวง. **ปัญหาการปฏิบัติงานด้านการเงิน บัญชีและพัสดุของเจ้าหน้าที่การเงินสำนักงานศึกษาธิการอำเภอและจังหวัด ในเขตการศึกษา 3.** วิทยานิพนธ์ปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2545.
13. กิติพงษ์ บุตรบุราณ. **การพัฒนาการดำเนินงานการเงินและการบัญชีวิทยาลัยการอาชีพนิคมคำสร้อย สังกัดกรมอาชีวศึกษา จังหวัดมุกดาหาร.** วิทยานิพนธ์ปริญญา การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2546.



การพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง
The Potentiality Development on the Self-Care Health of
The Working Age People as Hypertension

อานุภาพ จรรยาผล* ส.บ. วท.ม. (เทคโนโลยีสารสนเทศ)

Anuphap Chanyaphon B.P.H. M.S.
(Information Technology)

ละอองจิตร ตีมัน** ส.บ.

Laongjit Deeman B.P.H.

พิชญานัท ลากชัยเจริญกิจ*** ส.บ.

Pitchayapak lapchaijaroenkit B.P.H.

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้รูปแบบการทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองโดยเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรและกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ ของคูเดอร์-ริชาร์ดสันได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ส่วนค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาร์ค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบผลการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Paired sample t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 73.3 มีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 50.0 ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.3, 60.0 และ 66.7 ตามลำดับ และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้ รับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ก่อนการทดลองกับหลังการทดลองพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ, การดูแลตนเองด้านสุขภาพ, กลุ่มวัยทำงาน, โรคความดันโลหิตสูง

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

**เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพะมง อ.เมือง จ.พิจิตร

***นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิจิตร จ.พิจิตร

ABSTRACT

The quasi-experimental research on pre-posttest one group design and the objective was to studied the potentiality development on the self-care health of the working age people as hypertension, by studying comparison of the knowledge, perceived self-care health efficacy and behavior for self-care health before and after experimental. 30 samples (working age people as hypertension) were selected by purposively selected in Muang Phichit district, Phichit province. Data collected with questionnaire. The questionnaire created by researcher which verified 3 experts and using Kuder–Richardson (KR-20) tested the reliability of the assessment tools; were knowledge of 0.81 levels, Cronbach's alpha coefficient tested the reliability of perceived self-care health efficacy and behavior for self-care health at 0.83 and 0.84, respectively. Analyze data was used the data of finished experiment using statistics; percentile average, the standard deviation and compared the experimental results by paired sample t-test and set statistics signification at < 0.05 .

The results of the study were revealed that before implementation the knowledge of the working age people on the self-care health had low level (73.3%), perceived self-care health efficacy had moderate level (66.7%), behavior for self-care health had moderate level (50.0%), and after implementation the experimental group; the knowledge of the working age people on the self-care health had high level (83.33%), perceived self-care health efficacy had moderate level (60.0%), behavior for self-care health had high level (66.7%). The results reveal that the comparison of results after implementation, the working age people as hypertensive patients group had mean scores the knowledge, perceived self-efficacy and behavior self-care were more than before activity, which statistics signification at 0.05.

Keywords : Potentiality development, Self-care health, working age people, Hypertension



บทนำ

สภาวะเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ทำให้คนไทย โดยเฉพาะวัยทำงานเกิดความเครียดที่ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ในปี 2556 คนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เกือบ 11 ล้านคน เสียชีวิต 5,165 คน และพบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มปีละ ประมาณ 100,000 คน ร้อยละ 50 ไม่รู้ตัวเพราะไม่เคยไปตรวจสุขภาพ ในกลุ่มที่ป่วยแล้วพบว่ามีเพียง 1 ใน 4 ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่เหลือยังมีพฤติกรรมเสี่ยง องค์การอนามัยโรคพบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีอายุสั้นลง ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1,000 ล้านคน เสียชีวิตประมาณปีละ 8 ล้านคน เฉลี่ยเสียชีวิตนาทีละ 15 คน โดย 1 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตเป็นคนวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าในปี 2568 ประชากรวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคนี้เพิ่มขึ้น 1,560 คน ส่วนในประเทศไทยและจังหวัดพิจิตร ประชากรวัยทำงานหรือวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในทุกปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร พบอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงาน ในปี 2556, 2557 และ 2558 เท่ากับ 4,505 5,202 และ 5,237 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงานสูงขึ้นทุกปี

การดูแลตนเองเพื่อเป็นการช่วยเหลือตนเองในเรื่องสุขภาพที่ปรากฏขึ้นพร้อมๆ กับสังคมมนุษย์ ทั้งนี้เพื่อการอยู่รอดของชาติพันธุ์ของมนุษย์เอง จนนับได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สำคัญมาก และในบางเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองยังถือว่าเป็นค่านิยมของสังคมนั้น ๆ อีกด้วย ปัจจุบันการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นเรื่องที่กลุ่มนักวิชาการ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในสังคมตะวันตกและประเทศที่กำลังพัฒนาให้ความสนใจมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากมีการยอมรับกันว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีอยู่แล้วตามกระบวนการทางธรรมชาติและการกระบวนการทางสังคมที่สามารถเรียนรู้ได้เปลี่ยนแปลงได้และส่งเสริมได้ นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มที่ควรเชื่อว่าการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องนั้นเป็นการส่งเสริมสุขภาพ

และเป็นการพัฒนาสุขภาพในระยะยาวที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีสุขภาพดีและการดูแลสุขภาพตนเองเป็นหนึ่งในของระบบการดูแลหรือระบบบริการสุขภาพ บุคคลผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต้องมีหน้าที่โดยตรงจะส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยการใช้กระบวนการหรือวิธีการต่างๆ² การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลธรรมดาคนหนึ่งที่ไม่ใช่ชั้นนักวิชาการด้านสุขภาพ ริเริ่มกระทำหรือฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทางสุขภาพด้วยตนเองในทางบวกเพื่อดำรงรักษาชีวิตส่งเสริมสุขภาพ มีหลากหลายตามทัศนะของศาสตร์สาขาต่างๆ ซึ่งแกนหลัก 3 ได้รวบรวมและสรุปนิยามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองได้ คือ 1) เป็นลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรมและสถานการณ์ 2) เกี่ยวข้องกับความสามารถที่จะกระทำและสร้างตัวเอง 3) ได้รับอิทธิพลมาจากความรู้ ทักษะต่างๆ ค่านิยม แรงจูงใจ อำนาจการควบคุมและความสามารถที่จะกระทำสิ่งที่คาดหวัง และ 4) มีจุดเน้นที่ลักษณะการดูแลสุขภาพภายใต้การควบคุมของปัจเจกบุคคล จะเห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จะมีความผิดปกติของการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเฉียบพลันตามมาได้ โรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นภัยคุกคามที่มองไม่เห็น (silent killer) และมีอาการของโรคเพิ่มจนเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคขึ้น ในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแต่การเจ็บป่วยด้วยโรคดังกล่าวมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เพราะเป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูง จะเป็นการควบคุมรักษา เพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อนและรักษา ระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงกว่าเดิม

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997)^{2,3} เป็นทฤษฎีหนึ่งที่กำลังกล่าวถึงการรับรู้และตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สภาวะการณ์นั้นๆ นั่นคือถ้าบุคคลมีความเชื่อว่ามีความสามารถ ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่เชื่อว่าตนเอง



มีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบผลสำเร็จในที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพราะการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองได้ การที่บุคคลจะทำการพฤติกรรมนั้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับตนเองรับรู้ว่าคุณมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะได้ผลลัพธ์ตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควรได้รับการส่งเสริมการยอมรับความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องรับรู้และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมที่มีประโยชน์ต่อแผนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น การแสวงหาบริการสุขภาพ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรค และการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้ทั้งสิ้น ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำ ก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเหล่านั้นสูง และจะประสบผลสำเร็จในที่สุด และใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและกระบวนกรดำเนินงาน และการสนับสนุนจากผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวเพราะครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งปฐมนิคมของนิสัยด้านสุขภาพ เช่น บริโภคนิสัย การออกกำลังกาย รูปแบบการรับบริการรักษาเมื่อเจ็บป่วย เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวก็จะช่วยเผชิญปัญหาและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลอย่างยิ่งในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยโรค

ความดันโลหิตสูง ซึ่งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงยังให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางสาธารณสุข แต่ยังมีขาดรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองขึ้น ด้วยคาดหวังว่าจะแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ได้ และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991)^{2,3} ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย 5 ด้าน ได้แก่ การแสวงหาบริการสุขภาพ ความสนใจต่อโรคและผลกระทบของโรคต่อตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังผลข้างเคียงของโรคและการยอมรับภาวะสุขภาพและการเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้นมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบกิจกรรมที่สร้างขึ้น อันนำไปสู่การดำรงชีวิตของผู้ป่วยในสังคมได้อย่างปกติสุขตามสภาพและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคซึ่งจะลดผลกระทบที่จะมีต่อสมาชิกในครอบครัว และเป็นการตอบสนองความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขในด้านควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

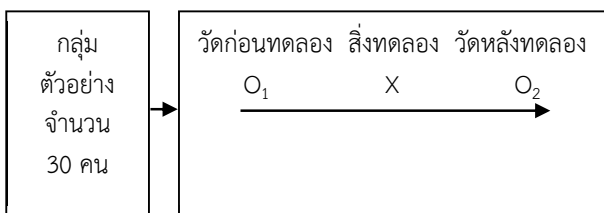
เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินงานวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยผู้วิจัยได้เริ่มตั้งแต่ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้



1. รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง
การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมาศึกษา 1 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง (Experimental group) รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรก่อนและหลังทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร โดยมีรูปแบบการวิจัยแบบ One group Pretest-posttest Design ตามรูปแบบการวิจัยและการทดลองดังต่อไปนี้



โดยกำหนดให้

- O₁ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง
- O₂ คือ การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง
- X คือ กระบวนการพัฒนาศักยภาพการพัฒนา

ศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. ประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในทดลองประกอบด้วย

1) กระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ

2) สื่อประกอบการพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ เอกสารความรู้ การดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เอกสารการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง เป็นต้น

4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วย

โรคความดันโลหิตสูง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเริ่มป่วย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้การดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คำถามแบบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การวิเคราะห์ระดับของคะแนนผู้วิจัยได้ปรับตามเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁴ เพื่อการวิเคราะห์ ดังนี้ เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง การประเมินระดับความรู้พิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ที่ได้ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ยมากกว่า $\bar{x} + S.D.$ หมายถึง มีความรู้ อยู่ในระดับสูง

- คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง $\bar{x} + S.D.$ หมายถึง มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง

- คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า $\bar{x} - S.D.$ หมายถึง มีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามแบบการวัดทัศนคติโดยประยุกต์ของ Likert's Scale⁵ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

กรณีคำถามเชิงบวก (Positive Statement) กรณีคำถามเชิงลบ (Negative Statement)

เกณฑ์การให้คะแนน

- เชื่อมั่นว่าสามารถทำได้ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

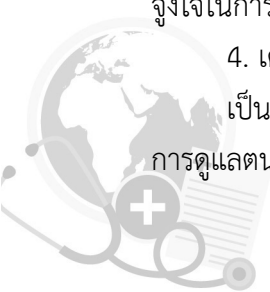
- เชื่อมั่นว่าทำได้เกือบทุกครั้ง ได้ 2 คะแนน

- เชื่อมั่นว่าสามารถทำได้น้อย ได้ 1 คะแนน

- เชื่อมั่นว่าไม่สามารถทำได้ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์แบ่งระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

การประเมินระดับการรับรู้ความสามารถ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 กลุ่ม⁵



- ค่าคะแนน 2.01-3.00 หมายถึง มีระดับความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูง
- ค่าคะแนน 1.01-2.00 หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองปานกลาง
- ค่าคะแนน 0.00-1.00 หมายถึง มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อใช้วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินพฤติกรรม ประกอบด้วยมาตรวัดแบบอันดับซึ่งวัดเป็น 3 ระดับคือปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือทุกครั้ง ได้ 3 คะแนน
- ปฏิบัติ 4-6 วัน/สัปดาห์หรือ 2 ใน 3 ครั้งได้ 2 คะแนน
- ปฏิบัติ 1-3 วัน/สัปดาห์หรือ 1 ใน 3 ครั้งได้ 1 คะแนน
- ไม่มีการปฏิบัติเลย ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การประเมินระดับพฤติกรรม แบ่งเป็น 3 ระดับโดยแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย⁵

ค่าคะแนน 2.01-3.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับดี

ค่าคะแนน 1.01-2.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้

ค่าคะแนน 0.00-1.00 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

4. ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพเครื่องมือ

ในการสร้างเครื่องมือและหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการตามลำดับขั้นตอนดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านที่มีคุณสมบัติด้านคุณวุฒิที่จบปริญญาโทขึ้นไปและหรือเคยทำงานวิจัยด้านการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ช่วยตรวจสอบข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาช่วยตรวจสอบข้อคำถามแล้วนำผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of Item

Object Congruence) โดยใช้สูตรของโรวินลลี และแฮมเบิลตัน (Rowinelli and Hambleton, 1977)^{5,6} ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทนดัชนีความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา หรือความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence)

R แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

สำหรับเกณฑ์การให้คะแนนใช้เกณฑ์ ดังนี้^{5,7}

ให้คะแนน +1 สำหรับคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 สำหรับคำถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 สำหรับคำถามที่ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

เมื่อพิจารณาภาพรวมของแบบสอบถาม จะต้องได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 0.67 เพื่อแสดงว่าทุกข้อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ แต่ถ้ามีบางข้อที่ต้องตัดข้อคำถามออกเนื่องจากค่าเฉลี่ยรายข้อ ต่ำกว่า 0.33 นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญ ยังได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการทบทวนภาษา รูปแบบการใช้คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจความหมายง่ายขึ้น

4.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง และมีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรกลุ่มทดลองที่จะศึกษาแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำแบบทดสอบมาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20)⁸ ดังนี้



$$r = \frac{k}{k-1} \left[1 - \sum \frac{pq}{s^2} \right]$$

r = สัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถาม

k = จำนวนข้อในแบบสอบถาม

p = สัดส่วนของผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของผู้ตอบผิดในแต่ละข้อ

s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมของผู้ตอบทั้งหมด

กำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นไว้เท่ากับ 0.80 ขึ้นไป^๑ ซึ่งผลการคำนวณได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

2) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มาหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคซ์ (Cronbach's Alpha Coefficient : α)^๑ มีสูตร ดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S^2}{S^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ความเที่ยงของแบบทดสอบ

S^2 แทน ความแปรปรวนของข้อสอบแต่ละข้อ

S^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบทดสอบ

K แทน จำนวนข้อสอบทั้งหมด

โดยกำหนดเกณฑ์ความเชื่อมั่นไว้เท่ากับ 0.75 ขึ้นไป^๑ ซึ่งค่าความเชื่อมั่นในแบบสอบถามเท่ากับของการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ

5. ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยจัดกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาที่ตั้งไว้ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลองและให้ความรู้ การดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีกิจกรรม ดังนี้

1) ให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามวัดพื้นฐานความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2) ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายประกอบสื่อและอภิปรายกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 สร้างแรงจูงใจและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) การสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เรื่องเล่าตัวอย่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ประสบความสำเร็จ

2) จัดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงให้แก่กลุ่มทดลองโดยรับฟังกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) อภิปรายกลุ่ม เรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

4) สาธิต และฝึกทักษะการการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3 ฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1) ฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

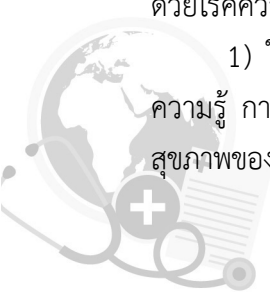
2) การแนะนำแบบเสริมพลังจากวิทยากรหรือพี่เลี้ยงของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลพิจิตร

3) ประชุมกลุ่มทดลองเพื่อถอดบทเรียนหลังการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 4 เก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยมีกิจกรรม ดังนี้

1) ทำแบบทดสอบหลังการทดลองวัดความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2) ให้กลุ่มทดลองสาธิตการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยมีทีมพี่เลี้ยงหรือวิทยากรร่วมสังเกตอย่างใกล้ชิด



6. การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ และผ่านการตรวจสอบที่ถูกต้องสมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการ ดังนี้

1) แปลงข้อมูลที่ได้ในแบบสอบถามเป็นรหัสตามคู่มือการลงรหัสที่เตรียมไว้

2) การประมวลผลข้อมูลผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลในเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

3) นำผลการวิเคราะห์ทางสถิติมาจัดตารางแปลความหมาย ตีความจากตารางอภิปรายผลและสรุปผลการวิจัยในรูปของการบรรยายและอธิบายความเรียง

7. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนทดลอง กับหลังการทดลองในเรื่องความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

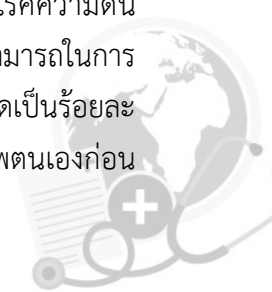
ผลการวิจัยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับความรู้ การรับรู้ ความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	4	13.3	0	0.0
ระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1	3.3	0	0.0
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพอใช้	15	50.0	10	33.3

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.3 และหลังการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 16.7 และกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่

มีระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับปานกลาง และหลังจากการทดลองกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.0 ส่วนระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อน



การพัฒนาศักยภาพอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็น ร้อยละ 50.0 และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.7 และเมื่อเปรียบเทียบเปรียบเทียบความรู้การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
ระยะเวลาในการวัด	n	\bar{X}	S.D.	t	Sig
ก่อนการทดลอง	30	0.67	0.10	4.95	0.000
การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
ระยะเวลาในการวัด	n	\bar{X}	S.D.	t	Sig
ก่อนการทดลอง	30	1.79	0.34	2.76	0.011
พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง					
ระยะเวลาในการวัด	n	\bar{X}	S.D.	t	Sig
ก่อนการทดลอง	30	1.98	0.35	2.25	0.032

อภิปรายผล

1. ความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

เมื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองหลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หลักการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{x} = 0.79$, S.D.=0.12) และก่อนการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{x} = 0.67$, S.D.=0.10) เนื่องจากการจัดกิจกรรม ทำให้กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้เรียนรู้และเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองสูงมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับประสพสุข ศรีแสนปาง และคณะ (2546)⁹ พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองหลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการจัดกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความมั่นใจที่จะกระทำการดูแลสุขภาพตนเองให้ถูกต้อง เหมาะสมได้ จึงมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประสพสุข ศรีแสนปาง และคณะ (2546)⁹ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น พบว่าภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก



และได้ออสโตติกต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับคลอเลสเทอรอลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ มนูญธรรม พิลาทอง (2551)¹⁰ ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลบางน้ำเชี่ยว อำเภอรพพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้กระบวนการ AIC พบว่า การประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข และสมาชิกเทศบาลตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ เหล่าสุโพธิ์ (2550)¹¹ ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลอาจสามารถ อำเภอรพพบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยกระบวนการกลุ่มทำให้ มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาอุปสรรคหาวิธีการแก้ปัญหา ทำให้ได้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

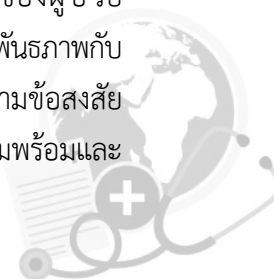
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หลังการพัฒนาศักยภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ และความมั่นใจในการดูแลสุขภาพตนเองจึงเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องสูงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประสพสุข ศรีแสนปางและคณะ (2546)⁹ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่

ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองของโอเอ็มในกระบวนการกลุ่ม เข้าร่วมกิจกรรม 2 ครั้ง ร่วมกับการใช้สื่อประกอบ คือ วีดีทัศน์ แผ่นพับ และคู่มือการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสอดคล้องกับการศึกษาของ มนูญธรรม พิลาทอง (2551)¹⁰ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ตำบลบางน้ำเชี่ยว อำเภอรพพบุรี จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้กระบวนการ AIC พบว่า การประยุกต์ใช้เทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุข และสมาชิกเทศบาลตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุมากขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ เหล่าสุโพธิ์ (2550)¹¹ ได้ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลอาจสามารถ อำเภอรพพบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นทุกด้าน ซึ่งกระบวนการกลุ่มทำให้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมเรียนรู้ร่วมกันถึงปัญหาอุปสรรคหาวิธีการแก้ปัญหา ทำให้ได้วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลวิจัยไปใช้

1.1 จากการวิจัย พบว่า การจัดการเรียนรู้ที่เป็นระบบ และคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย มีกิจกรรมที่หลากหลายรูปแบบ มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยอย่างเป็นกันเอง จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ มีความพร้อมและ



สนใจในการเรียนรู้มากขึ้น ทำให้สามารถนำไปใช้กับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในการอื่นของสถานบริการได้

1.2 การจัดกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ มีจัดเป็นกลุ่มเพราะผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมสนับสนุนซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ก่อให้เกิดการรวมกลุ่มกระตือรือร้นในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

1.3 ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ควรมีการใช้สื่อประกอบ เช่น แผ่นพับ วีดิทัศน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นภาพพจน์ของคำอธิบายได้ง่าย และสามารถจดจำคำอธิบายต่างๆ ได้ดีขึ้น

1.4 การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควรได้รับการประเมินความรู้ การรับรู้ ตรวจสอบพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตื่นตัวในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ อยู่เสมอ

1.5 รูปแบบกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถดัดแปลงประยุกต์ใช้ พร้อมกับพัฒนาให้มีความเหมาะสมกับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม สภาพปัญหา และการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มเป้าหมาย

1.6 การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบกิจกรรมที่ใช้กับกลุ่มวัยทำงานที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งรูปแบบ

กิจกรรมนี้อาจนำไปใช้ในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง หรือสามารถให้คำแนะนำแก่ครอบครัวได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรขยายเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และผลการควบคุมระดับความดันโลหิต รวมทั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.2 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต เพื่อให้ได้รูปแบบกิจกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและเหมาะสมกับโรคเรื้อรังแต่ละโรค

2.3 ในขั้นตอนของการทดลอง การวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง การวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้รูปแบบการทดลองแบบ สองกลุ่มเปรียบเทียบ วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้ใช้เนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ไม่เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2559. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขประจำปี 2558. เอกสารอัดสำเนา.
2. จริยาวัตร คมพยัภย์. 2532. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
3. สุนีย์ ละกะปิ่น. 2541. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 5. ดุษฎีนิพนธ์ การศึกษาดุษฎีบัณฑิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
4. Bloom Benjamin, S. Taxonomy of Education objectives, Hand book1: Cognitive Domain. New York : David Mckay. 1971.
5. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตรฐานประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์. 2537.
6. ธาณี นามม่วง. 2547. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.



7. อรวรรณ ชัยพันธุ์ และอดิญาณ์ ศรีเกษตรริน. 2549. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ของอาสาสมัครสาธารณสุข อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.
8. กฤติยา วงศ์ก้อม. 2545. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.
9. ประสบสุข ศรีแสนปางและคณะ. 2546. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วารสารการพยาบาล. 22 (18): 58-62.
10. มนูญธรรม พิลาทอง. 2551. การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ บ้านโคกแก้วพัฒนา ตำบลบางน้ำเชี่ยว อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
11. สุภาพ เหล่าสุโพธิ์. 2550. ศึกษาผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์

The Related Factors of Child Development in Nakhon Sawan Province.

สุมาลี กลิ่นแมน* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Sumalee Klinman M.Sc. (Public Health)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ ศึกษาปัจจัยด้านแม่ ปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยแวดล้อม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ด้านแม่ ปัจจัยด้านเด็ก และปัจจัยแวดล้อมต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ได้แก่ พ่อ หรือแม่ หรือปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ และเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน จำนวน 361 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แบบสัมภาษณ์พัฒนาการเด็กและคู่มือการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติไค์สแคว (Chi-square test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลเด็กหลัก ส่วนใหญ่ เป็นมารดา ร้อยละ 65.9 อายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 73.4 มารดาขณะตั้งครรภ์อายุ ระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 70.3 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 55.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.6 ส่วนบิดา ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 61.2 ประมาณครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และอาชีพรับจ้าง พัฒนาการเด็กในภาพรวมทุกด้าน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 87.5 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 12.5 โดยพบพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในด้านการใช้ภาษา ร้อยละ 10.8 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยด้านแม่ ปัจจัยด้านเด็กและปัจจัยแวดล้อมกับพัฒนาการเด็ก พบว่า อายุปัจจุบันมารดา อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ ภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด และการมีโรคประจำตัวของเด็ก มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยเรื่องการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง วิธีการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน อายุบิดา การศึกษาและอาชีพของบิดาและมารดา ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์

ข้อเสนอแนะ คือ การเตรียมความพร้อมของมารดาในการตั้งครรภ์ โดยเน้นการตั้งครรถุคุณภาพ เมื่ออายุระหว่าง 20-35 ปี โดยการเสริมความรู้เรื่องการเตรียมตัวในคลินิกก่อนสมรส/โรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ ผ่านสื่อทุกระบบทั้งในภาครัฐและเอกชน/ชุมชน ส่งเสริมโครงการสาวไทยแก้มแดงมีลูกเพื่อชาติ และการพัฒนาระบบบริการห้องคลอดคุณภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดและการขาดออกซิเจนแรกคลอด

คำสำคัญ : พัฒนาการเด็กปฐมวัย

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the situation of child development and to examine the relationship between maternal, child and environmental factors and child development in Nakhon Sawan Province.

Research samples were 361 participants consisting of child caregivers such as fathers, mothers, grandparents and relatives and children at the age of 9, 18, 30 and 42 months. Multi-stage sampling was used. Data were collected by mother and child health handbook and the interview pattern of child development and developmental surveillance and promotion manual (DSPM). Data were analyzed by frequency, descriptive statistics and Chi-square test.

The findings illustrated that the majority of child caregivers were mother (65.9%). The age range was from 20 to 35 years old (73.4%). The pregnant age was between 20 and 35 years olds (70.3%). Most mothers had completed secondary school and high vocational certificate (55.4%). The main occupation was work for wages (31.6%). For fathers, they were mostly between 20 and 35 years of age (61.2%). Almost half of them were secondary school and high vocational certificate graduates, and their occupation was work for wages. For the overall child development, 87.5 percent of children had age-appropriate development, while 12.5 percent were doubtfully delayed age development. The majority of the delayed age development was the use of language (10.8%). The comparison between maternal, child and environmental factors and child development found that the recent age of mothers, pregnant age, birth asphyxia and underlying disease of children had significant correlation with child development at .05. The factors of 5 times visiting antenatal Care (ANC), labor methods, gestational age of delivery, birth weight, Exclusive breast feeding 6 months, fathers' ages, level of education and occupations of parents were not significantly correlated with child development in Nakhon Sawan Province.

It is important for preparing pregnant mothers between 20 and 36 years old with a good quality of pregnancy by attending premarital clinic and Parenting school through the media both public and private agencies. The childbirth promotion policy and the development of labor room quality are to decrease postpartum complications and birth asphyxia.

Keyword : child development



บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรสำคัญของสังคม เด็กจึงต้องมีพัฒนาการเต็มศักยภาพเพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคมในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า มีเด็กต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย สถานการณ์ที่ผ่านมา พบว่าเด็กไทยมีแนวโน้มที่จะมีระดับเขาว์ปัญญาลดลง เมื่อปี พ.ศ. 2544 โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย พบว่า เด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี มีระดับเขาว์ปัญญามีค่าเฉลี่ย 88.06 ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน ขณะที่ระดับเขาว์ปัญญาของเด็กวัยรุ่นมีค่าเฉลี่ย 88.72 ซึ่งแสดงว่าเมื่อโตขึ้นระดับเขาว์ปัญญาไม่เพิ่มขึ้น¹ และประเทศไทยได้มีการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II จำนวน 4 ครั้ง ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550, 2553 พบพัฒนาการไม่สมวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 28.3, 28.0, 32.3 และ 29.7 ตามลำดับ² และพบปัญหาพัฒนาการด้านภาษา มากกว่าด้านอื่นๆ เด็กอายุ 4 ปี มีพัฒนาการปกติลดลงต่ำกว่าเด็กอายุ 1 ปี และจากการสำรวจข้อมูลในปี 2550 ด้วย Denver II พบว่า ภาพรวมของเด็กทุกกลุ่มอายุมีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 66.7 โดยพบว่าเด็กอายุ 1-3 ปี และอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการรวมทุกด้านปกติ ร้อยละ 74.6 และ 57.9 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงพัฒนาการที่ลดน้อยลงเมื่อเด็กมีอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในปี 2557 สำรวจด้วยการใช้เครื่องมือ Denver II พบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 72.5 ลำช้า ร้อยละ 27.5 โดยพบว่า อายุ 0-2 ปี และอายุ 3-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 78.6 และ 62.5 ตามลำดับ³

สำหรับข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างปี 2558-2559 ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM) พบว่าเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.4 และ 84.6 ตามลำดับ⁴ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูล เห็นว่ามีความแตกต่างกับระดับประเทศมาก ซึ่งอาจเกิดจากการใช้เครื่องมือการคัดกรองที่แตกต่างกัน หรือช่วงอายุของเด็กที่เก็บข้อมูลมีความแตกต่างกัน

แต่ที่คล้ายคลึงกันคือ พัฒนาการล่าช้ามากที่สุดในด้านด้านภาษา โดยเฉพาะ เด็กกลุ่มอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 64.5 รองลงมาเป็นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก และการปรับตัวล่าช้า 5 จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า พัฒนาการด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ (เกินกว่าร้อยละ 90.0) อยู่ในเกณฑ์พัฒนาการสมอายุ สำหรับพัฒนาการทางด้านภาษาพบว่า เด็กอายุ 1 ปี ร้อยละ 4.5 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายที่คุ้นเคย และร้อยละ 18.3 ไม่สามารถพูดคำที่มีความหมายอื่นๆ ทักษะด้านสติปัญญา หรือทักษะความพร้อมในการเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยของกรมสุขภาพจิตในปี 2554 ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพระดับประเทศเท่ากับ 98.59 โดยจังหวัดนครสวรรค์ เท่ากับ 102.29 และจากการสำรวจในปี 2559 ค่าเฉลี่ยระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย (IQ) ในภาพระดับประเทศ เท่ากับ 98.23 จังหวัดนครสวรรค์ เท่ากับ 98.0 (ค่าเฉลี่ยปกติ 90-109) โดยสรุประดับ IQ เฉลี่ยลดลงทั้งระดับประเทศ และจังหวัดนครสวรรค์ โดยมีค่าระดับสติปัญญาเฉลี่ย ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ค่อนข้างต่ำ⁶

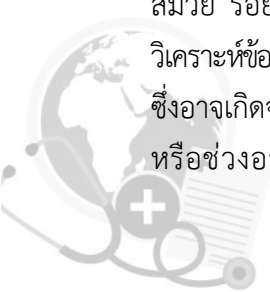
จากสถานการณ์ ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ จึงสนใจที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ประโยชน์ในการวางแผนในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ของจังหวัดนครสวรรค์ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านแม่ ด้านเด็ก และปัจจัยแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ระเบียบวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ



พัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยได้แก่ พ่อ หรือแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ญาติ ที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ใช้เวลาในการดูแลเด็กมากที่สุดในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ที่สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้เกณฑ์การเลือกจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน⁷ ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนที่ 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 361 คน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยแบ่งตามสัดส่วนของเด็กปฐมวัย อายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือน (ถือเป็นตัวแทนเด็กอายุ 0-5 ปี) ในแต่ละอำเภอ และสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากเด็กในทุกอำเภอที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย 8 (เดือนมีนาคม 2560)

ขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อชี้แจงแนวทางการรวบรวมข้อมูล
3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และแปลผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ซึ่งได้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มมารับบริการฝากครรภ์ และประวัติของเด็กตั้งแต่แรกเกิด, แบบสัมภาษณ์ด้านการเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, แบบประเมินพัฒนาการเด็ก ตามคู่มือการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and

Promotion Manual (DSPM)⁹ โดยแบบสัมภาษณ์ด้านการเลี้ยงดู หาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC (Index Objective Congruence) ตั้งแต่ระดับ 0.67 ขึ้นไป การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .750 10

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลอธิบายลักษณะทางประชากรของมารดา บิดา ภาวะสุขภาพของมารดา ภาวะสุขภาพของเด็ก ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก โดยใช้วิธีวิเคราะห์ค่า Chi-square

ผลการศึกษา

- 1.1 ข้อมูลของลักษณะทางด้านประชากรของมารดา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ ผู้เลี้ยงดูเด็กและบิดา ร้อยละ 30.9 และ 3.9 อายุปัจจุบันของมารดาอยู่ในช่วง 20-35 ปี ร้อยละ 73.4 รองลงมา น้อยกว่า 19 ปี และ 36-44 ปี ร้อยละ 13.3 และ 13.0 อายุปัจจุบันของมารดาเฉลี่ย 28.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.6 ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 47 ปี อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ ระหว่าง 20-35 ปี ร้อยละ 70.3 รองลงมา น้อยกว่า 19 ปี และ 36-44 ปี ร้อยละ 20.5 และ 8.9 อายุมารดาขณะตั้งครรภ์เฉลี่ย 26.1 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.5 ต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 45 ปี มารดามีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 55.4 รองลงมา ระดับประถมศึกษาและสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 15.0 และ 11.3 มารดามีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.6 รองลงมาแม่บ้านและไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 16.3 และ 13.6 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางด้านประชากรของมารดา (n=361)

คุณลักษณะทางด้านประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้สัมภาษณ์		
มารดา	238	65.9
บิดา	14	3.9
ผู้ดูแลเด็ก	109	30.2
อายุมารดา(ปี)		
อายุน้อยกว่า19	48	13.3
20-35	265	73.4
36-44	47	13.0
45 ปีขึ้นไป	1	0.3
\bar{X} =28.3, S.D. =6.6	Min = 17	Max = 45
อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ (ปี)		
อายุน้อยกว่า19	74	20.5
20-35	254	70.3
36-44	32	8.9
45ปีขึ้นไป	1	0.3
\bar{X} =26.1, S.D. =6.5	Min = 14	Max = 45
ระดับการศึกษามารดา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.6
ประถมศึกษา	54	15.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	200	55.4
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	34	9.4
ปริญญาตรี / สูงกว่าปริญญาตรี	41	11.3
ไม่ทราบ	30	8.3
การประกอบอาชีพมารดา		
ไม่ได้ทำงาน/ไม่ทราบ	49	13.6
รับจ้าง	114	31.6
เกษตรกรกรรม	39	10.8
ค้าขาย	9	2.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	45	12.5
แม่บ้าน	59	16.3
ไม่ทราบ	46	12.7



2. ข้อมูลของลักษณะทางด้านประชากรของบิดา ผลการศึกษาลักษณะทางด้านประชากรของบิดา พบว่าบิดา อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 61.2 รองลงมา อายุ 36-44 ปีและน้อยกว่า 19 ปี ร้อยละ 17.7 และ 16.4 บิดาอายุเฉลี่ย 30.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5 ต่ำสุด

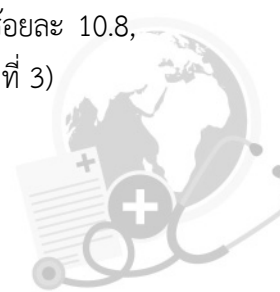
17 ปี สูงสุด 56 ปี บิดามีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ ปวช.ร้อยละ 49.3 รองลงมา ไม่ทราบและระดับประถมศึกษา ร้อยละ 17.5 และ 13.8 บิดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.1 รองลงมา ประกอบอาชีพอื่นๆ และเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 25.7 และ 15.0 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางด้านประชากรของบิดา (n= 361)

คุณลักษณะทางด้านประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อายุบิดา (ปี)		
อายุน้อยกว่า19	59	16.4
20-35	221	61.2
36-44	64	17.7
45 ปีขึ้นไป	17	4.7
$\bar{X} = 30.9$, S.D. =7.5 Min = 17 Max = 56		
ระดับการศึกษาบิดา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	0.6
ประถมศึกษา	50	13.8
มัธยมศึกษา/ปวช.	178	49.3
อนุปริญญา/ปวท./ปวส.	39	10.8
ปริญญาตรี/สูงกว่า	29	8.0
ไม่ทราบ	63	17.5
การประกอบอาชีพบิดา		
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน	5	1.4
เกษตรกร	54	15.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	3.9
รับจ้าง	170	47.1
ค้าขาย	25	6.9
อื่น ๆ	93	25.7

3. ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า พัฒนาการภาพรวมเด็กมี พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 87.5 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 12.5 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พัฒนาการสงสัยล่าช้า เรียง

ลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด คือ ด้านการใช้ภาษา ด้านความเข้าใจภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม และด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 10.8, 9.7, 8.3 , 5.5 และ 3.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดนครสวรรค์

ผลการตรวจพัฒนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเคลื่อนไหว		
สมวัย	348	96.4
สงสัยล่าช้า	13	3.6
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก		
สมวัย	331	91.7
สงสัยล่าช้า	30	8.3
ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม		
สมวัย	341	94.5
สงสัยล่าช้า	20	5.5
ด้านการใช้ภาษา		
สมวัย	322	89.2
สงสัยล่าช้า	39	10.8
ด้านความเข้าใจภาษา		
พัฒนาการรวม		
สมวัย	316	87.5
สงสัยล่าช้า	45	12.5

