



บทความฉบับเต็ม (E-Proceeding)

การประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ 1
“สาธารณสุขในเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน”
Public Health in Sustainable Development Goals

26 มีนาคม 2561

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช



คำนำ

หลังจากการดำเนินงานตามแนวทาง สหประชาชาติแห่งการพัฒนาที่ยั่งยืน (Millennium Development Goals: MDGs) ได้สิ้นสุดลงเมื่อปี 2558 สหประชาชาติ ได้จัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขึ้นมาใหม่ 17 เป้าหมาย เพื่อเป็นเข็มทิศให้แต่ละประเทศภายในโลกได้ใช้เป็นกรอบในการพัฒนาประเทศ โดยประเทศไทยก็ได้ใช้แนวทางของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในการวางยุทธศาสตร์ 20 ปีของชาติ โดยการขับเคลื่อนสอดคล้องกับ โมเดลประเทศไทย 4.0 มุ่งเน้นการพัฒนาที่สมดุลทั้งความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ การรักษาสິงแวดล้อม การสร้างสังคมที่อยู่ดีมีสุข และการเสริมสร้างภูมิปัญญามนุษย์ โดยในส่วนของงานด้านสาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมใน 17 เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนนี้ และเป็นกรอบพื้นฐานในการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข เช่นกัน

การประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ 1 ภายใต้หัวข้อ “สาธารณสุขในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน” มีจุดประสงค์เพื่อเป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการ ของงานวิจัยด้านสาธารณสุขและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มาซึ่งองค์ความรู้ที่หลากหลายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ และคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในฐานะภาคีผู้ร่วมจัดงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่านักวิจัย นักวิชาการ และผู้เข้าร่วมงานทุกท่านจะได้รับประโยชน์และความรู้จากการประชุมครั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การต่อยอดการพัฒนางานวิจัย และงานวิชาการของท่านต่อไป

ในฐานะประธานคณะกรรมการอำนวยการจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ 1 ขอขอบคุณนักวิจัย ผู้เข้าร่วมการประชุม ภาคีร่วมจัดงาน สถาบันวิจัยและนวัตกรรม ผู้บริหารมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รวมถึงคณาจารย์ บุคลากร นักศึกษา สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ทุกท่านที่มีส่วนสำคัญ ในการทำให้การจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ 1 ผ่านไปได้ด้วยดี หากมีข้อผิดพลาดประการใด ทางผู้จัดขออภัยทุกท่าน ไว้ ณ ที่นี้ด้วย และจะนำไปพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น ในการประชุมครั้งต่อไป

พบกันใหม่ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ 2 นะครับ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริท เจาะจิตต์
ประธานคณะกรรมการอำนวยการประชุม
คณบดีสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
กลุ่มอาชีพอนามัยและความปลอดภัยและกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี	
1. ความเสี่ยงทางการเกษตรและระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอของบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน	1
2. กิจกรรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาดอวน ตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	8
3. การประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย กรณีศึกษา : งานก่อสร้างโครงการอาคารศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	14
4. สถานการณ์การดูแลที่พิกอาศัยผู้สูงอายุในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช	21
5. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการด้านการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช	27
กลุ่มการจัดการสุขภาพตามช่วงวัย และกลุ่มการศึกษาชุมชนและสังคม	
1. ผลของการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช	33
2. ความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช	40
3. ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	46
4. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะโดยชุมชนเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร	54
5. การจัดการสุขภาพชุมชนโดยใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลอุทัยเก่า อำเภอนงนุช จังหวัดอุทัยธานี	62
6. ยากลาย(ยาเส้น) : ความเป็นตัวตน ผัสสะและสุนทรีย์	68
International Session	
1. The Association between Emotional–Psychological–Social–Ethical Developments And Child Overweight–Obesity in Thailand	75
2. Psychosocial Factors Influencing The Intention to Drugs Abstinence among Juveniles at Tulakarn Chalermprakit Hospital	82
3. Factors Influencing HIV Voluntary Counseling and Testing among Migrants at the Thai-Myanmar Border, Myawaddy Township, Myanmar	90
กลุ่มการพัฒนาบริการระบบสุขภาพ	
1. ต้นทุนคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช	99
2. วัฒนธรรมองค์กรปลอดภัยในโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี	104
3. Cognitive impairment of METH-dependent patients screened with Mini-Mental State Examination (MMSE) in Thai population.	110

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
4. รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	115
5. การพัฒนากระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	121
6. ประสิทธิภาพของรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	128
7. เทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	135
8. ประสิทธิภาพของแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	141
กลุ่มบูทรี แอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	
1. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์ในเขตเมือง	150
2. การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตในผู้ใช้สารเสพติด	159
3. การศึกษาความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สังกัดกรุงเทพมหานคร	170
4. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	177
5. ผลของการลดความดันโลหิตด้วยวิธีการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม	184
6. ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีวัดความแข็งของหลอดเลือดแดงหัวใจ-ข้อเท้า และความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง	192
7. หลักพุทธธรรมกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม กรณีศึกษา สถานปฏิบัติธรรมแห่งหนึ่ง	198
8. Antimicrobial Activity of Thunbergia laurifolia Leaves Extracts against Pathogenic Bacteria	204
ภาคผนวก	



กลุ่มอาชีพอนามัยและความปลอดภัยและกลุ่มอนามัยสิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยี

ความเสี่ยงทางการยศาสตร์และระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอของบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน

อัครเดช คงขำ¹ จันทน์ ณะภพ² สุปรีชา แก้วสวัสดิ์³

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสถาปัตยกรรมมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์,
²สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

(ukkaradate.ko@gmail.com)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์และระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอของบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ Rapid Upper Limb Assessment (RULA) และอาการปวดของกล้ามเนื้อ Visual Analogue Scale (VAS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของสถานี่งานคอมพิวเตอร์ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.5 มีความเสี่ยงระดับ 3 (งานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมและปรับปรุง) ร้อยละ 37.5 มีความเสี่ยงระดับ 2 (ควรศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง อาจจะต้องมีการออกแบบงานใหม่) และมีความเสี่ยงระดับ 1 (ยอมรับได้ แต่อาจจะมีปัญหาทางการยศาสตร์ได้ หากมีการทำงานดังกล่าวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าเดิม) และ 4 (มีปัญหาทางการยศาสตร์ และต้องมีการปรับปรุงทันที) ร้อยละ 2.5 เท่ากัน สำหรับระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอพบว่าบริเวณด้านซ้าย ร้อยละ 43.7 มีอาการปวดมาก และร้อยละ 38.8 มีอาการปวดปานกลาง และทางด้านขวา ร้อยละ 57.5 มีอาการปวดมาก และร้อยละ 26.2 มีอาการปวดปานกลาง ผลการศึกษาระบุได้ว่าบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน มีสถานี่งานที่มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์อยู่ในระดับที่เป็นปัญหาและส่งผลให้เกิดอาการปวดและโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้ จึงควรได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมและรับดำเนินการปรับปรุงสถานี่งานและวิธีการทำงานให้มีความเหมาะสมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ

ความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์

แหล่งทุน

ผลงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (สัญญาเลขที่ 18/2559)

EC no.

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 59/065 ลงวันที่ 14 ตุลาคม 2559



บทนำ

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาประยุกต์ใช้ในการทำงานมีเพิ่มมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะคอมพิวเตอร์ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น(ณรงค์ช กลั่นพิกุล, 2555; วันเฉลิม ฉัตรทอง, ยุทธชัย บันเทิงจิตร, และ ศจีมาศ ณ วิเชียร, 2556) ผลสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของประชากร พบว่าจากจำนวนประชากรประมาณ 63.1 ล้านคน มีผู้ใช้คอมพิวเตอร์ 19.4 ล้านคน (ร้อยละ 30.8) และสถานภาพการทำงานของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ พบว่าลูกจ้างรัฐบาลใช้คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 69.7 รองลงมาเป็นนายจ้างใช้คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 34.6 และลูกจ้างเอกชนใช้คอมพิวเตอร์ ร้อยละ 28.4 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

ผู้ที่ใช้งานคอมพิวเตอร์ในการทำงานจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างจำกัดและอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานานระยะเวลา 3 - 4 ชั่วโมงต่อวัน (กตยา แสนลี, วิชัย อิงพิณพงษ์, และ อุไรวรรณ ชัชวาลย์, 2556) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยปัญหาที่พบบ่อยคือปัญหาทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal disorders: MSDs) (Maakip, Keegel, & Oakman, 2016; จุฑาทิพย์ วิญญูเจริญกุล และ กลางเดือน โพชนา, 2558; พาวิณี ไชบาน, ระพร ศุทธากรณ์, และ ธาณี แก้วธรรมานุกุล, 2556) โรคหรืออาการที่มักพบได้บ่อยได้แก่ โรคพังผืดทับเส้นประสาทข้อมือ เอ็นอักเสบ อาการปวดหลังส่วนล่างและกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง บริเวณที่มักพบอาการคือบริเวณกล้ามเนื้อคอป่าโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ Upper Trapezius m. (ดรรรัตน์ เบญจบุญญาภภาพ, อาทิตย์ พวงมะลิ, และ อุบล พิรุณสาร, 2557)

ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อของผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานด้วยท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม (Robertson et al., 2009) บุคลากรมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ส่วนใหญ่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน และมีพฤติกรรมการใช้คอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน จึงส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ ได้แก่ อาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง อาการปวดหลังส่วนล่าง ทางผู้วิจัยจึงได้ศึกษาในระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์และระดับอาการปวดของกล้ามเนื้อคอป่าในบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ เพื่อให้ทราบถึงระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์และระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอป่า และนำข้อมูลมาใช้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานมีสุขภาพที่ดี และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรภายในมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่ปฏิบัติงานในเดือน มีนาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2560 และมีการใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะในการปฏิบัติงานติดต่อกันนานเกิน 4 ชั่วโมงต่อวัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจงได้จำนวนทั้งสิ้น 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบสอบถามเพื่อทราบเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของบุคลากร 2) แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ Rapid Upper Limb Assessment (RULA) เป็นแบบประเมินท่าทางการนั่งทำงาน โดยเน้นการเคลื่อนไหวของระยางค์บน (McAtamney & Corlett, 1993) โดยวิธีการประเมินนั้นจะแบ่งร่างกายออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกประกอบด้วย แขนส่วนบน แขนส่วนล่างและข้อมือ ในกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย คอ ลำตัวและขา แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกไปวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบกับ ระดับคะแนนสุดท้ายของ RULA แบ่งออกเป็น 4 ระดับคือ ระดับ 1 หมายถึงงานนั้นยอมรับได้ แต่อาจจะมีปัญหาทางการยศาสตร์ได้ถ้ามีการทำงานดังกล่าวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าเดิม ระดับ 2 หมายถึงงานนั้นควรได้รับการพิจารณาการศึกษาละเอียดขึ้นและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง การออกแบบงานใหม่อาจมีความจำเป็น ระดับ 3 หมายถึงงานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมและรีบดำเนินการปรับปรุงลักษณะงานดังกล่าว และระดับ 4 หมายถึงงานนั้นมีปัญหาด้านการยศาสตร์ที่ต้องได้รับการปรับปรุงโดยทันที และ 3) แบบประเมินอาการปวดของกล้ามเนื้อ Visual Analogue Scale (VAS) เป็นเครื่องมือวัดความปวดที่ประกอบด้วยเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลขให้เห็นโดยซ้ายสุดจะระบุว่าไม่มีอาการปวดและขวาสุดระบุว่าปวดมากจนทนไม่ได้ผู้ป่วยขีดเส้นตั้งฉากแล้วผู้ประเมินวัดคะแนนความปวด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 80 คน ร้อยละ 91.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 42.5 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 39.5 ปี ร้อยละ 60 มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 53.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี