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้าน มารดา/บิดา ปัจจัยด้านทารกและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลการศึกษานำเสนอ ดังข้อมูลในตารางที่ 4-13 ดังนี้

4.1 ข้อมูลปัจจัยด้านมารดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุมารดา ณ วันสัมภาษณ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุ 45 ปีขึ้นไป มีร้อยละเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาที่อายุ 20-35 ปี และ 36-44 ปี และมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านอายุมารดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มอายุมารดา ณ ปัจจุบัน	รวม	สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
น้อยกว่า 20 ปี	48	39	81.2	9	18.8	9.576	3	.023**
20 - 35 ปี	265	234	88.3	31	11.7			
36 - 44 ปี	47	43	91.5	4	8.5			
45 ปีขึ้นไป	1	0	0.0	1	100.0			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.2 ข้อมูลปัจจัยด้านกลุ่มอายุมารดาขณะตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอายุมารดาที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุมากกว่า 36 ปีขึ้นไป มีร้อยละของ

เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาที่อายุ 20-35 ปี และพบมีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านกลุ่มอายุมารดาขณะตั้งครรภ์ที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มอายุมารดาขณะตั้งครรภ์	รวม		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
น้อยกว่า 20 ปี	74	60	14	18.9	10.911	2	.012 **
20 - 35 ปี	254	227	27	10.6			
36 ปีขึ้นไป	33	29	4	12.1			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 ข้อมูลปัจจัยด้านการศึกษามารดาที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า การศึกษามารดา ระดับปริญญาตรี/สูงกว่า และไม่ทราบ/ไม่ได้เรียนหนังสือ มีร้อยละ

ของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า มารดาที่ระดับการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และพบว่า ระดับการศึกษามารดาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการศึกษามารดาที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก

การศึกษามารดา	รวม		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	290	258	32	11.0	2.903	2	.234
ปริญญาตรีขึ้นไป	41	34	7	17.1			
ไม่ได้เรียน/ไม่ทราบ	30	24	6	20.0			

4.4 ข้อมูลปัจจัยด้านอาชีพมารดาที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/อื่นๆ และค้าขาย มีร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัย

ล่าช้ามากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาที่มีอาชีพเกษตรกร รัฐบาล/รัฐวิสาหกิจและรับจ้าง แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 7)



ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านอาชีพมารดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

อาชีพมารดา	รวม		สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	8	88.9	1	11.1	1.250	4	.870	
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน/อื่น ๆ	153	131	85.6	22	14.4				
เกษตรกรกรรม	46	42	91.3	4	8.7				
ค้าขาย	39	34	87.2	5	12.8				

4.5 ข้อมูลปัจจัยด้านการศึกษาบิดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ผลการศึกษาพบว่าบิดา ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ/ไม่ทราบและระดับต่ำกว่าปริญญาตรี มีร้อยละเด็กที่มี

พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มบิดาที่ระดับการศึกษาปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี และพบว่าระดับการศึกษาบิดาไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการศึกษาบิดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

การศึกษามารดา	รวม		สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	269	239	88.8	30	11.2	1.912	2	.384	
ปริญญาตรีขึ้นไป	29	25	86.2	4	13.8				
ไม่ทราบ/ไม่ได้เรียน	63	52	82.5	11	17.5				

4.6 ข้อมูลปัจจัยด้านอาชีพบิดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

ผลการศึกษาพบว่าบิดาที่ประกอบอาชีพค้าขายไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/อื่นๆ และรับจ้าง มีร้อยละเด็กที่มี

พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มบิดาที่ประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจและเกษตรกรกรรม พบไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านอาชีพบิดามีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

อาชีพมารดา	รวม		สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	14	13	92.9	1	7.1	8.464	4	.076	
ไม่ได้ทำงาน/พ่อบ้าน/อื่น ๆ	98	81	82.7	17	17.3				
เกษตรกรกรรม	54	51	94.4	3	5.6				
ค้าขาย	25	19	76.0	6	24.0				



4.7 ข้อมูลปัจจัยด้านอายุบิดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
ผลการศึกษาพบว่าบิดา ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี

36-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ากลุ่มบิดาที่อายุ 20-35 ปี แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านอายุบิดาที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

กลุ่มอายุบิดา	รวม		สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
น้อยกว่า 20 ปี	59	48	81.4	11	18.6	2.594	3	.459	
20 - 35 ปี	221	197	89.1	24	10.9				
36 - 59 ปี	64	56	87.5	8	12.5				
60 ปีขึ้นไป	17	15	88.2	2	11.8				

4.8 ข้อมูลปัจจัยด้านการฝากครรภ์คุณภาพที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์/ไม่ฝากครรภ์ มีร้อยละของเด็กที่มี

พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาที่ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง หรือการฝากครรภ์คุณภาพ พบไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการฝากครรภ์คุณภาพที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

การฝากครรภ์คุณภาพ	รวม		สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง	230	203	88.3	27	11.2	0.306	1	.620	
ฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง/ไม่ฝากครรภ์	131	113	86.3	18	13.7				

4.9 ข้อมูลปัจจัยด้านการคลอดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย
ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่คลอดผิดปกติ มีร้อยละ

ของเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าสูงกว่ามารดา ที่คลอดปกติ พบไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านการคลอดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

การคลอด	รวม		สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
คลอดปกติ	232	202	87.1	30	12.9	0.129	1	.868	
คลอดผิดปกติ	129	114	88.4	15	11.6				



4.10 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยปัจจัยอายุครรภ์
เมื่อคลอดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก
ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่คลอดก่อนกำหนด

มีร้อยละของเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า มากกว่า มารดา
ที่คลอดครบกำหนด แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการ
เด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบปัจจัยอายุครรภ์เมื่อคลอดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

อายุครรภ์ เมื่อคลอด	รวม 361	สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
คลอดครบกำหนด	324	285	88.0	39	12.0	0.466	1	.436
คลอดก่อนกำหนด	37	31	83.8	6	16.2			

4.11 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยด้าน
น้ำหนักแรกคลอดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก
ผลการศึกษา พบว่า เด็กที่น้ำหนักแรกคลอด
มากกว่าหรือเท่ากับ 2500 กรัม มีร้อยละของเด็ก

พัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กที่น้ำหนักแรกคลอด
น้อยกว่า 2500 กรัม และพบไม่มีความสัมพันธ์
ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(ตารางที่ 14)

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบปัจจัยด้านน้ำหนักแรกคลอดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

น้ำหนักแรกเกิด	รวม 361	สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
น้ำหนัก \geq 2500 กรัม	321	279	86.9	42	13.1	1.016	1	.447
น้ำหนัก <2500 กรัม	40	37	92.5	3	7.5			

4.12 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยภาวะขาด
ออกซิเจนแรกเกิดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก
ผลการศึกษา พบว่า เด็กที่มีภาวะขาดขาด
ออกซิเจนแรกเกิด/ไม่ทราบ มีร้อยละของพัฒนาการสงสัย

ล่าช้ามากกว่า เด็กที่ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิด
และมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 15)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบปัจจัยภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

ภาวะขาดออกซิเจน	รวม 361	สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปกติ	318	283	89.0	35	11.0	5.209	1	.045**
ขาดออกซิเจน/ไม่ทราบ	43	33	76.7	10	23.3			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



4.13 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยโรค
ประจำตัวเด็กที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก
ผลการศึกษา พบว่า เด็กที่มีโรคประจำตัวเด็ก
มีร้อยละของพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่า เด็กที่ ไม่มี

โรคประจำตัว และมีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบปัจจัยโรคประจำตัวเด็กที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

โรคประจำตัวเด็ก	รวม	สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ไม่มีโรคประจำตัว	317	284	89.6	33	10.4	10.147	2	.006**
มีโรคประจำตัว	12	9	75.0	3	25.0			
ไม่ทราบ	32	23	71.9	9	28.1			

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.14 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยกินนม
แม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก
ผลการศึกษา พบว่า เด็กที่กินนมแม่อย่างเดียว
อย่างน้อย 6 เดือนและกินนมมารดาอย่างเดียวอย่างน้อยกว่า
6 เดือน มีร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ตอบไม่ทราบมีร้อยละพัฒนาการสงสัยล่าช้า
มากกว่ากลุ่มที่กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน
แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 17)

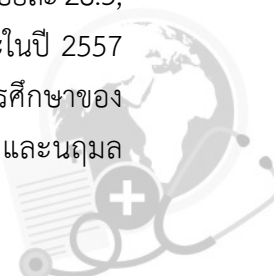
ตารางที่ 17 เปรียบเทียบปัจจัยกินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก

กินนมมารดา	รวม	สมวัย		สงสัยล่าช้า		χ^2	df	P - value
	361	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน	168	148	88.1	20	11.9	1.938	2	.380
กินนมแม่ < 6 เดือน/ไม่กิน	170	150	88.2	20	11.8			
ไม่ทราบ	23	18	78.3	5	21.7			

วิจารณ์

จากผลการศึกษา จะเห็นว่า สถานการณ์พัฒนาการ
เด็กปฐมวัย จังหวัดนครสวรรค์ มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ
87.5 สงสัยล่าช้า ร้อยละ 12.5 ซึ่งใกล้เคียงกับการรณรงค์
คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2558-
2559 พบพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 84.4 และ 84.6⁴

แต่แตกต่างจาก การสำรวจพัฒนาการกรมอนามัย ด้วย
Denver II เด็กอายุ 0-5 ปี พ.ศ. 2542, 2547, 2550 และ
2553 พบว่า เด็กปฐมวัยพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 28.3,
28.0, 32.33 และ 29.71 ตามลำดับ 2 และในปี 2557
มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 72.5³ และการศึกษาของ
จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล



ธนเจริญวัชร¹¹ ศึกษาพัฒนาการของเด็กปฐมวัยไทย พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยรวมทุกด้าน ร้อยละ 72.8 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า พัฒนาการสมวัยด้าน กล้ามเนื้อมัดใหญ่สูงสุด ร้อยละ 92.2 รองลงมาด้านสังคม ร้อยละ 90.6 ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ร้อยละ 88.8 และ ด้านภาษาพูดต่ำสุด ร้อยละ 73.6 และสอดคล้องกับการ ศึกษาของวิชัย เอกพลกร¹² ที่พบว่าเด็กปฐมวัย ร้อยละ 18.3 มีพัฒนาการช้ากว่าวัย อย่างน้อย 1 ด้าน

สำหรับปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ปัจจุบันมารดา อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ ภาวะขาดออกซิเจน แรกคลอด และการมีโรคประจำตัวของเด็ก ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของสกวรัตน์ เทพรักษ์ และคณะ¹³ ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กเด็กปฐมวัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการ ได้แก่ สถานภาพสมรส การศึกษาของผู้เลี้ยงดูเด็ก อายุของผู้เลี้ยงดู และรายได้ ของครอบครัว ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ และ คณะ¹⁴ ที่ศึกษา สถานการณ์พัฒนาการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการ ของเด็กวัยแรกเกิด-3 ปีในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18 พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กแต่ละด้านอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว ของเด็ก ปัจจัยด้านความเหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็ก และ ปัจจัยด้านการฝากครรภ์ของมารดา และการศึกษาของ เยาวรัตน์ รัตน์นันต์¹⁵ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อ พัฒนาการเด็กไทย ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด น้ำหนัก แรกเกิด ภาวะออกซิเจนแรกคลอด โรคประจำตัวเด็กและ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเจริญ เติบโตและพัฒนาการของเด็ก ถูกกำหนดโดยพันธุกรรม และสภาพแวดล้อม¹⁶ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครสวรรค์ ได้ระดมสมองผู้ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก จัดบริการคุณภาพการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอดและคลินิกสุขภาพเด็กดีโดยการคัดกรองความเสี่ยง การดูแลแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ทันเวลา และกำหนด เป็นมาตรการดำเนินงานให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง โดยสูติแพทย์/แพทย์ และคัดกรองพัฒนาการเด็กช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกราย และกำหนดสัดส่วน ในการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โดยเด็กที่อยู่ในกลุ่ม อายุดังกล่าว ไม่ควรเกิน 30 คนต่อครั้ง เพื่อการบริการที่มี คุณภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ควรมีการเตรียมความพร้อมของมารดาในการตั้งครรภ์ โดยเน้น การตั้งครรภ์คุณภาพ เมื่ออายุระหว่าง 20-35 ปีโดยการ เสริมความรู้เรื่องการเตรียมตัวในคลินิก ก่อนสมรส/ โรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ ผ่านสื่อทุกระบบทั้งในภาครัฐ และเอกชน/ชุมชน ส่งเสริมโครงการสาวไทยแถมแดง มีลูกเพื่อชาติ และการพัฒนาระบบบริการห้องคลอด คุณภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด การขาดออกซิเจน แรกคลอด และส่งเสริมเด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการสมวัย มากยิ่งขึ้นๆ ไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ได้ ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่อนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัย ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ แพทย์หญิงศรินนา แสงอรุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ แพทย์หญิงไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ กุมาร แพทย์ และ ดร.รำไพ เกียรติอดิสร นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญ ที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือ และ ดร.กิติพงศ์ กลิ่นแมน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่สนับสนุนให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้ผู้ศึกษามีแนวความคิด และแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ข้อมูล และประสบการณ์ได้กว้างขวางมากขึ้น จึงขอ กราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดา เหมาะสุวรรณ. **โครงการวิจัยเรื่องพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย : ปัจจัยคัดสรรด้านครอบครัว และการอบรมเลี้ยงดูเด็ก**. 2554. วันที่ค้นข้อมูล 5 มีนาคม 2560, เข้าถึงได้จาก https://www.researchgate.net/publication/39029476_khorngkarwicayreuxngphathnakarbaebxng_khrwmkxngdekthiy_paccaykha
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. **รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยประจำปี 2553**. เอกสาร อัดสำเนา, 2554.
3. พนิด โล่เสถียรกิจ : **พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย**, 2557. ศูนย์อนามัยที่ 5 วันที่ค้นข้อมูล 5 มีนาคม 2560, เข้าถึงได้จาก <http://www.hpc.go.th/director/data/plan58/childDev18Sep2014.pdf10>
4. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. **สรุปผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2559**. นครสวรรค์ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2559.
5. รัตโนทัย พลับรู้อการ และคณะ. **สุขภาพของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด, 2552.
6. สถาบันราชานุกูล. **กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สำรวจไอคิวเด็กไทยปี 2559**. วันที่ค้นข้อมูล 5 มีนาคม 2560 เข้าถึง ได้จาก http://rajanukul.go.th/new/_admin/download/12-5865-1475465329.pdf
7. เพ็ญแข แสงแก้ว. **การวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.
8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **การวิจัย การวัดและประเมินผล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์, 2543.
9. กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการเฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)**. พิมพ์ครั้งที่ 5. นนทบุรี : บริษัท ทีเอสอินเตอร์พรีนซ์ จำกัด, 2559.
10. ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. **เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2538.
11. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ และนฤมล ธนเจริญวัช สืบค้นจาก http://inspection.anamai.moph.go.th/uploads/docs/g1/JP02_TheStudyOfThai EarlyChildDevelopmen.pdf เมื่อ 5 มีนาคม 2560.
12. วิชัย เอกพลกร. 2554. **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจ ร่างกาย ครั้งที่ 4**. บริษัท เดอะ กราฟฟิก โกล์ ชิสเต็ม จำกัด นนทบุรี: 312 หน้า.
13. สกาวรัตน์ เทพรักษ, ภักดิ์สร มุกดาเกษม, จรรยา สีนุช และจารุณี จตุรพรเพิ่ม. 2557. **การศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริม การเจริญเติบโต และพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5** http://hpc4.go.th/rcenter//_fulltext/20140331103024_1551/20140403134122_548.pdf
14. ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ และ คณะ. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 3 ปี ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 18**. วารสารกุมารเวชศาสตร์ ตุลาคม - ธันวาคม 2556 หน้า 286-294.
15. เขียวรัตน์ รัตน์นันต์. 2557. **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 8**. วันที่ค้นข้อมูล 5 มีนาคม 2560 เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/Information/center/research-59 web.pdf>
16. สิริมา ภิญญอนันตพงษ์. 2550. **การศึกษาปฐมวัย**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัย ราชภัฏสวนดุสิต.



บทเรียนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง
อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

Lesson Learn from Development of the Statute of Elderly Well-being
in Khao Thong Tambon, Phayuha Khiri District, Nakhonsawan Province.

วิสุทธิ บุญญโสภิต* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

Wisut Boonyasopit M.Sc. (Health Science)

บทคัดย่อ

ตำบลเขาทอง ตั้งอยู่ในเขตอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 19.5 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมาก ด้วยความตระหนักของสถานการณ์การเป็นสังคมสูงวัย ชาวตำบลเขาทองจึงได้จัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง” และประกาศใช้ไปเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2559 เพื่อใช้เป็นกติการ่วมขององค์กร หน่วยงาน แกนนำชุมชนและประชาชนในตำบลเขาทอง การศึกษาครั้งนี้ จึงได้ศึกษาตั้งแต่จุดเริ่มต้นและเหตุผลในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษากลไก เครื่องมือ กระบวนการ สาธารณะและปัจจัยที่มีผลต่อการทำงาน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับทีมงานและผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ โดยวางขอบเขตการศึกษาไว้เฉพาะกระบวนการจัดทำเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมไปถึงขั้นตอนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฉบับนี้ไปสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษา พบว่า จุดเริ่มต้นเกิดจาก การมีกลไกวิชาการภายนอกชุมชนได้เลือกตำบลเขาทองเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ ประกอบกับสถานการณ์ภายในชุมชนที่กำลังเผชิญปัญหาอยู่ ทำให้แกนนำชุมชนตัดสินใจดำเนินการ กลไกทำงานมี 2 ระดับ คือ กลไกฝ่ายเลขานุการ ที่ประกอบด้วยนักวิชาการ ที่มีประสบการณ์แตกต่างกันเข้ามาทำงานในลักษณะจิตอาสา และกลไกระดับนโยบาย โดยมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง” ที่มีพระสงฆ์เป็นประธาน กรรมการมีองค์ประกอบจากผู้แทนจากทุกภาคส่วน รวม 30 ราย การดำเนินงานมี 5 ขั้นตอน คือ การค้นหาความต้องการของประชาชนโดยใช้แบบสำรวจ การจัดเวทีกำหนดอนาคต การยกร่างสาระ การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น และการประกาศใช้ ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงธันวาคม 2558 สาระของธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฉบับนี้ มี 6 หมวด รวม 32 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ คือ มิติสังคม มิติเศรษฐกิจและรายได้ มิติสุขภาพ และมิติสภาพแวดล้อมและการเดินทาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ประกอบด้วย การมีทีมงานเลขานุการที่เข้มแข็ง มีการศึกษาและทำความเข้าใจในพื้นที่เป้าหมายเป็นอย่างดี มีบุคคลที่เป็นผู้มีบารมีและเป็นที่ยอมรับจากคนในพื้นที่มาร่วมดำเนินการ มีการประยุกต์ใช้เครื่องมือที่หลากหลายให้เหมาะสมกับพื้นที่ มีการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานในการทำงาน และมีการเชื่อมโยงงานกับพิธีการทางจิตวิญญาณด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะที่สำคัญ คือ การพัฒนาตำบลเขาทองให้เป็นแหล่งเรียนรู้ การจัดทำแผนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฉบับนี้ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ รวมทั้ง เสนอให้มีการหนุนเสริมจากหน่วยงาน องค์กรและภาคีเครือข่าย ทั้งในและนอกพื้นที่ เพื่อพัฒนาตำบลเขาทองเป็นพื้นที่เรียนรู้ในทุกระดับต่อไป

คำสำคัญ : ธรรมนูญสุขภาพ, สังคมสูงวัย, นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ, ตำบลเขาทอง จังหวัดนครสวรรค์

*รองผู้อำนวยการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๓ นครสวรรค์

ABSTRACT

Khao Thong Tambon is located in Phayuha Khiri district, Nakhon Sawan province. The population ageing are 19.5 percent higher than average of the country. The awareness of this situation, the people conducted the statute of elderly well-being in Khao Thong Tambon and announced on 10 December 2015 to be the common rules of the whole organization, the leader of community and people. The purposes of this study focused on the reason in beginning of that statute, mechanism, tool, process, factors effect of focus group. The scope of study just the specific formulations only don't covers the process of implementation.

The results showed that the beginning of the scholar community outside the district chose Khao Thong Tambon as the operating area. Whereas, the situation within the community were facing problems. Community leaders make decisions with the two mechanism levels, secretariat and policy mechanisms for establishment statute committee lead by Buddhist monk. 30 people committee composed of representatives from all sectors. The operation has five steps, the need analysis for using surveys, staging the future, drafting, the feedback stage, and promulgation. Duration 6 months from June to December 2015. The substance of this statute has 6 group includes 32 item covering 4 dimensions as social, economic and revenue, health, environment and transportation.

Factors effect of this statute well-being consist of the team has a strong secretary, studying and understanding the target area very well, there are people who have prestige and are recognized by people in the area join the action. Using of empirical data as a basis for work, applying variety of tools to suit the area, and linked with spiritual. In this study, there are suggestions that, develop of sub-district as a place of learning, organize plan of statute into practice in a systematic way, proposed to be reinforced by the agency, organizations and networks both inside and outside area to develop Khao Thong as a learning areas.

Keywords : Statute of Well-being, Elderly Society, Healthy Public Policy, Khao Thong Tambon



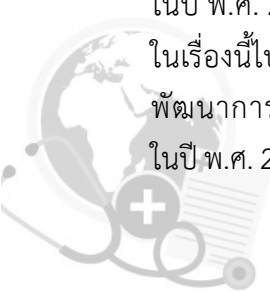
บทนำ

ในรายงานขององค์การสหประชาชาติ ที่เผยแพร่เมื่อปี พ.ศ. 2558 ได้คาดการณ์ตัวเลขประชากรของโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 901 ล้านคน ในปี พ.ศ.2558 (ค.ศ. 2015) เป็น 1.04 ล้านล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 ล้านล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (ค.ศ. 2050)¹ ในรายงานฉบับเดียวกันได้กล่าวไว้อย่างชัดเจนว่า การมีประชากรสูงอายุในสัดส่วนที่สูงนี้จะส่งผลต่อเป้าหมายการพัฒนาอย่างสูง ทั้งเป้าหมายในเรื่องการขจัดความยากจน (poverty eradication) การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี (ensuring healthy lives) การป้องกันปัญหาทางสังคม (promoting social protection) การสร้างสุขภาวะของประชากรทุกกลุ่มวัย (well-being at all age) ผลผลิตการจ้างงาน (productive employment) การลดความเหลื่อมล้ำ (reducing inequalities) ความปลอดภัย (safe) เป็นต้น ดังนั้น จึงเป็นเรื่องที่รัฐบาลต้องออกแบบนโยบายสาธารณะที่สร้างสรรค์ และจัดบริการที่เฉพาะเจาะจงกับประชากรกลุ่มนี้¹

สถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงวัยนี้ เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มประเทศอาเซียนด้วย โดยองค์การสหประชาชาติได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2558 ว่าประชากรทั้งหมดในภูมิภาคอาเซียน มีจำนวน 631.86 ล้านคน มีประเทศสมาชิกถึง 3 ประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 หรือเป็นประเทศที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ได้แก่ สาธารณรัฐสิงคโปร์ ประเทศไทย และสาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม และคาดว่าประเทศสมาชิกอาเซียนอีก 5 ประเทศ จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุภายใน 10 ปีข้างหน้า โดยจะเข้าสู่สังคมสูงวัย ครบทุกประเทศ ในปี พ.ศ. 2583 โดยขณะนี้ประเทศสาธารณรัฐสิงคโปร์ เป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุในสัดส่วนสูงสุดของอาเซียน กล่าวคือในปี พ.ศ. 2558 มีผู้สูงอายुर้อยละ 17.0 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32.0 ในปี พ.ศ. 2583² สำหรับประเทศไทยก็มีสถานการณ์ในเรื่องนี้ไปทิศทางเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ³ ได้ชี้ไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ ร้อยละ 16.9

(จากประชากรไทยทั้งหมด 65.3 ล้านคน) และโครงสร้างประชากรไทยจะเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (สัดส่วนประชากรสูงอายุเท่ากับร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 หรือปี พ.ศ. 2564 และยังได้ระบุไว้อีกว่าการปรับตัวเข้าสู่โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยนี้จะเป็อุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจทั้งในด้านทางตรงและทางอ้อม ทั้งทำให้ขนาดของกำลังแรงงานลดลง เป็นปัจจัยถ่วงให้ศักยภาพการขยายตัวทางเศรษฐกิจลดลง ทำให้อุปสงค์ในประเทศขยายตัวช้าลง และทำให้การพัฒนาเศรษฐกิจ จำเป็นต้องพึ่งพิงอุปสงค์จากต่างประเทศมากขึ้น ทำให้ขีดความสามารถ ในการคิดค้นเทคโนโลยีและนวัตกรรมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการยกระดับการพัฒนาประเทศลดลง ทำให้ภาระทางการคลังเพิ่มขึ้น ในขณะที่ขีดความสามารถในการจัดเก็บรายได้ของภาครัฐลดลงสภาพปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) ซึ่งเป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พุทธศักราช 2557 ได้จัดทำข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปประเทศไทย เรื่อง การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย ว่าประเทศไทยจำต้องปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัยรวม 4 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพ และด้านสังคม โดยมาตรการหนึ่งที่นำเสนอคือการเพิ่มศักยภาพและบทบาทของชุมชนเพื่อคนทุกวัย เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมและ เกื้อกูลสมาชิกในชุมชนที่มีหลากหลายวัยให้สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน⁴

ตำบลเขาทอง เป็นตำบลที่ตั้งอยู่ในอำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีประชากร จำนวน 2,906 ครัวเรือน แยกเป็น ชาย 3,572 คน หญิง 3,888 คน รวมทั้งสิ้น 7,460 คน มีประชากรผู้สูงอายุ 1,451 คน คิดเป็น ร้อยละ 19.5 5 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมาก ด้วยความตระหนักของสถานการณ์ดังกล่าว ชาวตำบลเขาทองจึงได้นำแนวคิดจากข้อเสนอของสภาพปฏิรูปแห่งชาติมาดำเนินการ โดยได้มีจัดทำ “ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลเขาทอง” และประกาศใช้ไปเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม



พ.ศ. 2558 เพื่อใช้เป็นนิตการร่วมขององค์กร หน่วยงาน
แกนนำชุมชนและประชาชนในตำบลเขาทอง เพื่อนำมา
ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดีของคนเขาทองที่เป็น สังคมสูงวัย
อย่างสมบูรณ์แล้ว ฉะนั้น ผู้ทำการศึกษาจึงเห็นว่าตำบล
เขาทองนับเป็นตำบลที่มีความก้าวหน้าที่มีการเตรียม
ความพร้อมของชุมชนไว้เป็นอย่างดี จึงได้ทำการศึกษา
ครั้งนี้ขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาจุดเริ่มต้นและเหตุผลในการจัดทำ
ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง อำเภอพยุหะคีรี
จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษากลไก เครื่องมือ กระบวนการ สาร
และปัจจัยที่มีผลต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ
ตำบลเขาทอง

วิธีการศึกษา

ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับ
สมาชิกชมรมรัก ฒ เขาทอง ตามประเด็นที่สอดคล้องกับ
วัตถุประสงค์การวิจัย และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องที่มี
ส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขา
ทอง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้าน
เขาทอง รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเขาทอง และ
ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลเขาทอง รวม
ทั้งศึกษาจากเอกสารและหลักฐานการทำงานที่เกี่ยวข้อง
ในการศึกษาครั้งนี้ ได้วางขอบเขตการถอดบทเรียน
ไว้เฉพาะกระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ
ตำบลเขาทองเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมไปถึงขั้นตอนการ
ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฉบับนี้ไปสู่การปฏิบัติ
และการติดตามประเมินผลด้วย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา จะได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์ที่ตั้ง
ไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. จุดเริ่มต้นและเหตุผลในการจัดธรรมนูญ
สุขภาพผู้สูงอายุ

1.1 จุดเริ่มต้น : จำแนกออกได้เป็น 2 ประการ
คือ (1) เกิดจากปัจจัยจากภายนอก ที่มีทีมชมรมรัก ฒ
เขาทอง ได้รับทุนจากสถาบันพระปกเกล้าได้คัดเลือก
พื้นที่ตำบลเขาทองเป็นพื้นที่ปฏิบัติการ และ (2) เกิดจาก
ปัจจัยภายในเนื่องจากสถานการณ์ที่ตำบลเขาทองมี
ประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก คิดเป็น
สัดส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดและประเทศอย่างมาก
และเป็นพื้นที่ที่อยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคม
ที่กำลังกลายเป็นสังคมเมือง ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน
ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน อาทิ
ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง สังคมให้ความสำคัญต่อผู้สูง
อายุน้อยลง ผู้สูงอายุหลายคนประสบปัญหาสุขภาพ
มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ย่ำแย่เกิดความรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว
เหงา ถูกทอดทิ้ง มีความวิตกกังวล ท้อแท้ไม่ยอมมีชีวิตอยู่
รู้สึกคุณค่าในชีวิตลดน้อยลง แต่ตำบลเขาทองยังขาด
การเตรียมตัวรองรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง
ดังกล่าวที่ดี ฉะนั้น เมื่อทีมชมรมรัก ฒ เขาทอง มานำเรื่อง
ไปปรึกษาหารือ แกนนำในพื้นที่จึงให้การตอบรับในการ
ดำเนินงาน

1.2 เหตุผลในการจัดทำ: เหตุผลในการจัดธรรมนูญ
สุขภาพผู้สูงอายุ ปรากฏอยู่ในเอกสารธรรมนูญสุขภาพ
ผู้สูงอายุตำบลเขาทอง ข้อ 1 ได้นำเสนอวัตถุประสงค์ของ
การจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับนี้ไว้ 4 ประการ
ซึ่งเป็นข้อความที่เกิดจากการร่วมกันกำหนดของแกนนำ
ชุมชนจากเวทีกำหนดอนาคต ประกอบด้วย

(1) ใช้เป็นเป้าหมาย ทิศทาง ข้อตกลง และกติกา
ร่วมกันของหน่วยงาน องค์กร เครือข่าย แกนนำ และ
ประชาชนในตำบลเขาทองที่จะมาร่วมกันคิด ทำเพื่อนำ
ไปสู่ความมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุและประชาชนใน
ตำบลเขาทองทุกคน

(2) ใช้เป็นสื่อเชื่อมโยงคน เครือข่าย หมู่บ้าน
หน่วยงาน องค์กรที่อยู่ในตำบลเขาทองให้เข้ามาทำงาน
ร่วมกันและให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ซ้ำซ้อน เกิด
ประสิทธิภาพสูงสุด

(3) ใช้เป็นสื่อระดมสรรพกำลังคน เงินทั้ง
งบประมาณและมีเชิงงบประมาณ เพื่อการทำงานที่มีเป้าหมาย
เดียวกัน



(4) ใช้เป็นเครื่องมือยืนยันเพื่อแสดงว่าประชาชนในตำบลเขาทองมีความรักสามัคคี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

2. กลไก เครื่องมือ กระบวนการ สารและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กลไกดำเนินการ : ประกอบด้วยกลไก 2 ระดับ คือ (1) กลไกฝ่ายเลขานุการ ดำเนินการโดยบุคคลในนาม “ชมรมรัก ฒ เขาทอง” เป็นกลุ่มคนที่มีความรู้จักมักคุ้นกันมาก่อน บางคนเคยทำงานในพื้นที่เป้าหมายในขณะที่บางคนยังทำงานอยู่ในพื้นที่ มีสมาชิก รวม 8 คน สมาชิกแต่ละคนต่างมีทักษะที่แตกต่างกัน บางคนเป็นนักวิชาการ บ้างเป็นกระบวนกร บ้างเป็นนักจัดการ ทำงานภายใต้ “ความมีจิตสาธารณะ” โดยไม่ได้หวังเงินเป็นค่าตอบแทน แต่หวังคุณค่าทางใจเป็นเป้าหมายร่วม และ (2) กลไกระดับนโยบาย โดยมีการจัดตั้ง “คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง” มีพระครูนิภาธรรมวงศ์ เจ้าอาวาสวัดเขาทอง เป็นประธานกรรมการ มีกรรมการจากทุกภาคส่วน ทั้งจากท้องถิ่น ท้องที่ หน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายภาคประชาชน รวม 30 ราย คณะกรรมการฯ ชุดนี้มีการประชุมรวม 4 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือนของการทำงาน โดยในครั้งที่ 1 เป็นการทำความเข้าใจต่อเรื่องกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพ ครั้งที่ 2 ได้ปรึกษาหารือกันถึงแผนการทำงาน ครั้งที่ 3 ได้ร่วมกันพิจารณาแบบสำรวจข้อมูล และครั้งที่ 4 ได้ร่วมกันพิจารณาสาระของร่างธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ และเห็นชอบเรื่องการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพฉบับนี้

2.2 เครื่องมือที่นำมาใช้ : ได้นำแนวคิดและเครื่องมือจากหลักสูตรการยกระดับการให้บริการสาธารณะ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน (People’s Audit) ของสถาบันพระปกเกล้า มาดำเนินการ ประกอบด้วย (1) แนวคิด “การให้บริการสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน” (2) การค้นหาความต้องการในการให้บริการสาธารณะ (3) แนวคิด ธรรมนูญพลเมือง (Citizen’s charter) ซึ่งสอดคล้องกับเครื่องมือที่เรียกว่า “ธรรมนูญสุขภาพ” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

(4) การสนทนอย่างมีส่วนร่วม (ORID) (5) เทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) (6) การถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม (7) การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น และ (8) หลักสุนทรียสนทนา โดยสถาบันพระปกเกล้า สนับสนุนงบประมาณ และมีงบประมาณจากชมรมรัก ฒ เขาทองและชุมชนร่วมสมทบ

2.3 กระบวนการทำงาน ประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ รวม 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การค้นหาความต้องการของประชาชนโดยใช้แบบสำรวจ การจัดทำกำหนดอนาคต การยกร่างธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ การจัดทำเวทีรับฟังความคิดเห็น และการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ มีเวลาดำเนินการใน 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม 2558 โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

(1) การค้นหาความต้องการของประชาชนโดยใช้แบบสำรวจ ที่มีโครงสร้างรวม 3 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานะของผู้ให้ข้อมูล อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ จำนวนคนและผู้สูงอายุในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุ ตอนที่ 2 การสำรวจสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุใน 4 มิติ คือ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านรายได้ การทำงานและเศรษฐกิจ มิติด้านสังคมและความเป็นอยู่ และมิติด้านสภาพแวดล้อมและการสัญจร และตอนที่ 3 การสอบถามความต้องการของคนเขาทองอยากเห็นในตำบลในระยะ 5 ปีการเก็บข้อมูลดำเนินการโดยใช้กระบวนการที่หลากหลาย อาทิ การเข้าร่วมประชุมในเวทีสำคัญๆ ของตำบล เช่น การประชุมสภา อบต. การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน การลงพื้นที่เก็บข้อมูลโดยทีมงาน อสม. การลงเยี่ยมบ้านของทีมงานชมรมรัก ฒ เขาทอง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 304 ชุด กระจายครอบคลุมทั้ง 12 หมู่บ้าน

(2) การจัดทำที่กำหนดอนาคต โดยใช้เครื่องมือ “การสนทนอย่างมีส่วนร่วม” หรือ ORID ที่ย่อมาจากขั้นตอนการทำงาน 4 ขั้น คือ ขั้น Objective Level : สะท้อนข้อเท็จจริงและข้อมูล ขั้น Reflective Level : สะท้อนความรู้สึก ขั้น Interpretative Level : สะท้อนความคิดการตีความ และขั้น Decisional Level : สะท้อนการตัดสินใจดำเนินการ ในการจัดทำที่กำหนดอนาคตครั้งนี้

มีตัวแทนครอบครัวที่อาศัยในตำบลเขาทอง รวม 160 คน เข้าร่วมประชุม โดยได้ร่วมกันระดมสมองเสนอภาพฝัน ในอนาคตของตำบลเขาทอง ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ด้าน สุขภาพ สถานการณ์ด้านรายได้ การทำงานและเศรษฐกิจ สถานการณ์ด้านสังคมและความเป็นอยู่ และด้านสภาพแวดล้อมและการสัญจร

(3) การยกร่างธรรมนูญสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุฯ ดำเนินการภายหลังจากการได้รับข้อมูลทั้งการค้นหา ความต้องการของประชาชนจากแบบสำรวจ และจากการจัดเวทีกำหนดอนาคตแล้ว ดำเนินการโดยทีมงานชมรม ฒ เขาทอง และผู้แทนจากคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง จำนวน 10 คน โดยวิธีการ ยกร่างสารบัญญัตินั้น ได้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน โดย ขั้นตอนแรกนั้น ทำโดยทีมงานชมรมรัก ฒ เขาทอง แล้ว นัดประชุมตัวแทนจากคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณา ปรับปรุงแก้ไข มีสาระจำนวน 28 ข้อ