ร้อยละ 36.2 มีอายุการทำงานอยู่ในช่วง 15-20 ปี อายุการทำงานเฉลี่ย 13 ปี ร้อยละ 68.8 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 88.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 47.5 ไม่มีปัญหาสายตา ร้อยละ 93.8 ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานติดต่อกันมากกว่า 4 ชั่วโมง ร้อยละ 95 ถนัดแขนขวา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน (n=80)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	คุณลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ		7. รายได้ต่อเดือน (บาท)	
ชาย	7 (8.8)	15,001 – 20,000	25 (31.2)
หญิง	73 (91.2)	มากกว่า 20,000	55 (68.8)
2. อายุ		8. โรคประจำตัว	
21-30 ปี	14 (17.5)	ไม่มี	71 (88.8)
31-40 ปี	27 (33.8)	ไขมันในเลือดสูง	1 (1.2)
41-50 ปี	34 (42.5)	ความดันโลหิตสูง	3 (3.8)
51-60 ปี	5 (6.2)	ภูมิแพ้	4 (5.0)
\bar{X} , S.D, Min, Max	39.5, 7.7, 23, 55	ไม่เกรน	1 (1.2)
3. ดัชนีมวลกาย		9. ปัญหาสายตา	
ผอม/น้ำหนักน้อย	4 (5.0)	ไม่มี	38 (47.5)
ปกติ	48 (60.0)	สั้น	22 (27.5)
ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1	13 (16.2)	ยาว	20 (25)
อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2	13 (15.0)	การแก้ไข	
อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3	3 (3.8)	ใส่แว่น	42 (100)
\bar{X} , S.D, Min, Max	22.5, 3.3, 16.7, 31.6		
4. สถานภาพ		10. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์	
โสด	33 (41.2)	4 ชั่วโมง	5 (6.2)
สมรส	43 (53.8)	มากกว่า 4 ชั่วโมง	75 (93.8)
หม้าย/หย่า	4 (5.0)		
5. ระดับการศึกษา		11. ความถนัดของแขน	
ปวส./อนุปริญญาตรี	2 (5.0)	ขวา	76 (95.0)
ปริญญาตรี	60 (75.0)	ซ้าย	4 (5.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	18 (22.5)		
6. อายุการทำงาน			
1 - 5 ปี	20 (25.0)		
6 - 10 ปี	11 (13.8)		
11 - 15 ปี	10 (12.5)		
15 - 20 ปี	29 (36.2)		
มากกว่า 20 ปี	10 (12.5)		
\bar{X} , S.D, Min, Max	13.18, 7.6, 1, 24		



ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของสถานีกานคอมพิวเตอร์ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.5 มีความเสี่ยงระดับ 3 (งานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมและปรับปรุง) ร้อยละ 37.5 มีความเสี่ยงระดับ 2 (ควรศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง อาจจะต้องมีการออกแบบงานใหม่) และ มีความเสี่ยงระดับ 1 (ยอมรับได้ แต่อาจจะมีปัญหาทางการยศาสตร์ได้ หากมีการทำงานดังกล่าวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าเดิม) และ 4 (มีปัญหาด้านการยศาสตร์ และต้องมีการปรับปรุงทันที) ร้อยละ 2.5 เท่ากัน (ตารางที่ 2)

ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอป่าในบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน พบว่าทางด้านซ้าย ร้อยละ 43.7 มีอาการปวดมาก ร้อยละ 38.8 มีอาการปวดปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดเท่ากับ 5.61 cm. จากเต็ม 10 cm. สำหรับทางด้านขวา ร้อยละ 57.5 มีอาการปวดมาก และ ร้อยละ 26.52 มีอาการปวดปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดเท่ากับ 6.20 cm. (ตารางที่ 3) ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอป่าในบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานจำแนกเพศ ดัชนีมวลกาย อายุการทำงาน และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ พบว่าเพศหญิง มีอาการปวดบ่าซ้ายระดับปวดมาก 31 คน บ่าขวา 43 คน ผู้ที่มีดัชนีมวลกายในระดับปกติมีอาการปวดบ่าซ้ายระดับปวดมาก 18 คน บ่าขวา 28 คน อายุการทำงาน 15 - 20 ปี มีอาการปวดบ่าซ้ายระดับปวดมาก 16 คน บ่าขวา 20 คน และระดับความเสี่ยงการยศาสตร์อยู่ในระดับ 3 อาการปวดบ่าซ้ายระดับปวดมาก 16 คน บ่าขวา 24 คน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของสถานีกานคอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน (n=80)

ความเสี่ยงทางการยศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ 1 ยอมรับได้ แต่อาจจะมีปัญหาทางการยศาสตร์ได้ หากมีการทำงานดังกล่าวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่าเดิม	2	2.5
ระดับ 2 ควรศึกษาเพิ่มเติมและติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง อาจจะต้องมีการออกแบบงานใหม่	30	37.5
ระดับ 3 งานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมและปรับปรุง	46	57.5
ระดับ 4 มีปัญหาด้านการยศาสตร์ และต้องมีการปรับปรุงทันที	2	2.5
\bar{X} , S.D, Min, Max	4.79, 1.14, 2, 7	

ตารางที่ 3 ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอป่าในบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน (n=80)

ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอป่า (เซนติเมตร)	จำนวน (ร้อยละ)	
	ด้านซ้าย	ด้านขวา
ไม่ปวด (0)	4 (5)	3 (3.8)
ปวดเล็กน้อย (1-3)	10 (12.5)	10 (12.5)
ปานกลาง (4-6)	31 (38.8)	21 (26.2)
มาก (7-10)	35 (43.7)	46 (57.5)
\bar{X} , S.D, Min, Max	5.61, 2.5, 0, 10	6.20, 2.63, 0, 10

ตารางที่ 4 ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอป่าในบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานจำแนกเพศ ดัชนีมวลกาย อายุการทำงาน และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ (n=80)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ไม่ปวด		เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
		ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา
1. เพศ									
ชาย	7	1	1	1	2	1	1	4	3
หญิง	73	3	2	9	8	30	20	31	43



คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ไม่ปวด		เล็กน้อย		ปานกลาง		มาก	
		ชาย	ขวา	ชาย	ขวา	ชาย	ขวา	ชาย	ขวา
2. ดัชนีมวลกาย									
ผอม/น้ำหนักน้อย	4	0	0	1	1	0	0	3	3
ปกติ	48	1	0	7	5	22	15	18	28
ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1	13	2	2	0	2	4	2	7	7
อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2	12	1	1	1	1	4	3	6	7
อ้วนมาก/โรคอ้วนระดับ 3	3	0	0	1	1	1	0	1	1
3. อายุการทำงาน									
1 - 5 ปี	20	3	2	1	3	7	6	9	9
6 - 10 ปี	11	1	1	2	1	5	4	3	5
11 - 15 ปี	10	0	0	2	2	5	1	3	7
15 - 20 ปี	29	0	0	3	3	10	6	16	20
มากกว่า 20 ปี	10	0	0	2	4	4	5	4	10
4. ระดับความเสี่ยงการยศาสตร์									
ระดับ 1	2	0	0	0	0	0	0	2	2
ระดับ 2	30	2	2	5	6	8	4	15	18
ระดับ 3	46	2	1	5	4	23	17	16	24
ระดับ 4	2	0	0	0	0	0	0	2	2

อภิปรายผล

บุคลากรส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์มากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวันมากถึงร้อยละ 93.8 ซึ่งส่งผลให้เกิดโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานได้ เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรัง (เมธินี ครุสนธิ์ และ สุนิสา ชายเกลี้ยง, 2557) การศึกษาความเสี่ยงทางกายศาสตร์ในบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานโดยใช้แบบประเมิน RULA ซึ่งมีความเหมาะสมกับการประเมินร่างกายในส่วนของรายงาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงที่ระดับ 3 (ร้อยละ 57.5) และ 2 (ร้อยละ 37.5) สอดคล้องกับงานวิจัยของ [Rabi Bhattacharya](#) และคณะ ซึ่งได้สำรวจปัจจัยเสี่ยงของโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในส่วนของรายงานในผู้ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงานโดยใช้ RULA พบว่า ระดับความเสี่ยงทางกายศาสตร์ร้อยละ 23 อยู่ในระดับ 2 และร้อยละ 34 อยู่ในระดับ 3 ตามลำดับ (Bhattacharya, Biswas, & Bhattacharya, 2013) ในส่วนของระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอป่าในบุคลากรที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีระดับอาการปวดทางด้านซ้ายเฉลี่ยเท่ากับ 5.61 cm. และระดับอาการปวดทางด้านขวาเฉลี่ยเท่ากับ 6.20 cm. สอดคล้องกับงานวิจัยของรัตน มุลค่าและคณะ ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายแบบโยคะต่ออาการปวดคอและไหล่ในพนักงานสำนักงานที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์โดยใช้ Visual analogue scale (VAS) ในการวัดระดับอาการปวดก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีอาการปวดอยู่ที่ระดับ 6.42 cm. มีอาการปวดไหล่อยู่ที่ระดับ 7.23 cm. กลุ่มควบคุมมีอาการปวดคออยู่ที่ระดับ 6.54 cm. มีอาการปวดไหล่อยู่ที่ระดับ 7.38 cm. (รัตน มุลค่า, วีระพร ศุทธากรณ์, และ นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2557) ยังพบว่ามีปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้เกิดอาการปวดได้แก่ เพศ ในกรณีที่มีการใช้งานของกล้ามเนื้อเท่าๆกัน เพศหญิงจะสามารถออกแรงได้เพียงร้อยละ 70 ของเพศชายเพราะมีขนาดของกล้ามเนื้อที่เล็กกว่า นอกจากนี้อายุการทำงานและระดับความเสี่ยงทางกายศาสตร์ที่สูงยังส่งผลให้เกิดอาการปวดได้เช่นกัน เนื่องจากการทำงานในลักษณะท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมเป็นระยะเวลานาน จะเกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อจนเกิด Trigger Point หรือจุดกดเจ็บอยู่ในตัวกล้ามเนื้อ การเกิด Trigger Point ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณนั้นขาดเลือดและออกซิเจนเข้าไปเลี้ยงจนทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังได้ (ยอดชาย บุญประกอบ และคณะ., 2559)



ข้อเสนอแนะ

บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงระดับ 3 หมายถึง งานนั้นเริ่มเป็นปัญหา ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมและรีบปรับปรุง ส่งผลให้เกิดอาการปวดคอและโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน บุคลากรจึงควรได้รับการปรับสภาพงานคอมพิวเตอร์ให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ และควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการใช้คอมพิวเตอร์ในการปฏิบัติงาน การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (สัญญาเลขที่ 18/2559) ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา แสนลี, วิชัย อึ้งพินิจพงศ์, และ อุไรวรรณ ชัชวาลย์. (2556). ผลทันทีของการบำบัดด้วยวิธีกัวชัวต่อการบรรเทาอาการปวดบริเวณคอและบ่าที่มีสาเหตุมาจากกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและพังผืดในผู้ที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นประจำ. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 26(2), 169-179.
- จุฑาทิพย์ วิญญูเจริญกุล, และ กลางเดือน โพชนา. (2558). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ของผู้ใช้คอมพิวเตอร์ด้วยวิธี Rapid Office Strain Assessment (ROSA). วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 45(2), 148-158.
- ดารารัตน์ เบญจบุญญาภาพ, อาทิตย์ พวงมะลิ, และ อุบล พิรุณสาร. (2557). การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลังจากลำดับการรักษาด้วยแผ่นประคบร้อนร่วมกับคลื่นเสียงความถี่สูงบริเวณจุดกดเจ็บชนิดแฝงเร้นของกล้ามเนื้อบ่า. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, 47(1), 61-66.
- ณรงค์ช กลินพิกุล. (2555). แก้อักรยศาสตร์. ศิลปะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 3(2), 157-165.
- พาวิน ใจบาน, ระพร สุทธาภรณ์, และ ธาณี แก้วธรรมมานุกุล. (2556). ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติโครงร่างกล้ามเนื้อของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์. พยาบาลสาร, 40, 1-11.
- เมธินี ครุสนธิ์, และ สุนิสา ชายเกลี้ยง. (2557). การประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในพนักงานสำนักงานมหาวิทยาลัย. วารสารวิจัย มข., 19(5), 696-707.
- ยอดชาย บุญประกอบ, สุภาภรณ์ ผดุงกิจ, เศรษฐพงศ์ หนองหารพิทักษ์, ธนาภรณ์ ศรีเจษฎารักษ์, วันชัยพร สุขเสถียร, และ โชคชรินนา แข็งฤทธิ์. (2559). จุดกดเจ็บไขว้: รักษาได้หรือเพียงทุเลาอาการ. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่, 49(1), 155-166.
- รัตนา มูลคำ, วีระพร สุทธาภรณ์, และ นงศคราญ วิเศษกุล. (2557). ผลของการออกกำลังกายแบบโยคะต่ออาการปวดคอและไหล่ในพนักงานสำนักงานที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์. พยาบาลสาร, 41(3), 70 - 82.
- วันเฉลิม ฉัตรทอง, ยุทธชัย บันเทิงจิต, และ ศจีมาศ ณ วิเชียร. (2556). การปรับเปลี่ยนท่านั่งและภาพการปฏิบัติงานเพื่อลดอาการปวดเมื่อยของพนักงานปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์. *Journal of Graduate College*, 5, 1-9.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2560, สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/สำรวจ/เทคโนโลยีสารสนเทศ/เทคโนโลยีในครัวเรือน.aspx>.
- Bhattacharya, R., Biswas, G., & Bhattacharya, A. B. (2013). Risk Factors of Upper Limb Musculoskeletal Disorders of Computer Users: A Preliminary Report. *The International Journal of Electronics & Communication Technology*, 4(1), 143 - 145.
- Maakip, I., Keegel, T., & Oakman, J. (2016). Prevalence and predictors for musculoskeletal discomfort in Malaysian office workers: Investigating explanatory factors for a developing country. *Applied Ergonomics*, 53, 252-257.



-
- McAtamney, L., & Corlett, E. N. (1993). RULA: a survey method for the investigation of world-related upper limb disorders. *Applied Ergonomics*, 42(2), 91-99.
- Robertson, M., Amick, B. C., DeRango, K., Rooney, T., Bazzani, L., Harrist, R., & Moore, A. (2009). The effects of an office ergonomics training and chair intervention on worker knowledge, behavior and musculoskeletal risk. *Applied Ergonomics*, 40(1), 124-135.



กิจกรรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาดอวน ตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม

Intervention Program to Develop Health Behaviors among Fishing Net Sinker-Workers on Transtheoretical Model

*ดลรวี แวเียง¹ จันจิรา มหาบุญ² สุปรีชา แก้วสวัสดิ์³

* Donrawee Waeyeng¹ Junjira Mahaboon² Supreecha Kaewsawat³

¹สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์^{1,2,3}

^{*}School of Public Health, Walailak University^{1,2,3}

Donrawee.wae@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความนี้ผู้วิจัยได้เขียนขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาดอวน ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ได้รับการสัมผัสสารตะกั่วอันเป็นเหตุให้เกิดโรคพิษตะกั่วและยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคร้ายแรงต่าง ๆ เช่น มะเร็ง ไต โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น การมีพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญต่อการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ประกอบอาชีพและบุคคลภายในครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาดอวน คือ การมีพฤติกรรมที่ป้องกันการรับสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย เช่น การทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งหลังเลิกงาน การทำความสะอาดสถานที่ปฏิบัติงานอย่างถูกวิธี เป็นต้น แต่หากการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะต้องอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยาเข้ามาช่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างยั่งยืน โดยแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีการบูรณาการแนวความคิดทางจิตวิทยาที่หลากหลายและประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนและนำเสนอกิจกรรมสุขศึกษาที่ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาดอวน ตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำสำคัญ:

พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผู้ประกอบอาชีพมาดอวน

แหล่งทุน

ทุนวิจัยมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

บทนำ

สารตะกั่วเป็นโลหะหนักที่พบในธรรมชาติ ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายและมีความเป็นพิษเป็น 1 ใน 10 ของสารเคมีอันตราย ที่มีโอกาสทำให้มนุษย์ที่ได้รับสัมผัสเสียชีวิตได้ หน่วยงานสาธารณสุขควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตาม และปกป้องสุขภาพของประชาชน ให้รอดพ้นจากอันตรายของสารตะกั่วนี้ โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงาน เด็ก และผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์ หากได้รับสารตะกั่วในปริมาณมากหรือปริมาณน้อยแต่ระยะเวลานาน ทำให้เกิดโรคพิษตะกั่ว (lead poisoning) (World Health Organization [WHO], 2010) และยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคร้ายแรงต่างๆ เช่น มะเร็ง ไต โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น มีการคาดว่าจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการสัมผัสสารตะกั่วทั่วโลกประมาณ 143,000 รายต่อปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาอย่างภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งอยู่ในช่วงพัฒนาประเทศเข้าสู่การผลิตแบบอุตสาหกรรม ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากประชากรที่ได้รับพิษตะกั่วประมาณ 21 ล้านล้านบาท หรือร้อยละ 1.88 ของผลผลิตมวลรวมของภูมิภาคเอเชีย (WHO, 2013)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ยังพบอุบัติการณ์โรคพิษตะกั่ว ซึ่งพบครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2495 หลังจากนั้นมามีรายงานผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วมาโดยตลอด ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ 3.7 แสนล้านบาท หรือร้อยละ 2.07 ของผลผลิตมวลรวมในประเทศ (เพ็ญโฉม แซ่ตั้ง, 2558) และ พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยโรคพิษตะกั่วจำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.1 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคพิษโลหะหนัก(สำนักโรคบาติวิทยา, 2556) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 (สำนักโรคบาติวิทยา, 2550) แรงงานนอกระบบเหล่านี้จะพบปัญหาความไม่ปลอดภัยในการทำงานในเรื่องการได้รับสารเคมีเป็นพิษเป็นลำดับแรก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

ผู้ประกอบการขนาดอนเป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบกลุ่มหนึ่งที่สัมผัสสารตะกั่วในขั้นตอนการผลิต โดยการนำลูกตะกั่วมาร้อยเข้ากับเชือกติดกับส่วนปลายของอวน (จำนงค์ ธนะภพ และคณะ, 2553) ทำให้เกิดการฟุ้งกระจายของฝุ่นตะกั่วที่เกิดจากการกระแทกเสียดสี ติดตามเสื้อผ้าและร่างกาย เสี่ยงต่อการเข้าสู่ร่างกายทั้งทางการกินและการหายใจ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2558) ซึ่งหากผู้ประกอบการขนาดอนไม่มีการป้องกันตนเองที่ดีจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพถูกกำหนดแนวทางการปฏิบัติจากนักจิตวิทยาอายุยาวนาน พบว่าขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model) เป็นแนวคิดหนึ่งที่เหมาะสมความสำเร็จในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ที่อธิบายถึงความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลที่มีความซับซ้อน ยากแก่การพัฒนา แต่สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้โดยจะต้องค่อยๆดำเนินการตามลำดับขั้นและมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การนำกิจกรรมตามแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบการขนาดอนจะสามารถทำให้รอดพ้นจากอันตรายของสารตะกั่วได้

พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วจากการประกอบอาชีพขนาดอน

พฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วจากการประกอบอาชีพขนาดอนเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบการขนาดอนต้องตระหนักเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากความรุนแรงของอันตรายที่เกิดจากการรับสัมผัสเข้าสู่ร่างกายทำให้เสียชีวิตหรือพิการได้ โดยสามารถแบ่งพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายได้ 3 วิธี คือ พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล พฤติกรรมที่มีสุขปฏิบัติที่ถูกต้อง และพฤติกรรมการรักษาความสะอาดของสถานที่ปฏิบัติงาน มีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เป็นการป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายโดยตรง เช่น การใช้หน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันฝุ่นตะกั่วที่จะเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ ถุงมือเป็นการป้องกันไม่ให้สารตะกั่วเข้าสู่ร่างกายทางการกิน เนื่องจากลูกตะกั่วที่ใช้ในการขนาดอนเป็นตะกั่วอินทรีย์ซึ่งไม่สามารถซึมผ่านผิวหนังได้แต่หากติดตามมือก็มีโอกาสที่ผู้ประกอบการจะหยิบจับอาหารโดยที่ไม่ได้ล้างมือ ทำให้สารตะกั่วติดตามมือเข้าสู่ร่างกายได้ อย่างไรก็ตามอุปกรณ์คุ้มครองส่วนบุคคลเหล่านี้ควรเปลี่ยนใหม่ทุกครั้งหรือได้รับการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ

2. พฤติกรรมที่มีสุขปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้ประกอบการขนาดอนควรปฏิบัติตามหลักสุขปฏิบัติเพื่อลดการรับสัมผัสสารตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้