(4) การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น จัดขึ้นใน กลางเดือนพฤศจิกายน 2558 ณ หอประชุมวัดเขาทอง โดยมีประชาชนคนเขาทองกว่า 200 ชีวิต จากทุกหมู่บ้าน ประกอบด้วยคนทุกกลุ่มวัยทั้งเด็ก วัยรุ่น คนหนุ่มคนสาว และผู้สูงอายุเข้าร่วมเวที โดยได้มีการจัดบอร์ดนิทรรศการ แสดงภาพกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่วันเริ่มโครงการ มีพระครู นิภาธรรมวงศ์ ประธานคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญ สุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทองเป็นประธานการรับฟัง ความคิดเห็น กระบวนการได้ดำเนินการนำเสนอสาระ ของธรรมนูญฯ เริ่มต้นตั้งแต่ส่วนที่เป็นคำปรารภไปจน จบ ซึ่งปรากฏว่ามีข้อเสนอจากเวทีทั้งการแก้ไข ปรับปรุง และเพิ่มเติม จนในที่สุดผู้เข้าร่วมเวทีได้ให้ความเห็นชอบ ต่อร่างธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ ฉบับนี้ โดยมีเนื้อหา รวมทั้งสิ้น 32 ข้อ ใน 6 หมวด คือ หมวดที่ 1 บททั่วไป และคำนิยาม หมวดที่ 2 การสร้างสุขภาวะด้านเศรษฐกิจ และรายได้ หมวดที่ 3 การสร้างสุขภาวะด้านสุขภาพ หมวดที่ 4 การสร้างสุขภาวะด้านสภาพแวดล้อมและการ เดินทาง หมวดที่ 6 การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

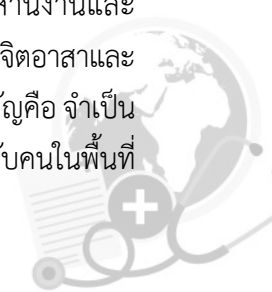
(5) การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ ได้จัดเวทีประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง ในวันที่ 10 ธันวาคม 2558 ซึ่งตรงกับวันรัฐธรรมนูญของ

ประเทศไทยและยังเป็นวันคล้ายวันเกิดของพระครูนิภา ธรรมวงศ์อีกด้วย โดยมีคนเข้าร่วมงานกว่า 300 คน มีนายอำเภอพยุหะคีรี เป็นประธานประกาศใช้ และมี กล่าวปฏิญญานำให้คนเขาทองกล่าวตามด้วย ความว่า “ข้าพเจ้าขอประกาศด้วยความเต็มใจว่า จะยึดถือ ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทองฉบับนี้ เป็นกติ การร่วมกันของหน่วยงาน องค์กร ชุมชน และประชาชน ทุกคน โดยจะปฏิบัติตามสาระที่ปรากฏในธรรมนูญฯ รวมทั้งจะให้ความร่วมมือในการทำงานกับหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่นำธรรมนูญฯ ฉบับนี้ไปปฏิบัติ อย่างเต็ม กำลัง เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของคนเขาทอง สืบไป” ภายหลังจากประกาศใช้แล้ว ได้มีการจัดพิธีมอบ ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ ต่อหน่วยงาน องค์กร แกนนำ ชุมชนที่เกี่ยวข้องและถูกระบุไว้ในธรรมนูญฯ อาทิ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์ อบต.เขาทอง รพ.สต.บ้านเขาทอง โรงเรียนเขาทอง โรงเรียนเขาทอง พิชยาคม ศูนย์ผู้สูงอายุตำบลเขาทอง สถานีวิทยุชุมชน ตำบลเขาทอง สภาวัฒนธรรมตำบลเขาทอง เป็นต้น ด้วย

2.4 สาระของธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบล เขาทอง ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง อำเภอ พยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ประกอบด้วย 6 หมวด รวม 32 ข้อ จำแนกเป็น คำปรารภ หมวดที่ 1 บททั่วไปและ คำนิยาม หมวดที่ 2 การสร้างสุขภาวะด้านเศรษฐกิจและ รายได้ หมวดที่ 3 การสร้างสุขภาวะด้านสุขภาพ หมวดที่ 4 การสร้างสุขภาวะด้านสภาพแวดล้อมและการเดินทาง หมวดที่ 5 การสร้างสุขภาวะด้านสังคมและความเป็นอยู่ และหมวดที่ 6 การขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ รายละเอียด ปรากฏในภาคผนวก

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ผู้สูงอายุฯ จากการถอดบทเรียนการทำงานครั้งนี้ สามารถ สรุปปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ ผู้สูงอายุฯ ฉบับนี้ ได้ 7 ประการ คือ

(1) การมีทีมงานเลขานุการเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานทั้งด้านวิชาการ ด้านการประสานงานและ ด้านบริหารจัดการ โดยทีมงานเป็นบุคคลที่มีจิตอาสาและความสามารถเฉพาะตัวที่หลากหลาย ที่สำคัญคือ จำเป็น ต้องมีสมาชิกของทีมงานที่เป็นคนที่คุ้นเคยกับคนในพื้นที่



เป้าหมายเพื่อการคล่องตัวในการประสานงาน ได้อย่าง
ใกล้ชิดและรวดเร็ว ทีมงานได้จัดให้มีกระบวนการปรึกษา
หารือเป็นประจำทุกเดือน เพื่อร่วมกันออกแบบและร่วม
ดำเนินการและมีการประชุมถอดบทเรียนทุกครั้งหลัง
เสร็จสิ้นแต่ละกิจกรรม

(2) การศึกษาทำความเข้าใจในพื้นที่เป้าหมาย
ทั้งข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และข้อมูลในมิติความสัมพันธ์ของ
คนในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำชุมชนต่างๆ วิธีการ
ศึกษาควรลงไปพูดคุยกับผู้ที่มีบารมีในชุมชนโดยมีคนที่
รู้จักมักคุ้นนำทาง เนื่องจากในปัจจุบันบางชุมชนมีความ
ขัดแย้งทางการเมืองค่อนข้างมาก การไปอิงกับฝ่ายหนึ่ง
อาจจะได้รับการต่อต้านจากอีกฝ่ายหนึ่ง

(3) การใช้บุคคลที่เป็นผู้มีบารมีและเป็นที่ยอมรับ
จากคนในพื้นที่มาเป็นผู้ดำเนินการดำเนินงาน รวมทั้ง
การดึงผู้แทนหน่วยงาน องค์กรและกลุ่มคนในพื้นที่เข้า
มามีส่วนร่วมเป็นกลไกระดับนโยบายให้ครบทุกภาคส่วน
และใช้กลไกนี้กระดมความคิดเห็น ร่วมกันออกแบบ
การทำงาน จะทำให้เกิดความเป็นเจ้าของในกิจกรรมที่
นำลงไป

(4) การศึกษาและทำความเข้าใจในแนวคิดการ
ทำงาน และออกแบบการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่เหมาะสม
ซึ่งในการจัดทำธรรมนูญฯ มีการใช้เครื่องมือ/แนวคิด
ที่หลากหลายมาใช้ในการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามในการ
ทำงานในพื้นที่จริง จำเป็นต้องมีการปรับ/เปลี่ยนเครื่องมือ
ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย

(5) การใช้พลังของคนในชุมชนเข้ามามีส่วน
ร่วมในการดำเนินงาน โดยเฉพาะทีมงานจากโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล องค์กรบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
โดยเฉพาะ อสม. ที่ถือเป็นกำลังหลักในการทำงาน ทั้งด้าน
การประสานงาน การลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ และการเข้า
ร่วมเวทีต่างๆ ที่จัดขึ้น

(6) การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เป็นฐานในการ
ทำงาน ซึ่งในการทำงานครั้งนี้ได้จัดทำแบบสำรวจเพื่อรับ
ทราบสถานการณ์และความต้องการของประชาชนก่อน
และเมื่อนำเสนอข้อมูลต่อประชาชนในกลุ่มต่างๆ ทำให้
การทำงานครั้งนี้ดำเนินไปด้วยดี อยู่บนฐานข้อมูลที่มีเหตุผล
และมีความเป็นวิชาการมากขึ้น สร้างการยอมรับจาก

หน่วยงาน องค์กรและแกนนำชุมชนต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

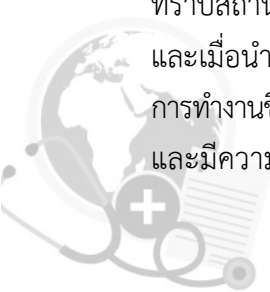
(7) การเชื่อมโยงกับบุคคลที่ประชาชนในพื้นที่
ให้การยอมรับ รวมทั้งการจัดพิธีการทางจิตวิญญาณถือเป็น
ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ประชาชนให้ความสำคัญกับการ
ทำงานชิ้นนี้ ซึ่งโครงการนี้ได้นำมาใช้ในวันประกาศใช้
ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ โดยได้เชิญนายอำเภอมาเป็น
ผู้ประกาศใช้ และมีการกล่าวปฏิญาณพร้อมกันของผู้มา
ร่วมชุมนุมในวันประกาศ โดยมีพระสงฆ์สวดชัยมงคล
คาถาไปพร้อมกัน จะทำให้เกิดความศักดิ์สิทธิ์และนำไปสู่
การปฏิบัติตามธรรมนูญที่บัญญัติไว้ในอนาคต อีก
ประการหนึ่ง ทีมงานได้อัญเชิญรูปของพระพุทธรูปที่
ตั้งอยู่ในชุมชนซึ่งเป็นที่ศรัทธาของคนในตำบลมาเป็น
ภาพหน้าปกของธรรมนูญฯ ก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่นำมิติทาง
จิตวิญญาณมาเชื่อมโยงกับโครงการนี้

ข้อเสนอแนะ

1. จากการสัมภาษณ์แกนนำชุมชนของตำบลเขาทอง
ทราบว่าในปัจจุบันมีการกล่าวถึง “ธรรมนูญสุขภาพ
ผู้สูงอายุตำบลเขาทอง” กันอย่างต่อเนื่อง มีคนจากชุมชน
อื่นมาศึกษาดูงานการดูแลผู้สูงอายุและธรรมนูญสุขภาพ
ของตำบลเขาทองอยู่ตลอด ฉะนั้น จึงควรมีการพัฒนา
ตำบลให้เป็นแหล่งเรียนรู้ในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ
และมีความพร้อมยิ่งขึ้นต่อไป

2. จากการถอดบทเรียนครั้งนี้ ทราบว่ายังไม่มี
จัดทำแผนรองรับการมีธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุตำบล
เขาทองอย่างเป็นระบบ จึงเสนอให้องค์การบริหารส่วน
ตำบลเขาทองเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการ โดยการจัดตั้ง
กลไกที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนขึ้นเป็นกลไกทำงาน
และจัดให้มีการติดตามและประเมินผล รวมทั้งทบทวน
ธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุฯ ฉบับนี้ในโอกาสที่เหมาะสมด้วย

3. เป็นที่ทราบดีอยู่แล้วว่าในปัจจุบันสังคมโลก
และประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัย ซึ่งแต่ละประเทศและ
แต่ละพื้นที่ต่างก็พยายามหามาตรการในการจัดการปัญหา
ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งการจัดทำธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ
ของตำบลเขาทองครั้งนี้ ถือเป็นมาตรการหนึ่งที่น่าสนใจ
แต่ในขณะนี้ยังมีพื้นที่ ที่มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ
ในประเด็นผู้สูงอายุอยู่ค่อนข้างน้อย ฉะนั้น หน่วยงาน



หรือองค์กรต่าง ๆ จึงควรให้การหนุนเสริมการทำงานของ
ตำบลเขาทอง ในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุ
ไปสู่การปฏิบัติ โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการ
สร้างพื้นที่ต้นแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับ
พื้นที่ จังหวัด เขต ภาคและประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การถอดบทเรียนครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจาก
ทีมงานชมรมรัก ฒ เขาทอง ที่ประกอบด้วย นายอดิศักดิ์

จันทวิชานวงษ์ ที่ปรึกษามหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขต
นครสวรรค์ ดร.ปฏิธรรม สำเนียง อาจารย์จากวิทยาลัยสงฆ์
นครสวรรค์ นายทวิศักดิ์ ชูมา และกนางรวิวรรณ ต้นสุวัฒน์
อาจารย์จากมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
นางสาวอรณิชา แก้วสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์ผู้สูงอายุเขาทอง
นางจิตา ขวัญมงคล และนางรัมภ์รดา บุญญะโสภิต
นักวิชาการอิสระ และแกนนำชุมชนตำบลเขาทองที่ให้
ข้อมูลอย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Unite Nation. **World Population Aging 2015**. Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York, 2015, 2
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. **เอกสารหลักและมติสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปี พ.ศ. 2558 : สังคมสูงวัย จะสร้างพลังอย่างไร ในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **ร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)**. เอกสารประกอบการประชุมประจำปีของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2559 ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.
4. สภาปฏิรูปแห่งชาติ. **เอกสารการปฏิรูปประเทศไทย : วาระการปฏิรูปที่ 30 การปฏิรูประบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย**. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2558
5. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาทอง ตำบลเขาทอง อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. **แผนงานการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามกลุ่มวัย ประจำปี 2558**. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม
6. ธรรมนูญตำบลสุขภาพผู้สูงอายุตำบลเขาทอง อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ. 2558. **กติการ่วมของคนเขาทอง โดยคนเขาทองเพื่อคนเขาทอง**. ประกาศ ณ วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2558.



การวิเคราะห์จำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
The Discriminate Analysis on Diabetes Risk of the People Age above 35 Years

สมฤดี บุญเป็ง* ค.ม.

Somredee Bunpang* M.Ed

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ศึกษาตัวแปรที่สามารถจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน สร้างสมการจำแนกที่ดีที่สุดในการจำแนกความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ได้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 393 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และแบบบันทึกข้อมูลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminate Analysis) ด้วยวิธีแบบขั้นตอน (Stepwise method) ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผลระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในกลุ่มปกติ ($DTX < 100$ mg/dl) ร้อยละ 76.31 อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ($DTX 101-125$ mg/dl) ร้อยละ 20.65 อยู่ในกลุ่มสงสัยจะป่วย ($DTX > 126$ mg/dl) ร้อยละ 3.04 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 92.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.32

2. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีที่สุด ได้แก่ อายุ (X_1), พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (X_8), พันธุกรรม (X_7), ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (X_3), พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (X_9) สามารถพยากรณ์การจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีค่า Constant เท่ากับ 6.202 ค่า Eigenvalue (λ) เท่ากับ .033 ค่า Canonical Correlation (R_c) เท่ากับ .780 ค่า Wilks' Lambda (λ) เท่ากับ .968 และมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ร่วมกันร้อยละ 60.84 ($R_c^2 = .780$) ได้สมการในรูปคะแนนดิบและสมการในรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$\hat{y} = 6.202 + .208 (X_1) + .159 (X_8) + .208 (X_2) + .252 (X_3) + 2.259 (X_9)$$

$$Z = .671 (X_1) + .870 (X_8) + .651 (X_2) + .289 (X_3) + .664 (X_9)$$

คำสำคัญ : ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน, การวิเคราะห์จำแนกประเภท

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

ABSTRACT

The objectives of this research aim to study the risk of diabetes and to study variables that can classify the risk of diabetes as well as to conduct the best equation to identify the risk of diabetes. The sample compose of 398 people aged 35 years and over who have not been diagnosed with diabetes in Chum Saeng district, Nakhon Sawan Province by using simple random sampling questionnaire is the tool for collecting data, the analysis done by the frequency quantity percentage, mean and standard deviation methods. The studies analyzed identify classification risk of diabetes factors are discriminate analysis with a stepwise method.

The research found that :

1. Most of the sample of blood sugar levels in normal group (DTX <100 mg / dl) at 76.31 percent are in pre-diabetes groups (DTX101-125 mg / dl) at 20.65 percent and the group suspected to be ill (DTX > 126 mg / dl) at 03.04 percent, mean at 92.12, standard deviation at 9.32.

2. The reliable forecast factors are Age (X_1), eating behavior (X_8), genetic with diabetes (X_7), history of hypertension disease (X_3), exercise behavior (X_9). The study can identify classification risk of diabetes at significant level at 0.05, Eigenvalue (λ) at .033, Canonical Correlation (R_c) at 0.780, Wilks' Lambda (λ) at 0.968 and the reliable forecast factor at 60.84 percent ($R_c^2 = .780$) as a result for normal equation and standard equation as follow:

$$\hat{y} = 6.202 + .208 (X_1) + .159 (X_8) + .208 (X_2) + .252 (X_3) + 2.259 (X_9)$$

$$Z = .671 (X_1) + .870 (X_8) + .651 (X_2) + .289 (X_3) + .664 (X_9)$$

Keywords : Diabetes Risk Factor, the Discrimination



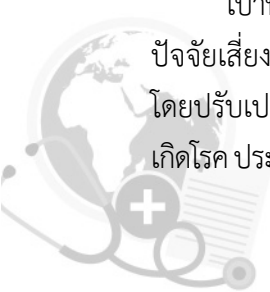
บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงทั่วโลก อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation) ได้นำเสนอข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 20-79 ปี ว่ามีจำนวน 285 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนเป็น 438 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า สำหรับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โรคเบาหวานคาดว่าจะเพิ่มจำนวนจาก 58.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 101 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 โดยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 72 สำหรับประเทศไทยการคาดประมาณจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานในอนาคตโดยสำนักควบคุมโรคไม่ติดต่อพบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2554-2563 จะมีจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอยู่ในช่วง 501,229-553,941 คนต่อปี และในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 คน¹

ประเทศไทยได้กำหนดให้โรคเบาหวานเป็นโรควิถีชีวิตที่สำคัญหนึ่งในห้าโรคที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 และผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 8.9 ผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 9.8 และ 7.8 ตามลำดับ) และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 2.1 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ทั้งในผู้ชายและหญิง (ร้อยละ 15.9 และ 21.9 ตามลำดับ) สัดส่วนของผู้เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 43.1 ในปี 2557 และสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.9 เคยได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาและร้อยละ 13.3 เคยได้รับการตรวจใน 1-5 ปีที่ผ่านมา²

เบาหวานเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคซึ่งสามารถกระทำได้โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานจะทำให้ประชาชน

ทราบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานเกิดการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงของตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต (lifestyle modification) เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย เป็นต้น ในกลุ่มที่มีภาวะก่อนเบาหวาน (pre-diabetes) สามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้ โดยสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 40-60³ ดังนั้นการค้นหาคู่ที่มีโอกาสเป็นเบาหวานได้สูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากทำให้ผู้ที่มีโอกาสเป็นเบาหวานสูงเหล่านี้ได้มีโอกาสการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การป้องกันแบบปฐมภูมิด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ดังนั้นกิจกรรมการตรวจคัดกรอง (Screening test) จึงมีประโยชน์ในการค้นหาผู้ซึ่งไม่มีอาการเพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (International Diabetes Federation) แนะนำให้ใช้การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเกิน 8 ชั่วโมง⁴ สำหรับจังหวัดนครสวรรค์ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานโดยการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วเพื่อคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยผลการดำเนินงานคัดกรองโรคเบาหวานดังกล่าวจะจัดแบ่งกลุ่มความเสี่ยงในประชาชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปร้อยละ 90 ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผู้วิจัยซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีตัวแปรใดในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่จะสามารถจำแนกกลุ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานในการวางแผนงานการให้บริการควบคุมและป้องกันโรคเบาหวานต่อไป

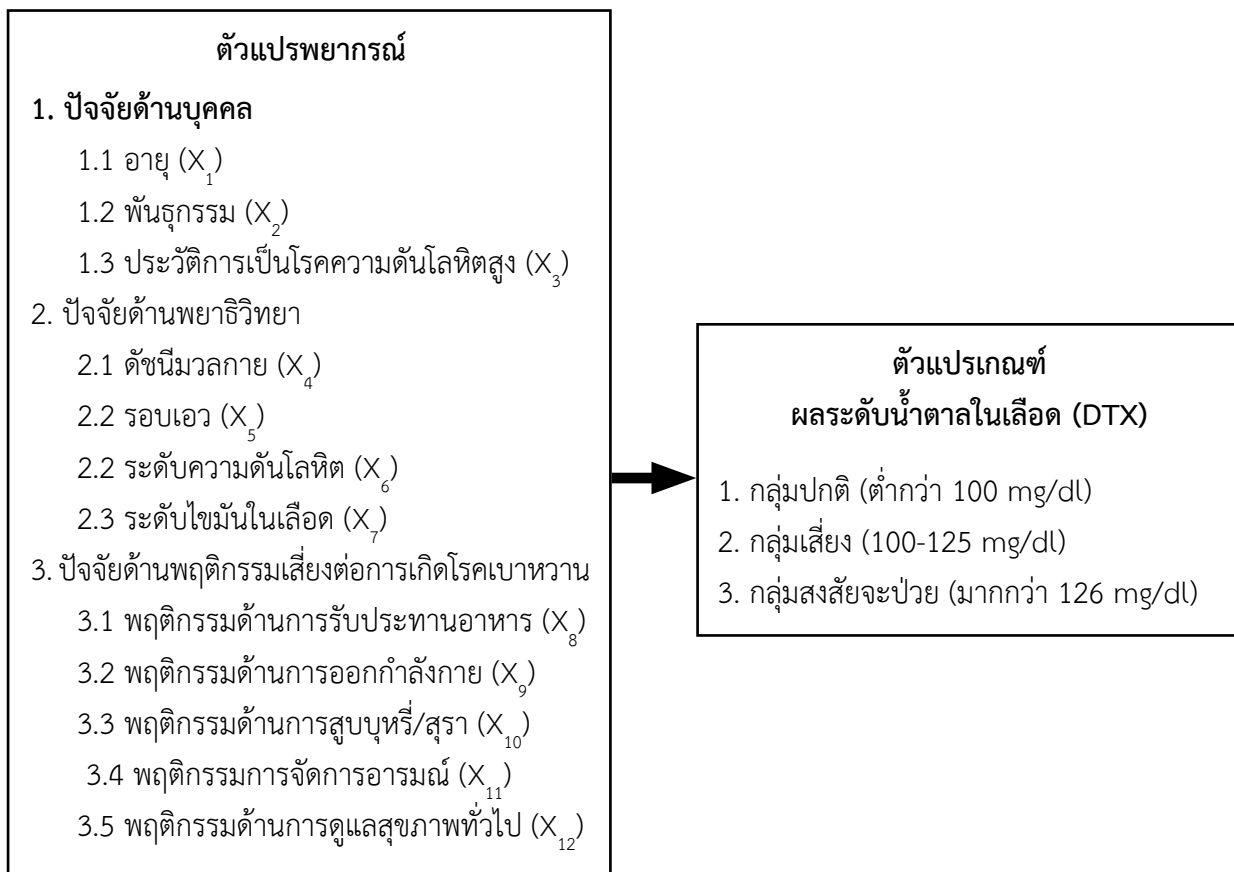


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคล ปัจจัยเสี่ยงด้านพยาธิวิทยา และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาการจัดแบ่งประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

3. เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์
4. เพื่อสร้างสมการจำแนกที่ดีที่สุดในการจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

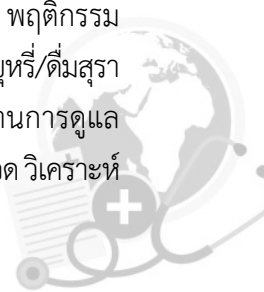
กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) กลุ่มประชากร คือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ จำนวน 18,992 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 392 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยขนาดตัวอย่างได้มาจากการคำนวณตามสูตรของ

Yamane เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ข้อมูลตัวแปรที่สามารถจำแนกความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลปัจจัยด้านพยาธิวิทยา ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/ดื่มสุรา พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป และข้อมูลผลระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์



ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแปลผลเป็นระดับ วิเคราะห์ผลการจำแนกกลุ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ใช้สถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminate Analysis) ด้วยวิธีแบบขั้นตอน (Stepwise method)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ผลการวิจัยแสดง ดังนี้ ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 62.25 มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.4 ด้านสถานภาพสมรส พบว่า มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด ร้อยละ 53.6 ด้านอาชีพ พบว่าประกอบอาชีพ อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 35.3 ด้านระดับการศึกษา พบว่า จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 35.3

2. การวิเคราะห์ตัวแปรด้านบุคคลของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

2.1 อายุ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มอายุ 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 36.4 มีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) อายุ เท่ากับ 54.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 7.23

2.2 พันธุกรรม ผลการวิจัย พบว่า มีพันธุกรรม ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้องหรือญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.3 ไม่มีพันธุกรรม ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ น้องหรือญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.7

2.3 ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.6

3. การวิเคราะห์ตัวแปรด้านพยาธิวิทยาของ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

3.1 ดัชนีมวลกาย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับ 26-30 กก./ม.2 มากที่สุด ร้อยละ 38.4 รองลงมามีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้อยกว่า 25 กก./ม.2 ร้อยละ 36.2 และน้อยที่สุดมีดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 กก./ม.2 ร้อยละ 25.5 โดยมีค่าเฉลี่ย (\bar{x})

ของดัชนีมวลกาย เท่ากับ 27.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 4.21

3.2 รอบเอว ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี รอบเอวอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 75.3 และมีรอบเอวอยู่ในกลุ่มเกินเกณฑ์ ร้อยละ 24.7 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เส้นรอบเอว ในผู้ชายเท่ากับ 83.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 11.60 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เส้นรอบเอว ในผู้หญิงเท่ากับ 81.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 15.00

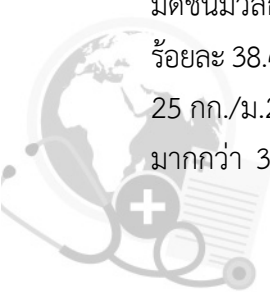
3.3 ระดับความดันโลหิต ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างระดับความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดร้อยละ 52.6 รองลงมา มีระดับความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มปกติ ร้อยละ 33.0 และมีระดับความดันโลหิตอยู่ในกลุ่มสงสัยจะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยที่สุด ร้อยละ 14.3

3.4 ระดับไขมันในเลือด ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมันในเลือด อยู่ในระดับปกติร้อยละ 39.2 และมีระดับไขมันในเลือดเกินค่ามาตรฐานร้อยละ 2.1 และไม่ทราบระดับไขมันในเลือด ร้อยละ 58.7

4. การวิเคราะห์ตัวแปรด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

4.1 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.8 รองลงมา มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหารระดับปานกลาง ร้อยละ 22.0 มีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 4.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.25 การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมาก

4.2 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 45.6 รองลงมาคือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้านการออกกำลังกาย ระดับน้อย ร้อยละ 35.5 มีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 2.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.58 การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง



4.3 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่/สุรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่/สุรา อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 49.2 รองลงมาคือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานการสูบบุหรี่/สุรา ระดับน้อย ร้อยละ 22.3 มีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.63 การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่/สุราอยู่ในระดับมาก

4.4 พฤติกรรมเสี่ยงการจัดการอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ด้านการจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้านการจัดการอารมณ์ ระดับมาก ร้อยละ 25.6 มีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 2.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 1.01 การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง

4.5 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ด้านด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 52.2 รองลงมาคือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ระดับมาก ร้อยละ 30.1 มีค่าเฉลี่ย (\bar{x}) เท่ากับ 3.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 0.92 การแปลผลพฤติกรรมเสี่ยงด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับมาก

5. ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

พบว่า จัดอยู่ในกลุ่มปกติ (ระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 100 mg/dl) มากที่สุด ร้อยละ 76.3 รองลงมาคือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 mg/dl) ร้อยละ 20.7 และน้อยที่สุดคือกลุ่มสงสัยจะป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 126 mg/dl) ร้อยละ 3.0 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 103.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.32

6. การวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์

ผลการวิจัย พบว่า ตัวพยากรณ์ที่ดี ได้แก่ ได้แก่ อายุ (X_1), พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (X_8), พันธุกรรม (X_7), ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (X_3), พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (X_9), สามารถพยากรณ์การจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ โดยมีค่า Constant เท่ากับ 6.202 ค่า Eigenvalue (λ) เท่ากับ .033 ค่า Canonical Correlation (R_c) เท่ากับ .780 ค่า Wilks' Lambda (λ) เท่ากับ .968 และมีค่าอำนาจในการพยากรณ์ร่วมกัน ร้อยละ 60.8

($R_c^2=.780$) ได้สมการในรูปคะแนนดิบและสมการในรูปคะแนนมาตรฐานดังนี้

$$\hat{y} = 6.202 + .208 (X_1) + .159 (X_8) + .208 (X_2) + .252 (X_3) + 2.259 (X_9)$$

$$Z = .671 (X_1) + .870 (X_8) + .651 (X_2) + .289 (X_3) + .664 (X_9)$$



ตารางที่ 1 แสดงสถิติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรเกณฑ์และตัวแปรพยากรณ์ที่สามารถ จำแนกประเภท ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป

ตัวแปรพยากรณ์	ค่าสถิติ		
	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ปัจจัยด้านบุคคล			
1.1 อายุ (X_1)	54.06	7.23	-
1.2 พันธุกรรม (X_2)		ตัวแปร Dummy	
1.3 ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (X_3)		ตัวแปร Dummy	
2. ปัจจัยด้านพยาธิวิทยา			
2.1 ดัชนีมวลกาย (BMI) (X_4)	27.25	4.21	-
2.2 รอบเอว (X_5)			
2.2 ระดับความดันโลหิต (X_6)		ตัวแปร Dummy	
2.3 ระดับไขมันในเลือด (X_7)		ตัวแปร Dummy	
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน			
3.1 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร (X_8)	4.52	0.25	มากที่สุด
3.2 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย (X_9)	2.56	0.58	ปานกลาง
3.3 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่/สุรา (X_{10})	3.25	0.63	มาก
3.4 พฤติกรรมเสี่ยงการจัดการอารมณ์ (X_{11})	2.66	1.01	ปานกลาง
3.5 พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป (X_{12})	3.56	0.92	มาก
4. ผลระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)			
4.1 กลุ่มปกติ (ต่ำกว่า 100 mg/dl)		300	76.53
4.2 กลุ่มเสี่ยง (100 – 125 mg/dl)		81	20.66
4.3 กลุ่มสงสัยจะป่วย (มากกว่า 126 mg/dl)		11	2.81

ตารางที่ 2 แสดงค่า Eigenvalue ค่า Canonical Correlation และค่า Wilks' Lambda

Eigenvalue	Canonical	Wilks' Lambda	Chi-square	df	P-value
.033	.672	.968 λ	5.243	12	.015*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminate Analysis) ด้วยวิธีแบบขั้นตอน (Stepwise method)

ตัวแปรจำแนกประเภท	Wilks' Lambda (λ)	F
X_1	.356	7.256*
$X_1 X_8$.436	11.256*
$X_1 X_8 X_2$.528	10.526*
$X_1 X_8 X_2 X_3$.752	6.582*
$X_1 X_8 X_2 X_3 X_9$.811	9.562*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

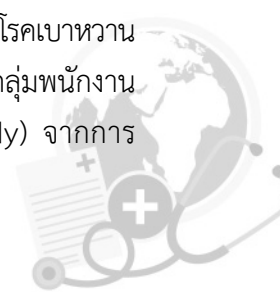
ตารางที่ 4 แสดงค่าสถิติการวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminate Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise method) เพื่อสร้างสมการจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

ตัวแปรพยากรณ์	Standardized	Canonical Discriminant
	Canonical	Function Coefficients
Discriminant Function Coefficients		
1. อายุ (X_1)	.671	.208
2. พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร (X_8)	.870	.159
3. พันธุกรรม (X_7)	.651	.208
4. ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (X_3)	.289	.252
5. พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย (X_9)	.664	2.259
		Constant = 6.202

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่ดีที่สุดและสามารถจำแนกประเภทความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ ตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ได้แก่ อายุ (X_1), พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (X_8), พันธุกรรม (X_7), ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง (X_3), พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (X_9), สามารถจำแนกประเภทความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีค่าอำนาจในการพยากรณ์ร่วมกันร้อยละ 60.84 ($R_c^2 = .780$) โดยตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการจำแนกประเภทความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานในประชาชน

ซึ่งผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย³ สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ที่ได้ทำการศึกษาศึกษาชนิดตัดขวาง (prevalence หรือ cross-sectional study) พบว่า มี 3 ตัวแปรคือ อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) และประวัติการเป็นโรคความดันเลือดสูง มีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย เอกพลากร⁴ ที่ศึกษาการพัฒนาดัชนีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้ข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาในกลุ่มพนักงานการไฟฟ้าแห่งประเทศไทย (EGAT study) จากการ



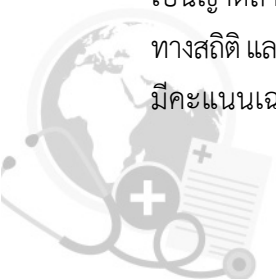
ติดตามจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในเวลา 12 ปี มาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดเบาหวานในอนาคต ได้แก่ อายุ (เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 35-39 ปี แล้ว อัตราเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในกลุ่มอายุ 45-49 ปี เป็น 1.3 เท่า และกลุ่มอายุ ≥ 50 ปี เป็น 1.8 เท่า) ผู้ชายมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.5 เท่าของผู้หญิง ภาวะอ้วน (BMI) กลุ่ม BMI 23-27.5 และ ≥ 27.5 มีอัตราเสี่ยงเป็น 2.0 และ 3.4 เท่าของกลุ่ม BMI < 23 ตามลำดับอ้วนลงพุง (ความยาวรอบเอว ≥ 80 ซม. ในผู้หญิงและ ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย) มีอัตราเสี่ยง 1.7 เท่า ภาวะความดันเลือดสูง มีอัตราเสี่ยงเป็น 1.9 เท่า และ ประวัติการเป็นเบาหวานในพ่อแม่ พี่น้องสายตรงมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.9 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติเบาหวานในครอบครัว และเมื่อทดสอบความสามารถในการทำนายของคะแนน ความเสี่ยงพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด โรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ คือ อายุ เพศ โรคความดันเลือดสูง ประวัติเบาหวานของคนในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ดัชนีมวลกายมาก) และภาวะอ้วนลงพุง นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าตัวแปรด้านพฤติกรรมเสี่ยงเป็น ปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์การจำแนกประเภทความเสี่ยง ของการเกิดโรคเบาหวาน โดยพบว่า ตัวแปรพฤติกรรม เสี่ยงด้านการรับประทานอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงด้าน การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในลำดับที่ 2 และ 5 เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกประเภทความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ ซึ่งผลการศึกษารังนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ จางวางและคณะ⁵ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยพบว่าการเป็นญาติสาย ตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานส่วนระดับความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับการ เป็นญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และพบว่ากลุ่มญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตาม

เกณฑ์สูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติแต่เป็นที่สังเกตว่ากลุ่มประชาชนทั่วไป มีความเสี่ยง ต่อเบาหวานตามเกณฑ์อยู่ในระดับสูง ถึงร้อยละ 39 นอกจากนี้ผลการศึกษารังนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา ของชาญยุทธ์ คำวรรณและคณะ⁶ ที่ศึกษาถึงการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรค เบาหวานและโรคความดันโลหิตโดยพบว่าพฤติกรรมเสี่ยง ด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน คือพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยประชากรยังปฏิบัติ ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ กินผักและผลไม้ไม่สด น้อยกว่าครึ่ง กิโลกรัมต่อวัน น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 47.8 และพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยพบว่าส่วนใหญ่ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 48.2 จากข้อมูลการอภิปราย เป็นการยืนยันว่าตัวแปรสำคัญในการจำแนกประเภท ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่ ตัวแปรอายุ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร พันธุกรรม การเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการขาดการออกกำลังกาย เป็นตัวแปรที่ร่วมกันอธิบายการจำแนกประเภทความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าตัวแปรอายุ เป็นตัวแปร สำคัญที่สุดมีผลต่อจำแนกประเภทความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปและตัวแปร พันธุกรรมหรือการมีประวัติพ่อแม่ พี่น้องเป็นโรคเบาหวาน เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญลำดับที่ 3 ซึ่งทั้งสองตัวแปร หน่วยงานความมีนโยบายให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มี ตัวแปรปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคนอกจากนี้ยังควรให้ความสำคัญถึงพฤติกรรมเสี่ยงด้าน การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายซึ่งเป็น ตัวแปรสำคัญลำดับที่ 2 และ 5 หน่วยงานควรมีนโยบาย ที่ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อทราบภาวะเสี่ยงและเฝ้าระวังความเสี่ยงของการเกิด เบาหวานตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเพื่อลดปัจจัย เสี่ยงของการเกิดโรค



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เครือข่ายบริการสุขภาพ ควรดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนกลยุทธ์ในควบคุมโรคเบาหวาน เช่น การตรวจคัดกรอง การประเมินปัจจัยเสี่ยงโดยบุคลากรสาธารณสุข การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยภาคีเครือข่ายเป็นแกนนำ
2. เครือข่ายบริการสุขภาพควรดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายควรมีนโยบายการสร้างนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวาน โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยในพื้นที่มาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการจำเป็นของประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. เครือข่ายบริการสุขภาพควรมีการเก็บข้อมูลอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนงานเพื่อควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในอนาคต
2. เครือข่ายบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ อายุ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร พันธุกรรม ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกาย ในการวางแผนงานควบคุมและป้องกันโรค

เอกสารอ้างอิง

1. มงคล การุณงามพรรณ และคณะ. การประเมินความเสี่ยงช่วยเสี่ยงเบาหวานประเภทที่ 2 : บทบาทอิสระของพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. ปีที่ 33 (2) : 55-66, 2556
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. โรงพิมพ์สำนักพระพุทธรักษาแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร, 2554.
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในผู้ใหญ่ ในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554. ศรีเมืองการพิมพ์ กรุงเทพมหานคร, 2554.
4. วิชัย เอกพลกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551. บริษัทเดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2553.
5. สมใจ จางวาง และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 3 (1): 110-128, 2559.
6. ชาญยุทธ์ คำวรรณ, ปานชีวัน แลบุญมา. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ต.สมัย อ.สบปราบ จ.ลำปาง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 22(2), 38-47, 2557.



แนวทางการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอด ตามมุมมองของผู้ป่วยวัณโรคปอด
ในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

A Guideline for the Development of Tuberculosis Control from Tuberculosis Patients in
the Responsibility Area of Phitsanulok Municipality Muang District, Phitsanulok Province

ศิริวรรณ อัจยุตโกคิน ป.พ.ส.*

Siiwan ajayutphokin Dip. of Nursing and Midwifery high

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอด การวินิจฉัยวัณโรคและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคสำเร็จ 3) เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอด ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก วัตถุประสงค์และวิธีการ ศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาสำเร็จ ในปีงบประมาณ 2554-2557 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัวได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง และแบบบันทึกการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและเชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์วัณโรคปอด ปัจจัยการรักษาสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง ลักษณะการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน มีพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากรด้านการยอมรับ จากบุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกครอบครัว และญาติ ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม สรุปแนวทางการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดบริการ ในด้านการให้ความรู้ที่ถูกต้อง การดูแลด้านจิตใจ บริการเยี่ยมบ้าน กำกับกำกับการรับประทานยา การให้คำปรึกษา การคัดกรองเชิงรุก และการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม ข้อเสนอแนะ แนวทางการพัฒนาใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติในการวางแผน ปรับปรุงและสนับสนุนงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่

คำสำคัญ : การควบคุมวัณโรค, วัณโรคปอด, การรักษาสำเร็จ

* สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครพิษณุโลก



ABSTRACT

This study was a qualitative research which had objectives: firstly to study situation of TB diagnosis and treatment results of TB patients. Secondly to study factors related to TB success rate and thirdly to study tuberculosis control and guideline for the development of tuberculosis control in Phitsanulok municipality Muang District, Phitsanulok Province. Materials and Method: The study populations were the TB success rate patients during the period 2011 to 2014. Purposive sampling was used. Research instrument was a semi-structured interview in-depth interview schedule and observation note. Data were analyzed using descriptive statistic and content analysis. The results showed that situation of tuberculosis during the period 2011 to 2014 showed that the ratio of diagnosis of pulmonary tuberculosis showed 77.9%, 81.8%, 90%, 89.6%. The pulmonary tuberculosis new case showed 71.7%, 83.3%, 80.6% and 81.4%. Pulmonary TB patients were treated with 2HRZE(S)/4HR (CAT 1) regimen showed 81.1%, 90.7%, 80.6% and 95.3%. Treatment success rate of the new smear-positive patients showed 78.6%, 84.8%, 77.3% and 81.5% respectively. Factors related to TB success rate were patients factor included the corrected knowledge about disease, the cause of TB by contacted TB patients, the patients were treated with standard treatments, health behaviors included tuberculosis protective behaviors and patient to cooperate in medical treatment. Factor of social support included emotional support, informational support, instrumental aid and affirmation, they received from healthcare providers, members of family and relatives related to TB success rate, and the patient's needs were physical help, emotional help, psychological help and economic help. A guideline for the development of Tuberculosis control. There were the services for provided knowledge accurate, Psychological support, Home visited, had drug directed control medications, counseling, Proactive screening, economic support and social support. Recommendations: A guideline should be used for the policy and practice on tuberculosis control includes for planning and improved support for TB control in the following areas.

Keywords : tuberculosis control, pulmonary tuberculosis, treatment success rate



บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อสำคัญที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยอยู่อันดับที่ 18 ของโลกในจำนวน 22 ประเทศที่มีขนาดปัญหาด้านวัณโรคสูง¹ จากข้อมูลรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 130,000 ราย หรือ 189 รายต่อแสนประชากร โดยในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 91,000 ราย ต่อปีหรืออัตราป่วย 142 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้จะพบผู้ป่วย ที่มีผลการตรวจเสมหะเป็นบวกประมาณ 39,000 รายต่อปี หรืออัตราป่วย 62 ต่อประชากรแสนคนต่อปี โดยประมาณครึ่งหนึ่งหรือราว 44,475 คน เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อ 1 ราย ถ้าไม่ได้รับการรักษาสามารถทำให้คนรอบข้างติดเชื้อได้ 10-15 คนต่อปี² การดำเนินการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย ยังพบปัญหาการใช้กลูท DOTS ยังไม่เข้มแข็งเพียงพอ นำไปสู่การทำ DOT ไม่ต่อเนื่องและก่อให้เกิดปัญหาตามมา คือ วัณโรคดื้อยาหลายขนาน วัณโรคดื้อยารุนแรง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง และมีอัตราผลสำเร็จเพียง ร้อยละ 60-70 เท่านั้น³

งานป้องกันและควบคุมโรค สำนักการสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครพิษณุโลก เป็นหน่วยงานสาธารณสุขของเทศบาลนครพิษณุโลก ทำหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก จากการทำนงานการควบคุมป้องกันโรควัณโรค ที่ผ่านมายังพบว่า อัตราการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และผลการรักษาสำเร็จยังต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและประเทศไทย โดยพบว่า มีอัตราการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อ ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557 คิดเป็น ร้อยละ 75.3, 60.3 และ 56.0 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงและยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.0 และอัตราผลสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อ ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2557 คิดเป็น ร้อยละ 78.6, 84.8, 77.3 และ 81.5 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90.0 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วย

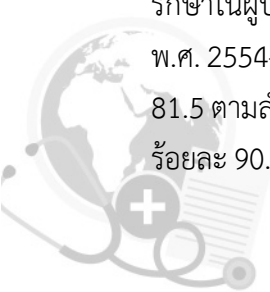
วัณโรค ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรักษาวัณโรค ในผู้ป่วยวัณโรคและการหาความต้องการและความช่วยเหลืออื่น ๆ ของผู้ป่วยวัณโรคในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอด ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยวัณโรค ในพื้นที่เขตของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ส่งผลให้การดำเนินงานวัณโรคสำเร็จ ลดอัตราการป่วย อัตราการตาย เพิ่มอัตราการรักษาสำเร็จ และสามารถควบคุมการระบาดของเชื้อวัณโรค ทำให้ประชาชนปลอดภัยจากภัยคุกคามวัณโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอด การวินิจฉัยวัณโรค และผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคสำเร็จ ในผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อศึกษาแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอดที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ความรับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ประเภทการศึกษาแบบหลายกรณี (multiple case Study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วย วัณโรคที่รักษาสำเร็จ ในปีงบประมาณ 2554-2557 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อายุมากกว่า 20 ปีบริบูรณ์ มีการรับรู้สติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และมีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย เก็บข้อมูลจนข้อมูลมีความอิ่มตัว ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง และแบบบันทึกการสังเกต ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปศึกษานำร่องในผู้ให้ข้อมูล 2 ราย



เพื่อปรับปรุงข้อความให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลสถานการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอด การวินิจฉัยวัณโรคและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอด การวินิจฉัยวัณโรคและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัด

พิษณุโลก ข้อมูลทั่วไป จำแนกปีงบประมาณ 2554 ถึง 2557 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.8, 64.8, 80.6 และ 65.1 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 51 ปี มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 49.1, 38.9, 38.9 และ 48.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80.0 ไม่มีโรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ ข้อมูลประเภทผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามปีงบประมาณ 2554 ถึง 2557 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด ร้อยละ 77.9, 81.8, 90.0 และ 89.6 ตามลำดับและวัณโรค นอกปอดร้อยละ 22.1, 18.2, 10.0 และ 10.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประเภทผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามปีงบประมาณ 2554-2557 (N = 222)

ประเภทผู้ป่วยวัณโรค	ปีงบประมาณ			
	2554 จำนวน (ร้อยละ)	2555 จำนวน (ร้อยละ)	2556 จำนวน (ร้อยละ)	2557 จำนวน (ร้อยละ)
วัณโรคปอด	53 (77.9)	54 (81.8)	36 (90.0)	43 (89.6)
วัณโรคนอกปอด	15 (22.1)	12 (18.2)	4 (10.0)	5 (10.4)
รวม	68 (100.0)	66 (100.0)	40 (100.0)	48 (100.0)

ข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด ปีงบประมาณ 2554 ถึง 2557 พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 71.7, 83.3, 80.6 และ 81.4 ตามลำดับ ชนิดยาที่ใช้รักษา สูตร CAT 1 ร้อยละ 81.1, 90.7, 80.6 และ 95.3 ตามลำดับ ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกไม่พบรอยโรค ร้อยละ 91.4, 63.0, 61.1 และ 60.9 ตามลำดับ ผลการเสมหะครั้งแรกพบเชื้อ 1+ ร้อยละ

35.8, 33.3, 27.8 และ 18.6 และรองลงมา พบเชื้อ 2+ ร้อยละ 28.3, 20.4, 27.8 และ 23.3 ตามลำดับ ผลเอกซเรย์ เป็นลบ ร้อยละ 79.2, 70.4, 86.1 และ 72.1 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2) อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ร้อยละ 78.6, 84.8, 77.3 และ 81.5 ตามลำดับ



ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลในด้านการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำแนกตามปีงบประมาณ 2554-2557

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยวัณโรคปอด	ปีงบประมาณ (N = 186)			
	2554 จำนวน(ร้อยละ)	2555 จำนวน(ร้อยละ)	2556 จำนวน(ร้อยละ)	2557 จำนวน(ร้อยละ)
ชนิดของผู้ป่วย				
รายใหม่	38 (71.7)	45 (83.3)	29 (80.6)	35 (81.4)
เป็นซ้ำ	5 (9.4)	4 (7.4)	4 (11.1)	4 (9.3)
ขาดยาและกลับมารักษา	5 (9.4)	1 (1.9)	2 (5.6)	0
รับโอน	0	2 (3.7)	0	3 (7)
อื่นๆ	5 (9.4)	2 (3.7)	1 (2.8)	1 (2.3)
ชนิดยา				
CAT 1	43 (81.1)	49 (90.7)	29 (80.6)	41 (95.3)
CAT 2	10 (18.9)	5 (9.3)	7 (19.4)	2 (4.7)
ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก(X-ray)				
พบรอยโรคที่ปอด	3 (8.6)	5 (9.3)	5 (13.9)	2 (8.7)
ไม่พบรอยโรค	32 (91.4)	34 (63)	22 (61.1)	14 (60.9)
ไม่ได้ตรวจ	0	15 (27.8)	9 (25)	7 (30.4)
Missing (ไม่มีข้อมูล)	18	0	0	20
ผลการตรวจเสมหะครั้งแรก				
เป็นลบ	5 (9.4)	10 (18.5)	5 (13.9)	11 (25.6)
พบเชื้อน้อย	2 (3.8)	7 (13)	2 (5.6)	4 (9.3)
พบเชื้อในเสมหะ 1+	19 (35.8)	18 (33.3)	10 (27.8)	8 (18.6)
พบเชื้อในเสมหะ 2+	15 (28.3)	11 (20.4)	10 (27.8)	10 (23.3)
พบเชื้อในเสมหะ 3+	11 (20.8)	8 (14.8)	9 (25)	10 (23.3)
ไม่มีเสมหะ/ไม่ได้ส่งตรวจ	1 (1.9)	0	0	0
ผลตรวจเอชไอวี				
รอดผล	0	0	2 (5.6)	0
ผลบวก	3 (5.7)	5 (9.3)	1 (2.8)	1 (2.3)
ผลลบ	42 (79.2)	38 (70.4)	31 (86.1)	31 (72.1)
ไม่ทราบผล	8 (15.1)	11 (20.4)	2 (5.6)	11 (25.6)

2. ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จ ในผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 9 ราย มีอายุระหว่าง 31-66 ปี ร้อยละ 44.4 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 49 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 เพศหญิง ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.6 รองมาคือ ไม่มีอาชีพ

ร้อยละ 44.4 ด้านสภาวะสุขภาพไม่พบโรคประจำตัว ร้อยละ 66.7

2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาวัณโรคสำเร็จ

2.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ ลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษา และพฤติกรรมสุขภาพ

1) ความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และมีการแสวงหาความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากการสอบถามอาการจากผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งการแสวงหาแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดจากการอ่านหนังสือ คู่มือแผ่นพับ ใบความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดของ

สถานพยาบาล และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อปฏิบัติตนในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ป่วยอายุ 66 ปี รายหนึ่ง กล่าวถึงผู้ป่วยวัณโรคปอดอีกรายหนึ่งว่า

“เขาบอกว่าโรคปอดอะ แบบรักษาหาย... รักษาหาย โรคติดต่อ เขาว่าเป็นโรคปอดอะ ปอดเป็นจุด ป้าเคยได้ยิน แต่ป้าเป็นแค่จุดนะ ไม่ได้ออกเป็นหนอง คำๆ หน่อยๆ มันยังไม่ใหญ่ มันเพิ่งเริ่มก่อ มันถึงหายเร็วไง”

เช่นเดียวกับผู้ป่วยอายุ 51 ปีที่พูดถึงการแสวงหาแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอดจากการอ่านหนังสือดังคำพูดที่ว่า

“เราไปเจอหนังสือที่เขาวางๆ เกี่ยวกับคำแนะนำ เราก็เอามาอ่านและทำตามในหนังสือ จริงๆ แล้ว คนเราจะหายหรือไม่หายเนี่ย มันอยู่ที่ผู้ป่วยด้วยว่าดูแลตนเองหรือเปล่า แต่ส่วนใหญ่พอป่วยจะไม่ค่อยดูแล แล้วกลับมาเป็นซ้ำไรอีก”

2) ลักษณะการเจ็บป่วย สาเหตุการติดเชื้อพบว่า เกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีเชื้อวัณโรค ไม่ได้มีการป้องกัน และเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง มีการใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ผู้ที่ทำงานหนัก และมีความเครียดสูง การมีประวัติการทำงานเกี่ยวกับฝุ่นละอองและร่างกายขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ อาการผิดปกติที่พบ คือ ไอเรื้อรัง เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออก น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ไอเป็นเลือด และจิบใช้ช่วงเย็นถึงหัวค่ำ การรับรู้อาการเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไปตรวจและรักษาเร็วขึ้น ผู้ป่วยมีการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น อาการคันตามผิวหนัง อาการวิงเวียนศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย และอาเจียน การรักษาที่สถานบริการทางสุขภาพ คือ ได้รับการตรวจร่างกาย การตรวจเลือด การตรวจเสมหะ และถ่ายภาพรังสีทรวงอก ดังคำกล่าวของผู้ป่วยอายุ 55 ปี เกี่ยวกับสาเหตุการติดเชื้อวัณโรคปอด

“อึดตอนที่จะเป็นนะ เคยเป็นผู้ต้องขังอยู่ในเรือนจำใช้เปล่า ทีนี้เราเสพยาแล้วเราอยู่กับคนมากอะ ความที่อากาศถ่ายเทมันไม่มี ไม่สะดวก ส่วนใหญ่ที่จะเป็นก็มาจากที่นี้กันทั้งนั้น คือมันแออัด แล้วใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน คือ ใครเป็นอะไรเขาไม่ได้แยกอะอยู่ปนกันหมด

ก็กลายเป็นกลายเป็นแพร่เชื้อๆ ใช้ปะ”

คำกล่าวของผู้ป่วยอายุ 38 ปี เกี่ยวกับอาการที่เป็น “อาการของผมที่เป็นคือ จุกๆ ก็ไอ ไอเสร็จก็ออกมาเป็นเลือดเลย ไม่มีไอก่อนหน้านี้ จะมีบ้างจิบใช้ช่วงเย็น ช่วงกลางคืน อืม! ปกติของโรคจะเป็นช่วงหัวค่ำแต่ผมจะเป็นช่วงดึกๆ” คำกล่าวเกี่ยวกับการสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาวัณโรคปอด ผู้ป่วยอายุ 51 ปี

“คัน รู้สึกคัน แล้วยอนไม่หลับ ยามันทำให้นอนไม่ค่อยหลับ เราก็กินยาหมอน หมอนเขาก็บอกว่าเป็นอาการของคนแพ้ยา เป็นปกติของยา” คำกล่าวเกี่ยวกับการรักษาที่สถานบริการทางสุขภาพ ผู้ป่วยอายุ 31 ปี

“เขาก็ให้ยามา ชั่งน้ำหนัก มีการตรวจเสมหะ ต้องให้ตรวจตอนเช้า มีเอกซเรย์ปอด ตอนไปเอกซเรย์เจอจุดขาว นึกว่าเป็นมะเร็งที่แท้เป็นวัณโรคปอด”

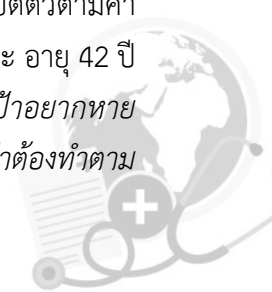
3) พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของโรค ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัย การกำจัดเสมหะที่ถูกต้องโดยการบ้วนเสมหะลงในภาชนะหรือถุงพลาสติกแล้วปิดฝาภาชนะหรือมัดปากถุงให้แน่นก่อนนำไปเผาไฟเพื่อฆ่าเชื้อโรค การป้องกันการแพร่กระจายของโรคกับผู้สัมผัสร่วมบ้าน เช่น การใช้ช้อนกลาง การแยกห้องนอนและของใช้ส่วนตัว และพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ประกอบด้วย การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ดังตัวอย่างคำกล่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จากผู้ป่วยอายุ 42 ปีและ 43 ปี

“อยู่กับแม่ก็จะปิดมูกตลอด”
“ใส่ mask ตลอด” คำกล่าวเกี่ยวกับการกำจัดเสมหะที่ถูกต้อง จากผู้ป่วยอายุ 61 ปี

“อย่างเสมหะเขาจะให้ใส่ถุงไปเผาไฟ ไม่ให้ไปทิ้งถังขยะ ไม่ให้ถูกลงน้ำ ไม่ให้อะไร เวลานี้เรานั่นมาเราก็จุดเผาไฟ เพราะว่าเราทิ้งขยะเขาจะจับมั้งอะไร ไปถูกมั้งเราใช้ระบบเผาไฟ” คำกล่าวเกี่ยวกับปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ จากผู้ป่วยอายุ 66 ปี และ อายุ 42 ปี

“ป้าทำตามเขาทุกอย่าง เพราะป้าอยากหายอยากหายด้วย อยากหายเอ็ง หมอบอกว่าป้าต้องทำตาม



หมอนะ บางคนนะหมอให้ยาไปก็ไม่ค่อยกินหรือก ให้ยาไปก็ไม่หายเหมือนเดิม เป็นปีๆ...เนี่ยปากินยาตามที่หมอลสั่ง ปฏิบัติตัว เรายากหายเราก็กิน กิน กิน เรายากหาย”

“ก็กินยาตามที่หมอลสั่ง ห้ามขาด ต้องห้ามขาด คือเราต้องมีวินัยในการกินยาไม่ใช่ขาดข้ามวันข้ามคืนเลย เราอาจจะลืมสักสองสามชั่วโมงอย่างไร้”

2.2.2 ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม

1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่ การให้กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์ จากการเยี่ยมบ้าน ดังคำกล่าวของผู้ป่วยอายุ 61 ปีและผู้ป่วยอายุ 64 ปี ที่ว่า

“โห! เห็นยากก็ไม่อยากจะลืมตาเลยอะ (หัวเราะ) หมอก็ว่ากินไปหะอะป่า ไม่ต้องกลัว ไม่ต้องเสียใจ เห็นยาและ อื้อหือ! มันติดตรงคอ...มีที่อนามัยเรา และเขาก็คอยลงมา 3-4 ครั้งได้ 4 ครั้งได้...เขาก็มาถามว่าปากินยายังงี้ แล้วเป็นยังงี้ เราก็เล่าให้เขาฟัง การกินยา กินกลางคืนแบบนี้สัก 3 เม็ดอะ เขาก็ขอยา ดูเราก็กินเขาดู เขาก็ว่าป่าแข็งใจกินหะอะ เดี่ยวปาก็กิน หายป่าไม่ต้องคิดอะไรมากนัก...หมอมานได้ ปาก็กินดีใจ ก็นั่งคุยยังงี้และ ก็ไม่มีใครมาที่โรงพยาบาล ก็มีแต่หมอมาน”

“เขาก็กินถามว่าปากินยายังงี้ แล้วเป็นยังงี้ เราก็กินเล่าให้เขาฟัง การกินยา กินกลางคืนแบบนี้สัก 3 เม็ดอะ เขาก็ขอยา ดูเราก็กินเขาดู เขาก็ว่าป่าแข็งใจกินหะอะ เดี่ยวปาก็กิน หายป่าไม่ต้องคิดอะไรมากนัก และเขาก็พูดมาที่ไม่รู้ว่า หยอกเล่นรีเปลาเนาะ ป่า ถ้าป่าหายแล้วนะ เดี่ยวมีหมอมานเขาจะให้ตั้งบ้านนะ เขาว่ายังงี้”

2) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเลือกในการปฏิบัติ จากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ป่วยอายุ 42 ปี และ อายุ 43 ปี

“ก็จะมีหมอมานที่ศูนย์มาแนะนำให้เป็นพิเศษหน่อย ไม่ค่อยมีเวลาเท่าไร เขาจะโทรตามเช็คตลอด แนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัว สอบถามอาการว่าเป็นอย่างไรบ้าง กินยาประจำไหม หาหมอมานประจำรีเปลา อยู่กันใกล้ๆ จะไปหาหมอมานเองซะมากกว่า เคยเข้าไปที่ศูนย์เหมือนกัน

แต่ส่วนใหญ่ติดต่อทางโทรศัพท์”

“ไปที่แรก พี่เขาดูแลดีนะ คือหมายความว่า เขามา เขาคอยอะไรต่อเนืองอะถามอาการอะไร ตั้งแต่เราเริ่มไอ เริ่มอะไร ก็เตือนอะไร แนะนำเราไอเรื่อง เรื่องการใช้ของ การกินยา ได้คำแนะนำโดยตรงจากเจ้าหน้าที่ เวลาเราก็กินตรงไปของเจ้าหน้าที่ได้เลย เราไม่ต้องไปตรวจของโรคทั่วไป”

3) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental aid) ได้แก่ ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากคนในครอบครัว และญาติพี่น้องและบุคลากรทางการแพทย์ และการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของเป็นการให้ความช่วยเหลืออุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายโรคคือ หน้ากากอนามัย ดังคำกล่าวของผู้รับบริการอายุ 64 ปี และ 66 ปี

“ลูกหลานบางทีก็ให้เงินให้ทองมากินมาใช้บ้าง... mask ลูกหลานก็จะซื้อมาให้ใส่ เป็นกล่องๆ เลย ลูกหลาน ยายหมอดหรือยัง”

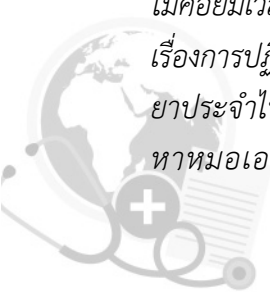
“...เขาให้ตั้งป่ามาพันกว่า พันห้าหรือพันเจ็ด ก็ไม่รู้ เขาบอกว่าให้มาเป็นค่ารถอะนั่งรถแท็กซี่หรือรถสามล้อ ไปโรงพยาบาล”

4) แรงสนับสนุนด้านการยอมรับ (Affirmation) การยอมรับและเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่แสดงความรังเกียจ ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณแยกจากสังคม ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์แสดงท่าทีที่แสดงว่ามีกรยอมรับและเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้รับบริการ อายุ 38 ปี และ 66 ปี

“ครอบครัวของเราที่จะดูแลกัน อยู่ด้วยกัน ตลอด นอนห้องเดียวกันตลอด”

“อ้อ น้องชายก็เอาไป นั่งสามล้อน้องชายไป ไปส่งเขาก็ไปคอย โห! ไปตั้งแต่สามโมงเช้า กว่าจะกลับ สามโมงเย็นโน้น คิวยาวอะ บางทีก็ไม่ถึง บางทีก็เที่ยง บ่ายโมง... ครั้งแรกมีหมอมานที่ศูนย์XXXมาดู ขับเก๋งมา มาเยี่ยม พอค่อยยังชั่วก็สั่งให้ป่าไปโน้น ไม่นานเท่าไร ป่าไปได้ป่า ก็ไป ไปไม่ได้เดี๋ยวเขาก็มา..หมอมานมาเยี่ยมเขาก็บอกว่า ป่าต้องหมั่นรักษาตัวตามที่หมอบอกนะ ป่าจะได้หาย ให้ขยันกินยา หมอลสั่งให้ป่าทำอะไรก็ทำ ก็บอกว่าป่า จะได้หาย”

ความต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนของผู้ป่วย



1) ความต้องการความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในด้านร่างกาย ได้แก่ ต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง ต้องการได้รับการตรวจคัดกรองเชื้อวัณโรคและต้องการดูแลกำกับติดตามการรับประทานยา

2) ความต้องการความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ การได้รับความเข้าใจจากบุคคลรอบข้างและจากบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยวัณโรคและเจ้าหน้าที่

3) ความต้องการความช่วยเหลือหรือสนับสนุนในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการประสานแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การฝึกอาชีพ การจ้างงาน การกู้ยืมเงินแบบดอกเบี้ยต่ำ กองทุนสำรอง

3. แนวทางทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอดที่เหมาะสมกับบริบทในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก สรุปได้ดังนี้

1) การจัดบริการด้านการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงของยา และการแก้ไข สอนและสาธิตการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การกำจัดเสมหะ การเก็บเสมหะที่ถูกวิธี การออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย

2) การดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล สนับสนุนให้ครอบครัวดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย

3) ด้านการบริการเชิงรุก จัดบริการเยี่ยมบ้านหาที่เลี้ยงในการกำกับกินยา ประเมินสภาพความเป็นอยู่ จัดสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ติดตามกรณีไม่ยินยอมเยี่ยมบ้าน

4) ด้านการให้คำปรึกษา เปิดช่องทางให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์

5) ด้านการคัดกรองเชิงรุก ค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว

6) ด้านการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม ในเรื่องการรักษาพยาบาล ค่าเดินทาง การจัดหายานพาหนะรับส่งมาโรงพยาบาล อุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อ ประสานแหล่งการช่วยเหลือด้านการฝึกอาชีพการจ้างงาน การกู้ยืมเงินดอกเบี้ยต่ำ กองทุนสำรอง

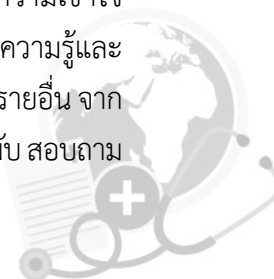
7) ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีทักษะในการให้บริการ

แก่ผู้ป่วยวัณโรคปอด ทักษะคิดค้นบวกต่อผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยวัณโรคและเจ้าหน้าที่

วิจารณ์

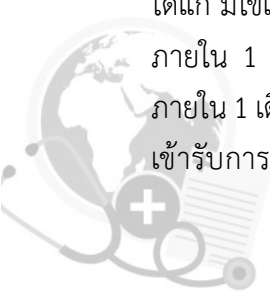
1. สถานการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคปอด การวินิจฉัยวัณโรคและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพรัช ม่วงศรี และคณะ⁴ ที่พบว่าเพศชายต้องทำงานหนัก เพื่อสร้างฐานะ มักพักผ่อนน้อย ชอบพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง จึงทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อแล้วป่วยเป็นวัณโรคได้ง่ายและเมื่อเจ็บป่วยก็ทำให้มีโอกาสดูแลตนเองลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ชนิดยาที่ใช้รักษาวัณโรคส่วนใหญ่คือ สูตร CAT 1 (2HRZE(S)/4HR) ตามแนวทางการรักษาวัณโรคแห่งชาติ 2 ผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (X-ray) ส่วนใหญ่ไม่พบรอยโรค ผลการตรวจเสมหะครั้งแรกพบเชื้อในเสมหะ 1+ และพบเชื้อในเสมหะ 2+ ผลการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุดา เทียนเจษฎา และเชิดชัย สุนทรภาส⁵ ที่ศึกษาการจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ผลเสมหะเป็นบวกเมื่อเริ่มรักษา ร้อยละ 57.3 ผลการตรวจเอชไอวีเป็นลบ ร้อยละ 86.3 ส่วนใหญ่ได้รับยาสูตร CAT 1 ร้อยละ 87.1 ส่วนอัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อจำแนกตามรายปีงบประมาณ 2554-2557 พบว่า มีอัตราผลสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อ ร้อยละ 78.6, 84.6, 77.3 และ 88.9 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 90.0 เนื่องจากมีอัตราตายที่สูงถึงร้อยละ 14.3, 9.1, 18.2 และ 7.4 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความรู้ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัณโรคปอด มีการแสวงหาความรู้และการรักษา โดยการสอบถามอาการจากผู้ป่วยรายอื่น จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น อ่านหนังสือ คู่มือแผ่นพับ สอบถาม



เจ้าหน้าที่ เพื่อนำมาปฏิบัติในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรชนก จุละวรรณโณ⁽⁶⁾ พบว่า หลังการให้ความรู้ในเรื่องโรคไวรัสโรค การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การส่งเสริมการหายของโรคและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้องจึงมีผลต่อการปฏิบัติตัวและการรักษาไวรัสโรคได้สำเร็จ ลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษา สาเหตุการติดเชื้อของผู้ป่วยไวรัสโรคปอด พบว่า เกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสโรค เนื่องจาก บางรายประกอบอาชีพเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วย สมาชิกในบ้านป่วยเป็นไวรัสโรคปอดและมีประวัติเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ มีภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง เช่น ไข้หวัดใหญ่หรือแอลกอฮอล์ ทำงานหนักและมีความเครียดสูง มีประวัติการทำงานเกี่ยวกับฝุ่นละอองและพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการติดเชื้อไวรัสโรค คือ เมื่อคนสูดหายใจเอาอากาศที่มีเชื้อไวรัสโรคเข้าสู่ร่างกาย droplets ของเชื้อไวรัสโรคที่มีขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรคแต่ส่วนที่มีขนาดเล็กๆ จะเข้าไปสู่ปอด เชื้อจะถูกทำลายด้วยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย หากมีเชื้อที่ถูกทำลายไม่หมดเชื้อจะแบ่งตัวทำให้เกิดการติดเชื้อ ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรง จะสามารถยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสโรค ประมาณร้อยละ 90.0 ของผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการป่วยและไม่สามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่จะป่วย โดยครึ่งหนึ่งจะป่วยภายใน 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กและผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำ ที่เหลือจะป่วยหลังติดเชื้อนานหลายปี อาการที่พบในผู้ป่วย ได้แก่ อาการไอเรื้อรัง เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เหงื่อออก น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว ไอเป็นเลือด และเจ็บไข้ช่วงเย็นถึงหัวค่ำ ซึ่งสัมพันธ์กับอาการของโรคไวรัสโรคปอด คือ ไอติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ และมีอาการอย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ มีไข้เป็นๆ หายๆ ภายใน 1 เดือน น้ำหนักลดมากภายใน 1 เดือน มีเหงื่อออกมากผิดปกติตอนกลางคืนภายใน 1 เดือน การที่ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการเรื้อรังทำให้เข้ารับการรักษาที่เร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ

ธัญพร ปานสุวรรณ, ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และรัชนิ นามจันทร์⁷ ที่พบว่า สภาพการณ์ที่สนับสนุนการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยไวรัสโรครายใหม่ คือ ลักษณะอาการที่เรื้อรังไม่หาย หรือรุนแรง ทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาภายในระยะเวลาอันสั้น ผลข้างเคียงจากการใช้ยา พบอาการ คันตามผิวหนัง วิงเวียนศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และอาเจียน ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ผลข้างเคียงของยารักษาไวรัสโรค ซึ่งแบ่งออกเป็นอาการข้างเคียงที่ไม่รุนแรง ไม่ต้องหยุดยารักษา ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ ให้การรักษาตามอาการ ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดข้อ ชาปลายมือ ปลายเท้า ง่วง อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ คันตามผิวหนังที่ไม่รุนแรง ส่วนอาการที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อร่างกายต้องหยุดยาทันที ได้แก่ ผื่นผิวหนัง หูหนวก เวียนศีรษะ บ้านหมุน ดีซ่าน การมองเห็นผิดปกติ ซีดออก ผื่น purpura ไตวายเฉียบพลัน ปัสสาวะออกน้อย ดังนั้นต้องให้คำปรึกษาและแนะนำผู้ป่วยให้ถูกต้องเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากยา ส่วนการรักษาที่สถานบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย การตรวจเลือด การตรวจเสมหะ และถ่ายภาพรังสีทรวงอก ซึ่งเป็นการจัดบริการตามแนวทางการรักษาไวรัสโรคแห่งชาติ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายของโรค พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใส่หน้ากากอนามัย การกำจัดเสมหะที่ถูกต้องโดยการบ้วนเสมหะลงในภาชนะหรือถุงพลาสติก แล้วปิดฝาภาชนะหรือมัดปากถุงให้แน่นก่อนนำไปเผาไฟ เพื่อฆ่าเชื้อโรคและการป้องกันการแพร่กระจายของโรคกับผู้สัมผัสร่วมบ้าน เช่น การใช้ช้อนกลาง การแยกห้องนอน และของใช้ เนื่องจากได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรชนก จุละวรรณโณ⁶ ที่พบว่าหลังการให้ความรู้รายบุคคลกับผู้ป่วยไวรัสโรค 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใส่หน้ากากอย่างน้อย 2 อาทิตย์หรือจนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ บ้วนเสมหะในกระป๋องที่มีฝาปิดมิดชิด อยู่ในระดับปานกลาง และมีการจัดการทำลายเสมหะและหน้ากากที่ใช้โดยการเผาทำลาย บ้านเปิดหน้าต่างโล่งอากาศถ่ายเทสะดวกและแดดส่องถึง แยกห้องนอนหรือนอนห่างกันอย่างน้อย 1-3 เมตร แยกจานชามช้อนของใช้ส่วนตัวไม่ใช้ประปนกัน มีพฤติกรรมอยู่



ในระดับมาก ในด้านการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พบว่า มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การออกกำลังกาย การงดบุหรี่และสุรา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิไกร ประมวล, จิราพร เขียวอยู่ และนงลักษณ์ เทศนา⁸ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะบวกรเป็นลบเมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ปัจจัยหนึ่งคือการให้ความร่วมมือในการรักษา คือ การรับประทานยาครบตามชนิดและขนาดของยา การไม่เคยหยุดรับประทานยาเมื่อมีอาการดีขึ้น และการศึกษาของธัญรดี วิไลเนตร และพจนีย์ เสี่ยงมจิตต์⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่จำแนกความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วย ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่า ได้รับความรักความเอาใจใส่ กำลังใจจากบุคลากรทางการแพทย์ จากครอบครัว และจากบุคคลในครอบครัว ทำให้มีกำลังใจ ในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถที่จะรักษาจนครบ และหายขาด ซึ่งจากการศึกษาของรัตนา สารบุญ และนิรมล เมืองโสม 10 พบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการออกเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจผู้ป่วยวัณโรคและกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีการปฏิบัติตัว ที่ถูกต้อง รับประทานยาสม่ำเสมอ สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ คำแนะนำต่างๆ จากบุคลากรทางการแพทย์ ได้เข้ารับบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสมาพบแพทย์เป็นประจำ อย่างสม่ำเสมอและได้รับฟังความรู้จากแพทย์ พยาบาล รวมทั้งจากระบบการติดตามการรับประทานยา ทำให้ได้รับความรู้และวิธีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง การให้แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยวัณโรคเกิดความไว้วางใจนำไปสู่ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรม รวมถึงมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามกลยุทธ์ที่ได้รับคำแนะนำ แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร พบว่า ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลานและญาติพี่น้องเป็นค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตประจำวันและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพขณะป่วย และได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ที่ไม่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ค่าเดินทางมารับบริการรวมทั้งได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ เช่น หน้ากากอนามัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Paz-Soldan, et al.¹² พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อ เอชไอวี ในประเทศเปรู ซึ่งในบางรายได้รับผลกระทบต้องออกจากงาน มีความต้องการการสนับสนุนทางการเงินด้านการจัดหางาน การฝึกอาชีพ เช่น การตัดเย็บเสื้อผ้า การทำรองเท้า ช่างไม้ บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินความต้องการของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือให้ตรงกับความ ต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยและรักษาให้หายขาดจากวัณโรคได้ แรงสนับสนุนด้านการยอมรับ คือ การที่ผู้ป่วยวัณโรคปอดได้รับการปฏิบัติหรือการแสดงออกในทางบวก ในลักษณะที่เห็นด้วยกับความคิดหรือความรู้สึกหรือให้กำลังใจทำให้ผู้ป่วยนั้นมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความหมายพร้อมจะต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น จากบุคคลในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทดแทนในสิ่งที่ไม่สามารถทำตัวเอง ครอบครัวไม่แสดงท่าทีรังเกียจ อยู่ร่วมกันได้ตามปกติ อาจเป็นเพราะสังคมและวัฒนธรรมไทย เป็นสังคมแห่งการเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นสังคมระบบเครือญาติ มีความห่วงใยเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันจึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Paz-Soldan, et al.¹² พบว่า ถ้าครอบครัวให้การยอมรับให้ความรักและให้กำลังใจ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป และยังเสนอแนะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรับฟังความคิดเห็นและเคารพความเป็นบุคคลของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ



ความต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านร่างกาย ต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง ได้รับการตรวจคัดกรองเชื้อวัณโรคและดูแล กำกับติดตามกินยาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติผู้ป่วย ที่เชื่อถือได้และผู้นำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ควร เน้นในเรื่องการให้ความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หาผู้ดูแลกำกับกินยา อาจเป็นคนในครอบครัว ชุมชน ที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของพุทธิกร ประมวล, จิราพร เขียวอยู่ และนงลักษณ์ เทศนา⁵ ที่พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีผลเสมหะ เปลี่ยนจากบวกเป็นลบเมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการ รักษา คือ การกำกับรับประทานยาแบบ DOT ของ พี่เลี้ยง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติและคนในครอบครัว ความ ต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนในด้านอารมณ์และ จิตใจ ได้แก่ การได้รับความเข้าใจจากบุคคลรอบข้างและ จากผู้ให้บริการทางสุขภาพ รวมทั้งสัมพันธ์ทางที่ระหว่ง ผู้ป่วยวัณโรคและเจ้าหน้าที่ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาด ความมั่นใจและต้องการการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองถูกแยก ออกจากสังคม ซึ่งจากการศึกษาของ Paz-Soldan, et al.¹² ได้สะท้อนในเรื่องจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยวัณโรคและ ผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีว่าผู้ป่วยมีความ วิดกกังวล มีภาวะซึมเศร้า บางรายมีความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นการให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องการจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ต้องการประสานแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและ เศรษฐกิจ เช่น การฝึกอาชีพ การจ้างงาน การกู้ยืมเงิน แบบดอกเบี้ยต่ำ กองทุนสำรอง ซึ่งจากการเจ็บป่วยส่ง ผลกระทบกับผู้ป่วยวัณโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งจากการศึกษาของ Paz-Soldan, et al.¹² พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการ ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศเปรูได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วย คือ การถูกเลิกจ้างงาน ทำให้ผู้ป่วยมีความ ต้องการความช่วยเหลือในด้านคำปรึกษาพยาบาล การฝึก อาชีพ เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้ เช่น การเย็บ เสื้อผ้า การทำรองเท้า และช่างไม้ ซึ่งบุคลากรสาธารณสุข จึงควรมีการประสานงานหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

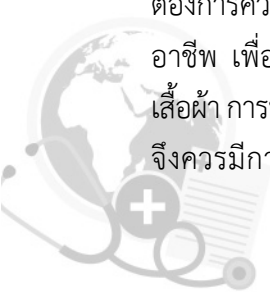
เข้ามาให้การช่วยเหลือในด้านนี้

3. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคปอด ที่เหมาะสมกับบริบทในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของ เทศบาลนครพิษณุโลก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จาก ผลการวิจัย สามารถสรุปแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 การจัดบริการด้านการให้ความรู้และ คำแนะนำที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงของยาและการแก้ไข สอนและสาธิตการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การกำจัดเสมหะ การเก็บ เสมหะที่ถูกวิธี การออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดทำคู่มือ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ซึ่งเป็นการจัดบริการ ที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแล ตนเองได้ถูกต้อง ส่งผลต่อการรักษาสำเร็จ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของเนตรชนก จุลสุวรรณโณ⁶ ที่พบว่า หลัง การให้ความรู้ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีระดับพฤติกรรมดูแลตนเองในภาพรวมในระดับมาก ดังนั้นกระบวนการให้ความรู้จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ ที่ต้องมีการจัดให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ

3.2 การดูแลด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล สนับสนุนให้ครอบครัวดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย จะทำให้ ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัว ส่งเสริม การรักษาให้สำเร็จได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Paz-Soldan, et al.¹² พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคร่วมกับการ ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศเปรู พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรมีบทบาทในการสนับสนุนด้านจิตใจ คือ การให้ กำลังใจ ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี ให้ความรัก และเมตตา ให้อภัย และมีความเข้าใจผู้ป่วย จะทำให้ ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลและลดภาวะซึมเศร้า

3.3 ด้านการบริการเชิงรุก จัดบริการเยี่ยมบ้าน หาพี่เลี้ยงในการกำกับกินยา ประเมินสภาพความเป็นอยู่ จัดสิ่งแวดล้อม โทรศัพท์ติดตามกรณีไม่ยินยอมเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้านเป็นกระบวนการเชิงรุกที่มีความสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การเยี่ยมบ้านในการทำ ความเข้าใจ ระบุปัญหาและความต้องการของบุคคล สมาชิก ในครอบครัวและชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของไพรัช ม่วงศรี และคณะ⁴ ที่พบว่าภายหลัง การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง



ในชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผลเสมอเมื่อรับประทานยาครบ 2 เดือน ไม่พบเชื้อวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 93.33

3.4 ด้านการให้คำปรึกษา เปิดช่องทางให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม ตามแนวทางการรักษาวัณโรคแห่งชาติ ในคลินิกผู้ป่วยวัณโรค ต้องมีบริการให้คำปรึกษาตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงการเยี่ยมบ้าน

3.5 ด้านการคัดกรองเชิงรุก ค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้มีการค้นหาผู้ป่วยโดยการคัดกรอง (Screening pathway)

3.6 ด้านการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม สนับสนุนในเรื่องการรักษาพยาบาล ค่าเดินทาง การจัดหายานพาหนะรับส่งมาโรงพยาบาล อุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อ ประสานแหล่งการช่วยเหลือด้านการฝึกอาชีพ การจ้างงาน การกู้ยืมเงินดอกเบี้ยต่ำ กองทุนสำรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Widjanarko et al.¹³ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค ที่อาศัยอยู่ที่เมืองจาวา ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษา คือ มีปัญหาด้านการเงิน และการให้ยารักษาฟรีเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้นในการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ควรมีการประเมินและให้ความช่วยเหลือด้านการเงินและการมีอาชีพเพื่อหารายได้ให้กับผู้ป่วยวัณโรคปอด

3.7 การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีทักษะในการให้บริการแก่ผู้ป่วยวัณโรคปอด ทักษะที่ดีด้านบวกต่อผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ทักษะที่ดีต่อผู้ป่วยวัณโรคส่งผลที่ดีต่อการให้การดูแลผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อถือนและมีทัศนคติในด้านบวกกับผู้ให้บริการ ผู้ป่วยจะรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ ทำให้มีผลต่อการรักษาสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Widjanarko et al.¹³ ที่พบว่า การที่ผู้ป่วยมีทัศนคติด้านลบต่อบุคลากรทางการแพทย์มีผลต่อการรักษาของผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า

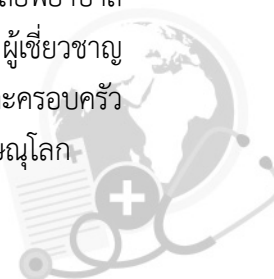
ผู้ป่วยที่มีทัศนคติเป็นบวกต่อแพทย์และพยาบาล จะมีความเชื่อมั่นที่ดีในการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ประสบปัญหาด้านลบ เช่น การสื่อสารที่ไม่ดีของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล การให้ข้อมูลที่น้อยเกินไป ผู้ป่วยจะมีความกลัวและกังวลมากขึ้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรให้การเป็นมิตรและมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรับบริการ

สรุป

สถานการณ์วัณโรคปอดในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก สรุปได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดรายใหม่ โดยได้รับยาสูตร CAT 1 มีอัตราผลสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยรายใหม่เสมอพบเชื้อ ร้อยละ 78.6, 84.8, 77.3 และ 81.5 ตามลำดับ ปัจจัยการรักษาสำเร็จ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง ลักษณะการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค ภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน มีพฤติกรรมที่ต้องเกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล 2) ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสารด้านทรัพยากร ด้านการยอมรับ จากบุคลากรทางการแพทย์ สมาชิกครอบครัวและญาติ ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม สรุปแนวทางการควบคุมวัณโรคที่เหมาะสม คือ การจัดบริการในด้าน การให้ความรู้ การดูแลด้านจิตใจ บริการเยี่ยมบ้าน การกำกับรับประทานยา การให้คำปรึกษา การคัดกรองเชิงรุก และการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม เสนอแนะให้ใช้แนวทางการพัฒนาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ ในการวางแผน ปรับปรุงและสนับสนุนงานควบคุมวัณโรคในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.พนารัตน์ เจนจบ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพิษณุโลก ที่ปรึกษางานวิจัย ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้ป่วยวัณโรคปอดและครอบครัว บุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครพิษณุโลก



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Global Tuberculosis report 2014**. Switzerland : Geneva; 2012.
2. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2556.
3. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. **สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยและแนวทางแก้ไข**. วารสารสมาคมเวชศาสตร์การป้องกันแห่งประเทศไทย 2554 ; 1(3), 232-235.
4. ไพรัช ม่วงศรี และคณะ. **ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่**. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วิชาการ 2555 ; 16 (31), 31-48.
5. วิชชุดา เทียนแจษฎา และเชิดชัย สุนทรภาส. **การจัดการและผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ณ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์**. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2555; 8 (2), 41-52.
6. เนตรชนก จุลวรรณโณ. **ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค**. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3 (1), 17-30.
7. ธัญพร ปานสุวรรณ, ปิ่นททัย ศุภเมธาพร และรัชณี นามจันทร์. **การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลสมุทรปราการ**. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15 (3), 279-287.
8. พุทธิไกร ประมวล, จิราพร เขียวอยู่ และนงลักษณ์ เทศนา. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนจากเสมหะพบเป็นเสมหะลบเมื่อสิ้นสุด 2-3 เดือนแรกของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ ในจังหวัดศรีสะเกษ**. วารสารวิจัย มข. (บศ.) 2557 ; 14 (4), 93-105.
9. ธัญรดี วิลเนตร และพจนีย์ เสี่ยมจิตต์. **ปัจจัยจำแนกความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ**. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์ 2554 ; 6 (1), 27-32.
10. รัตนา สารบุญ และนิรมล เมืองโสม. **การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย**. วารสารวิจัย มข. 2555; 12 (3), 29-36.
11. สุพัตติธิดา แสงทอง, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสุพัตรา บัวที. **ผลของการใช้โปรแกรมการจัดการอาการต่อการรับรู้อาการและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยวัณโรคปอด**. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556 ; 31 (4), 105-114.
12. Paz-Soldan AV, Alben ER, Jones DC and Oberthelmann AR. **The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima Peru : a qualitative study**. BMC health service research. 2013 [cited 2016 May 20]; 13() 290:[about 12 p.]. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-290>
13. Widjanarko B, Gompelman M, Dijkers M and Werf JM. **Factor that influence treatment adherence of tuberculosis patients living in Java Indonesia**. Patient preference and adherence. 2009 [cited 2016 May 20] ; 3: [about 8 p.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778426>



การศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง
ศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว เทศบาลนครพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

Education and Health Care Systems, Supporting the Elderly Who live alone
His White Community Health Centers Phitsanulok

ดร.ณิ ช่วยบุญ* พ.ย.ม.

Darunee Chuayboon M.Sc. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา สถานการณ์ ศึกษา รูปแบบ และพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ท้องถิ่น ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาวเทศบาลนครพิษณุโลก เก็บข้อมูลระหว่างมิถุนายน 2558-กุมภาพันธ์ 2559 จำนวน 332 คน ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 อายุเฉลี่ย 73.32 ศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 ส่วนใหญ่หม้าย ร้อยละ 47.3 อาศัยอยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน ร้อยละ 43.4 อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน ร้อยละ 25.9 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 19.9 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 38.9 รายได้เฉลี่ย 4,138 บาทต่อเดือน มีกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 14.8 ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 56.0 มีบุตร ร้อยละ 85.2 การมาหาของบุตร พบว่า กลุ่มที่อยู่จังหวัดเดียวกับ ผู้สูงอายุมาหาทุกวัน ร้อยละ 45 ที่อยู่ต่างจังหวัด มาหา 1-2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 47.7 และกลุ่มที่อยู่ต่างประเทศ ร้อยละ 45.4 มาหา 1-2 ครั้งต่อปี ด้านลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในบ้านและทางสังคม พบว่า เป็นบ้านของตนเอง ร้อยละ 90.7 มีส้วมใช้ ร้อยละ 97.6 เป็นแบบชักโครก/แบบโถนั่ง ร้อยละ 78.9 และแบบนั่งยอง ร้อยละ 23.1 และ ร้อยละ 81.8 ไม่มีราวจับ บ้านที่มีบันไดส่วนใหญ่ไม่มีราวจับ ร้อยละ 58.0 มีบ้านที่อยู่ใกล้เคียงบ้านของผู้สูงอายุที่พอเรียกกันได้อายุ ร้อยละ 89.5 บริเวณบ้านปลูกผักสวนครัว ร้อยละ 57.2 มีคนดูแล ร้อยละ 85.2 ครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่พาไปหาหมอ ร้อยละ 76.5 มี อสม. ดูแล ร้อยละ 98.8 มีเพื่อนบ้านดูแล ร้อยละ 80.7 และผู้นำ ร้อยละ 25.6 อสม. ส่วนใหญ่ดูแลเรื่องการ เยี่ยมบ้าน ร้อยละ 79.5 และมีผู้นำดูแลเยี่ยมบ้านเพียง ร้อยละ 60.6 การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพเพียง ร้อยละ 80.1 มีผู้สูงอายุ ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพียง ร้อยละ 45.8 อาศัยอยู่ในบ้าน หลังเดียวกับบุตรหลาน ร้อยละ 88.6 เคยถูกเอาเปรียบหรือถูกหลอก ถูกโกง ร้อยละ 8.1 เคยถูกทำร้ายจิตใจใน รอบ 1 ปี ร้อยละ 6.3 ที่เข้าร่วมประชุม ร้อยละ 28.0 ส่วนมากเคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 88.9 มีรายได้ เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง ร้อยละ 60.0 มีหนี้สินถึง ร้อยละ 19.3 ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนา ร้อยละ 88.9 เคยนำ ภูมิปัญญาไปสอนผู้อื่น ร้อยละ 27.4 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 50.9 ความเชื่อด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 79.5 มีสุขภาพจิตในเกณฑ์เสี่ยง ร้อยละ 16.0 มีการใช้สมุนไพร ร้อยละ 29.6 ยาชุด ร้อยละ 20.6 สิ่งที่คุณสูงอายุต้องการ ช่วยเหลือ ด้านข้าวของเครื่องใช้ ต้องการจากครอบครัว ร้อยละ 54.2 ผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 30.1 จากภาครัฐ ร้อยละ 10.5 อาชีพส่วนใหญ่ต้องการจากภาครัฐ ร้อยละ 34.3 จากท้องถิ่น ร้อยละ 25.6 และผู้นำชุมชน ร้อยละ 8.7 ด้านการ พัฒนาที่อยู่อาศัย (ตัวบ้าน) พบว่า ส่วนมากต้องการจากภาครัฐ ร้อยละ 45.5 รองลงมาจากภาคท้องถิ่น ร้อยละ 23.8

คำสำคัญ : ระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

* สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครพิษณุโลก



ABSTRACT

This study was a qualitative research which had objectives: firstly to study situation of TB diagnosis and treatment results of TB patients. Secondly to study factors related to TB success rate and thirdly to study tuberculosis control and guideline for the development of tuberculosis control in Phitsanulok municipality Muang District, Phitsanulok Province. Materials and Method: The study populations were the TB success rate patients during the period 2011 to 2014. Purposive sampling was used. Research instrument was a semi-structured interview in-depth interview schedule and observation note. Data were analyzed using descriptive statistic and content analysis. The results showed that situation of tuberculosis during the period 2011 to 2014 showed that the ratio of diagnosis of pulmonary tuberculosis showed 77.9%, 81.8%, 90%, 89.6%. The pulmonary tuberculosis new case showed 71.7%, 83.3%, 80.6% and 81.4%. Pulmonary TB patients were treated with 2HRZE(S)/4HR (CAT1) regimen showed 81.1%, 90.7%, 80.6% and 95.3%. Treatment success rate of the new smear-positive patients showed 78.6%, 84.8%, 77.3% and 81.5% respectively. Factors related to TB success rate were patients factor included the corrected knowledge about disease, the cause of TB by contacted TB patients, the patients were treated with standard treatments, health behaviors included tuberculosis protective behaviors and patient to cooperate in medical treatment. Factor of social support included emotion support, information support, instrumental support and affirmation support, they received from healthcare providers, members of family and relatives related to TB success rate, the patient's needs were physical help, emotional help, psychological help and economic help a guideline for the development of Tuberculosis control. There were the services for provided knowledge accurate, Psychological support, Home visited, had drug directed control medications, counseling, Proactive screening, economic support and social support. Recommendations: A guideline should be used for the policy and practice on tuberculosis control includes for planning and improved support for TB control in the following areas.

Keywords : tuberculosis control, pulmonary tuberculosis, treatment success rate

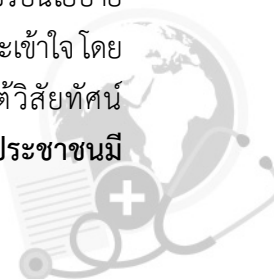


บทนำ

สังคมโลกในยุคศตวรรษที่ 21 กำลังก้าวเข้าสู่วิกฤตการณ์ผู้สูงอายุที่เรียกว่า “สังคมผู้สูงอายุ: Aging Society” อันหมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 10 หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 7 ขึ้นไปและจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์: Aged Society” แนวโน้มประชากรโลก จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลผู้สูงอายุกลายเป็นภาระหนักมากขึ้นแก่ครอบครัว ชุมชนและภาครัฐ ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศแถบเอเชียและลาตินอเมริกายังอาศัยอยู่กับลูกหลานคิดเป็นร้อยละ 75.0 ในขณะที่ประเทศในยุโรปออสเตรเลีย และอเมริกาเหนือผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 70.0 ต้องดำเนินชีวิตตามลำพัง และมีแนวโน้มจะต้องอยู่ตามลำพังตนเองมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยสถานการณ์ผู้สูงอายุกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤติด้วยเช่นกัน โดยพบว่า มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.0 ของประชากรทั้งหมด และยังมีประเมินว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าหรือในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช อ่างในมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552 ; บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2553)¹ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่โดยลำพังมีปริมาณที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากมิได้มีการสนับสนุนตั้งศักยภาพทุน ภูมิปัญญาที่ยังคงมีอยู่ และการสนับสนุนเพื่อเอื้อให้ดำรงชีวิตอย่างพึ่งตนเองแบบมีศักดิ์ศรี จะทำให้สังคมไทยมีความเปราะบางและไม่สามารถพัฒนาภายใต้ข้อจำกัดโครงสร้างประชากร การใช้ทุนชุมชนและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง น่าจะเป็นพลังในการฟื้นคืนพร้อมกับการพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อเตรียมการรับมือกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งในระดับตำบลและอำเภอจะนำมาสู่การสร้างความตระหนักในการเตรียมการสังคมเพื่อรองรับผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต มีกลไกที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังสามารถเชื่อมต่อตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ไปถึงชุมชน เป็นทางออกที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้มากกว่า การที่แต่ละหน่วยงานดำเนินงานเพียงลำพัง นอกจากนี้ยังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุ

ที่อยู่ลำพังได้รับการพิทักษ์ และคุ้มครองให้พ้นจากการละเมิดสิทธินอกจากนี้ กรมอนามัย ยังดำเนินการให้มีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในบริบทของการเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมด้านสุขภาพ ด้านจิตวิทยาสังคม การดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และกิจวัตรประจำวัน และเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตามศักยภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) มีสุขภาพดี และอยู่ตามลำพังได้ มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจรรโลงภาวะสุขภาพดี ให้คงอยู่ได้ตามอายุ โดยอิสระผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) ต้องการผู้ช่วยเหลือหรือผู้ดูแลในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (กลุ่มติดเตียง) ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ เวชปฏิบัติ พันฟู รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม

ศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว อยู่ในเขตโซนที่ 1 ของเทศบาลนครพิษณุโลก เป็นหน่วยบริการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้บริการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับประชาชน ผู้นำชุมชน อสม. อย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายการทำงานเป็นระบบและยั่งยืน เช่น ชมรมเครือข่ายผู้สูงอายุ ชมรมออกกำลังกาย เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ เครือข่ายจิตอาสา เครือข่ายเพื่อนใจวัยรุ่นของโรงเรียนพุทธชินราช เครือข่ายชุมชน ฯลฯ มีเครือข่ายการทำงานเป็นระบบและยั่งยืน การให้ความสำคัญกับสุขภาพและทุกข์สุขของประชาชน โดยสนองตอบนโยบายของกรมอนามัยในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว เป็นพื้นที่ภายใต้บริบทของสังคมและชุมชนเขตเมืองที่เปลี่ยนจากเมืองเล็กไปเป็นเมืองใหญ่นิยมในการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ได้ รับอิทธิพลจากประเทศทางตะวันตกมีการแข่งขันทางสังคมและเศรษฐกิจค่อนข้างมากภาวะการพึ่งพาในครอบครัวลดลงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวชุมชนและสังคมเปลี่ยนไปเนื่องจากทุกคนต้องเร่งรีบหาเลี้ยงชีพจึงมีการปรับนโยบายและชี้แจงผู้บริหารเพื่อให้เกิดความชัดเจนและเข้าใจ โดยต้องการเห็นประชาชนมีความสุข ภายใต้วิสัยทัศน์ “พิษณุโลกเป็นเมืองที่มีภูมิทัศน์สวยงาม ประชาชนมี



ความสุข” จึงมีการประเมินประชากรผู้สูงอายุซึ่งมี ทั้งหมด 3,340 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 ของประชากรทั้งหมด 17,798 คน (จากยอดประชากรกลางปี 2558) และจำแนก เป็นผู้สูงอายุติดเตียง 42 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ผู้สูงอายุ ติดบ้าน 749 คน คิดเป็นร้อยละ 21.5 และผู้สูงอายุ ติดสังคม 2,508 คน คิดเป็นร้อยละ 75.1 มีการจัดเวที ประชาคมแบบร่วมกันคิด ร่วมกันทำกับผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในชุมชน และสกัดความคิดกลุ่ม ในประเด็น **“เราจะ ช่วยดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไร ให้เกิดกิจกรรมใน 3 กลุ่ม”** จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์ สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว เทศบาลนครพิษณุโลกในช่วง ปี 2555-2557 จะเห็นว่า พื้นที่รับผิดชอบเข้าสู่การเป็น สังคมผู้สูงอายุ (aged society) อย่างแท้จริง (ประชากร ผู้สูงอายุของพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน พระองค์ขาว เท่ากับร้อยละ 18.8 เป็นสถิติที่มีจำนวน ผู้สูงอายุสูงกว่าสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย (ร้อยละ 14.0) และจากการสำรวจผู้สูงอายุใน ปี 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์ สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว ทั้งสิ้น 370 คน หรือร้อยละ 11.1 ศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว ยังไม่เคยมีการ สำรวจหรือศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ ตามลำพังมาก่อนและเล็งเห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นกลุ่มพึ่งพิงทางสังคมอย่างยาวนาน ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน สังคมที่กำลังก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุเนื่องจากต้องเผชิญกับ สภาพการณ์ กระบวนการสูงอายุแล้วยังมีความเปราะบางในตนเอง จากการมีพลังชีวิตที่ลดลงด้วยปัจจัยแวดล้อมต่างๆ กระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การเตรียมการรองรับผลกระทบดังกล่าว จึงควรต้อง อาศัยความร่วมมือกันทุกภาคส่วนในการวางแผนแก้ไข ลดผลกระทบหรือป้องกันสภาพปัญหา โดยเน้นทั้งใน ระดับบุคคล ให้มีการเตรียมตนเองเข้าสู่การอยู่ตามลำพัง บทบาทครอบครัวชุมชนสังคม ในการร่วมกันเกื้อหนุน ผู้สูงอายุให้มีพลังชีวิตและคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขอย่างยั่งยืน จึงได้ทำงานวิจัยนี้ขึ้นเพื่อนำข้อมูลมา พัฒนาต่อยอดและจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการ ของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ประกอบกับมุ่งหวังสร้างองค์

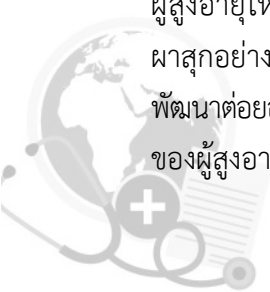
ความรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังที่ยังต้องการระบบ สนับสนุนการดูแลสุขภาพที่เป็นระบบมีลักษณะเฉพาะ แตกต่างไปจากผู้สูงอายุทั่วไปด้วยการมีส่วนร่วมของ ผู้เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ โดยผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวได้รับการ คุ้มครองให้อยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและคุณค่า

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่น ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว
2. ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการจัดระบบบริการ สุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังโดยการมีส่วนร่วมของ ภาครัฐ ท้องถิ่น และองค์กรชุมชน

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. ประชุมทีมวิจัยหลักเพื่อพัฒนารายละเอียด กระบวนการวิจัย
3. ประสานงานและสำรวจพื้นที่เข้าร่วมงานวิจัย
4. ประชุมทีมวิจัยและเก็บข้อมูลเบื้องต้นในพื้นที่ เพื่อพัฒนารายละเอียดกระบวนการวิจัย
5. ประชุมผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่เพื่อชี้แจงโครงการ พัฒนารอบการดำเนินงานและการบริหารงานวิจัย
6. ประสานขอใช้เครื่องมือแบบเก็บข้อมูลเชิง ปริมาณ (แบบสอบถาม)จากสำนักงานสนับสนุนบริการ สุขภาพเขต 3
7. จัดอบรมพนักงานเก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลผู้สูง อายุที่อยู่ตามลำพัง
8. สนับสนุนงบประมาณลงพื้นที่วิจัย (ระยะที่ 1) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนสร้างเครือข่ายทีมงานวิจัย ดำเนินการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และจัด ระบบข้อมูลผู้สูงอายุ
9. จัดเวทีประชุมสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลในแต่ละ ชุมชน
10. จัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
11. ประชุมนักวิจัยเพื่อติดตามความก้าวหน้า



12. สรุปผลการศึกษาและรายงานความก้าวหน้า ปีที่ 1 นักวิจัยเก็บข้อมูลการพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่น ใน 15 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนอรัญญิก ชุมชนเสื่อทิม ชุมชนคลองมหาดไทย ชุมชนธรรมจักรพัฒนา ชุมชนธรรมบูชา ชุมชนพระองค์ขาว ชุมชนเสรีราษฎร์พัฒนา ชุมชนเกษมรัฐพัฒนา ชุมชนพญาเสื่อ ชุมชนเจดีย์ยอดทอง ชุมชนสุพรรณกัลยา ชุมชนวัดน้อยพัฒนา ชุมชนตาลเดี่ยว ชุมชนเรือนแพ และชุมชนมิตรภาพ

13. จัดเวทีระดมความคิดเห็นเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังของภาครัฐ ชุมชน และท้องถิ่น ในระดับอำเภอ

14. สรุปและรายงานผลการศึกษา ผ่านเวทีประชุมสภาของเทศบาลนครพิษณุโลก

ประชากร

ประชากร เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาวทั้งหมด 15 ชุมชน จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามลักษณะการอยู่ลำพังของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ อยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ อยู่ตามลำพัง เฉพาะกลางวัน อยู่กับผู้ที่เป็นภรรยา (หลาน ผู้พิการ) อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ หรือ อยู่คนเดียว และจัดประชุมด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาวเทศบาลนครพิษณุโลก ทั้ง 15 ชุมชน ได้แก่ นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาล ผู้อำนวยการสำนักการสาธารณสุข ประธานชุมชน ผู้อำนวยการพัฒนาสังคมจังหวัดพิษณุโลก ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธาน อสม. ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำผู้สูงอายุ

เครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ :แบบสำรวจผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยดำเนินการสร้างเครื่องมือแบบมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่งานวิจัย โดยให้ความสำคัญและนำหลักข้อมูลที่ผู้ทำงานในพื้นที่ศึกษาได้ใช้ประโยชน์

ในการพัฒนาตัวระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ : ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ในแต่ละชุมชน เพื่อศึกษาสถานการณ์อดีต ปัจจุบันและอนาคต ของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังทุนของชุมชนที่ยังคงอยู่ในการจัดระบบสนับสนุนเพื่อเกื้อกูลกันเองในระดับชุมชน ท้องถิ่น ระบบบริการสุขภาพที่เกื้อกูลต่อผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในพื้นที่ ร่วมแลกเปลี่ยนเพื่อพัฒนาระบบการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก

ผลการศึกษา

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 อายุเฉลี่ย 73.32 (S.D. =7.45) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 71-80 ปี ร้อยละ 43.4 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 39.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.1 รองลงมาปริญญาตรี ร้อยละ 14.5 สถานภาพส่วนใหญ่ หม้าย ร้อยละ 47.3 รองลงมา คู่ ร้อยละ 39.2 การอยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ตามลำพังเฉพาะกลางวัน ร้อยละ 43.4 รองลงมาอยู่กับผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.9 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 19.9 ขณะที่อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเฉย ร้อยละ 38.9 รองลงมางานบ้าน ร้อยละ 23.2 กลุ่มข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 19.3 ค้าขาย ร้อยละ 9.9 ด้านรายได้ พบว่ารายได้ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3,001-4,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.7 รายได้ต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน รายได้สูงสุด 30,000 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย 4,138 บาทต่อเดือน และมีกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือนถึง ร้อยละ 14.8 รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 56.0 รองลงมาจากบุตร/หลาน/พี่น้อง ร้อยละ 32.5 นอกจากนี้ยังพบว่า มีรายได้มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 1.2 จำนวนบุตร พบว่า ส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 85.2 ส่วนใหญ่มีบุตร 2 คน ร้อยละ 30.4 รองลงมา 3 คน ร้อยละ 20.8, 4 คน ร้อยละ 11.2 ความถี่ในการมาหาของบุตร พบว่า ในกลุ่มที่อยู่จังหวัดเดียวกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่

มาหาทุกวัน ร้อยละ 45.8 รองลงมา 1-2 ครั้งต่อเดือน ร้อยละ 15.4 ในกลุ่มที่อยู่ต่างจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่มาหา 1-2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 47.7 และกลุ่มที่อยู่ต่างประเทศ พบว่า ร้อยละ 45.4 มาหา 1-2 ครั้งต่อปี และหลายๆ ปี มาหาครั้ง ร้อยละ 27.3

หมวด 2 สถานะแวดล้อมทั่วไป

ด้านลักษณะที่อยู่อาศัย ร้อยละ 100.0 เป็นบ้านถาวร เป็นบ้านสองชั้นร้อยละ 54.2 บ้านชั้นเดียวร้อยละ 29.4 และบ้านใต้ถุนสูงร้อยละ 14.2 ส่วนมากเป็นบ้านของตนเองร้อยละ 90.7 รองลงมาอาศัยคนอื่นอยู่ร้อยละ 6.3 และเป็นบ้านเช่าร้อยละ 3.0

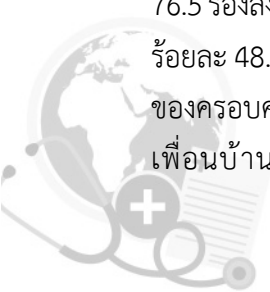
ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน พบว่า ส่วนมากมีส้วมใช้ ร้อยละ 97.6 ไม่มีส้วม (ข่ารดใช้การไม่ได้) ร้อยละ 2.4 ส่วนใหญ่ส้วมตั้งอยู่ในตัวบ้าน ร้อยละ 96.4 แบบส้วมส่วนใหญ่ เป็นแบบชักโครก/แบบโถนั่ง ร้อยละ 78.9 และเป็นแบบนั่งยอง ร้อยละ 23.1 ส่วนใหญ่เป็นส้วมแบบไม่มีราวจับ ร้อยละ 81.8 มีราวจับเพียง ร้อยละ 18.2 พื้นส่วนใหญ่ เป็นพื้นราบ ร้อยละ 59.9 ต่างระดับร้อยละ 40.1 ส่วนมาก เป็นพื้นไม้ลิ้นร้อยละ 94.4 และมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 98.1 ส่วนพื้นบ้านเป็นพื้นไม้ลิ้นร้อยละ 96.1 เป็นบ้านแบบไม่มีบันได ร้อยละ 21.4 บ้านที่มีบันไดส่วนใหญ่ไม่มี ราวจับ ร้อยละ 58.1 และพื้นบันไดไม้ลิ้นร้อยละ 74.1 พื้นบันไดลิ้นถึงร้อยละ 4.5

ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม พบว่า ส่วนมากมีบ้านที่อยู่ใกล้เคียงบ้านของผู้สูงอายุที่พอเรียกกันได้ถึง ร้อยละ 89.5 ไม่มี ร้อยละ 8.4 บ้านที่เรียกได้ เป็นบ้านญาติ ร้อยละ 52.7 และเป็นเพื่อนบ้าน ร้อยละ 50.9 ส่วนมากบริเวณบ้านปลูกผักสวนครัวไว้ใช้ประกอบอาหารกินเอง อย่างน้อย 5 ชนิด ร้อยละ 57.2 อีก ร้อยละ 42.8 ไม่ได้ปลูก/ปลูก ไม่ครบ 5 ชนิด ความสามารถของครอบครัวและชุมชน ในการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลครอบครัว ส่วนมากมีคนดูแลช่วยเหลือ ร้อยละ 85.2 ไม่มี ร้อยละ 14.8 การดูแลของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการพาไปหาหมอ ร้อยละ 76.5 รองลงมา ดูแลเรื่องอาหาร ร้อยละ 68.7 ด้านเงินทอง ร้อยละ 48.2 ดูแลเรื่องกินยา ร้อยละ 36.4 ความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลเพื่อนบ้าน ผู้นำและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

พบว่า ส่วนใหญ่ อสม.ดูแล ร้อยละ 98.8 รองลงมา มีเพื่อนบ้านดูแล ร้อยละ 80.7 ผู้นำ ร้อยละ 25.6 การดูแลในด้านต่างๆ ของ อสม. ส่วนใหญ่ดูแลเรื่องการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 79.5 รองลงมาด้านสุขภาพ ร้อยละ 73.6 และแจ้งข่าวสาร ร้อยละ 70.8 ส่วนเพื่อนบ้านส่วนใหญ่ดูแลด้านแจ้งข่าวสาร ร้อยละ 66.9 รองลงมาเรื่องการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 56.9 และสุขภาพ ร้อยละ 28.6 ส่วนน้อย ผู้นำดูแลเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 60.6 รองลงมาแจ้งข่าวสาร ร้อยละ 63.6 และติดต่อประสานงาน ร้อยละ 40.7

หมวดที่ 3 การรับรู้และการเข้าถึงสิทธิ ตามมาตรฐาน การส่งเสริมสวัสดิภาพและการคุ้มครอง พัททษสิทธิผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการตรวจ คัดกรองสุขภาพเบาหวานความดันและซีเอ็มเอประจำปี ร้อยละ 80.1 อีก ร้อยละ 19.9 ไม่ได้ได้รับการตรวจ เมื่อเจ็บป่วย ได้รับการดูแล ร้อยละ 94.9 อีก ร้อยละ 5.1 ไม่ได้ได้รับการตรวจ ส่วนด้านการออกกำลังกายพบว่า มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 45.8 ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์ อีก ร้อยละ 54.2 ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 88.6 อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับบุตรหลาน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.1 เคยถูกเอาไรต์เอาเปรียบหรือถูกหลอก ถูกโกง ร้อยละ 6.3 เคยถูกทำร้ายจิตใจในรอบ 1 ปี ร้อยละ 67.1 ภายในบ้านมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมและปลอดภัยอย่างน้อย 3 รายการ อีก ร้อยละ 33.4 ไม่มีในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยเข้าร่วมประชุม อบรมศึกษาเรียนรู้ จากหน่วยงาน องค์กร หรือชมรมผู้สูงอายุมิผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 28.0 ที่เข้าร่วมประชุมอีก ร้อยละ 72.0 ไม่ได้ เข้าร่วมและมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.9 ไม่เคยรับทราบข่าวสารทั่วไปจากสื่อต่างๆ ส่วนมากเคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์หรือสิทธิพิเศษของผู้สูงอายุตาม พรบ. 2546 ร้อยละ 88.9 อีก ร้อยละ 11.1 ไม่เคย ผู้สูงอายุมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของตนเอง ร้อยละ 60.5 อีก ร้อยละ 39.5 ไม่เพียงพอ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.1 ที่ทำงานสร้างรายได้ มีเงินออม ร้อยละ 40.7 และมีหนี้สินถึง ร้อยละ 19.3 ส่วนใหญ่ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือ ร้อยละ 88.9 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 82.8 ในรอบปีที่ผ่านมาได้รับการเยี่ยมบ้านจาก



อสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.0 อีกร้อยละ 22.0 ไม่ได้รับการเยี่ยม มีผู้สูงอายุร้อยละ 27.4 เคยนำภูมิปัญญาไปสอนผู้อื่น และมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 50.9 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อีกร้อยละ 49.1 ไม่เป็นสมาชิก

หมวดที่ 4 ความเชื่อเรื่องสุขภาพ (มองปัญหาควบคู่กับการจัดการ)