ก. ควรรับประทานอาหาร ดื่มน้ำ หรือสูบบุหรี่ ปราศจากการปนเปื้อนของสารตะกั่ว และมีห้องรับประทานอาหารที่แยกเป็นสัดส่วนจากบริเวณที่ทำงานอย่างเด็ดขาด เช่น ห้องครัวควรจัดให้สะอาด มีโต๊ะ เก้าอี้ ภาชนะใส่อาหารและเครื่องต้มอย่างเฉพาะ และก่อนรับประทานอาหารก็ต้องถอดชุดทำงานออกและทำความสะอาดร่างกายให้เรียบร้อย

ข. ควรทำความสะอาดร่างกายและการเปลี่ยนชุดทำงานซึ่งเป็นอันดับแรกที่ต้องปฏิบัติหลังจากปฏิบัติงานเสร็จแล้ว คือผู้ประกอบอาชีพผาดอวนจะต้องทำความสะอาดร่างกาย โดยการอาบน้ำและสระผม สักรวความยาวของเล็บหากเริ่มยาวให้ตัดทันที ชุดทำงานที่ใช้แล้วไม่ควรนำกลับไปบ้าน (กรณีสถานปฏิบัติงานไม่ได้อยู่ในตัวบ้าน) แต่หากสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ภายในบ้านควรมีตู้หรือตะกร้าที่จัดเก็บแยกออกไป และควรซักแยกจากเสื้อผ้าทั่วไป โดยชุดทำงานอย่างน้อยต้องมี 2 ชุด

3. ควรทำความสะอาดสถานที่ปฏิบัติงาน เนื่องจากการทำความสะอาดสถานที่ปฏิบัติงาน เป็นการป้องกันผู้ปฏิบัติงานไม่ให้อาเจียนเอาฝุ่นตะกั่วที่ปะปนอยู่ในอากาศ และช่วยลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่วทางการหายใจรวมถึงการรับประทานเข้าไป โดยวิธีการทำความสะอาดที่เหมาะสมสำหรับผู้ประกอบอาชีพผาดอวน คือ การทำความสะอาดแบบเปียก แต่ควรทำด้วยความระมัดระวังพื้นหรือบริเวณที่ทำความสะอาดเรียบร้อยแล้วอย่าปล่อยให้มันน้ำหลงเหลืออยู่เพราะจะมีตะกั่วปนอยู่ในน้ำซึ่งอาจทำให้พื้นที่บริเวณอื่นๆปนเปื้อน (จำนงค์ ธนะภพ และคณะ, 2558) โดยขณะทำความสะอาดควรมีอุปกรณ์ป้องกันผู้ทำความสะอาดด้วย เพราะมีโอกาสสัมผัสสารตะกั่วตกค้างได้เช่นกัน

แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ถูกพัฒนาโดย Prochaska ในปี 1979 โดยเริ่มต้นจากการสังเกตผู้รับบริการที่มาเข้าคลินิกเลิกบุหรี่แต่ละคนมีความพร้อมและความก้าวหน้าในโปรแกรมเลิกบุหรี่ในอัตราที่แตกต่างกัน จึงทำให้เริ่มมีความสนใจว่าหากผู้เข้ารับบริการเหล่านั้นได้รับการช่วยเหลือเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องที่ต้องการและใช้วิธีการที่เหมาะสมน่าจะช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงเป็นที่มาของการจัดกิจกรรมให้ตรงกับระดับขั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) (Prochaska & DiClemente, 1983). ซึ่งสามารถใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิมหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่ถูกต้อง จนมีการประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย โดยนำมาใช้กับผู้ประกอบอาชีพผาดอวนได้ ดังนี้

ระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย 5 ระดับขั้น ได้แก่ (1) ขั้นก่อนคิด (precontemplation) เป็นขั้นที่ผู้ประกอบอาชีพผาดอวนยังขาดข้อมูลความเรื่องสารตะกั่วจึงทำให้ไม่มีการป้องกันตนเองจากอันตรายของสารตะกั่วที่ถูกต้อง โดยบุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งถือว่าเป็นโอกาสที่ผู้ช่วยเหลือจะหาวิธีการต่างๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในขั้นนี้จึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับได้รับความรู้ความเข้าใจโดยเน้นสิ่งที่เป็นจริงเป็นเหตุผลเป็นกลางไม่ชี้นำ หรือขู่ให้กลัว (2) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) เป็นขั้นที่ผู้ประกอบอาชีพผาดอวนมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ก็ยังกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย เช่น การใช้อุปกรณ์คุ้มครองส่วนบุคคลระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมาก จนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานานเหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้จึงควรมีการพุดคุยถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย (3) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) เป็นขั้นที่ผู้ประกอบอาชีพผาดอวนตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็ว ๆ นี้ (ภายใน 6 เดือน) จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารตะกั่ว บางคนอาจวางแผนว่าจะทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่องการใช้อุปกรณ์คุ้มครองส่วนบุคคล ขั้นตอนการทำความสะอาดหน้าที่ถูกต้อง ค้นคว้าข้อมูล กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น (4) ขั้นปฏิบัติ (action) เป็นขั้นที่ผู้ประกอบอาชีพผาดอวนลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นบางครั้งหรือเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 วันแต่ไม่เกิน 6 เดือน) ผู้ที่อยู่ในระดับนี้ต้องอุทิศเวลาและพลังงานเป็นอย่างมากเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เคยชินให้เป็นพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยหาทางขจัดอุปสรรค และให้กำลังใจแก่เขา และ (5) ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance) เป็นขั้นที่ผู้ประกอบอาชีพผาดอวนกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นร้ายต่างๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าการสร้างความ

มันคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของ

ดังนั้น ในแต่ละขั้นของการเปลี่ยนแปลงไม่ได้สะท้อนให้เห็นเฉพาะช่วงเวลาเท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นกิจกรรมหรือความพร้อมที่ต้องดำเนินการเพื่อที่ข้ามผ่านเข้าสู่ขั้นของการเปลี่ยนแปลงขั้นต่อไป ถึงแม้ว่าเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นของการเปลี่ยนแปลงของแต่ละคนมีความแตกต่างกัน แต่กิจกรรมที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นขั้นของการเปลี่ยนแปลงจึงสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งอุปสรรคของการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนความต้องการการส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงข้ามผ่านสู่ขั้นของการเปลี่ยนแปลงขั้นต่อไป จนกว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นจะมีการคงที่ อย่างไรก็ตามบุคคลจำนวนมากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ไม่นานก็กลับคืนสู่พฤติกรรมเดิมอีก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้น พฤติกรรมใหม่ควรอยู่อย่างยั่งยืน ต้องจึงใช้ความพยายาม อดทน และเวลา จึงได้มีศึกษากระบวนการของการเปลี่ยนแปลง (processes of change) เพื่อให้พฤติกรรมอยู่อย่างยั่งยืนซึ่งประกอบด้วย 10 วิธี (Prochaska & Velicer, 1997) ซึ่งในบทความนี้จะนำเสนอ 7 วิธี ได้แก่ กิจกรรมการปลุกจิตสำนึก (consciousness raising) กิจกรรมการเร้าอารมณ์และความรู้สึก (dramatic relief) กิจกรรมการประเมินสิ่งแวดล้อม (environmental reevaluation) กิจกรรมการรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (social liberation) กิจกรรมการทำพันธะสัญญากับตนเอง (self-liberation) กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) กิจกรรมการเสริมแรง (reinforcement management) รายละเอียดดังหัวข้อ กิจกรรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิธีทางสุขศึกษา เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และประสบการณ์ของผู้วิจัยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาดอวน ดังนี้

1. กิจกรรมการปลุกจิตสำนึก (consciousness raising) เป็นกิจกรรมที่สร้างให้ผู้ประกอบอาชีพมาดอวนเพิ่มการรับรู้สาเหตุและสิ่งที่เป็นผลของพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยน การสร้างจิตสำนึกที่ดีจะต้องผ่านกระบวนการอบรมสั่งสอนให้เกิดความตระหนักหรือการซึมซับผ่านประสบการณ์จากครอบครัว หรือสังคมรอบตัว ซึ่งต้องใช้เวลาและมีการปฏิบัติอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ เพื่อให้กลายเป็นนิสัยและพฤติกรรมที่ติดตัวตลอดไป กิจกรรมที่สามารถปลุกจิตสำนึก ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเผชิญหน้า การใช้สื่อ และการสอน ทำให้เกิดความละอายที่จะกระทำพฤติกรรมแบบซ้ำๆ ก่อเกิดพฤติกรรมใหม่หากได้รับการชี้แนะจากผู้รู้

2. กิจกรรมการเร้าอารมณ์และความรู้สึก (dramatic relief) เป็นกิจกรรมที่สามารถกระตุ้นความรู้สึกอารมณ์ของผู้ประกอบอาชีพมาดอวนให้เกิดการคล้อยตาม เนื่องจากมีความเชื่อในสิ่งที่ได้ยินและสัมผัสได้ทำให้สามารถประเมินสถานการณ์จากสิ่งที่ได้พบเห็นและฟัง จึงนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงตัวเอง การจัดกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดอารมณ์และความรู้สึก ควรประกอบด้วยกิจกรรมการพูดคุยภายในกลุ่มเพื่อสร้างความคุ้นเคยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน กิจกรรมการให้ดูภาพเหตุการณ์หรือสถานการณ์ความน่ากลัวที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสสารตะกั่ว จะเป็นกระตุ้นให้เกิดความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

3. กิจกรรมการประเมินสิ่งแวดล้อม (environmental reevaluation) เป็นกิจกรรมที่ประเมินความรู้และความรู้สึกของผู้ประกอบอาชีพมาดอวนว่าพฤติกรรมของเขามีผลต่อสิ่งแวดล้อมอย่างไร การจัดกิจกรรมการประเมินสิ่งแวดล้อมนั้น เน้นให้เกิดความเข้าใจถึงผลกระทบของพฤติกรรมตนเอง และทำให้เกิดการรับรู้ว่าคุณประกอบอาชีพมาดอวนมีความสามารถที่จะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองได้ โดยก่อนการประเมินสิ่งแวดล้อมควรได้รับความรู้เพียงพอเพื่อใช้ในการประเมินได้อย่างถูกต้อง กิจกรรมที่นิยมใช้ในการประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์คือ วิธีการอภิปรายกลุ่ม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกิดมุมมองที่หลากหลายทำให้เกิดการรับรู้ในเรื่องราวอันตรายและความรุนแรงได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผู้ประกอบอาชีพมาดอวนที่ยังไม่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มบุคคลที่ยังเกิดความลังเลใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หากได้รับการประเมินสิ่งแวดล้อมร่วมกัน ก็จะทำให้เกิดการกระตุ้นการรับรู้อันตรายและความรุนแรงของสารตะกั่ว ทำให้เข้าใจผลกระทบของพฤติกรรมที่ไม่มีการป้องกันตนเอง จนในที่สุดสามารถตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

4. กิจกรรมการรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ (social liberation) เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ประกอบอาชีพมาดอวนเกิดการรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะเป็นแนวทางหนึ่งให้เกิดการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลง



พฤติกรรมได้ง่ายยิ่งขึ้น เช่น การจัดให้มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เป็นต้น ทั้งนี้ การรับรู้สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพสำหรับผู้ประกอบอาชีพมาตวอนนั้นควรเริ่มจากกระบวนการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า เช่น การให้ข้อมูลในเรื่องอันตรายจากสารตะกั่วด้วยสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้พิจารณาและการแก้ปัญหา โดยหลักการแก้ปัญหาอันตรายจากสารตะกั่วคือการป้องกันตนเองไม่ให้สารตะกั่วเข้าสู่ร่างกาย ด้วยวิธีการทำความสะอาดสถานที่ทำงานที่ถูกต้อง และการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเป็นผู้ช่วยเหลือด้านสังคมให้แก่ผู้ประกอบอาชีพมาตวอน

5. กิจกรรมการทำพันธะสัญญากับตนเอง (self-liberation) เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ประกอบอาชีพมาตวอนพัฒนาความมุ่งมั่นที่จะสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยการสนับสนุนให้บุคคลค้นหาทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง การทำพันธะสัญญากับตนเองเป็นการสร้างความเชื่อมั่นในพฤติกรรมที่ต้องการ กิจกรรมที่ใช้ในการสร้างความเชื่อมั่น ได้แก่ การให้คำมั่นสัญญาแก่ตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การแสดงตนว่ายินดีจะช่วยคนที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในอดีต เป็นต้น โดยแนวทางที่จะสร้างความเชื่อมั่นนั้นต้องมีความหลากหลายและสอดคล้องกับความต้องการของตนเอง ซึ่งการได้ปฏิบัติตามแนวทางที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเองจะทำให้เกิดกำลังใจ ความหวัง และความมุ่งมั่นในเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยความมุ่งมั่นในตนเองจะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองที่ส่งอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมเพื่อเพิ่มการปฏิบัติ (Deci et al., 2017) ผู้ประกอบอาชีพมาตวอนก็เช่นกันหากมีการทำพันธะสัญญากับตนเองด้วยทางเลือกที่หลากหลายที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง ก็จะสร้างความมุ่งมั่นและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากสารตะกั่วได้

6. กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีผลกระตุ้นให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาตวอนที่มีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) เช่น การได้รับคำพูดให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้รู้สึกว่าคุณค่ามากขึ้น (2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นการให้เกียรติหรือการยกย่อง การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่าจะอยู่ในระดับสูงได้หากได้รับการให้คำแนะนำและตักเตือนเมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจากผู้ใกล้ชิด (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้มีการเผยแพร่การประชาสัมพันธ์ด้านการดูแลสุขภาพจากสื่อต่างๆ ที่เอื้ออำนวย ทำให้สามารถแสวงหาความรู้ได้ด้วยตนเอง แต่สำหรับผู้ประกอบอาชีพมาตวอนซึ่งส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยกลางคนจนถึงสูงอายุ มักจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง ทั้งในเรื่องของการได้ยินและการมองเห็น เจ้าหน้าที่หรือผู้ใกล้ชิดจึงมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารโดยมีวิธีการที่ไม่เร่งรีบ และ (4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและการบริการ (instrumental support) เป็นสิ่งจำเป็นแก่ผู้รับแรงสนับสนุน ซึ่งปัญหาพฤติกรรมสุขภาพหลายส่วนหนึ่งต้นเหตุจากการขาดทรัพยากรในการป้องกันตนเอง

7. กิจกรรมการเสริมแรง (reinforcement management) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ประกอบอาชีพมาตวอนเกิดความพอใจ และนำไปสู่ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยใช้วิธีการเสริมแรงบวก (positive reinforcement) เป็นการเสริมความต่อเนื่องของพฤติกรรมโดยการให้ผลกรรมเป็นตัวเสริมแรงบวก คือสิ่งตอบแทนที่ดึงดูดใจหรือพอใจเป็นรางวัลเมื่อผู้ประกอบอาชีพมาตวอนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น คำชมเชย การได้รับของรางวัล เป็นต้น การเสริมแรงทำได้เป็น 2 ลักษณะ คือ เสริมแรงทุกครั้งที่ทำพฤติกรรมถูกต้อง เหมาะสมกับการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ และเสริมแรงเป็นบางครั้ง เหมาะสำหรับการรักษาพฤติกรรมที่เรียนรู้แล้วไว้โดยไม่จำเป็นต้องมีการเสริมทุกครั้ง (Skinner & Morse, 1958; สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต, 2556)

ข้อเสนอแนะในการนำกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาตวอนมาใช้

1. การประยุกต์ใช้กิจกรรม เช่น กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมเสริมแรง ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ประกอบอาชีพมาตวอนอยู่ในระดับขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอให้ได้ ทั้งนี้ อาจจัดตั้งชมรมป้องกันภัยตะกั่ว โดยมีแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาเป็นหัวหน้าชมรมเพื่อทำหน้าที่กระตุ้น เสริมแรง ให้ผู้ประกอบอาชีพมาตวอนเกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างยั่งยืน



2. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารตะกั่วสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นการติดตามดูแลพฤติกรรมในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพมาดอวนทุก 3 เดือน เป็นสิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการ และควรมีการตรวจระดับตะกั่วในเลือดของผู้ประกอบอาชีพมาดอวนทุกคนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อเป็นการยืนยันว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้สำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ขอขอบคุณผู้ประกอบอาชีพมาดอวน ตำบลปากพูน อำเภอเมือง และผู้ประกอบอาชีพมาดอวน อำเภอท่าศาลา ตำบลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดองค์ความรู้การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมาดอวนในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จำนงค์ ษณะภพ, ศศิธร ษณะภพ และ อุไรวรรณ หมัดอำดัม. (2558). ผลของโปรแกรมอาชีพสุขศึกษาต่อการลดการสัมผัสสารตะกั่วของช่างหมั่นในอุตสาหกรรม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 78-87.
- จำนงค์ ษณะภพ, นันทวัน หนูแจ่ม, มัสยา จารัตน์, ภาณุพงษ์ พลายวัง, อาทิตย์ หมุนลี, อุษา พิกุล, . . . วิภาดา เวทยา. (2553). การปนเปื้อนสารตะกั่วในกลุ่มคนประกอบอาชีพมาดอวน ตำบลปากพูน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 3(11), 6-7.
- เพ็ญโฉม แซ่ตั้ง. (2558). ความคืบหน้าของกฎหมายควบคุมสารตะกั่วในสีและการปรับตัวของผู้ประกอบการ สีปลอดสารตะกั่วใกล้เป็นจริง. กรุงเทพฯ: มูลนิธิบูรณะนิเวศ.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับปรุงพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2558*. สืบค้นจาก http://web.nso.go.th/en/survey/lfs/data_lfs/2015_iep_Full%20Report.pdf
- สำนักโรคพิษวิทยา. (2550). *โรคพิษจากสารโลหะหนัก*. สืบค้นจาก www.boe.moph.go.th/Annual/.../48_HeavyMetalPoisoning.doc
- สำนักโรคพิษวิทยา. (2556). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2556*. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/09/heavymetal.pdf>
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2558). *แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการสัมผัสสารตะกั่วในเด็กปฐมวัยปีงบประมาณ 2558*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19-
- Prochaska, j. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and process of self-change in smoking : Toward an integrative model of change. *Journal of Clinical and consulting Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, j. O., & Velicer, A. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48.
- Skinner, B. F., & Morse, W. H. (1958). Fixed-interval reinforcement of running in a wheel. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 371-379.
- WHO. (2013). *Frequently asked questions: International lead poisoning*. Retrieved from http://who.int/ipcs/lead_campaign/faq_en.pdf
- WHO. (2010). *Exposure to lead : A major public health concern*. The preventing disease through healthy environments, Retrieved from <http://www.who.int/ipcs/features/lead..pdf>
- WHO. (2013). *Frequently asked questions: International lead poisoning*. Retrieved from http://who.int/ipcs/lead_campaign/faq_en.pdf



การประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
กรณีศึกษา : งานก่อสร้างโครงการอาคารศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
Evaluation of legal Compliance with Occupational Health and Safety Laws
Case study: Walailak University Hospital Center Construction Project

*มูจลินท์ อินทรเหมือน จันจิรา มหาบุญ ศิริพร ต่านคชาธาร มัตติกา ยงประเดิม
อับดุลฮาгим มุณี อีรฟาน สาลี

*Mujalin Intaramuean, Junjira Mahaboon, Siriporn Darnkachatarn, Muttika Yongpraderm,
Abdulahkim Muneer, Irfan Salee

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

*Mujalin.sa@wu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554 รวมถึงกฎกระทรวง ประกาศกรมและระเบียบกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการก่อสร้างศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์และเพื่อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการแก้ไขให้สอดคล้องตามกฎหมาย โดยกลุ่มตัวอย่างบริษัทรับเหมาก่อสร้างแห่งหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบตรวจประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมายอาชีวอนามัยและความปลอดภัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัยครั้งนี้ จากการสำรวจพื้นที่เขตก่อสร้างโครงการ ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ในช่วง การทำฐานราก การหล่อเสา และการหล่อพื้น บริษัทรับเหมาก่อสร้างแห่งนี้ มีข้อหรือมาตรากฎหมายที่เกี่ยวข้องจำนวน 288 ข้อ ที่นำมาตรวจประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมายสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผลการประเมินความสอดคล้องการปฏิบัติตามกฎหมาย พบว่าบริษัทรับเหมาก่อสร้างแห่งนี้ มีการปฏิบัติที่สอดคล้องตามกฎหมายจำนวน 193 ข้อ คิดเป็น ร้อยละ 67.01 และผลการปฏิบัติตามที่ไม่สอดคล้องมีจำนวน 95 ข้อ คิดเป็น ร้อยละ 32.99 การปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องมากที่สุด 3 ด้าน คือ การจัดทำเอกสาร หนังสือ รายงานด้านความปลอดภัย การดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน และการตรวจวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมในการทำงาน

คำสำคัญ

งานก่อสร้าง กฎหมายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การประเมินความสอดคล้องตามกฎหมาย

แหล่งทุน

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

บทนำ

งานก่อสร้างเป็นหนึ่งในสาขาธุรกิจที่มีอันตรายมากที่สุดจากข้อมูลตั้งแต่ปี 2522-2556 แยกตามกิจการที่ลูกจ้างได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน สูงสุด 5 อันดับแรก พบว่าลูกจ้างที่ได้รับอันตรายในงานก่อสร้างมาเป็นอันดับหนึ่งในหลาย ๆ ปี เมื่อปี พ.ศ. 2552 ลูกจ้างได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานจำนวน 13,396 ราย แต่ก็มีสถิติที่ลดลงเรื่อย ๆ (สำนักงานประกันสังคม, 2558)