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.5 มีโรคประจำตัว อีกร้อยละ 20.5 ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อจำแนกรายโรค พบว่า ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.6 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.1 และโรคเข่า/ข้อเสื่อม ร้อยละ 4.2 ส่วนใหญ่ผู้ที่พาไปรักษาเป็นสามี/ภรรยา/บุตร/หลาน/พี่น้อง ร้อยละ 67.4 และไปด้วยตัวเอง ร้อยละ 29.9 เพื่อนบ้านพาไป ร้อยละ 2.7 อาชีพผู้ที่พาไปรักษาเป็นข้าราชการ ร้อยละ 32.3 รับจ้าง ร้อยละ 27.7 และค้าขาย ร้อยละ 20.8 ส่วนมากสามารถติดต่อผู้ที่พาไปได้ตลอดเวลาตลอด 24 ชั่วโมงร้อยละ 90.5 อีก 9.5 ติดต่อไม่ได้ตลอดเวลา ส่วนผลการประเมินสุขภาพใจ พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 35.8 สุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 47.5 และมีสุขภาพจิตในเกณฑ์เสี่ยง ร้อยละ 16.7 และการประเมินศักยภาพความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 77.1 ติดบ้าน ร้อยละ 21.1 และติดเตียง ร้อยละ 1.8 เมื่อประเมินด้านอุปกรณ์ช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพทางการแพทย์ พบว่า ส่วนมากไม่มีอุปกรณ์ช่วย ร้อยละ 94.9 และมีอุปกรณ์ช่วยเหลือ ร้อยละ 5.1 ชนิดของอุปกรณ์ช่วยเหลือส่วนใหญ่เป็นไม้เท้า ร้อยละ 76.5 สายสวนปัสสาวะ ร้อยละ 23.5 การรักษาสุขภาพด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันส่วนใหญ่เคยถึง ร้อยละ 54.5 และการรักษาสุขภาพด้วยวิธีอื่นๆ นอกเหนือจากการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันที่เคยได้รับส่วนใหญ่ใช้สมุนไพร ร้อยละ 29.6 หมอนวด ร้อยละ 26.8 ยาชุด ร้อยละ 20.6 น้ำมันดี ร้อยละ 6.6 และหมอน้ำมัน ร้อยละ 5.7

หมวดที่ 5 จากสภาพความเป็นอยู่ สิ่งที่สูงอายุต้องการให้ใครบ้างเข้ามาช่วยเหลือ ในเรื่องต่างๆ ต่อไปนี้ เรื่องที่ผู้สูงอายุต้องการช่วยเหลือ 7 ประเด็น พบว่า

1. ด้านข้าวของเครื่องใช้ พบว่าส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว ร้อยละ 54.2 รองลงมา เป็นผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 30.1 จากภาครัฐ ร้อยละ 10.5 ผู้นำชุมชน ร้อยละ 6.0 และ อสม. ร้อยละ 2.4
2. ด้านอาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการจากภาครัฐ ร้อยละ 34.3 รองลงมาจากท้องถิ่น ร้อยละ 25.6 และ ผู้นำชุมชน ร้อยละ 8.7
3. ด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัย (ตัวบ้าน) พบว่า ส่วนมากต้องการจากภาครัฐ ร้อยละ 45.5 รองลงมาจากภาคท้องถิ่น ร้อยละ 23.8
4. ด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและบริเวณบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการจากครอบครัว ร้อยละ 33.4 รองลงมาจากท้องถิ่น ร้อยละ 30.4 และรัฐ ร้อยละ 24.0
5. ด้านการพัฒนาศักยภาพแกนนำและครอบครัว หรือการพัฒนาผู้ที่จะมาดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการจากภาครัฐ ร้อยละ 51.58 รองลงมาจากท้องถิ่น ร้อยละ 29.8 และจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 6.0
6. ด้านการเฝ้าระวังปัญหาผลกระทบจากการอยู่ลำพัง พบว่า มีความต้องการจากภาครัฐเพียง ร้อยละ 11.4
7. ด้านการดูแลความเจ็บป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 50.9 รองลงมาจากภาครัฐ ร้อยละ 28.0 และครอบครัว ร้อยละ 16.7

หมวด 6 ผู้สัมภาษณ์คิดว่าผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือ

ส่วนที่ 1 ทีมงานผู้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในโครงการวิจัยมีความเห็นว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุควรได้รับความช่วยเหลือ มีดังนี้

1. เสนอให้ศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว เทศบาลนครพิษณุโลก ปรับกระบวนการตรวจคัดกรองสุขภาพในผู้สูงอายุที่ไม่มีใครพาออกบ้านโดยเสนอให้มีเจ้าหน้าที่เคาะประตูบ้านร่วมกับ อสม./แกนนำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. ต้องการให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต และกลุ่มปกติในชุมชนเป็นรายละแวก



3. การสนับสนุนด้านสวัสดิการของเทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด และภาครัฐ ยังไม่ทั่วถึงและไม่เท่าเทียม เช่น การแจกจ่ายเครื่องอุปโภคและบริโภค เสื้อผ้าผู้สูงอายุ เสนอให้ อปท. ดำเนินการสำรวจและจัดสิ่งสนับสนุนเรื่องการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในบ้านเรือน เช่น ห้องน้ำ ผู้สูงอายุ รวบรวมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุลื่นล้ม

4. วางแผนสนับสนุนการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัย พื้นบ้านและพื้นห้องน้ำ ห้องส้วมปรับให้เป็นระดับเดียวกัน และมีราวจับโดยประเมินตามความจำเป็นเร่งด่วน

5. เสนอให้ปรับปรุงส้วมให้เป็นแบบนั่งราบ (โถนั่ง) ช่วยเหลือเครื่องอุปโภคและบริโภคสำหรับผู้สูงอายุ ที่ฐานะไม่ค่อยดี

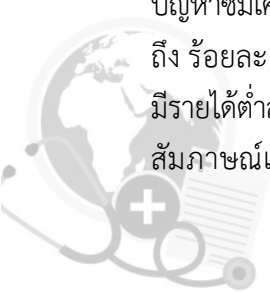
6. รณรงค์เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังให้ครอบคลุมทั้งเขตเทศบาลนครพิษณุโลก เพื่อประเมินสภาพความเป็นอยู่ และให้ความช่วยเหลืออื่นๆ ตามความเหมาะสม

7. เสนอให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชน พระองค์ขานำปัญหาที่ได้ครั้งนี้เสนอต่อผู้บริหารท้องถิ่น เพื่อประกอบการทำแผนทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

อภิปรายผล

การศึกษานี้มุ่งไปที่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ทั้งที่อยู่คนเดียว หรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน หรืออยู่ตามลำพัง เฉพาะช่วงกลางวัน ซึ่งไม่เคยมีการศึกษาข้อมูลนี้มาก่อน ในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าสนใจในหลายประเด็น ได้แก่ ประเด็น **การอาศัยอยู่** พบว่ามีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวถึง ร้อยละ 19.9 และร้อยละ 25.9 ที่อยู่กับผู้สูงอายุด้วยกันเอง ถือเป็นกลุ่มที่ต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นลำดับแรกที่ต้องวางแผนดูแลช่วยเหลือโดย เจ้าหน้าที่ที่ต้องลงไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อการประเมินซ้ำว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มนี้ มีความเสี่ยงทางสุขภาพอะไร มีการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเหมาะสมหรือไม่ เพราะการอยู่คนเดียวมีความเสี่ยง เช่น การเกิดอุบัติเหตุ เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะปัญหาซึมเศร้า เมื่อวิเคราะห์ **ด้านรายได้** พบว่ามีผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 14.8 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 1500 บาทต่อเดือน มีรายได้ต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน กลุ่มนี้ควรมีการติดตามสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความพอเพียงกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

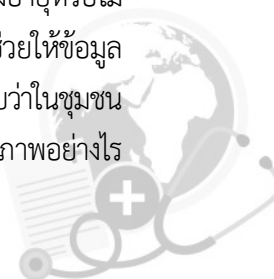
มีคนรับผิดชอบดูแลแล้วหรือไม่ พร้อมหาช่องทางหรือแนวทางการประสานของความช่วยเหลือจากภาคีอื่นในชุมชน การศึกษานี้ยังพบว่า มีกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนถึง ร้อยละ 12.7 ถือเป็นโอกาสหรือต้นทุนทางสังคมในการที่จะมีการสนับสนุนให้เกิดโอกาสในการช่วยเหลือกันระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเอง ส่วนรายได้ที่ได้จากการช่วยเหลือของบุตร/หลาน/พี่น้อง ยังมีน้อยเพียง ร้อยละ 32.5 ควรมีการคืนข้อมูลในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นญาติผู้สูงอายุในรูปแบบของการจัด Focus Group ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเพื่อชี้หรือสะท้อนให้ญาติ/บุตร/หลานเห็นว่าเพียงพอต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ หากแม้รายได้อาจมีแต่ญาติหรือบุตรหลานมีปัญหาเศรษฐกิจร่วมด้วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้หาช่องทางช่วยเหลือต่อไป **ด้านการมาเยี่ยม/ดูแลผู้สูงอายุ** จะเห็นว่าบุตรที่อยู่ในจังหวัดเดียวกันกับผู้สูงอายุ มีเพียง ร้อยละ 45.8 ที่มาดูแล ทุกวัน อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุควรมีการสัมภาษณ์ความต้องการเพิ่มเติมในกลุ่มนี้ ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มที่บุตรอยู่ต่างจังหวัดส่วนใหญ่ มาเยี่ยม 1-2 ครั้งต่อปี ร้อยละ 47.7 ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ควรมีการติดต่อประสานงานกับบุตรเพื่อหาผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจเป็นญาติ จิตอาสา หรือผู้รับจ้างดูแล ส่วนกลุ่มอื่นที่บุตร/หลานนานๆ มาหาควรมีการมอบหมายให้ อสม. หรือเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมเพื่อพูดคุยหรือหากิจกรรมกลุ่มในละแวกเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และอาจมีการสัมภาษณ์ซ้ำว่าการมาเยี่ยมของบุตรมีผลทางด้านจิตใจหรือไม่ **ด้านสภาพแวดล้อมทั่วไป** เรื่องที่อยู่อาศัย พบว่า ร้อยละ 97.6 มีส้วมใช้ แต่พบว่าเป็นแบบนั่งยอง ร้อยละ 23.1 และไม่มีราวจับถึง ร้อยละ 81.8 ซึ่งไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สกัลย์ สุมนานุสรณ์ (2557) ด้านความต้องการที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้าน ได้แก่ ประตู หน้าต่าง สวิทช์ไฟ ปลั๊กไฟ ทางลาด บันได ลูกบิดประตู มือจับประตูหน้าต่าง พื้นภายในบ้าน ธรณีประตูและผู้สูงอายุมีความต้องการให้ห้องน้ำมีอุปกรณ์ต่างๆ ดังนี้ โถส้วมแบบมีพนักพิงหลัง สัญญาณขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ ระบบทำน้ำอุ่น ก๊อกน้ำในรูปแบบก้านโยก และไม่มี



ต้องการอุปกรณ์ตั้งนี้ราวจับอย่างล้างมือ ที่นั่งสำหรับอาบน้ำ ราวจับตั้งแต่ประตูจนถึงโถส้วมและบริเวณที่อาบน้ำ ทั้งสองประเด็นนี้น่าสนใจที่ควรนำเสนอข้อมูลชุดนี้ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนราวจับและแผนปรับปรุงส้วมให้เอื้อต่อการใช้ของผู้สูงอายุซึ่งในระเบียบการใช้งบประมาณของท้องถิ่นสามารถกระทำได้ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ส่วนมากมีเพื่อนบ้านที่เรียกกันได้ในยามปกติและเจ็บป่วย ประเด็นที่น่าสนใจคือการใช้บริเวณบ้านปลูกผักสวนครัวอย่างน้อย 5 ชนิดมีถึง ร้อยละ 57.2 ถือว่าเป็นต้นทุนทางสังคมที่ควรคืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อขยายผลหรือกระตุ้นให้ชุมชนรณรงค์ปลูกผักสวนครัวบริโภคเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและสมาชิกในบ้าน **ด้านความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการสนับสนุนช่วยเหลือดูแล** มีกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังถึง ร้อยละ 14.8 หรือ 49 คน ที่ขาดคนดูแลควรทำ Mapping บ้านผู้สูงอายุกลุ่มนี้ พร้อมทั้งกำหนดแผนการเยี่ยมถึงกว่ากลุ่มอื่นร่วมกับการทบทวนบทบาท อสม.และหาจิตอาสาในชุมชนว่าเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนใครจะเป็นผู้รับผิดชอบประสานงาน ร้อยละ 36.4 หรือ 120 คนต้องการให้ครอบครัวดูแลเรื่องการรับประทานยา กลุ่มนี้ควรมีกลุ่มสหวิชาชีพจากศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว ดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินศักยภาพของครอบครัวในการจัดการด้านยา พร้อมร่วมวางแผนกับครอบครัวว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาและถูกต้อง การดูแลของเพื่อนบ้าน ผู้นำและ อสม. ในด้านการจัดรถรับส่งไปโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 8.1, 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ ผู้วิจัยมีการประเมินซ้ำว่าเป็นปัญหาของผู้สูงอายุหรือไม่ ผู้สูงอายุตอบว่าไม่เป็นปัญหาให้เหตุผลว่าบ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล และมีการใช้บริการเรียกรถฉุกเฉินของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และเทศบาลนครพิษณุโลก ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 **ด้านการรับรู้และเข้าถึงสิทธิตามมาตรฐานการส่งเสริมสวัสดิภาพและการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ** พบว่า มีผู้สูงอายุอีก ร้อยละ 19.9 ที่เข้าไม่ถึงบริการตรวจคัดกรองสุขภาพ (โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงและซึมเศร้า) และมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายสม่ำเสมอถึง

ร้อยละ 54.2 ทั้งสองประเด็นเกี่ยวข้องกับในแง่ของโอกาส การเกิดโรคกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการประเมินซ้ำว่าทั้งสองกลุ่มเป็นกลุ่มเดียวกันหรือไม่ หากใช้ตรวจคัดกรองตรวจคัดกรองสุขภาพและสนับสนุนการออกกำลังกายตามบริบทที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุที่จะกระทำได้นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุที่เคยถูกเอารถเอาเปรียบ/โกงถึงร้อยละ 8.1 และเคยถูกทำร้ายจิตใจร้อยละ 6.3 ควรมีการวิเคราะห์ต่อว่าเป็นกลุ่มเดียวกับที่มีสุขภาพจิตในเกณฑ์เสี่ยง (ร้อยละ 16.7) ในหมวดที่ 3 ของการศึกษานี้หรือไม่ นอกจากนี้จะสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมจาก อสม. และหมอมิไม่ถึงร้อยละ 80.0 (ร้อยละ 78.0) ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาวควรนำข้อมูลไปวางแผนการเยี่ยมให้ครอบครัวได้ ร้อยละ 100.0 เพราะถือว่าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสและมีความจำเป็นในการพึ่งบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเมื่อประเมินการเข้าร่วมเป็นชมรมผู้สูงอายุพบว่า มีเพียงร้อยละ 50.9 เป็นสมาชิกอีก ร้อยละ 49.1 ไม่เป็นสมาชิกของชมรมซึ่งลักษณะปัญหาคล้ายกับการศึกษาของกฤษณา เอี่ยมเปลี่ยน และยุพา มณีท่าโพธิ์ที่ศึกษาในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองพิจิตร ซึ่งมีข้อมูลรองรับว่าทำไมผู้สูงอายุไม่สมัครเข้าร่วมชมรมเพราะต้องเสียค่าสมัครสมาชิกครั้งแรกสูงและต้องชำระรายเดือนอีก ประเด็นนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนควรมีการประเมินว่าการเข้าร่วมการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของเขตเทศบาลนครพิษณุโลกนั้นสอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุหรือไม่ เช่น การเก็บค่าสมัครสมาชิก สวัสดิการของสมาชิกชมรม หากไม่สอดคล้องควรปรับกระบวนการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุแล้วทบทวนเป้าหมายและบทบาทของการมารวมตัวกัน ว่าทำเพื่ออะไร

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง มีการใช้ยาชุดถึง ร้อยละ 21.1 และสมุนไพร ร้อยละ 29.6 ประเด็นนี้ควรมีการติดตามประเมินเชิงลึกกว่าประเภทของยาที่ใช้มีผลเสียกับสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ โดยประสานงานคุ้มครองผู้บริโภค (คบ.) เพื่อช่วยให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตลอดจนมีการคืนข้อมูลให้ชุมชนทราบว่าในชุมชนยังมีการใช้ยาชุดพร้อมอธิบายผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร



และเพิ่มการตรวจเฝ้าระวังร่วมกับขอความร่วมมือในการจัดการจำหน่ายยาชุดในร้านชำต่างๆ ในชุมชน ส่วนประเด็นสุดท้าย ด้านความเป็นอยู่สิ่งที่คุณสูงอายุต้องการให้ใครมาดูแลบ้าง พบว่า ยังมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 25.6 ที่ต้องการให้ท้องถิ่นสนับสนุนเรื่องอาชีพ อีกร้อยละ 45.5 ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐมาสนับสนุนดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย (ตัวบ้าน) ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงโอกาสที่เป็นไปได้ในการสนับสนุนโดยลงสำรวจเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกับท้องถิ่น ชุมชนแล้วนำข้อมูลที่ได้มาเสนอและจัดทำแผนขอรับการสนับสนุนจากผู้บริหารของเทศบาลนครพิษณุโลก ส่วนเรื่องการดูแลเมื่อเจ็บป่วยมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังยังต้องการให้เพื่อนบ้านร่วมดูแลถึงร้อยละ 50.9 ประเด็นนี้ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุควรคืนข้อมูลให้เพื่อนบ้านและเปิดเวทีการสนทนากลุ่มระหว่างผู้สูงอายุกับเพื่อนบ้านในประเด็น สิ่งที่คุณสูงอายุจะให้เพื่อนบ้านช่วยอะไรอย่างไรในภาวะเจ็บป่วยอย่างไรและให้ชุมชนคืนข้อมูลให้คุณสูงอายุด้วยเช่นกันว่าชุมชนจะช่วยเหลือได้แค่ไหน จะประสานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างไรในการร่วมดูแลสนับสนุน

ผลการศึกษานี้มีหลายประเด็นที่สอดคล้องกับความคิดของผู้สัมภาษณ์ที่เห็นว่าผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลเรื่องอะไรบ้าง เช่นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนเป็นรายละเอียดการเคาะประตูบ้านเพื่อตรวจสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงบริการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดคนพาออกนอกบ้าน และการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัย พื้นบ้านและพื้นห้องน้ำ ห้องส้วมปรับให้เป็นระดับเดียวกันและมีราวจับซึ่งท้องถิ่นสามารถดูแลและ

ตั้งงบประมาณสนับสนุนได้เพียงแต่ขาดข้อมูลในการวางแผน และปรับการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในรูปแบบของการจัดตั้งชมรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุกันเองโดยซึ่งประโยชน์ที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพให้กลุ่มเห็น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำประเด็นสำคัญจากการอภิปรายผลเป็นข้อมูลนำเข้าในการจัดแผนการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวปี 2559-2564
2. ควรมีการเยี่ยมบ้านและประเมินความต้องการของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังให้ครอบคลุมพื้นที่ ทั้ง 15 ชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว
3. คืนข้อมูลผลการวิจัยให้แก่ผู้รับผิดชอบงานของศูนย์สุขภาพชุมชนอีก 3 แห่ง คือศูนย์สุขภาพชุมชนประชาอุทิศ ศูนย์สุขภาพชุมชนพันปี และศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาลนครพิษณุโลกเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาและจัดกิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร.พนารัตน์ เจนจบ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ด้านผู้สูงอายุและครอบครัว ท่านนายกเทศมนตรีนครพิษณุโลก ปลัดเทศบาลผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและบุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชน เทศบาลนครพิษณุโลก



เอกสารอ้างอิง

1. กฤษณา เอี่ยมเปลี่ยน และยุพา มณีท่าโพธิ์. (2558). รายงานผลการศึกษาและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังโดยการมีส่วนร่วม ของรัฐท้องถิ่นและชุมชน ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองพิจิตร.
2. มณฑิรา เขียวยิ่ง. (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง ความคาดหวังและความเป็นจริงในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจากครอบครัว. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
3. มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2544). ประชาสัมพันธ์กับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
4. ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2542). รายงานวิจัยเรื่องการประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการบทบาทภาครัฐและองค์กรชุมชนกับผู้สูงอายุไทย สถานการณ์ ปัจจุบันและทิศทางในอนาคต 23-24 ธันวาคม 2542.
5. วิไลวรรณ วัฒนานนท์. (2543). ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุชุมชนบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
6. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. (2556). ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง : ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม-ธันวาคม 2556. อุตรดิตถ์.
7. ประภาพร โมโนรัตน์. (2556). ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง: ผลกระทบและบทบาทสังคมกับการดูแล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม - ธันวาคม 2556
8. สกัลย์ สุมนานุสรณ์. (2557). ความต้องการรูปแบบที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพบริเวณรอบที่พักอาศัยสำหรับ กลุ่มผู้สูงอายุ. นักศึกษาลัทธิสุตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.สมุทรปราการ
9. สุทิน อ่อนอุบล. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุใน เขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันของสังคมไทย. เอกสารประกอบการประชุมปี 2550 ของ สศช.
11. สำนักส่งเสริมสถาบันครอบครัวสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2555). การวิเคราะห์สถานการณ์และศึกษา นโยบายมาตรการในการจัดระบบสวัสดิการสังคมที่จำเป็นสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุที่ประสบสภาวะยากลำบาก : ครอบครัวผู้สูงอายุเลี้ยงดูเด็กตามลำพังและครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยตามลำพัง. กรุงเทพมหานคร.



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วย
วัณโรคปอดเสมหะบวก โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์

Factors Related to Treatment Success of
Pulmonary Tuberculosis Smear Positive in Sawanpracharak Hospital

เบญจมาศ พรน้อย* วท.บ.

Benjamas Pronnoi B.Sc.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาของโรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555-30 กันยายน 2558 ผลการรักษาพบว่าผู้ป่วยเสมหะบวกรายใหม่ทั้งหมด 401 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 67.6 หญิงร้อยละ 32.4 สัดส่วนชาย : หญิงเท่ากับ 2:1 มีอายุระหว่าง 45-64 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.7 รองลงมา 25-44 ปี ร้อยละ 31.2 สถานภาพสมรส เป็นผู้ป่วยสมรสมากที่สุด ร้อยละ 61.4 อาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 51.4 มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 79.5 มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน ร้อยละ 14.5 รองลงมาคือติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.5 การใช้สูตรยาที่ใช้สูตรมาตรฐาน CAT1 ร้อยละ 81.5 ความสม่ำเสมอในการรับยามาตามนัด โดยมาตามนัดสม่ำเสมอ ร้อยละ 87.5 การดูแลกำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่/อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 48.1 ผลสำเร็จในการรักษา ร้อยละ 82.8 ผลไม่สำเร็จในการรักษาเป็นผู้ป่วยขาดยา ร้อยละ 4.5 ล้มเหลว 3.2 เสียชีวิต ร้อยละ 9.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาไม่สำเร็จคือ มีจำนวนผู้เสียชีวิต 38 ราย พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก กลุ่มอายุที่เสียชีวิตมากที่สุด พบว่ากลุ่มอายุ 65 ปี 16 ราย ร้อยละ 42.1 มีโรคประจำตัวร่วมด้วย ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.0 และเบาหวาน 5 ราย ร้อยละ 13.2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก พบว่าโรคประจำตัว การใช้สูตรยา ความสม่ำเสมอในการมารับยา การดูแลกำกับการกินยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.05$) แต่สำหรับเพศ อายุ อาชีพ ภูมิลำเนาต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุปคือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก คือโรคประจำตัว การใช้สูตรยา ความสม่ำเสมอการมารับยา และการดูแลกำกับการกินยา ดังนั้น เพื่อให้จะทำให้การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกประสบความสำเร็จ ควรมีการค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี กลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาเร็วขึ้นเพื่อลดอัตราการตาย และการดูแลกำกับการกินยาโดยมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัคร อันจะส่งผลต่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรคได้ในที่สุด

คำสำคัญ : วัณโรคปอดเสมหะบวก, ผลสำเร็จการรักษา

* โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์

ABSTRACT

The objective this study to treatment outcome success of Pulmonary Tuberculosis and study the factors related to treatment success of Pulmonary Tuberculosis Smear Positive at treatment registered in Sawanpracharak Hospital Nakhon Sawan Province. It was the Retrospective Descriptive of Pulmonary Tuberculosis smear positive. Patients registered were in Sawanpracharak Hospital during 1 October 2013 to 30 September 2015. The study result that new case 401 patients. The patients mostly were male 67.6% and female 32.4%, male to female 2:1. The most common age and group during 45-64 years old were 40.7% and secondary age group during 25-44 years old 31.2%. Marital Status marries were 61.4%, Employees 51.4%. Patient the domicile in Muang district was 79.5%. Disease patient with diabetes were 14.5% and HIV Infection 11.5% Drug Regimen (CAT1 = 2HRZE/4HR) was 81.5% Cut medical appoint muts 87.5. To care for drug by Health care worker or Health Volunteer 48.1%. Treatment success of Pulmonary Tuberculosis smear positive were classified as cure and completed were 82.8%, not success were defaulted 4.5%, Failure 3.2% and died 9.5%. Factors that affect treatment are not success. The death of 38 cases that group Patients age 65 years old; 16 case 42.1% died. That with HIV Co-infection found of 11 accounted for 29.0% and 5 case of diabetes were associated with 13.2%.

Factor Related to treatment success of Pulmonary Tuberculosis smear positive found that underlining, drug regimen standard, cut medical appoint muts, To care for drug were significantly to treat success at CI0.05 ($P < 0.05$). There were no factors that significantly associated with sex, age domicile to success pulmonary tuberculosis smear positive. The main factors that related to treatment success were underlining, drug regimen standard, cut medical appoint muts and to care for drug to success. Therefore, in order to keep treating pulmonary tuberculosis patients should have a successful search patient's case finding in group risk include diabetic patients, HIV Infections, and follow up monitoring patients receiving medications by appointment. The suggest that DOTS strategy were health care worker or health volunteer taking care of new patient. The will result in reducing the death rate of Tuberculosis in the end.

Keywords : Pulmonary Tuberculosis Smear Positive, Treatment Success



บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญ และยังเป็นปัญหาสาธารณสุข เป็นสาเหตุการป่วยและการตายหลายๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการระบาดของโรคเอดส์ และความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนย้าย ตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆ¹ และองค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 คาดว่าในปี พ.ศ. 2556 ความชุกของวัณโรคจากทั่วโลกมีประมาณ 11 ล้านราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 9 ล้านราย เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2556 ประมาณ 1.5 ล้านราย องค์การอนามัยโลกคาดว่าประเทศไทยมีความชุกของผู้ป่วยวัณโรค 100,000 ราย ในปี พ.ศ. 2556 (149 รายต่อประชากร 100,000 คน)² ประเทศไทยมีผลการควบคุมวัณโรคดีขึ้นเรื่อยๆ อัตราการรักษาหายสูงขึ้น ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง ในปี 2553-2554³ คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก ได้ทบทวนการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยในเดือนสิงหาคม 2556 และให้ข้อเสนอแนะว่า ประเทศไทยต้องเร่งรัดการเพิ่มความสำเร็จการรักษา เนื่องจากในปี 2555 พบว่ามีอัตราความสำเร็จในการรักษาเพียงร้อยละ 82 ว่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยอุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายคือ การขาดการรักษาและการเสียชีวิต⁴ อัตราผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตั้งแต่ปี 2556-2558 อัตราผลสำเร็จการรักษา ร้อยละ 81.0, 81.2 และ 82.1 ตามลำดับ ผลไม่สำเร็จการรักษา ร้อยละ 17.21 การรักษาผู้ป่วยวัณโรคในปัจจุบันตามยุทธศาสตร์วัณโรคนั้น เน้นการรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายด้วยระบบระยะสั้นมาตรฐานภายใต้การสังเกตตรง⁵ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทั้งในเขตอำเภอเมือง และนอกเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ โดยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามแนวทางแผนงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์วัณโรคของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อผลสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ระเบียบวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก รายใหม่ที่รักษาของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งการศึกษารั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ในคนจากคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558 และทราบผลการรักษาของผู้ป่วย จำนวน 401 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่

1. ทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก (OPD Card)
2. แบบฟอร์ม Tuberculosis Treatment Card TB01
3. สมุดขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค TB Register TB03
4. สมุดทะเบียนชั้นสูตร TB04
5. โปรแกรม TB CM ข้อมูลรายงานชื่อผู้ป่วย วท.10 (หน้า ก)
6. รายงานรอบ 3 เดือน ของผลการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 12-15 เดือนที่ผ่านมา TB08



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ค้นจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก (OPD Card) และสมุดขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค TB03 สมุดทะเบียนชั้นสูตร โดยเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิลำเนา และข้อมูลทางคลินิกโรคประจำตัวผู้ป่วย

2. รวบรวมข้อมูล ข้อมูลการใช้ยาในการรักษา ความสม่ำเสมอในการรับยา และการดูแลกำกับการกินยา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ทะเบียนประวัติผู้ป่วยนอก (OPD Card) สมุดทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค TB03

3. เก็บข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยจากโปรแกรม TB CM ได้แก่ รายงาน (วท.10 หน้า ก) รายงานรอบ 3 เดือนของผลการรักษาวัณโรค ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา 12-15 เดือนที่ผ่านมา TB08

4. บันทึกข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในรูปแบบฟอร์ม

5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วน

6. บันทึกข้อมูลที่ต้องการลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์

7. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การนำเสนอข้อมูล

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบไครส์แควร์ เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิลำเนา โรคประจำตัวของผู้ป่วย การใช้สูตรยาในการรักษา ความสม่ำเสมอในการรับยา และการดูแลกำกับการกินยากับผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ นำมาศึกษาครั้งนี้ จำนวน 401 ราย เป็นเพศชาย 271 ราย ร้อยละ 67.6 เพศหญิง 130 ราย ร้อยละ 32.4 อัตราส่วนเพศชาย : หญิง เท่ากับ 2:1 พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย (Mean) 48.8 อายุสูงสุด 89 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี พบผู้ป่วยมีอายุมากที่สุดในกลุ่ม ในกลุ่ม 45-64 ปี ร้อยละ 40.7 รองลงมา ร้อยละ 31.2 ในกลุ่มอายุ 25-44 ปี อายุ 65 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 18.9 และ 0-24 ปี น้อยที่สุด ร้อยละ 9.2 ดังนั้น กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือวัยแรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ สถานภาพสมรส พบว่าสมรสแล้ว 246 ราย ร้อยละ 61.4 หย่า/แยก/หม้าย และสถานภาพโสด ประมาณเท่าๆ กัน คือร้อยละ 22.9, 15.7 ตามลำดับ อาชีพรับจ้างมากที่สุด 206 ราย ร้อยละ 51.4 รองลงมาว่างงาน และกลุ่มอื่นๆ ร้อยละ 29.7 และ 18.9 ภูมิลำเนาที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด 319 ราย ร้อยละ 79.5 โรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคเบาหวาน 58 ราย ร้อยละ 14.5 ติดเชื้อไวรัสเอดส์ร่วมด้วย 46 ราย ร้อยละ 11.5 ความดันโลหิตสูง 27 ราย ร้อยละ 6.7 และไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด 246 ราย ร้อยละ 61.3 ในด้านการใช้สูตรยามาตรฐานในการรักษา 327 ราย ร้อยละ 81.5 ไม่ใช้สูตรยามาตรฐาน 74 ราย ร้อยละ 18.5 ผู้ป่วยส่วนใหญ่แพทย์ให้การรักษาด้วยสูตรยามาตรฐาน

ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการรับยามารับยาตามนัด 351 ราย ร้อยละ 87.5 ไม่มารับยาตามนัดแต่มียามกินอยู่ 31 ราย ร้อยละ 7.7 ขาดนัด 19 ราย ร้อยละ 4.8 สรุปผู้ป่วยจะมารับยาตามนัดมากที่สุด ในการกำกับการดูแลรักษาโดยเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข 193 ราย ร้อยละ 48.1 ญาติดูแล 160 ราย ร้อยละ 39.9 ดูแลตนเอง 48 ราย ร้อยละ 12.0 สรุปผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข รองลงมาคือญาติ ตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (N=401)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	271	67.6
หญิง	130	32.4
อายุสูงสุด 89 ปี, ต่ำสุด 13 ปี Mean = 48.8, SD 17.3		
อายุ		
≤24 ปี	37	9.2
25-44 ปี	125	31.2
45-64 ปี	163	40.7
65 ปีขึ้นไป	76	18.9
สถานภาพสมรส		
โสด	63	15.7
สมรส	246	61.4
หย่า/แยก/หม้าย	92	22.9
อาชีพ		
รับจ้าง	206	51.4
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน	119	29.7
อื่น ๆ (ค้าขาย, เกษตร, รับราชการ)	76	18.9



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิภาค		
ในเขตอำเภอเมือง	319	79.5
นอกเขตอำเภอเมือง	82	20.5
โรคประจำตัว		
ติดเชื้อไวรัสเอดส์	46	11.5
เบาหวาน	58	14.5
ความดันโลหิตสูง	27	6.7
อื่นๆ	24	6.0
ไม่มี	246	61.3
การใช้สูตรยารักษา		
ใช้สูตรยามาตรฐาน	327	81.5
ใช้สูตรยาอื่นๆ	74	18.5
ความสม่ำเสมอในการมารับยา		
มาตามนัด	351	87.5
ไม่ได้มาตามนัดแต่ไม่ขาดยา	31	7.7
ขาดนัดไม่สม่ำเสมอในการรับยา	19	4.8
การดูแลกำกับการกินยา		
เจ้าหน้าที่/อาสาสมัครสาธารณสุข	193	48.1
ญาติ	160	39.9
ตนเอง	48	12.0



จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย จำนวน 401 ราย มีอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก 332 ราย ร้อยละ 82.8 ในจำนวนผู้ป่วยที่รักษาไม่สำเร็จ 69 ราย แยกเป็นผู้ป่วยเสียชีวิต 38 ราย ร้อยละ 9.5 รองลงมาคือผู้ป่วยขาดยา 18 ราย ร้อยละ 4.5 และล้มเหลวในการรักษา 13 ราย ร้อยละ 3.2 ผลไม่สำเร็จในการรักษา พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยเสียชีวิต พบว่าจากผู้ป่วย 38 ราย กลุ่มผู้ป่วย

อายุ 65 ปีขึ้นไป เสียชีวิต 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.1 รองลงมาคือกลุ่ม 25-44 ปี ร้อยละ 34.2 สรุปผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และจากโรคประจำตัวของผู้ป่วยวัณโรค พบว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอดส์ร่วมด้วย 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.0 เป็นเบาหวานร่วมด้วย 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.2 ตามลำดับตามตารางที่ 2, 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อ

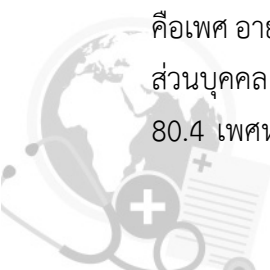
ข้อมูล	จำนวน (N=401)	ร้อยละ
ผลสำเร็จการรักษา	332	82.8
ขาดยา	18	4.5
ล้มเหลว	13	3.2
เสียชีวิต	38	9.5
โอดออก	-	-

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลผู้เสียชีวิตแยกตามกลุ่มอายุ และโรคประจำตัว

ข้อมูล	ผู้ป่วย (N=38)	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
≤24 ปี	4	10.5
25-44 ปี	13	34.2
45-64 ปี	5	13.2
65 ปีขึ้นไป	16	42.1
โรคประจำตัว		
ติดเชื้อไวรัสเอดส์	11	29.0
เบาหวาน	5	13.2
ความดันโลหิตสูง	2	5.3
โรคอื่นๆ	1	2.6
ไม่มีโรคประจำตัว	19	50.0

ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลและทางคลินิกคือเพศ อายุ อาชีพ ภูมิลำเนา โรคประจำตัว พบว่าข้อมูลส่วนบุคคล เพศมีผลสำเร็จการรักษาในเพศชาย ร้อยละ 80.4 เพศหญิง ร้อยละ 87.7 ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วย

วัณโรคปอดเสมหะบวก เมื่อใช้สถิติไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P \leq 0.05$ สำหรับอายุเช่นกันพบว่า อัตราผลสำเร็จค่อนข้าง สูงที่สุดในกลุ่ม 45-64 ปี ร้อยละ 87.1 รองลงมาคือกลุ่ม 0-24 ปี ร้อยละ 86.5 กลุ่ม 25-44 ปี ร้อยละ 80.8 กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 75.0 เมื่อวิเคราะห์



หาความสัมพันธ์พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับสถานภาพสมรส พบว่าโสดหรือสมรสแล้ว ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกไม่แตกต่างกัน โดยมีผลสำเร็จการรักษาร้อยละ 85.7 และ 85.8 ตาม ลำดับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P \leq 0.05$

จากข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพพบว่าอัตราผลสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกค่อนข้างสูง กลุ่มอื่นๆ (ค้าขาย, เกษตร, รับราชการ) มีผลสำเร็จการรักษาสูง ร้อยละ 89.5 ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 82.4 และรับจ้าง ร้อยละ 80.6 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับภูมิฐานะของผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมือง หรือนอกเขต