ความปลอดภัยในการทำงานมีความสัมพันธ์กันกับทั้งลูกจ้าง นายจ้าง เพื่อนร่วมงาน และสังคมส่วนรวมของประเทศชาติ ซึ่งอาจเกี่ยวพันไปถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อาจได้รับอันตรายจากความไม่ปลอดภัยจากการทำงานได้เช่นกัน ดังนั้น การควบคุม คุ้มครอง ความปลอดภัย จะต้องมีความรอบคอบ เพื่อป้องกันให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน การคุ้มครองให้แรงงานมีความปลอดภัยถือเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายที่ต้องร่วมมือกัน โดยการปฏิบัติตามกฎหมายถือเป็นมาตรการขั้นต่ำที่ต้องปฏิบัติเพื่อคุ้มครองป้องกัน และดูแลให้ปราศจากการเกิดอุบัติเหตุโรคเนื่องจากการทำงาน เพื่อลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน การควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ดังนั้นการจัดทำโครงการประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554 จำนวน 1 ฉบับ กฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 ฉบับ ประกาศกรมและระเบียบกรมต่าง ๆ ที่ออกตามพระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.2554 จำนวน 21 ฉบับ หลักเกณฑ์และวิธีการจำนวน 2 ฉบับ รวมจำนวนข้อในการตรวจประเมิน 408 ข้อ ลักษณะงานก่อสร้าง อาคารโครงสร้างเหล็ก อาคารโรงพยาบาล 5 อาคาร อาคารบ้านพักบุคลากร 30 อาคาร และระบบสาธารณูปการ ในช่วงการทำฐานราก การหล่อเสา และการหล่อพื้น โดยใช้แบบประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย เพื่อนำผลจากการประเมินที่ได้มาเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการแก้ไขเพื่อปฏิบัติงานให้สอดคล้องตามกฎหมาย ซึ่งอาจจะลดปัญหาการประสบอันตรายหรือโรคอันเนื่องมาจากการทำงานก่อสร้างได้

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 รวมถึงกฎกระทรวง ประกาศกรมและระเบียบกรมต่าง ๆ ฉบับอื่นที่เกี่ยวข้องกับงานทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยและที่เกี่ยวข้องกับงานก่อสร้างโครงการ อาคารศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ การเก็บตัวอย่างโดยวิธีสังเกตการทำงาน ตรวจเอกสารที่เกี่ยวข้อง และสัมภาษณ์พนักงานบริษัทผู้รับเหมา 1 บริษัท

รูปแบบการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษาเรื่อง “การประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย กรณีศึกษา: งานก่อสร้างโครงการ อาคารศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์”เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ในเขตพื้นที่ก่อสร้างโครงการ อาคารศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อ.ท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

บริษัทรับเหมาก่อสร้าง 1 บริษัท โครงการ อาคารศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์จำนวนหนึ่งบริษัท ที่ตั้ง 222 ตำบลไทยบุรี อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความสอดคล้องการปฏิบัติตามกฎหมายอาชีวอนามัย ความปลอดภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
2. โปรแกรม Microsoft Excel



การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้จัดทำแบบตรวจประเมินความสอดคล้องตามกฎหมาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมายอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายด้านสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน

โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence) ที่มีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

- | | | |
|-----|----|--|
| ให้ | 1 | เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ |
| | 0 | เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่ |
| | -1 | เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์ |

สรุปการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากนำแบบประเมินความสอดคล้องตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือแบบประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมายได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ค่า IOC ที่เหมาะสมมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 โดยที่ค่าความเที่ยงตรงของแบบประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย (Validity) มีค่าเท่ากับ 0.87

วิธีการเก็บและรวบรวมข้อมูล

ติดต่อบริษัทผู้รับเหมาเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา ขอบเขตการศึกษา และแผนการดำเนินงาน

1. สำรวจพื้นที่โครงการขอบเขตการศึกษา
2. จัดทำทะเบียนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานก่อสร้างโครงการ อาคารศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่จำเป็นต้องดำเนินการให้เป็นไปตามข้อกำหนดของกฎหมาย
3. จัดทำแบบประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย
4. ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของแบบประเมินความสอดคล้องตามกฎหมาย
5. เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์
6. จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับตรวจประเมิน อุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการตรวจประเมินความสอดคล้องตามกฎหมาย เช่น ตลับเมตร กล้องถ่ายรูป เครื่องมือ เอกสารที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เป็นต้น
7. ประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย และสรุปผลการวิจัย

สถิติที่เกี่ยวข้อง

สถิติที่ใช้ในการศึกษาการปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในงานก่อสร้าง กรณีศึกษาบริษัทก่อสร้างแห่งหนึ่ง คือสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การคำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และการคำนวณหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1. การคำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$\text{Percentage} = \frac{n \times 100}{N}$$

เมื่อ n = จำนวนข้อมูลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$\bar{x} = \frac{\sum fx}{n}$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum fx$ = ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนกับความถี่ของคะแนนนั้น ๆ

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. นำโดยนำเนื้อหาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องแบ่งหมวดหมู่เพื่อให้ง่ายต่อการสรุปผล โดยแบ่งหมวดหมู่ตามเนื้อหาของกฎหมายได้ 14 หมวด

2. นำผลจากการประเมินมาคำนวณหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และคำนวณค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามสูตรข้างต้น โดยผลที่ได้ประกอบดังนี้

1) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ข้อที่สอดคล้องตามกฎหมาย

2) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ข้อที่ไม่สอดคล้องตามกฎหมาย

เสนอแนะแนวทางในการดำเนินการแก้ไขให้สอดคล้องตามกฎหมาย

ผลการวิจัย

1. กฎหมายทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการจัดทำทะเบียนกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ผลการสำรวจกฎหมายที่เกี่ยวข้องเป็นดังนี้ ตารางที่ 1 ผลการสำรวจกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ผลการสำรวจ	จำนวนข้อ
1. เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ	408
- เป็นข้อมูลเชิงเทคนิคไม่สามารถตรวจประเมินได้	23
- ไม่มีกิจกรรมงานขณะตรวจประเมิน	97
2. ไม่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบการ	483

เมื่อพิจารณาสำหรับข้อที่เกี่ยวข้องจากทั้งหมด 408 ข้อจะพบว่ามีจำนวนข้อที่เป็นข้อมูลเชิงเทคนิคไม่สามารถตรวจประเมินได้มีจำนวน 23 ข้อและจำนวนข้อที่ไม่มีกิจกรรมงานขณะตรวจประเมินมีจำนวน 97 ข้อ ดังนั้นกฎหมายที่ประเมินได้มีจำนวน 288 ข้อที่ได้นำมาประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมายในการดำเนินวิจัยในครั้งนี้

2. การประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย

ผลการประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย มีผลได้ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย

ข้อ	หมวดหมู่	จำนวน (ข้อ)	สอดคล้อง (ข้อ) (ร้อยละ)	ไม่สอดคล้อง (ข้อ) (ร้อยละ)
1	การแต่งตั้ง/ขึ้นทะเบียนบุคลากรด้านความปลอดภัย	24	24 (100.0)	-
2	การจัดทำเอกสาร/หนังสือ/รายงานด้านความปลอดภัย	29	14 (48.27)	15 (51.73)
3	การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	12	10 (83.33)	2 (16.67)
4	การฝึกอบรมทางด้านความปลอดภัย	24	22 (91.67)	2 (8.33)
5	การจัดทำข้อบังคับ คู่มือการทำงานเพื่อความปลอดภัย	17	11 (64.71)	6 (35.29)
6	การออกระบบความปลอดภัย/การออกแบบทางวิศวกรรม	23	16 (69.57)	7 (30.43)
7	การตรวจวิเคราะห์สภาวะการทำงาน	13	-	13 (100.0)
8	การดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	14	1 (7.14)	13 (92.86)
9	สภาพแวดล้อมในการทำงาน	14	9 (64.29)	5 (35.71)



The 1st National Public Health Research Conference
การประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ 1

ข้อ	หมวดหมู่	จำนวน (ข้อ)	สอดคล้อง (ข้อ) (ร้อยละ)	ไม่สอดคล้อง (ข้อ) (ร้อยละ)
10	การทำงานกับเครื่องจักร อุปกรณ์ต่าง ๆ	29	24 (82.76)	5 (17.24)
11	การเตือนอันตราย	18	13 (72.22)	5 (27.78)
12	อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE)	12	10 (83.33)	2 (16.67)
13	การแจ้ง/ปิดประกาศ	29	18 (62.07)	11 (37.93)
14	มาตรการอื่น ๆ	33	24 (72.73)	9 (27.27)
	รวม	288	193 (67.01)	95 (32.99)

จากตารางผลการประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย จากทั้งหมดจำนวน 288 ข้อ พบว่า มีการปฏิบัติตามสอดคล้องตามกฎหมายจำนวน 193 ข้อ คิดเป็น ร้อยละ 67.01 และจำนวนที่ไม่สอดคล้องตามกฎหมายมีจำนวน 95 ข้อ คิดเป็น ร้อยละ 32.99 โดยในส่วนข้อที่ยังไม่สอดคล้องตามกฎหมายจำนวน 95 ข้อ สามารถสรุปข้อหรือมาตรการกฎหมายที่ทางบริษัทปฏิบัติยังไม่สอดคล้องตามกฎหมาย โดยแยกตามหมวดหมู่ สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

- 1) การจัดทำเอกสาร/หนังสือ/รายงานด้านความปลอดภัย เช่น
 - ไม่จัดทำแบบรายงาน สอ 1. แบบบัญชีรายชื่อและรายละเอียดข้อมูลความปลอดภัยของสารเคมีอันตราย
 - ไม่พบรายงานการตรวจวัดและวิเคราะห์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน
- 2) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
 - ไม่มีมีทางหนีไฟ และป้ายแสดงเส้นทางหนีไฟที่ไม่ชัดเจน
 - ไม่พบแผนภาพพร้อมคำบรรยายเรื่อง วิธีปฏิบัติเมื่อประสบอันตรายจากไฟฟ้า การปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานติดไว้ในบริเวณที่ทำงานกับตู้ไฟฟ้าชั่วคราว
- 3) การฝึกอบรมทางด้านความปลอดภัย
 - การฝึกอบรมสำหรับลูกจ้างทั่วไปและลูกจ้างเข้าทำงานใหม่ของวันที่ 5 ตุลาคม 2559 พบว่ามีการอบรมโดยใช้ระยะเวลาการฝึกอบรม 3 ชั่วโมง ซึ่งไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด (กฎหมายกำหนดระยะเวลา 6 ชั่วโมง)
- 4) การจัดทำข้อบังคับ/คู่มือการทำงานเพื่อความปลอดภัย
 - การออกกฎข้อบังคับในเรื่อง อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE) เช่น พบเห็นพนักงานไม่มีการสวมใส่แว่นตานิรภัยขณะทำการตัดเหล็กเส้น (มีคู่มือแต่ไม่มีการตรวจติดตามให้พนักงานสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลให้ครบถ้วนตามที่กำหนด)
- 5) การตรวจวิเคราะห์สภาวะการทำงาน
 - ไม่มีการตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่างทุกจุดในพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น โต๊ะทำงานของวิศวกร เป็นต้น
- 6) การดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานตามปัจจัยเสี่ยง
 - ไม่มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากพบว่ามีอาการสัมผัส ฟุ้ง จากงานเชื่อม สัมผัส เสียง จากงานตัด เจีย
- 7) สภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - พบพนักงานใช้เครื่องเชื่อมไฟฟ้าขณะที่มีน้ำขังบริเวณพื้นที่ปฏิบัติงาน
- 8) การทำงานกับเครื่องจักร อุปกรณ์ต่าง ๆ สรุปประเด็นได้ดังนี้
 - พบพนักงานปฏิบัติงานกับเครื่องเชื่อมไฟฟ้า โดยไม่มีถึงดับเพลิงแบบเคลื่อนย้ายได้ติดตั้งบริเวณพื้นที่ปฏิบัติงาน
- 9) การเตือนอันตราย
 - พบบริเวณทางแยกบางจุดในเขตก่อสร้าง ไม่มีการติดป้ายเตือน การติดตั้งกระจกุน เพื่อเตือนอันตราย
- 10) อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE)
 - พบพนักงานทำงานเทปูนกำลังเทปูนโดยไม่สวมใส่ถุงมือผ้าป้องกัน