อำเภอเมือง พบว่าอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกเท่าๆ กัน ร้อยละ 82.8 และ 82.9 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยข้อมูลด้านคลินิกเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 61.3 แต่จะมีโรคประจำตัวร่วมกับการป่วยด้วยวัณโรคมากที่สุดคือ ติดเชื้อไวรัสเอดส์ ร้อยละ 11.5 ซึ่งมีผลสำเร็จการรักษาเพียงร้อยละ 69.6 โรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 14.5 แต่มีอัตราผลสำเร็จร้อยละ 87.9 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โรคประจำตัวกับผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P \leq 0.05$ ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผลสำเร็จการรักษา						df	χ^2	p-value
	สำเร็จ		ไม่สำเร็จ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
จำนวนทั้งหมด	332	82.8	69	17.2	401	100			
เพศ									
ชาย	218	80.4	53	19.6	271	67.6	1	3.243	0.72
หญิง	11	87.7	16	12.3	130	32.4			
อายุสูงสุด 89 ปี, ต่ำสุด 13 ปี Mean = 48.8, S.D. 17.3									
อายุ									
≤24 ปี	32	86.5	5	13.5	37	9.2	3	6.08	0.108
25-44 ปี	101	80.8	24	19.2	125	31.2			
45-64 ปี	142	87.1	21	12.9	163	40.7			
65 ปีขึ้นไป	57	75.0	19	25	76	18.9			
สถานภาพสมรส									
โสด	54	85.7	9	14.3	63	15.7	2	8.23	0.16
สมรส	211	85.8	35	14.2	246	61.4			
หย่า/แยก/หม้าย	67	72.8	25	27.2	92	22.9			
อาชีพ									
รับจ้าง	166	80.6	40	19.4	206	51.4	2	3.10	0.212
ว่างงาน/ไม่ได้ทำงาน	98	82.4	21	17.6	119	29.7			
อื่นๆ (ค้าขาย, เกษตร, รับราชการ)	68	89.5	8	10.5	76	18.9			



ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผลสำเร็จการรักษา						df	χ^2	p-value
	สำเร็จ		ไม่สำเร็จ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ภูมิภาค									
ในเขตอำเภอเมือง	264	82.8	55	17.2	319	79.5	1	17.20	0.97
นอกเขตอำเภอเมือง	68	82.9	14	17.1	82	20.5			
โรคประจำตัว									
ติดเชื้อไวรัสเอดส์	32	69.6	14	30.4	46	11.5	4	15.50	0.004
เบาหวาน	51	87.9	7	12.1	58	14.5			
ความดันโลหิตสูง	24	88.9	3	11.1	27	6.7			
อื่นๆ	15	62.5	9	37.5	24	6.0			
ไม่มี	210	85.4	36	14.6	246	61.3			

ปัจจัยเกี่ยวข้องอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก การใช้สูตรยาในการรักษาพบว่า มีการใช้สูตรยามาตรฐาน ร้อยละ 81.5 และใช้ยาสูตรอื่น ร้อยละ 18.5 การใช้สูตรยามาตรฐานจะมีอัตราผลสำเร็จในการรักษาถึงร้อยละ 86.5 มากกว่าสูตรอื่น ๆ ร้อยละ 66.2 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมารับยาตามนัด ร้อยละ 87.5 และการมารับยาตามนัดมีผลสำเร็จการรักษามากที่สุด ร้อยละ 88.9 มากกว่าการไม่มารับยาตามนัด ขาดยา เมื่อวิเคราะห์

หาความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดเสมหะบวก พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P \leq 0.05$

การดูแลกำกับการกินยา พบว่าเป็นเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือการดูแลโดยญาติ ซึ่งจะมีผลสำเร็จการรักษา ร้อยละ 85.5, 87.5 ตามลำดับ มากกว่าการดูแลกำกับการกินยาด้วยตนเองที่มีอัตราความสำเร็จเพียงร้อยละ 56.3 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับอัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P \leq 0.05$ ตามตารางที่ 5



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละตามปัจจัยด้านสูตรยาและการกำกับการกินยา

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผลการรักษา						df	χ^2	p-value
	สำเร็จ		ไม่สำเร็จ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การใช้สูตรยารักษา									
ใช้สูตรมาตรฐาน	283	86.5	44	13.5	327	81.5	1	17.50	0.00
ใช้สูตรอื่นๆ	49	66.2	25	33.8	74	18.5			
ความสม่ำเสมอในการรับยา									
มาตามนัด	312	88.9	39	11.1	351	87.5	2	81.03	0.00
ไม่มาตามนัดแต่ไม่ขาดยา	17	54.8	14	45.2	31	7.7			
ขาดนัดไม่สม่ำเสมอในการรับยา	3	15.8	16	84.2	19	4.8			
การดูแลกำกับการกินยา									
จนท./อสม.สาธารณสุข	165	85.5	28	14.5	193	48.1	2	27.21	0.00
ญาติ	140	87.5	20	12.5	160	39.9			
ตนเอง	27	56.3	21	43.7	48	12.0			

วิจารณ์

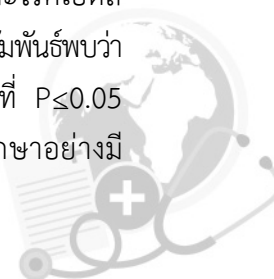
จากผลการศึกษา วัณโรคเสมหะพบเชื้อที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 1 ตุลาคม 2555-30 กันยายน 2558 การศึกษาวิจัย 3 ปี ย้อนหลังพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 401 ราย พบเพศชาย 271 ราย เพศหญิง 130 ราย คิดเป็นสัดส่วนเพศชาย : หญิง เท่ากับ 2:1

กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ อายุ 45-64 ปี รองลงมา อายุ 25-44 ปี ร้อยละ 40.7, 31.2 ตาม ลำดับ แนวโน้มพบในกลุ่มวัยแรงงานมากขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากการระบาดของโรคเอดส์ ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น และแรงงานเคลื่อนที่⁽¹⁾

ในการศึกษารุ่นนี้พบอัตราผลสำเร็จในการรักษา ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุดในการใช้ประเมิน ผลการดำเนินงานควบคุมรักษาวัณโรคที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัด ในปี 2558 กำหนดให้มีอัตราผลสำเร็จ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 ในการศึกษารุ่นนี้มีอัตราผลสำเร็จ ร้อยละ 82.8 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด อัตราผลสำเร็จ การรักษา (Success Rate) ซึ่งจะเท่าๆ กันกับภาพรวมของประเทศ เมื่อปี 2558 อัตราผลสำเร็จของการรักษา ร้อยละ 82⁽⁶⁾ ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลมีผู้ป่วยวัณโรคปอดเสียชีวิตสูง ร้อยละ 9.5 และพบว่า ร้อยละ 29.0 ของ

ผู้เสียชีวิต 38 รายนั้น มีโรคร่วมคือการติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีติดเชื้อวัณโรคและเอดส์ร่วมกัน จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงหนึ่งในสาม⁽⁷⁾ จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อเอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งผลกระทบทำให้ผลสำเร็จการรักษา ดังนั้นการที่จะควบคุมวัณโรคที่จะให้ได้ผลต้องอาศัยความร่วมมือ และการผสมผสาน การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรคไปพร้อมๆ กัน

ในการศึกษารุ่นนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับโรคประจำตัว ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคจะมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน การติดเชื้อไวรัสเอดส์ ความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 14.5, 11.5, 6.7 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญเชิด กลัดพวง และคณะ พบว่า การค้นหาวัณโรคกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 13.07 โดยพบผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ร้อยละ 8.16 และ 64.8 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ดังนั้นการดำเนินการค้นหาวัณโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคเอดส์ จึงมีความสำคัญ ซึ่งจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาอย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติอีกประการคือ การมารับยาตามนัดของผู้ป่วย มีอัตราผลสำเร็จการรักษามากถึงร้อยละ 88.9 เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ผู้ป่วยที่มาตามนัดอย่างสม่ำเสมอจะมีโอกาสรักษาหายขาดได้มาก

ปัจจัยเรื่องการใช้สูตรยาในการรักษาวัณโรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ พบว่ามีการใช้สูตรยามาตรฐานสูง ร้อยละ 81.5 มากกว่ายาสูตรอื่นๆ ที่ใช้เพียงร้อยละ 18.5 ซึ่งผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคในสูตรยามาตรฐานสูง ร้อยละ 86.5 ดังนั้นการรักษาวัณโรคด้วยสูตรยามาตรฐาน จะส่งผลให้ต่อความสำเร็จของการรักษาดีขึ้น ควรมีการแจ้งรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เช่น องค์กรแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายได้รับการรักษาสูตรยาที่ถูกต้องตามแนวทางวัณโรคแห่งชาติ เพื่อป้องกันวัณโรคคือยาหลายขนาน⁽⁹⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาอีกประการคือ การดูแลกำกับการกินยาโดย DOT จากการศึกษาพบว่า การดูแลกำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัคร/แกนนำ มีร้อยละ 48.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประพันธ์ ตาทิพย์ ที่ได้ประเมินคุณภาพการดำเนินงานวัณโรคในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดตาก ปี 2552 พบว่ามาตรฐานที่ทุกโรงพยาบาลยังไม่สามารถดำเนินการได้คือ การมีผู้กำกับการกินยาที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือแกนนำชุมชนอย่างน้อยร้อยละ 50.0 ของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ⁽¹⁰⁾ ในการศึกษาครั้งนี้มีอัตราผลสำเร็จการรักษาในการกำกับการกินยาโดยเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร ญาติ มีอัตราผลสำเร็จร้อยละ 85.5, 87.5 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิฑิต บรรจง พบว่าผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อที่มีการดูแลแบบมีพี่เลี้ยง มีอัตราการรักษาหาย ร้อยละ 80.8 มากกว่าผู้ป่วยที่กินยาเองที่มีการรักษาหาย เพียงร้อยละ 75.0⁽¹¹⁾ ซึ่งหลักการทำ DOT นั้น ควรเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแกนนำ แต่มีหลายพื้นที่มีข้อจำกัดในการกำกับการกินยาของผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแกนนำ ไม่ได้ทำ DOT แต่จะเป็นญาติ สมาชิกครอบครัว ทำหน้าที่การกำกับการกินยา โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การ

ดำเนินงานวัณโรคดีขึ้น⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุมนวล คลังสุพรรณและคณะ การรักษาวัณโรคโดยมีผู้สังเกตในการกินยาโดยตรงในพื้นที่ที่ รพศ./รพท.ที่จะเป็นส่วนประกอบสำคัญ ที่จะทำให้ระบบการรักษาวัณโรคโดยมีผู้กำกับการกินยา โดยตรงระบบการบริหารจัดการที่ดีจะทำให้งานวัณโรคประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น⁽¹³⁾

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. อัตราผลสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2558 พบอัตราผลสำเร็จ ร้อยละ 82.8 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดตัวชี้วัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้แก่ โรคประจำตัว เอ็ดส เบาหวาน การมารับยาอย่างสม่ำเสมอ การใช้สูตรยามาตรฐานในการรักษา และการกำกับการกินยาโดย DOT มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$
3. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ของโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิลำเนา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$
4. การรักษาผู้ป่วยวัณโรคให้มีผลสำเร็จการรักษา ควรจะมีการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะคัดกรองโรคเอ็ดส เบาหวาน และกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเข้าสู่ระบบการรักษามากขึ้น รวมทั้งการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยมารับยาสม่ำเสมอไม่ให้ขาดยา การประสานงานแพทย์เพื่อให้ใช้สูตรยามาตรฐาน
5. องค์การอนามัยโลกแนะนำการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงซึ่งอาจเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อาสาสมัคร ญาติ น่าจะเป็นวิธีที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการกินยาของผู้ป่วย ดังนั้น Directory Observed Treatment, (DOT) จึงเป็นวิธีที่จะส่งผลให้มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดีขึ้น



ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ควรมีการดำเนินการเร่งรัดในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน โรคเอดส์ และการค้นหาในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาเร็วขึ้น และใช้กลยุทธ์การดูแล DOT อย่างมีคุณภาพ ในประเทศไทยต้องอาศัย DOT ซึ่งส่วนใหญ่เป็นญาติ หรือสมาชิกครอบครัว พื้นที่ที่สามารถนำไปใช้ได้โดยไม่ลี้ภัยคุณภาพการทำ DOT จะเพิ่มงานวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้วิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณนายแพทย์อภิชาติ วิสิทธิ์วิงษ์ นายแพทย์

เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ และ ดร.กิติพงษ์ กลิ่นแมน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่สนับสนุนให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนทำให้ผู้ศึกษามีแนวความคิด และแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ข้อมูล และประสบการณ์ได้กว้างขวางมากขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคแห่งชาติ พ.ศ.2556**. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม) กันยายน 2556. สำนักกิจการโรงพิมพ์. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
2. World Health Organization. **Global Tuberculosis report 2014**. Geneva : World Health Organization, 1998.
3. Nam Wat C. **Treatment Outcome of Tuberculosis ; TB Situation in Thailand now and future**; 5 March 2012 ; Thailand. Science Park Conversation Center Nonthaburi; Bureau of Tuberculosis; 2012.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ**. กรุงเทพมหานคร ชมชนการเกษตรแห่งประเทศไทย; 2551.
5. World Health Organization. **The Global Plan to stop TB 2011-2015 : Transform the fight to wards elimination of Tuberculosis** (Internet) Cited 2014; Sep 23. Available from: <http://Stop.Org.assets/document/global/plan/TB Cerebral Plan to Stop TB 2011-2013 pdf>.
6. WHO. **The Stop TB Strategy**. 2006.
7. Mukadi YD, Maher D, Harries A. Tuberculosis case fatality rated in High HIV prevalence in Sub-Saharan Africa. *AIDS* 2001; 15 : 143-52.
8. บุญเชิด กลัดพ่วง และคณะ. **ประสิทธิผลนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการเร่งรัด หยุดยั้งวัณโรคต่อแผนงานวัณโรคแห่งชาติ**. วารสารควบคุมโรค. ฉบับที่ 36. เมษายน-มิถุนายน 2553.
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางปฏิบัติการผสมผสานวัณโรค และโรคเอดส์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร อักษรกราฟฟิคแอนดีไซน์ 2553.
10. ประพันธ์ ตาทิพย์. **การประเมินคุณภาพการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดตาก ปี 2552**. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2553; 19 : 632-7.
11. วิจิต บรรจง. **ผลการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อโดยวิธีการกินยาแบบมีที่เลี้ยงในโรงพยาบาลสิงห์บุรี**. วารสารควบคุมโรค ฉบับที่ 33 เมษายน-มิย.2550.
12. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **เยี่ยมบ้านอย่างไรให้ชนะใจผู้ป่วยวัณโรค**. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.
13. นุ่มนวล คลังสุพรรณ และคณะ. **การรักษาวัณโรคโดยมีผู้สังเกตการณ์กินยาโดยตรงในโรงพยาบาลทั่วไป**. โรงพยาบาลศูนย์ วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต : 2546.



การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
Perceived Self-efficacy of Diabetes Mellitus Patients to control the disease.

วิรุฬห์ คุยเพี้ยภูมิ

Wiroon kuipaipum

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2559-เดือนสิงหาคม 2559 จำนวน 148 คน เลือกโดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตรวจร่างกาย แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ (Chi-Square, X²) และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment)

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.70 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 89.86 และร้อยละ 88.51 ตามลำดับ ด้านการใช้ยา และด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 66.21 และร้อยละ 91.90 ตามลำดับ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ก็กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการแทรกซ้อน ร้อยละ 54.72 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร ด้านการใช้ยาและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามในระดับต่ำมากกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามในระดับต่ำมากกับระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

จากการศึกษาครั้งนี้ ควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : ความสามารถแห่งตน, ภาวะแทรกซ้อน, ระดับน้ำตาลในเลือด

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ใหม่ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

ABSTRACT

This descriptive correlation study aims to examine the relationship of the perception self-efficacy of Diabetes Mellitus Patients with complication of diabetes mellitus and fasting blood sugar. Purposive sampling was used and the sample population consisted of 148 of diabetes mellitus patient who attend in diabetes clinic of Majademaï Tambon Health Promoting hospital Wiangpapao District Chiangrai Province during February 2016-August 2016. The questionnaire was used to obtain data on demographic data profile, perceived self-efficacy. The physical examination and fasting blood sugar testing kit was used to assess the diabetes mellitus complication and fasting blood sugar level. Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square, and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results of analysis reveal that, perceived self-care efficacy of diabetes mellitus control is high at 52.70 percent. If considering in each area such as perceived self-care efficacy of diabetes mellitus control in the dietary control and the physical exercise are very high at 89.86 percent and 88.51 percent respectively. In the medical treatment and the general health care are very high at 66.21 percent and 91.90 percent respectively. The perceived self-efficacy of diabetes mellitus with complications diabetes mellitus and fasting blood sugar of the most of sample haven't got any complication diabetes mellitus at 54.72 percent. There were no significant relationship between the dietary control, the physical exercise, the medical treatment and the general health care as well as overall perceived self-efficacy and complication of diabetes mellitus. Perceived self-efficacy of the dietary control, the medical treatment and overall had a significantly negative relationship with fasting blood sugar level ($P < .01$). Perceived Self-efficacy of the physical exercise and the general health care had a significantly negative relationship with fasting blood sugar level ($P < .05$)

The results of this study indicate that the perceived self-efficacy should be applicable in Diabetes Mellitus Patients to maintain fasting blood sugar level, the complication of diabetes mellitus and the quality of life.

Keywords : Perceived Self-efficacy of Diabetes Mellitus, Patients to control the disease.



บทนำ

ปัจจุบัน ทั่วโลกให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และอุตสาหกรรม ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น และมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน เนื่องจากสังคมปัจจุบันนี้มีแต่ความแออัด ความเร่งรีบ ขาดความสมดุล เช่น เน้นการบริโภคเพื่อที่จะไปให้ทันกับภารกิจที่ทำ ไม่ชอบการออกกำลังกาย มีความเครียดสูง สูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารประเภทหวาน มัน เค็มมากเกินไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งถือว่าโรคติดต่อไม่เรื้อรังนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเร่งด่วนของประเทศต่างๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย หากผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้นทั่วโลกจึงให้ความสำคัญกับการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น จังหวัดเชียงราย ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 8,254 ราย คิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 684.31 ต่อแสนประชากร มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 200 ราย คิดเป็นอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน 16.09 ต่อแสนประชากรและในอำเภอเวียงป่าเป้าเป็นอีกหนึ่งพื้นที่ในจังหวัดเชียงรายเป็นเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ใหม่อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งสิ้น 148 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1,727.96 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่สูงกว่าของจังหวัดเชียงราย (ฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ใหม่, 2559) และเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดจากโรคเบาหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพถือเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อน อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต

ที่ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวาน ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และให้ผู้ป่วยได้ตระหนักในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

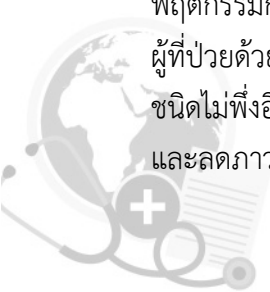
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Study) เพื่อศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ใหม่อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงรายจำนวน 148 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกาย ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแล



ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดของแบนดูรา ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองตามที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ จำนวน 15 ข้อ แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Chronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ผลการศึกษา

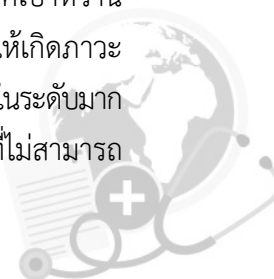
การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Study) เพื่อศึกษาถึงการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลในเลือด โดยผลการศึกษานำมาเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่หมู่ที่ 11-14 ตำบลแม่เจดีย์ใหม่มากที่สุด ร้อยละ 34.50 อายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 83.10 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.50 สถานภาพ คู่ ร้อยละ 85.10 การศึกษา ไม่ได้เรียน ร้อยละ 31.10 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.60 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 23.00 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท ร้อยละ 52.70 มีหลักประกันสุขภาพ บัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 51.40 ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 6-10 ปี ร้อยละ 43.90 ความถี่ของการมาตรวจตามนัด ทุก 2 เดือน ร้อยละ 95.30 แหล่งคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 56.10 และมีโรคประจำตัวอื่น ร้อยละ 68.20

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการตรวจร่างกาย พบว่า ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 31.10 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมได้ ร้อยละ 95.30 ควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 96.60 และไม่มีอาการเกิดอาการแทรกซ้อน ร้อยละ 97.30

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค พบว่า ด้านการควบคุมอาหารระดับมันใจสูงมาก ร้อยละ 89.86 แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในปริมาณที่พออิ่ม ($\bar{x}=4.20$) ไปเที่ยวหรือไปงานเลี้ยงสังสรรค์ได้ตามปกติและเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย ($\bar{x}=4.12$) และควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนหรือผอมเกินไป ($\bar{x}=4.03$) อยู่ในระดับสูง ด้านการออกกำลังกาย ระดับมันใจสูงมาก ร้อยละ 88.51 แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับร่างกาย ($\bar{x}=4.03$) งดการออกกำลังกายทันทีและรีบปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีอาการต่อไปนี้ในระหว่างออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก หิว เหงื่อออกใจสั่น ตาพร่ามัว เหนื่อยหอบผิดปกติ ($\bar{x}=3.92$) และออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง/30 นาที ($\bar{x}=3.91$) อยู่ในระดับสูง ด้านการใช้ยา ระดับมันใจสูงมาก ร้อยละ 66.21 แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ($\bar{x}=4.40$) และนำยาไปด้วยทุกครั้งที่เดินทางและพกค้างคืน ($\bar{x}=4.39$) และสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังรับประทานยา ($\bar{x}=4.11$) อยู่ในระดับสูง และด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ระดับมันใจสูงมาก ร้อยละ 91.90 แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ ตรวจตาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($\bar{x}=4.54$) ตรวจสุขภาพประจำปีและได้รับการตรวจจากแพทย์ปีละ 1 ครั้ง ($\bar{x}=4.36$) ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($\bar{x}=4.36$) และป้องกันการบาดเจ็บและเกิดแผลโดยการสวมรองเท้าทุกครั้งที่อยู่จากบ้าน ($\bar{x}=4.14$) อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยการรับรู้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ด้านโอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.72 แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดตาพร่ามัวได้มากกว่าคนทั่วไป ($\bar{x}=4.49$) การป่วยเป็นโรคเบาหวานหากไม่ออกกำลังกายและไม่ควบคุมอาหารจะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากและเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{x}=4.45$) และ การที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหากปล่อยทิ้งไว้ไม่ทำการรักษาอาจจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ($\bar{x}=4.40$) ด้านความรุนแรง พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.86 แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ การที่ไม่สามารถ



ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจะมีอาการหายใจหอบถี่ คลื่นไส้ ท้องเสียและเสียชีวิตได้ ($\bar{x}=4.44$) การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ทำให้ระดับอ่อนเสื่อมสมรรถภาพเร็วขึ้น ไตเสื่อมสภาพหรือไตวายได้ ($\bar{x}=4.44$) และการที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถ้ามีแผลเกิดขึ้นจะหายยากอาจลุกลามจนแผลเน่า ($\bar{x}=4.41$) ด้านประโยชน์ของการดูแลตนเอง พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 52.70 แยกเป็นรายข้อ ได้แก่ การควบคุมอาหาร เช่น ลดน้ำตาลและของหวานทุกชนิด จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($\bar{x}=4.47$) การเลิกสูบบุหรี่ ช่วยป้องกันการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ($\bar{x}=4.45$) และการออกกำลังกายจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันโรคแทรกซ้อน ($\bar{x}=4.43$) การกินยาลดระดับน้ำตาลในเลือดตรงตามแพทย์สั่งช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ($\bar{x}=4.43$)

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร เพ็ชรอรุณและคณะ ที่กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการควบคุมอาหาร ร้อยละ 71.1 มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 88.6 มีการรับรู้แห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรา บริสุทธิ ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่างพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 64.2 ไม่ได้ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ข้อเข่าเสื่อม บางคนคิดว่าทำงานทุกวันได้ออกกำลังกายอยู่แล้ว ด้านการใช้ยา ร้อยละ 90.7 มีการรับรู้แห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป ร้อยละ 92.8 มีการรับรู้แห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารมีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) ด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) ด้านการใช้ยา

มีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) ด้านการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป มีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางตรงกันข้ามกับระดับน้ำตาลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$)

ข้อเสนอแนะ

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้ 1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มักมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงในด้านการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่ได้รับบุคลากรสุขภาพแสดงให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพเป็นผู้มีความรู้สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ดี ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรให้คำแนะนำให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานในระดับที่สูงขึ้น

2. ควรมีการพัฒนาการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ให้บริการควรจัดกิจกรรมส่งเสริม



ให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการควบคุมโรคให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุ การสาธิตการทำอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การจัดเสวนากลุ่มเพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน

3. พัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยทีมสุขภาพและภาคีเครือข่าย

4. ควรส่งเสริมให้มีการค้นหาผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการควบคุมโรคตั้งแต่เริ่มป่วย จะช่วยลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ทำให้ได้รายละเอียดไม่ลึกพอ ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยเบาหวานร่วมด้วย เพื่อที่จะได้ทราบถึงข้อมูลการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
2. พรพิมล อุตผล. (2558). การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วย เบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนมอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 3 (3), 441-452.
3. สมพงษ์ หามวงศ์ และพรณี บัญชรหัตถกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุน ทางสังคมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองกุงเผือก อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์. ศรีนครินทร์เวชสาร 28 (4).
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
5. อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา และ ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์. (2555). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2555. สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220.pdf
6. International Diabetes Federation. (2016). Eyes on diabetes. Retrieved from <http://www.idf.org/wdd-index/wdd2016.html>

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน เช่น เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยกับการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวานเพื่อเพิ่มเติมข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงรายที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัย และประชากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใน 148 คนที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่เจดีย์ใหม่ที่ร่วมมือเก็บข้อมูล จนประสบความสำเร็จ



รูปแบบการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้SBAR งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย
Using SBAR for Reporting Patient information during Shift Changes in IPD

มาลัย ศรีชมภู* ป.พ.ส.

Malai Srichompoo Dip. In Nursing Sciene

มารีญา อุดม** วท.ม.

Mareeya Udom M.Sc.

รัตนา ยศเลิศ*** พย.บ.

Rattana Yotlert B.N.S.

บทคัดย่อ

การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเวรไม่ครบถ้วนครอบคลุม จึงนำแนวคิดการใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ SBAR มาใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารระหว่างเวรให้มีโครงสร้างที่ชัดเจนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการใช้ SBAR ในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวร 2) เพื่อศึกษาปัญหาและข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวรโดยใช้ เทคนิค SBAR ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้ SBAR งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จำนวน 14 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2557-30 กันยายน 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสังเกตติดตาม การรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามผลของการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวรโดยใช้ เทคนิค SBAR พบว่า การใช้รูปแบบการสื่อสารข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรโดยใช้ SBAR ของพยาบาลวิชาชีพงานผู้ป่วยใน พบว่าคะแนนเฉลี่ย การใช้ รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนการ พยาบาลอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 และคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้ข้อมูลเพื่อความปลอดภัย ของ ผู้ป่วยอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 4.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32 ปัญหาและอุปสรรคใน การใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรคือการมีเสียงโทรศัพท์ที่ติดต่อเข้ามาในระหว่างการส่งรายงาน

สรุป พยาบาลวิชาชีพ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต้องการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรและรับรู้ถึงการนำข้อมูลไปใช้ใน การวางแผนการพยาบาล เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการดูแลความปลอดภัยของ ผู้ป่วย

คำสำคัญ : การรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวร

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย



ABSTRACT

The risk of potential harm. The communication of patient information between the divisions is not fully covered. The researcher is interested in studying 1) to study using SBAR reporting patient information during shift changes of nurses. 2) to study the problems and suggestions in the form of reports during shift changes using SBAR. The sample is nurses work in in patient department, 14 who was recruited from the specific (Purposive sampling) is willing to cooperate in research. The samples were advocacy research. The Human Research Ethics Committee. Phrae Provincial Health Office The instrument consists of two parts: 1) the tools used to carry out research 2) The instruments used to gather research. Operations between October 1, 2557 -September 30, 2559 research study found. Personal information Nurses were mostly in the range between 40-49 years work experience as 57.14 percent. The head nurse in duty 57.14 percent over 10 years, people have not been trained. Studies using model data reporting during shift changes of registered nurses found that the average usage patterns reporting during shift changes of user data for planning health score 4.44 standard deviation 0.46 of user. Information for patients Continuing the average standard deviation of 4.42 and 0.44 points on average. The data used for the Patient Safety 4.41 standard deviation 0.32. From the collection and analysis of problems and obstacles in the form of reports, shift changes. During in the first use, some nurses were unhappy because they say it was ticky Must had a lot of details but after about 2 weeks they were acceptable. Creating a data reporting during shift changes along the SBAR. Bring change Conversion to registered nurses who used to report information during shift changes normally. But the administration has been focused on the changes in the group of nurses found that nurses. To change the format of the report during shift changes and recognition of such data is used. Planning Nursing The patient continued. Care and safety of patients.

Keyword : Report patient information during shift changes, SBAR



บทนำ

การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่ใช้ทั้งความรู้ความสามารถด้านศาสตร์และศิลป์เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่จะให้ผู้ป่วยปลอดภัย (Patient Safety Goals) ฉะนั้นกลวิธีในการสื่อสารการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลเวรถัดไปสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลเชิงคุณภาพให้มีความเจริญก้าวหน้า สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาในระดับสากล⁽¹⁾ และตามการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มีสาระสำคัญคือการบริการการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ⁽²⁾ โดยที่สภาพยาบาลซึ่งเป็นองค์วิชาชีพการพยาบาลต้องควบคุมรักษามาตรฐานการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์และการนำไปใช้ให้เป็นไปในระดับดีเทียบเท่ามาตรฐานสากล⁽³⁾

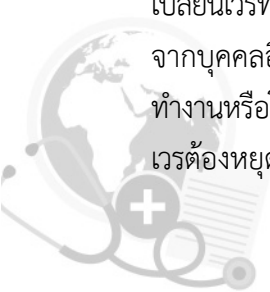
การรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพมีวัตถุประสงค์เพื่อการส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์และจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลเวรก่อนหน้าเป็นอย่างดี ครบถ้วน เพื่อประหยัดเวลาในการตรวจสอบค้นหา และรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในเวรอื่นช่วยในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย⁽⁴⁾ สามารถตอบสนองเป้าหมายของการรักษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาของการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรได้แก่บุคลากรอาจจะลืมหรือไม่ส่งต่อข้อมูล ละเลยที่จะส่งต่อข้อมูลขาดความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสำคัญ⁽⁶⁾ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมของสถานที่ปฏิบัติงานอาจไม่เอื้ออำนวยต่อการรายงานเปลี่ยนเวรที่มีประสิทธิภาพโดยอาจถูกรบกวนจากกิจกรรมจากบุคคลอื่นหรือมีเสียงดังเช่น เสียงจากโทรศัพท์ ในที่ทำงานหรือโทรศัพท์มือถือเป็นต้นทำให้การรายงานเปลี่ยนเวรต้องหยุดชะงัก

จากปัญหาการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวมีผู้ให้แนวคิด การรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรด้วยการใช้ แนวคิด SBAR เป็นรูปแบบที่มีการบอกเล่าตามกรอบการรายงาน ที่ใช้ด้วยต่อเนื่องความจำของ พยาบาลวิชาชีพผู้ส่งรายงาน ทำให้มีมาตรฐานมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับการรายงานข้อมูล ของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติทำให้ได้รับข้อมูลที่มีความชัดเจน (Clear) ตรงกับสภาพความเป็นจริง (Factual) กระชับ (Concise) รัดกุม (Brief) ถูกต้อง (Accurate) ทันเวลา (Timely) พยาบาลวิชาชีพสามารถโต้ตอบหรือปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลได้สนับสนุนความปลอดภัย และใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการเสนอให้นำแนวคิด SBAR มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการรายงานเปลี่ยนเวร โดยพัฒนาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จากรายงานของคณะกรรมการร่วมในการรับรองคุณภาพองค์การบริการสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission On Accreditation Of Health Care Organization) พบว่าที่ศูนย์การแพทย์เซนต์โยเซฟ มีอุบัติการณ์ในเรื่องการให้ยาผิดเวลาและผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าถึงร้อยละ 65 ซึ่งเป็นผลมาเนื่องมาจากการส่งเวรและจากการวิเคราะห์สาเหตุที่ร้อยละ 90 มีปัญหาด้านการสื่อสาร

การศึกษาวิจัยภายในประเทศได้มีการศึกษาผลการสอนการรับส่งเวรโดยใช้เทคนิค SBAR ต่อการรับรู้ทัศนคติและทักษะในการรับส่งเวรของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการสอนการรับส่งเวรโดยใช้เทคนิค SBAR สามารถพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการรับส่งเวรได้จริง เทคนิค SBAR เป็นแนวทางการสื่อสาร อีกทางเลือกหนึ่งที่นักศึกษาพยาบาล ครูคลินิกและพยาบาลวิชาชีพนำไปใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรับส่งเวร⁽⁷⁾ และการวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเวรโดยใช้ SBAR ในหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่พบว่าหัวหน้าเวรในทุกหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรม มีการส่งเวรโดยใช้ SBAR ประสิทธิภาพการส่งเวรโดยใช้ SBAR พบว่ามีการส่งเวรโดยใช้ SBAR อย่างถูกต้อง ร้อยละ 80.77 และเวลาที่ใช้ในการส่งเวรเฉลี่ย 23.19 นาที⁽⁸⁾



รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรด้วยการใช้แนวคิด SBAR เป็นเครื่องมือที่ใช้ช่วยเตือนความจำของพยาบาลวิชาชีพผู้ส่งรายงานเป็นเทคนิคการรายงานที่ได้รับการพัฒนาครั้งแรกจากการสื่อสารของทหารขับเครื่องบินเรือของกองทัพเรือประเทศสหรัฐอเมริกาได้รับการส่งเสริมให้เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานในการสื่อสารของผู้ให้บริการด้านสุขภาพและนำมาใช้ในวงการศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยนายแพทย์ มิเชล ลีโอนาด เป็นผู้นำแนวคิดความปลอดภัยมาให้บริการผู้ป่วยที่เคเซอร์เปอร์ มาใช้ในเอเวอร์กรีนรัฐโคโลราโดต้นที รูปแบบการรายงานด้วยการใช้แนวคิด SBAR เป็น รูปแบบการสื่อสารที่ผู้ส่งรายงานเรียงลำดับการรายงานข้อมูลเป็นขั้นตอนทำให้ผู้รับรายงานรับทราบ มองเห็นภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เทคนิคการสื่อสารด้วย SBAR มี 4 องค์ประกอบคือ

- 1) S-Situation คือข้อมูลที่บอกสถานการณ์ของผู้ป่วย
- 2) B-Background คือข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วย
- 3) A-Assessment คือข้อมูลการประเมินอาการผู้ป่วย
- 4) R-Recommendation คือข้อมูลการแจ้งหรือแนะนำความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งพัฒนาเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารการรายงานข้อมูลทางการพยาบาลเป็นกลไกสำคัญที่เอื้อต่อการพยาบาลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเวรเป็นความรับผิดชอบของพยาบาลหัวหน้าทีมที่ต้องเตรียมตัวให้พร้อมทั้งข้อมูล เอกสาร หลักฐานบันทึกรายงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลผู้ป่วยในเวรเพื่อส่งต่อข้อมูลปัญหาอาการ ความต้องการและการพยาบาลที่ไปไปแล้วและที่จะต้องดูแลต่อเนื่อง ให้แก่พยาบาลเวรถัดไปฉะนั้นการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องมีรูปแบบที่ชัดเจน กระชับ ครอบคลุม ผู้ส่งและผู้รับข้อมูลเข้าใจตรงกัน

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ที่มีผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 103,785 ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีแผนกผู้ป่วยในเพียง 1 แผนกจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย 3,200 รายต่อปี ผู้ป่วยรับไว้นอนเฉลี่ย 29.92 รายต่อวัน อัตราครองเตียงเฉลี่ย 79.15 โรคที่รับไว้นอนส่วนใหญ่คือโรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคปอดบวม บุคลากรหอผู้ป่วยใน มีพยาบาลวิชาชีพ 14 คน ซึ่งเป็น

กำลังสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและจากการปฏิบัติงานหน่วยงานผู้ป่วยในที่ผ่านมาพบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่คลาดเคลื่อนมีอุบัติการณ์และความเสี่ยงทางการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาไม่ครบถ้วนเช่น การให้ยาไม่ตรงตามแผนการรักษา การเจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการไม่ถูกต้อง การขาดการติดตามผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ จากอุบัติการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า มีความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จึงสังเกตและวิเคราะห์หาค้นหาสาเหตุร่วมกันกับผู้ปฏิบัติงานพบว่าการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเวรไม่ครบถ้วนครอบคลุม ทั้งผู้ส่งและผู้รับข้อมูลไม่มีแนวทางที่ชัดเจนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ขาดรูปแบบการบันทึกข้อมูลที่จำเป็นที่จะนำไปใช้วางแผนการพยาบาล ไม่มีคู่มือที่ใช้ในการรับส่งข้อมูล ใช้เวลานานมากกว่า 1 ชั่วโมง ตลอดจนถึงแวดล้อมในระหว่างสื่อสารข้อมูลนั้นมีความพลุกพล่านมีคนเข้าออกได้ตลอดเวลา มีผู้ป่วยหรือญาติมาติดต่อ เจ้าหน้าที่ที่รับเวรมาไม่ครบและพูดคุยกันหรือพูดโทรศัพท์ ทำให้รบกวนสมาธิในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารรับส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับดูแลบริการทางการพยาบาลที่ไม่ครบถ้วนล่าช้าขาดความต่อเนื่องและอาจซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยได้