11) การแจ้ง/ปิดประกาศ

- ไม่พบการติดประกาศข้อความแสดงสิทธิและหน้าที่ของนายจ้างและลูกจ้างในที่เห็นได้ง่าย ณ พื้นที่โครงการ ฯ
- ไม่พบการติดป้ายแสดงหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความช่วยเหลือในยามฉุกเฉินที่ใกล้ที่สุดไว้ในเขตก่อสร้างให้เห็นได้ชัดเจน เช่น โรงพยาบาลท่าศาลา หน่วยกู้ภัยอำเภอท่าศาลา เป็นต้น

โดยในส่วนข้อที่ยังไม่สอดคล้องตามกฎหมายจำนวน 95 ข้อ ทางผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการปรับปรุงแก้ไขและขอเสนอแนะในการปฏิบัติตามเพื่อให้การปฏิบัติงานสอดคล้องตามกฎหมาย ประกอบด้วย สิ่งที่ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย แนวทางการปรับปรุงแก้ไข

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินความสอดคล้องในการปฏิบัติตามกฎหมาย บริษัทรับเหมาก่อสร้างแห่งนี้มีการปฏิบัติตามสอดคล้องตามกฎหมาย ร้อยละ 67.01 และปฏิบัติไม่สอดคล้องตามกฎหมาย ร้อยละ 32.99 การปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การจัดทำเอกสาร หนังสือ รายงานด้านความปลอดภัย เช่น บริษัทมีการครอบครองสารเคมีอันตราย เช่น โซเดียมคาร์บอเนต แคลเซียมคลอไรด์ กรดไฮดรอกซีคาร์บอเนตซิลิกา ไฮโดรฟลูออริก ซึ่งใช้เป็นสารเร่งการก่อตัวของคอนกรีต ปูน และสารลดน้ำ ไม่มีการจัดทำบัญชีรายชื่อและรายละเอียดข้อมูลความปลอดภัยของสารเคมีอันตราย (กรณีมีสารเคมีอันตรายตามรายการ 1,516 ชนิดอยู่ในครอบครอง) 2) การตรวจวิเคราะห์สภาวะการทำงาน เช่น พบว่าไม่มีการตรวจวัดระดับความเข้มของแสงสว่างทุกจุดในพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น โต๊ะทำงานของวิศวกรในสำนักงาน เป็นต้น 3) การดูแลสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน เช่น ไม่มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากพบว่ามีสัมผัสฝุ่น จากงานเชื่อม สัมผัสเสียง จากงานตัด เจีย เป็นต้น เนื่องจากลักษณะงานของธุรกิจการก่อสร้างมีการเปลี่ยนแปลงงานตลอดเวลา พนักงานทำงานก่อสร้างทำงานเป็นลักษณะงานแบบชั่วคราวมีการย้ายสถานที่ทำงาน ทำให้สภาพแวดล้อมการทำงานหรือปัจจัยเสี่ยงอันตรายเปลี่ยนไปตามช่วงเวลา สถานที่ทำงานของแต่ละกิจกรรมงาน จึงส่งผลให้ในการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง การตรวจวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมในการทำงานต้องมีการตรวจซ้ำตามปัจจัยเสี่ยงทำให้การลงทุนในการดำเนินการในส่วนนี้มีความคิดเห็นว่าการไม่คุ้มทุน อีกทั้งขาดการสนับสนุนในเรื่องของงบประมาณที่จะดำเนินการ ซึ่งจะแตกต่างจากผลงานวิจัยของภาคย์ ชลสุวัฒน์ ในเรื่องของการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด 3 ด้าน โดยผู้วิจัยภาคย์ ชลสุวัฒน์ (2552) ได้ศึกษาการปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในงานก่อสร้างของบริษัทก่อสร้างแห่งหนึ่ง เพื่อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงความปลอดภัยในงานก่อสร้าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความคิดเห็นในการปฏิบัติตามกฎหมาย โดยอ้างอิงจากกฎหมายความปลอดภัยในงานก่อสร้างตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ใช้กลุ่มตัวอย่างจากโครงการก่อสร้างทั้งหมด 5 โครงการ จำนวน 173 คน โดยผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่าบริษัทฯ มีการปฏิบัติตามกฎหมายในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นจำนวนร้อยละ 41.18 มีการปฏิบัติตามกฎหมายรองลงมาในระดับปานกลาง คิดเป็นจำนวนร้อยละ 58.82 การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด 3 ด้านคือ ด้านอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ด้านเครื่องมือ เครื่องจักรและอุปกรณ์ไฟฟ้า และด้านการจัดเก็บวัสดุ เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับระดับการปฏิบัติตามกฎหมาย อยู่ในช่วงที่มีการปฏิบัติตามกฎหมายในระดับปานกลาง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความสอดคล้องของการปฏิบัติตามกฎหมายและเสนอแนะมาตรการในการแก้ไขเพื่อให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด โดยผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่ได้สนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้ บริษัทผู้รับเหมาศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตลอดจนผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษาและสนับสนุนข้อมูลทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานประกันสังคม. (2556). สถิติประเภทกิจการที่ลูกจ้างได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานสูงสุด 5 อันดับแรก ปี 2552-2556. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2559, จาก <http://www.realist.co.th/blog/อุบัติเหตุพื้นที่ก่อสร้าง/>



The 1th National Public Health Research Conference

การประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ 1

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). สรุปการประมวลข้อมูลพื้นที่การก่อสร้างเดือนธันวาคม 2558. สืบค้นเมื่อ 28 เมษายน 2559, จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/conStrucsumDec58.pdf>

HSE, Health and Safety Act 2015. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2559, จาก <http://www.hse.gov.uk/index.htm>

สำนักงานความปลอดภัย กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน.กฎกระทรวงภายใต้พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. ๒๕๕๔. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 เมษายน 2559, จาก <http://www.oshthai.org>
 ภาคย์ ชลสุวัฒน์. (2552). การปฏิบัติตามกฎหมายความปลอดภัยในงานก่อสร้าง กรณีศึกษาบริษัทก่อสร้าง แห่งหนึ่ง. งานนิพนธ์วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะวิศวกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี พระจอมเกล้าพระนครเหนือ.



สถานการณ์การดูแลที่พักอาศัยผู้สูงอายุในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

*นรรฐพร ชัง¹ จิรา คงปราน² จำนงค์ ธนะภพ³ สุปรีชา แก้วสวัสดิ์⁴

^{1,2,3,4}หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

**สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

*kkiiigg@hotmail.co.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และสำรวจรายการ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะครัวเรือน ร้อยละ 61.2 เป็นบ้านชั้นเดียว รองลงมาเป็นบ้านสองชั้น (ร้อยละ 21.3) และบ้านไม้ยกพื้น (ร้อยละ 10.5) ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานที่พักอาศัยไม่มีครัวเรือนตัวอย่างผ่านเกณฑ์ระดับดี ดีมาก และดีเยี่ยม มีเพียงร้อยละ 50.9 (189 ครอบครัว) ที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน โดยสิ่งที่ควรปรับปรุง ได้แก่ มีการติดตั้งราวจับที่ไม่เหมาะสมกับการใช้งาน (ร้อยละ 92.5) ไม่มีการจัดการน้ำเสียก่อนปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 90.3) มีน้ำขังในภาชนะต่างๆ ที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง (ร้อยละ 86.5) ภาชนะรองรับมูลฝอยไม่เหมาะสม (ร้อยละ 80.6) ห้องน้ำไม่แยกโซนเปียกและแห้ง (ร้อยละ 78.2) และพื้นห้องน้ำมีคราบสกปรกเสี่ยงต่อการลื่นล้ม (ร้อยละ 72.5) ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรในท้องถิ่นควรกระตุ้นเพื่อเพิ่มความรู้และสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้ปรับปรุงสภาพที่พักอาศัยให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ

ผู้สูงอายุ ที่พักอาศัย การดูแลที่พักอาศัย

แหล่งทุน

ทุนอุดหนุนโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์



บทนำ

ภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไปทำให้ค่านิยมของคนไทยในการมีบุตรน้อยลง ในขณะที่ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นทำให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการมีโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ผลการสำรวจผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2557 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 10,014,699 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ปัญหาสุขภาพจัดเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะเสื่อมโทรมของทั้งร่างกายและจิตใจ การปรับตัวก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อยู่แล้วปลอดภัย ลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุ (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2556) โดยเฉพาะการจัดที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานที่อยู่อาศัยในแต่ละช่วงชีวิต (Lifetime Homes Standard) ได้แก่ การทำทางลาด ราวจับ ราวบันได ราวจับกันลื่นในห้องน้ำ เป็นต้น (สมโภช รติโอพาร, 2556) จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 17 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2558) แต่ข้อมูลสภาพที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีจำกัด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดที่พักอาศัยของผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อทราบสถานการณ์ปัจจุบันและเป็นแนวทางในการปรับปรุงที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ คราวเรือนที่มีผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,969 คราวเรือน (องค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา, 2559) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมจำนวนตัวอย่าง 371 คราวเรือน โดยสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิกระจายตามสัดส่วนจำนวนครัวเรือนทั้ง 15 หมู่บ้าน โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์เลขที่ 020/ 2559