จากที่วิเคราะห์สาเหตุดังกล่าวผู้วิจัยและทีมงานผู้ป่วยในจึงประชุมร่วมกันและปรับระบบการสื่อสารในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโดยได้ตกลงกำหนดแนวทางร่วมกันที่จะพัฒนารูปแบบการสื่อสารข้อมูลโดยใช้ SBAR ซึ่งเป็นเทคนิคในการสื่อสารรูปแบบหนึ่งที่นิยมนำมาใช้ในการสื่อสารรับส่งข้อมูลที่มีความชัดเจน กระชับและครอบคลุมสามารถปรับใช้ได้ทั้งการรับส่งข้อมูลระหว่างพยาบาลเวรและระหว่างการรายงานแพทย์เวรเพื่อสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยในระหว่างการปฏิบัติงานในแต่ละเวรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้องครบถ้วน และปลอดภัย



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการใช้เทคนิค SBAR ในการการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวร ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวรโดยใช้เทคนิคSBAR ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาการใช้เทคนิคSBAR ในการการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวร ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จำนวน 14 คน ซึ่งสำเร็จการศึกษาในระดับประกาศนียบัตร ชั้นไป ชั้นทะเบียน เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยได้รับการพิทักษ์สิทธิในการวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้นได้แก่ การรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรตามแนวคิดSBAR โดยมีตัวแปรตามคือการวางแผนการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย

เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบสอบถามการใช้ SBAR ในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวร แบ่งเป็นการรับรู้ข้อมูลด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องและด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้ขออนุญาต

ใช้แบบ สอบถาม การรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรของนางสาวประภัสสร มนต์อ่อน จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผล ของการใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร” (Try Out) กับพยาบาล วิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธโสธร หอผู้ป่วยอายุรกรรม ชาย7จำนวน14 คน และพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย อายุรกรรมชาย 8 จำนวน 13 คน รวมทั้งสิ้น 27 คน ปี พ.ศ. 2555 ผลการตรวจ สอบคุณภาพ เครื่องมือ ผลการหาค่าความตรง ตามเนื้อหา ของแบบสอบถาม ประสิทธิภาพ ของการใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรเท่ากับ .96 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) คำนวณหาค่าความเที่ยงขอ เครื่องมือโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, s Alpha Coefficient) โดยรวมเท่ากับ .97 เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2557-30 กันยายน 2559

ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) ประชุมชี้แจง การนำแนวทางการใช้การใช้เทคนิคSBAR ในการการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวร ของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย
- 2) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสื่อสารรายงานข้อมูลผู้ป่วยในการรับส่งเวรตามประเด็นปัญหาผู้ป่วยและรูปแบบการสื่อสารด้วย SBAR การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและทดลองฝึกปฏิบัติการสื่อสารตามรูปแบบ SBAR จัดทำเป็นคู่มือการรับส่งเวร และนิเทศติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- 3) พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยในนำแนวทางการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรไปใช้
- 4)การประเมินผลลัพธ์เก็บรวบรวมข้อมูล จากการสังเกต แบบบันทึกการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวรและรวบรวมเพื่อนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้ สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ค่าเฉลี่ย การแจกแจงความถี่และร้อยละแบบสอบถาม

การใช้ SBAR ในการรายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยน
เวรใช้ สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของพยาบาลวิชาชีพงาน
ผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า
พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 14 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง
40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี

พยาบาลสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็น
ร้อยละ 92.86 มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน เป็นพยาบาล
หัวหน้าเวรมากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 ซึ่งทุกคน
ไม่เคยผ่านการอบรม หรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับการ
รับ-ส่งเวรของ พยาบาลวิชาชีพมาก่อน ข้อมูลเวลาที่ใช้
ในการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวร พบว่าใช้เวลา
ในการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวร เวิร์กมากที่สุด
ใช้เวลาเฉลี่ย 48 นาที ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	พยาบาลวิชาชีพ (n = 14)	ร้อยละ
อายุ		
20 - 29 ปี	3	21.4
30 - 39 ปี	3	21.4
40 - 49 ปี	8	57.1
เพศ		
หญิง	14	100.0
ชาย	3	21.4
สมรส	11	78.6
วุฒิการศึกษาทางการพยาบาลสูงสุด		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	13	92.9
ปริญญาโท	1	7.1
ประสบการณ์เป็นพยาบาลหัวหน้าเวร		
น้อยกว่า 1 ปี	0	
1- 5 ปี	2	14.3
6 - 10 ปี	4	28.6
มากกว่า 10 ปี	8	71.4
การอบรมหรือประชุมวิชาการเกี่ยวกับการรับ- ส่งเวร		
ไม่เคย	14	100.0
เวลาที่ใช้ในการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวร (นาที)	MIN	MAX
เวิร์ก ใช้เวลาเฉลี่ย 48	25	75
เวรเช้า ใช้เวลาเฉลี่ย 42	20	67
เวรบ่าย ใช้เวลาเฉลี่ย 34	20	54

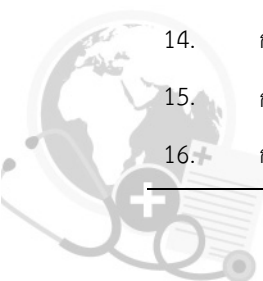


ตอนที่ 2 การใช้การใช้เทคนิค SBAR ในการการ
รายงานข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเปลี่ยนเวร ของพยาบาล
วิชาชีพ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย
พบว่า คะแนนเฉลี่ยการใช้รูปแบบการรายงาน
ข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรโดยใช้ SBAR ของพยาบาล
วิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.44 ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42 เมื่อแยกรายด้านพบว่าด้านการ
ใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนการพยาบาลอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46
ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอยู่ใน
ระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
0.32 และคะแนนเฉลี่ย ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อความ
ปลอดภัยของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก 4.38 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 0.32 เมื่อพิจารณารายข้อด้านการใช้ข้อมูลเพื่อ
การวางแผนการพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายข้อ
การประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจนอยู่ในระดับมาก
ที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45
ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่า
คะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบปัญหาความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มมี
ปัญหาอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.65 ส่วนเบี่ยง
เบนมาตรฐาน 0.44 ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อความปลอดภัย
ของผู้ป่วยพบว่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อ การระวังภาวะ
แทรกซ้อนและอาการ แพ้ยาของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก
ที่สุด คะแนนเฉลี่ย 4.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43
ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนการใช้รูปแบบการรายงานระหว่างเปลี่ยนเวร
ของพยาบาลวิชาชีพ

การใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพ ผลการใช้รูปแบบฯ	MIN	MAX	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนการพยาบาล (โดยรวม)			4.4	0.46	มาก
1. การประสานงานร่วมกับทีมสุขภาพ	4.55	4.90	4.55	0.45	มากที่สุด
2. การประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจน	4.54	4.87	4.66	0.45	มากที่สุด
3. นำข้อมูลมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	4.36	4.50	4.34	0.33	มาก
4. การประเมินผลการพยาบาลซ้ำ	4.44	4.76	4.58	0.54	มากที่สุด
5. การวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยแก้ปัญหา	4.56	4.68	4.58	0.48	มากที่สุด
6. การค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย	4.52	4.88	4.52	0.54	มากที่สุด
7. การใช้เวลารวบรวมข้อมูลน้อยลง	4.43	4.78	4.50	0.34	มากที่สุด
8. การฝึกทักษะส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย	4.10	4.54	4.32	0.38	มาก
9. การประเมินปัญหาจากข้อมูลสนับสนุน	4.18	4.67	4.38	0.55	มาก
10. การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วย	4.11	4.77	4.33	0.58	มาก
11. การรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยที่ครบถ้วน	3.90	4.43	4.21	0.55	มาก
12. การคาดการณ์ปัญหาความเสี่ยง	4.49	4.76	4.56	0.35	มากที่สุด
13. ให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย	4.11	4.54	4.33	0.48	มาก
14. การใช้เวลาวางแผนการพยาบาลน้อยลง	4.23	4.65	4.45	0.46	มาก
15. การลดเวลาจากไม่รายงานข้อมูลในอดีตของผู้ป่วยที่นอน	4.50	4.75	4.55	0.56	มากที่สุด
16. การลดเวลาการรับ- ส่งเวร	4.51	4.87	4.55	0.34	มากที่สุด



ตารางที่ 2 (ต่อ)

การใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพ ผลการใช้รูปแบบฯ		MIN	MAX	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (โดยรวม)				4.42	0.44	มาก
1.	การให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง	3.98	4.35	4.21	0.44	มาก
2.	การเฝ้าระวัง และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	4.43	4.88	4.56	0.32	มากที่สุด
3.	การให้ความรู้การปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง	4.12	4.34	4.32	0.45	มาก
4.	การรับรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีปัญหา			4.18	0.35	มาก
5.	การดูแลเรื่องการใส่ยาที่ถูกต้องเหมาะสม	4.56	4.76	4.60	0.55	มากที่สุด
6.	พบปัญหาความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มมีปัญหา	4.50	4.75	4.65	0.56	มากที่สุด
ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย(โดยรวม)		MIN	MAX	4.41	0.32	มาก
ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย		4.55	4.72	4.64	0.44	มากที่สุด
เฝ้าระวังปัญหาของผู้ป่วยได้ครอบคลุม		4.43	4.84	4.57	0.45	มากที่สุด
การระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการแพ้ยาของผู้ป่วย		4.53	4.92	4.77	0.43	มากที่สุด
รายงานข้อมูลเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพ		3.67	4.33	4.21	0.33	มาก
การลดอุบัติเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน		3.87	4.32	4.28	0.38	มาก
การพิทักษ์สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย		3.90	4.44	4.28	0.55	มาก
การประสานงานผู้เกี่ยวข้องอย่างรวดเร็ว		4.08	4.69	4.42	0.45	มาก
การเตรียมเครื่องมือให้เพียงพอ พร้อมใช้รวมทั้งหมด		4.10	4.42	4.35	0.48	มาก
รวมทั้งหมด				4.44	0.44	มาก

ตอนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
ในการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวร
ของพยาบาลวิชาชีพ

จากการที่ผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดสอบถาม
พยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับความต้องการใช้ รูปแบบการ
รายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวร พบว่าทุกท่านต้องการ
พัฒนารูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรโดย
ใช้ SBAR โดยให้เหตุผลว่ารูปแบบการรายงานข้อมูล
ระหว่างเปลี่ยนเวรโดยใช้ SBAR ของพยาบาลวิชาชีพ
มีลักษณะสำคัญดังนี้

1. มีขั้นตอนมีการกำหนดหัวข้อและจัดเรียงลำดับ
ประเด็นของข้อมูลสำคัญในการรายงานไว้เป็นระเบียบ
แบบแผน

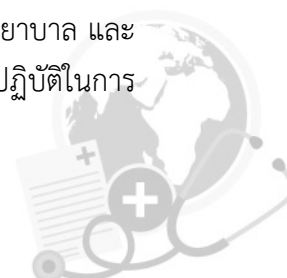
2. ครอบคลุม กระชับรัดกุม เป็นแนวทางเดียวกัน
ทำให้เข้าใจผู้ป่วย แต่ละรายได้ง่าย

3. สามารถรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาความต้องการ
ของผู้ป่วยและรวมถึงการรักษาของแพทย์ได้อย่างครบถ้วน

4. สามารถคาดการณ์ปัญหาเฝ้าระวังภาวะความเสี่ยง
ที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย

5. สามารถนำข้อมูลมาวางแผนการพยาบาล และ
ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ครอบคลุมแบบองค์
รวมตรงกับความต้องการและปัญหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
แก่ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

6. สามารถติดตามประเมินผลการพยาบาล และ
ดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการ
รายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรได้



ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ในการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยน
เวอร์ของพยาบาลวิชาชีพสรุไปได้ ดังนี้

1. ในช่วงแรกที่ใช้มีพยาบาลบางคนไม่พอใจเนื่องจาก
บอกว่ายุ่งยาก ต้องมีรายละเอียดเยอะ แต่หลังจากใช้ไป
แล้วประมาณ 2 สัปดาห์ก็ยอมรับ

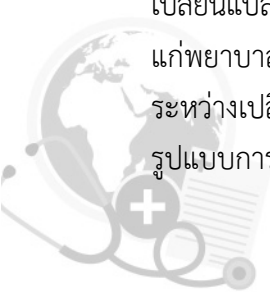
2. มีการเขียนเพิ่มขึ้นมากจากเวอร์เขียนบางครั้ง
มีการเขียนในใบแลกรเปลี่ยนเวอร์แต่ไม่ได้ลงใน Nurse's note
ได้ให้คำตอบว่าลืม เพราะต้องลงหลายใบ

อภิปรายผล

รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ของ
พยาบาลวิชาชีพ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด
SBAR มาใช้ในการสร้างรูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวอร์
เพื่อใช้รายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ เพื่อเตือนความ
จำของผู้ส่งรายงานเกี่ยวกับ ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยวิกฤติ เนื่องจากมีขั้นตอนการ
จัดเรียงลำดับ ข้อมูลครอบคลุมเนื้อหา ถูกต้องตรงตามสภาพ
การเจ็บป่วยจริง แต่การนำรูปแบบการรายงาน เปลี่ยน
เวอร์มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทำให้พยาบาลวิชาชีพต้อง
ใช้รูปแบบการ รายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์แบบใหม่
ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งจากข้อมูลประสบการณ์ ใน
การเป็นพยาบาล วิชาชีพหัวหน้าเวร พบว่าพยาบาล
วิชาชีพมากกว่าร้อยละ 50 มีประสบการณ์การรายงาน
ข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ตามปกติมานาน มากกว่า 5 ปี
ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงอาจมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง
การทำงานไปจากปกติ ต่อต้านการใช้รูปแบบการรายงาน
ข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ที่สร้างขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับ
บุญใจ ศรีสถิตยน์รากุล (2551)⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่าเมื่อบุคลากร
เผชิญกับสถานการณ์ หรือภาวะเปียบที่มีการเปลี่ยนแปลง
บุคลากร จะต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึง
บูรณาการแนวคิดการบริหารเปลี่ยนแปลงของ⁽¹⁰⁾ มาใช้
เป็นรูปแบบโดยผู้วิจัยใช้ นำ ขั้นตอนของการบริหารการ
เปลี่ยนแปลง คือ การสร้างการยอมรับ โดยการให้ความรู้
แก่พยาบาลวิชาชีพ เกี่ยวกับรูปแบบการรายงานข้อมูล
ระหว่างเปลี่ยนเวอร์ ตามแนวคิด SBAR และ ร่วมกันสร้าง
รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ ได้แก่ แบบ

ฟอร์มการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ตามแนวคิด
SBAR และคู่มือการรายงานเปลี่ยนเวอร์พร้อมกับกำหนด
ขั้นตอนของการรายงานข้อมูลผลการศึกษา พบว่า การ
ใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ ใช้ SBAR
ของพยาบาลวิชาชีพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้รูปแบบการรายงาน
ระหว่างเปลี่ยนเวอร์ของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ใน
ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42
ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนการพยาบาลอยู่ใน
ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46
ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอยู่ใน
ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32
และคะแนนเฉลี่ยด้านการใช้ข้อมูลเพื่อความปลอดภัย
ของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง 4.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.32
เมื่อพิจารณารายชื่อด้านการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน
การพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายชื่อของการประเมิน
ปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจนอยู่ในระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ย
4.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 เนื่องจากมีรูปแบบ
การรายงานที่ชัดเจน กระชับ ถูกต้อง และสอดคล้องกับ
สภาพความเป็นจริง พยาบาลสามารถรวบรวมปัญหา
สำคัญมาลำดับความสำคัญของปัญหาและนำไปวางแผน
การพยาบาลได้อย่างครบถ้วนได้ ด้านการใช้ข้อมูลเพื่อ
การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายชื่อ
พบปัญหาความเสี่ยงตั้งแต่เริ่มมีปัญหายุ่งในระดับสูงมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 เนื่องจาก
รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวอร์ ตามแนวคิด
SBAR ทำให้พยาบาลวิชาชีพรับรู้ประสิทธิภาพด้านการใช้
ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง⁽¹¹⁾ ระบุว่า
การรายงานเปลี่ยนเวอร์เป็นการถ่ายทอดข้อมูลที่เป็นประโยชน์
มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย และส่งเสริมการดูแล
ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองเป้าหมายของการรักษา
พยาบาล ฉะนั้น การรับรู้ปัญหาและความต้องการของ
ผู้ป่วย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเป็นข้อมูลในการ
วางแผนการดูแลที่ต่อเนื่องด้านการใช้ข้อมูลเพื่อความ
ปลอดภัยของผู้ป่วย พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายชื่อ การระวัง
ภาวะแทรกซ้อนและอาการแพ้ยาของผู้ป่วยอยู่ในระดับ
สูงมาก คะแนนเฉลี่ย 4.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43



เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลที่มีความชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน ทำให้พยาบาลรับรู้ และสามารถนำข้อมูลมาเฝ้าระวัง ปัญหา ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและ การใช้ระยะเวลาในการรับส่งเวรแต่ละเวรลดลง ทำให้ผู้ส่งเวรและผู้รับเวรมีความพึงพอใจ มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การสร้างรูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรตามแนวคิด SBAR เป็นการเปลี่ยนแปลงมาสู่พยาบาลวิชาชีพที่เคยชินกับการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรตามปกติ แต่หลังจากที่มีการนำมาใช้แล้ว พบว่า พยาบาลวิชาชีพ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ต้องการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรและรับรู้ถึงการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การบริหารทางการพยาบาล ควรกำหนดนโยบายให้มีการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวร ของพยาบาลวิชาชีพ ตามแนวคิด SBAR ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กรและควรสนับสนุนให้มี

การใช้ในงานห้องคลอดและการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย จากพยาบาล วิชาชีพ ห้อง ฉุกเฉินและ งานผู้ป่วยนอก ให้แก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในกรณีส่งต่อ เพื่อการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลให้เกิดความต่อเนื่องและปลอดภัย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรนำรูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการรายงานข้อมูลระหว่างเปลี่ยนเวรของพยาบาลวิชาชีพในระยะยาว เช่น ศึกษาผลต่อการเกิดอุบัติการณ์ ความเสี่ยงแก่ผู้ป่วย ศึกษาผลต่อความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ เกรียงศักดิ์ ธนอัสวานนท์และคณะเจ้าหน้าที่ งานผู้ป่วยในทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดทำรายงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2551). ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษที่ 21. (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
2. จันทร์เพ็ญ สันตวาจา,อภิญา เพียรพิจารณ์ และ รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2552). แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎี และกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
3. จินดา คุณสมบัติ. พัฒนารูปแบบการส่งเวรโดยใช้ SBAR ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 4, 1 (ม.ค.-มิ.ย. 2556), 18-25 .
4. พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2551). การใช้แนวคิดความแกร่งในการพัฒนาคุณภาพของผู้บริหารทางการพยาบาล. วารสารคุณภาพการพยาบาล ปีที่ 5 (ฉบับที่1) .
5. รัตนา จารุวรรณ, จารุภา วงศ์ช่างหล่อ และณิม พงศานานุรักษ์. (2557). ผลของการสอนการรับส่งเวรโดยใช้เทคนิค SBAR ต่อความรู้ ทักษะและทักษะในการรับส่งเวรของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (ก.ย.-ธ.ค.) 2557.
6. สภาการพยาบาล (2551). แนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : จุดทองจำกัด.
7. สายทิพย์ ไชยรา, อารี ชิวเกษมสุข, วิจิตรา กุสุมภ์ และวิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. การพัฒนารูปแบบรายงานการส่งเวรด้วยกระบวนการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสกลนคร. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 2 .The 2nd STOU Graduate Research Conference.



8. เสาวลักษณ์ จิระธรรมคุณ. (2552). **ถามและตอบ : การบริหารหอผู้ป่วย=Q & A Ward management.**
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. เอกสารอ้างอิง (ต่อ)
9. อัมพล จินดาวัฒน์. **การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** **อุดมการณ์ของชาติ**
“สร้างนำซ่อม” ค้นคืนวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2558 จาก <http://www.Nationalhealth.or.th./database>
10. Kerr, M. P. (2002). **A qualitative study of shift handover practice and function from a sociotechnical perspective.** *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 125-134
11. Lamond,D. (2000). **The information content of the nurse change of shift report : A comparative study.** *Journal of Advance Nursing* ,31 : 794-804 .
12. Lewin, K . (1951). **Lewin, s three-step change theory.** *International Journal of Scholarly Academic Intellectual Diversity*, 8 (1), 1-10.



“ทานตะวันบานที่ตากฟ้า”

นางบุญชู เชียงม้ว หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากฟ้า
นายณัฐธันธ์ เรืองแจ่ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.นครสวรรค์

เมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณในทุกๆ ปี แต่ละจังหวัดก็ต้องเตรียมวางแผนการออกนิเทศ ติดตาม กำกับงาน ในปีงบประมาณ 2560 ก็เช่นกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ได้ออกเยี่ยมติดตามการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (CUP) ครั้งที่ 1 ระหว่างเดือนธันวาคม 2559-เดือนกุมภาพันธ์ 2560 ภายใต้การนำของนายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ และหัวหน้ากลุ่มงาน/งานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ตากฟ้าเป็นอำเภอหนึ่ง ที่ได้รับการเยี่ยมติดตามและเสริมพลังจากผู้บริหารระดับจังหวัด ซึ่งนายแพทย์อำนาจ น้อยขำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากฟ้า ได้นำเสนอข้อมูลความก้าวหน้าการดำเนินงานสาธารณสุขด้านต่างๆ ตามนโยบาย แผนงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคจากการดำเนินงาน และได้เล่าถึงสิ่งที่ภาคภูมิใจในการทำงานแบบไร้รอยต่อ ร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอให้ทุกคนฟัง อีกทั้ง นางบุญชู เชียงม้ว หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากฟ้า ได้เล่าเสริมด้วยรอยยิ้ม และน้ำเสียงที่กินใจว่า “เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2560 อำเภอตากฟ้าได้จัดประชุมประชาคมหมู่บ้าน ณ หมู่ที่ 10 ตำบลหนองพิกุล ในวาระเรื่อง การรักษาศีล 5 มีชาวบ้านชื่อนายกล้าหาญ (นามสมมติ) ได้แสดงความจำนงว่า จะเลิกดื่มสุราเพื่อรักษาศีล 5 ทางปลัดอำเภอตากฟ้า ได้ประสานเรื่องมาที่หัวหน้าพยาบาล เรื่องของนายกล้าหาญ จึงถูกนำมาหารือ เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลโดยทีมสุขภาพอำเภอ (DHS) จากนั้น นายกล้าหาญ จึงเข้าสู่กระบวนการบำบัดสุรา ด้วยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน โดยมีนายอำเภอตากฟ้า และผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากฟ้า เป็นผู้ขับเคลื่อน” งานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตากฟ้า มีข้อจำกัดในหลายๆ เรื่องที่ผู้บริหารจังหวัดรับรู้และช่วยดำเนินการแนะนำแก้ไข เช่น เรื่องของบุคลากร เรื่องของงบประมาณ เนื่องจากเป็นอำเภอเล็กๆ ที่มีประชากรเพียง 40,000 คน การขับเคลื่อนงานให้ไปถึงเป้าหมายจึงไม่ใช่เรื่องง่าย หลายครั้งที่ประสบปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เป็น บทเรียนที่สอนให้พวกเขาเห็นว่า เขาทำงานเพียงกระทรวงเดียวได้ แต่โอกาสสำเร็จมีน้อยมาก และหัวหน้าพยาบาล เล่าต่อว่า “เมื่อปี 2558 เรารู้จักคำว่า DHS แต่ยังไม่เข้าใจชัดเจน ต่อเมื่อมาทำเรื่องการดูแลในระยะยาว (Long Term Care) ทำให้พบปัญหาหลายอย่างนอกจากเรื่องสุขภาพแล้ว ยังพบเห็นวงจรอุบาทว์ “โง่ จน เจ็บ” ที่เป็นเรื่องยากที่จะแก้ไข ทางโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตากฟ้า ได้นำปัญหาเข้าสู่เวทีการประชุมระดับอำเภอ จากนั้นการทำงานเป็นทีม DHS จึงค่อยๆ ชัดขึ้นๆ เรื่อยมา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เป็นผู้สนับสนุนวิชาการ และเป็นพี่เลี้ยงติดตามเยี่ยมเสริมพลังเป็นระยะๆ”

นายแพทย์อำนาจ น้อยขำ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากฟ้า ได้เล่าให้ฟังด้วยความภาคภูมิใจอีกว่า “เมื่อปี 2559 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยรายหนึ่งเป็น Acute Stroke ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไร้ญาติ และที่สำคัญไร้สิทธิการรักษาเพราะไม่มีบัตรประชาชน ชื่อ ลุงยิ้ม (นามสมมติ) ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง ทางโรงพยาบาลได้รายงานให้จังหวัดทราบ เพราะอาจเกิดความขัดแย้งกันระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล ซึ่งทางนายแพทย์สมเกียรติ ขำนุรักษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ได้ให้ผู้รับผิดชอบของกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ลงพื้นที่เพื่อติดตามทันที เมื่อถึงพื้นที่ได้พบผู้ป่วยรายนี้จริงๆ ข้อเท็จจริงที่ได้รับรายงานว่า ในเช้าวันที่ 5 กรกฎาคม 2559 รถ EMS ของโรงพยาบาลตากฟ้า ถูกเรียกไปรับผู้ป่วยชายวัย 70 ปี ที่วัดพุเม่น หมู่ 3 ตำบลพุนกยูง ด้วยอาการพูดไม่ชัด แขนขาด้วนขวาอ่อนแรง ซึม แพทย์วินิจฉัย Stroke จำเป็นต้องได้รับการตรวจ CT scan เพื่อยืนยันการวินิจฉัย แต่ติดปัญหาเรื่องที่ ผู้ป่วยไม่มีสิทธิการรักษา ไม่มีญาติ

ไม่มีเลข 13 หลัก หากส่งรักษาตามระบบปกติ จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง และอาจมีปัญหาได้ แพทย์เจ้าของไข้จึงรายงานปัญหาให้ผู้อำนวยการทราบ จึงได้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา CT scan และกลับมารักษาที่โรงพยาบาลตากฟ้า จากอาการของผู้ป่วยพูดไม่ชัด สามารถสื่อสารได้ทางภาษากาย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ใช้เวลารักษาโดยให้อยู่พักรักษาในโรงพยาบาลนานร่วม 2 เดือน โดยได้รับการดูแลจากทีมกายภาพและทีมพยาบาล เพื่อฟื้นฟูให้ลุงยิ้ม กลับมาช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด ระหว่างผู้ป่วยอยู่นอนอยู่โรงพยาบาลทีมหมอครอบครัว (FCT) และทีมจริยธรรมได้ติดต่อประสานหาญาติ สอบถามจากเจ้าอาวาสวัด ได้ความเพียงว่าเป็นคนเร่ร่อน เคยบวชที่วัด และสึกออกมาเป็นฆราวาส อาศัยอยู่ที่วัดต่อ ทางทีมพยายามใช้ช่องทางต่างๆ สืบหาญาติ ก็ไม่สามารถติดต่อญาติได้ แต่ในขณะที่เดียวกันอาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้น ทางโรงพยาบาลตากฟ้าจึงได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน แต่สภาพปัญหาของลุงยิ้มในขณะนั้น ยังจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อน และต้องดูแลต่อเนื่อง ต้องมีค่าใช้จ่ายเรื่องค่าอาหาร ค่าผ้าอ้อม เป็นต้น ประกอบกับผู้ป่วยจัดอยู่ในประเภทจนซ้ำซ้อน คือ จนทั้งเงินและโอกาส ทีมหมอครอบครัว (FCT) และทีมจริยธรรมลงไปปรึกษาที่ท้องถิ่น ได้รับแจ้งกลับว่าไม่ใช่คนของพื้นที่ แจ้งกลับไปวัด ได้รับคำตอบว่าไม่มีใครดูแล ลุงยิ้มกลายเป็นโจทย์ยากสำหรับทีมหมอครอบครัว (FCT) ขณะเดียวกันลุงยิ้ม ก็จะเป็นตัววัดระดับคุณธรรมของคนตากฟ้าด้วย ทางทีมจริยธรรมเข้าหารือกับนายอำเภอตากฟ้า นายอำเภอได้ประสานขอข้อมูลลุงยิ้มกับกำนันตำบลพุนกยูงและผู้ใหญ่บ้าน จึงทราบว่า พี่นพเดิมลุงเป็นคนตาคลี มีภรรยา แต่ไม่มีลูก มีลูกบุญธรรม 1 คน มีที่ดินทำกิน แต่ต่อมาได้เลิกกับภรรยา และมารับจ้างเลี้ยงวัวที่ตำบลพุนกยูง จนเจ้าของวัวเสียชีวิต ก็ขอขายแต่ลุงยิ้มก็ไม่เคยเล่าประวัติให้ใครฟัง ทีมระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) นำโดยนายอำเภอตากฟ้า นายแพทย์เจ้าของไข้พยาบาล นักกายภาพบำบัด สาธารณสุขอำเภอตากฟ้า เจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านไตรศรี พาผู้ป่วยกลับวัดในวันที่ 12 สิงหาคม 2559 เพราะวันนี้มี ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน ประชาชน มาทำบุญและบำเพ็ญประโยชน์ที่วัด ทางโรงพยาบาลตากฟ้าได้นำข้าวของเครื่องใช้ เช่น ผ้าอ้อม เงินที่ได้รับบริจาคจากเจ้าหน้าที่ มาพร้อมกับผู้ป่วย รถ EMS พาลุงไปลงพัก ณ กุฏิที่ลุงเคยอาศัยอยู่ โดยมีเจ้าอาวาส ผู้นำชุมชน และชาวบ้านมาร่วมดูแลเหตุการณ์ การเจรจาถึงเหตุผลที่ต้องนำลุงมาส่งวัดก็เกิดขึ้น ชุมชนปฏิเสธด้วยเหตุผลว่าลุงยิ้มเป็นผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาล จะมาอยู่บ้านได้อย่างไร ทีม DHS อำเภอจึงต่อรองให้เจ้าอาวาสหาคนมาดูแลโดยให้ค่าจ้างวันละ 300 บาท ให้ลุงยิ้มได้กลับบ้านสัก 1 สัปดาห์ และเพื่อคลายเครียดการพูดคุย ดูเหมือนว่าจะง่ายขึ้น เจ้าอาวาสวางแผนให้สัปเหร่อเป็นผู้ดูแลอาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม ให้อาหาร พระจะจัดหา โดยพูดกับญาติโยมว่า “พม่าเขมร เรายังเลี้ยงพวกเขาเลย นี่คนไทยแท้ๆ ก็ลองดูไม่ไหวก็บอกหมอเขา” ทีมจึงให้คำแนะนำเรื่องผู้ดูแลเพิ่มเติม และสัญญาว่าอีก 2 วัน จะมาเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ 2 วันต่อมา ทีม DHS อำเภอ นำทีมโดยท่านนายอำเภอ ก็มาตามนัด มี แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นายก อบต. กำนัน อสม. พอไปถึงพบว่า ผู้ดูแลได้หนีไปแล้ว มีกำนันธนและภรรยา ซึ่งเป็นประธาน อสม.มาดูแลแทนรูปแบบการดูแลจึงถูกปรับเปลี่ยนทันที โดยให้ อสม.เวียนกันมาอาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม คนเปิดน้ำประปา ให้อาก่อนอาหาร พระจัดหาอาหาร และให้ยาหลังอาหาร ไม่มีค่าตอบแทน ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนทำกายภาพและสอน อสม. ด้วยความที่กุฏิไม่มีห้องน้ำห้องส้วม ชาวบ้านจึงช่วยกันบริจาคทุนและแรง ทำห้องส้วมและห้องอาบน้ำไว้บนกุฏิ และใช้ไม้แผ่นผูกให้ลุงยิ้มใช้มือจับ ทางทีมได้ติดตามเยี่ยมลุงยิ้มทุก 2 วัน ใน 2 สัปดาห์แรก และหลังจากนั้นสัปดาห์ละ 1 วัน มาวันนี้ลุงยิ้มเดินได้ พูดได้ แม้จะไม่ชัดเท่าไร แต่ก็สามารถเล่าประวัติตัวเองได้ รูปร่างสมบูรณ์ หน้าตาสดใส จัดยา กินเองได้ เมื่อผมยาวก็จะมีช่างมาตัดผมให้ที่วัด ยามเย็นๆ ก็จะมีเด็กๆ ซ้อมนมมาแบ่งให้ลุงยิ้มกิน คนมาทำบุญก็บริจาคเงินให้ลุงยิ้มเก็บไว้ และท่านนายอำเภอตากฟ้า ได้ประสานผู้เกี่ยวข้องทำบัตรประชาชนให้ลุงยิ้ม และแล้วในวันนี้ ลุงยิ้ม เดินได้ มีวัดเป็นที่อาศัย มีบัตรประชาชน มีสิทธิการรักษาเหมือนประชาชนคนทั่วไป” กรณีของลุงยิ้ม ทำให้ทุกคนได้รับบทเรียนที่ดี ที่ทำให้เห็นว่า คนตากฟ้าพึ่งตนเองและดูแลช่วยเหลือกันและกันได้ ทีมสุขภาพอำเภอท่านหนึ่งได้เล่าให้ฟังว่า เมื่อทีมหมอครอบครัวไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจะพบปัญหาอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ที่อยู่อาศัยมีปัญหา ประชาชนคน

ตากฟ้า นอกจากจะได้รับการประเมินและดูแลสุขภาพแล้ว ก็ได้รับการเยียวยาเรื่องที่อยู่อาศัย เช่น ปรับปรุงซ่อมมุงหลังคาบ้าน ทำบันไดบ้าน บางรายสร้างบ้านใหม่ให้ ทุกวันนี้ทีมหมอครอบครัวของอำเภอตากฟ้า ที่ประกอบด้วยทีมสุขภาพ จะเพิ่มเป็น ทีมมหาดไทย ทีมฝ่ายความมั่นคง ทีมสังคมสงเคราะห์ เราไม่ได้ทำเฉพาะสาธารณสุขแล้ว เรากำลังขับเคลื่อนระบบด้วยระบบการพัฒนาคูณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ออกเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ตามแผนการเยี่ยมบ้าน ในปีงบประมาณ 2560 มีผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยม 59 ราย ในจำนวนนี้ ได้รับมอบใบรับรองความพิการโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากฟ้า ออกประเมินด้วยตัวเอง 12 ราย และมอบกายอุปกรณ์ 3 ราย (เป็นผู้ที่ไม่อยู่ในเงื่อนไขของ สปสช.) สนับสนุนเตียง 10 เตียง ที่นอนลม 8 ราย ถังออกซิเจนใช้ที่บ้าน 21 ราย เครื่องดูดเสมหะ 1 ราย ได้รับการซ่อมบ้านมุงหลังคาใหม่ 1 ราย และนายสกล คลังพลอย สาธารณสุขอำเภอตากฟ้า ได้ยิ้มและกล่าวเพิ่มเติมอย่างภาคภูมิใจว่า อำเภอตากฟ้า โชคดี มีกรรมการ มีแผน มีกองทุนช่วยเหลือผู้ยากไร้ มีการสนับสนุนทุนกันอย่างต่อเนื่อง และเรากำลังจะมีคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ที่ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกครัวเรือน ลดป่วย ลดตาย จากโรคเรื้อรัง ที่สามารถป้องกันได้ เพิ่มการเข้าถึง ด้วยระบบการรักษาที่หลากหลายใกล้บ้าน ให้บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารอันทันสมัย เราได้กำหนดจุดที่ตั้ง PCC แห่งแรกของอำเภอตากฟ้า คือ PCC บ้านพุ่มค่า ซึ่งจะเปิดให้บริการตามรูปแบบที่กระทรวงกำหนดต่อไป

ณ วันนี้ อำเภอตากฟ้า เป็นอำเภอหนึ่ง ที่พัฒนาอยู่ระดับแนวหน้าของจังหวัดนครสวรรค์ ด้วยผลงานที่ทุกคนทุกภาคีเครือข่ายตั้งใจปฏิบัติ ภายใต้วิสัยทัศน์ “ตากฟ้าร่วมใจ ทุกกลุ่มวัยสุขภาพดี” โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ประชาชนชาวตากฟ้าต้องมีคุณภาพชีวิตดี ตากฟ้ามีทุ่งทานตะวันที่สวยงาม บานสะพรั่งรับแสงตะวันฉันทิใด งานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) ที่เข้าถึงแก่นแท้ของระบบบริการสุขภาพ (service plan) ทั้งในส่วนปฐมภูมิและทุติยภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตากฟ้า ก็สวยงามแบ่งบานไม่แพ้กัน ก้าวที่กล้าของทีมสุขภาพอำเภอ ทีมหมอครอบครัว ทีมอื่นๆ ของอำเภอตากฟ้า เกิดจากแรงผลักดันจากพลังภายในที่มีคุณค่าของทุกคนชาวตากฟ้า คงไม่แปลกที่อำเภอตากฟ้าจะมีทุ่งทานตะวันที่สวยงาม และบานชูดอกไม้ได้รับแสงอาทิตย์ เฉกเช่นผลงานเชิงประจักษ์หลายสิ่งหลายอย่างที่เกิดขึ้น ณ อำเภอตากฟ้า