ดำเนินการสำรวจในช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2559 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปไปครัวเรือนละ 1 คน และประเมินที่พักอาศัยโดยใช้แบบสำรวจรายการ โดยประยุกต์จากแบบประเมินคู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2550) ข้อเสนอแนะการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2555) และแบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุรณ์ (กรมอนามัย, 2542) ประกอบด้วย 13 ด้าน (47 ข้อ) ได้แก่ ได้แก่ ลักษณะที่พักอาศัยและบริเวณภายนอกที่พักอาศัย (10 ข้อ) ห้องรับแขก-ห้องนั่งเล่น (2 ข้อ) ห้องครัว-อาหาร (4 ข้อ) ห้องนอน (6 ข้อ) ห้องน้ำ (9 ข้อ) ประตู (2 ข้อ) อุปกรณ์ไฟฟ้า (2 ข้อ) ราวจับ (3 ข้อ) ทางลาด (1 ข้อ) สีและพื้นผิว (1 ข้อ) เครื่องเรือน (3 ข้อ) การจัดการมูลฝอยและการจัดการน้ำเสีย ครัวเรือน (3 ข้อ) และการควบคุมสัตว์และแมลงพาหะนำโรค (1 ข้อ) แบ่งระดับการประเมินที่พักอาศัยออกเป็น 4 ระดับ (โคราชเมืองสะอาด, 2556) ได้แก่ เกณฑ์ระดับพื้นฐาน (ผ่านเกณฑ์ประเมินร้อยละ 60 ขึ้นไป หรือผ่านเกณฑ์ประเมิน 28 ข้อขึ้นไป) เกณฑ์ระดับดี (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70-79) เกณฑ์ระดับดีมาก (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80-89) และเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90 ขึ้นไป) แบบสอบถามและแบบประเมินที่พักอาศัยของผู้สูงอายุได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 371 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.3) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 63.3) และศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 37.6) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.8) ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 25.6) รองลงมาค้าขาย (ร้อยละ 17.3) และทำงานบ้าน (ร้อยละ 17.5) มีรายได้หลักจากการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 65.5) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 62.8) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 218 คน ที่เป็นผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.3) ได้แก่ โรคไขข้อในเส้นเลือดสูง (ร้อยละ 35.3) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 16.0) (ตารางที่ 1)



2. ผลการประเมินที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ครัวเรือนตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นบ้านชั้นเดียว (ร้อยละ 61.2) รองลงมาเป็นบ้านสองชั้น (ร้อยละ 21.3) บ้านไม้ยกพื้น (ร้อยละ 10.5) บ้านชั้นครึ่ง (ร้อยละ 5.7) บ้านเช่า (ร้อยละ 1.1) และทาวน์เฮ้าส์ (ร้อยละ 0.3) ผลการประเมินตามเกณฑ์ที่พักอาศัย พบว่าไม่มีครัวเรือนตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม ระดับดีมาก และระดับดี จำนวนครัวเรือนที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานมี 189 ครัวเรือน (ร้อยละ 50.9) และครัวเรือนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมินจำนวน 182 ครัวเรือน (ร้อยละ 40.1) เมื่อพิจารณาเกณฑ์การประเมินรายชื่อ (ตารางที่ 2) พบว่า ประเด็นการจัดสภาพที่พักอาศัยของผู้สูงอายุสำคัญที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ ราวจับซึ่งมีลักษณะไม่เหมาะสมทั้งในส่วนของวัสดุที่ใช้ทำ ขนาด การติดตั้ง และการดูแลรักษา (ร้อยละ 92.5) ไม่มีการจัดการน้ำเสียจากครัวเรือน (ร้อยละ 90.3) มีน้ำขังในภาชนะต่างๆ ซึ่งอาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง (ร้อยละ 86.5) ภาชนะรองรับมูลฝอยไม่เหมาะสม (ร้อยละ 80.6) ห้องน้ำไม่แยกโซนเปียกและโซนแห้ง (ร้อยละ 78.2) และพื้นห้องน้ำลื่นเนื่องจากคราบสกปรก (ร้อยละ 72.5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง (n=371)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1) เพศ			5) ศาสนา		
ชาย	114	30.7	พุทธ	235	63.3
หญิง	257	69.3	อิสลาม	136	36.7
2) อายุ			6) รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 20 ปี	3	0.8	น้อยกว่า 5,000 บาท	233	62.8
20 – 39 ปี	49	13.2	5,001 - 10,000 บาท	89	24.0
40 – 59 ปี	101	27.2	10,001 - 15,000 บาท	20	5.4
60 – 69 ปี	139	37.5	15,001 - 20,000 บาท	12	3.2
70 – 79 ปี	60	16.2	มากกว่า 20,000 บาท	17	4.6
80 ปีขึ้นไป	19	5.1	7) การได้มาซึ่งรายได้หลัก		
3) ระดับการศึกษา			จากการประกอบอาชีพ	254	68.5
ต่ำกว่าประถมศึกษา	95	25.6	ผลประโยชน์จากกิจการส่วนตัว	20	5.4
ประถมศึกษา	218	58.8	บุตรหลาน	65	17.5
มัธยมศึกษา/ปวช.	33	8.9	อื่นๆ	32	8.6
ปวส. /อนุปริญญา	8	2.2	8) โรคประจำตัวผู้สูงอายุ (n=218)		
ปริญญาตรี	17	4.5	ไม่มีโรคประจำตัว	69	31.7
4) อาชีพ			มีโรคประจำตัว	149	68.3
ทำสวน	58	15.6	โรคเบาหวาน	12	5.5
ประมง	14	3.7	โรคความดันโลหิตสูง	35	16.0
ค้าขาย	64	17.3	โรคไขมันในเลือดสูง	77	35.3
งานบ้าน	64	17.3	โรคเก๊าท์	7	3.2
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	5.7	โรคกระดูกและข้อ	12	5.5
รับจ้าง	92	24.8	โรคหัวใจ	6	2.8
ไม่ได้ทำงาน	58	15.6			



ตารางที่ 2 ผลการประเมินการจัดที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ด้าน	เกณฑ์การประเมินรายชื่อ	จำนวนครัวเรือนที่ควรปรับปรุง (ร้อยละ)
1. ลักษณะที่ที่พักอาศัยและบริเวณโดยรอบ	1.1 โครงสร้างแข็งแรงปลอดภัยไม่แตกร้าว ไม่ชำรุด ไม่ทรุดเอียง	23 (6.2)
	1.2 ภายในบ้าน พบหยากไย่	93 (25.1)
	1.3 แบ่งพื้นที่ใช้งานเป็นสัดส่วนและทำความสะอาดสม่ำเสมอ	117 (31.5)
	1.4 ภายในบ้านมีแสงสว่างธรรมชาติเพียงพอ	158 (42.6)
	1.5 อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับ	127 (34.2)
	1.6 ภายในบ้านมีการจัดสิ่งของไม่เป็นระเบียบ	147 (39.6)
	1.7 บริเวณพื้นไม่มีเศษขยะเกลื่อนกลาด	132 (35.6)
	1.8 กรณีเลี้ยงสัตว์ แยกเป็นสัดส่วน ทำความสะอาดสม่ำเสมอ	121 (32.6)
	1.9 บริเวณโดยรอบที่ที่พักอาศัยสะอาด ร่มรื่น	150 (40.4)
	1.10 ครัวเรือนที่มีการนำมาผลิตภัณฑ์ท้องถิ่นมาแปรรูป	116 (31.3)
2. ห้องรับแขก-ห้องนั่งเล่น	2.1 วางของใช้ไม่ขวางทางเดิน	137 (36.9)
	2.2 จัดเฟอร์นิเจอร์ให้เหมาะสมกับหน้าต่างทำให้มองเห็นวิวภายนอกได้ซึ่งหน้าต่างควรสูงจากพื้น 50 ซม.	125 (33.7)
	2.3 ภายในห้องใช้สีสว่าง และบำรุงรักษาง่าย	173 (46.6)
3. ห้องครัว-อาหาร	3.1 ภายในห้องแยกเป็นสัดส่วนสะอาดเป็นระเบียบและถูกสุขลักษณะ	137 (36.9)
	3.2 ภายในห้องระบายอากาศได้ดีและแสงสว่างเพียงพอ	176 (47.4)
	3.3 ตู้หรือโต๊ะวางของสูงจากพื้น อย่างน้อย 60 ซม.	166 (44.7)
	3.4 ภาชนะปกปิดอาหาร หรือเก็บในตู้กับข้าวหรือตู้เย็น	121 (32.6)
4. ห้องนอน	4.1 ภายในห้องสะอาด เป็นระเบียบ ทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ	107 (28.8)
	4.2 ภายในห้องมีมุ้งลวด สามารถป้องกันยุงและแมลงต่างๆ	189 (50.9)
	4.3 ภายในห้องระบายอากาศได้ดี และแสงสว่างเพียงพอ	121 (32.6)
	4.4 หัวเตียงควรมีโทรศัพท์และสัญญาณฉุกเฉิน	214 (57.7)
	4.5 เตียงนอนมีระดับความสูงที่ไม่มากป้องกันการพลัดตกลงมาและให้อยู่ในระดับที่ผู้สูงอายุ สามารถลุกขึ้นนั่งแล้ววางเท้าถึงพื้นได้	207 (55.8)
	4.6 พูที่นอนและหมอนไม่ควรแข็งหรือนุ่มจนเกินไป	147 (39.6)
5. ห้องน้ำ	5.1 ตัวเรือนส้วมและสุขภัณฑ์ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้	103 (27.8)
	5.2 น้ำใช้ในห้องน้ำ ห้องส้วม สะอาด เพียงพอ	88 (23.7)
	5.3 ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ อยู่ในสภาพใช้งานได้	76 (20.5)
	5.4 ภายในห้องระบายอากาศได้ดีและแสงสว่างเพียงพอ	105 (28.3)
	5.5 ภายในห้องแยกโซนเปียกและโซนแห้งเพื่อกลิ่น	290 (78.2)
	5.6 พื้นพบคราบสกปรกตกค้างที่ทำให้ลื่นได้	269 (72.5)
	5.7 การจัดแผ่นกันลื่นมาวางไว้ในห้องน้ำ	169 (45.6)
	5.8 ก๊อกน้ำเป็นแบบก้านโยก ผักบัวควรเป็นแรงดันต่ำ	171 (46.1)
6. ประตู	6.1 ประตูที่จับเปิด-ปิด กลอนประตูที่ล็อคด้านในอยู่ในสภาพดีใช้งานได้	94 (25.3)
	6.2 ประตูมีขนาดความกว้างเป็นพิเศษอย่างน้อย 90 ซม. ประตูควรเป็นแบบผลักเปิดออกได้ง่าย	140 (37.7)
7. อุปกรณ์ไฟฟ้า		129 (34.8)



ด้าน	เกณฑ์การประเมินรายชื่อ	จำนวนครัวเรือนที่ควรปรับปรุง (ร้อยละ)
8. ราวจับ	7.1 สูงจากพื้นไม่เกิน 90 ซม.หรือในระยะเอื้อมจากมือปลั๊กไฟควรสูงจากพื้น อย่างน้อย 45 ซม. เพื่อหลีกเลี่ยงการก้ม	140 (37.7)
	7.2 สภาพพร้อมใช้งาน มีการติดตั้งลักษณะหรือสีต่างกันให้เด่นชัด ขนาดใหญ่ชัดเจน	343 (92.5)
	8.1 ทำด้วยวัสดุเรียบ มีความมันเงาแข็งแรงและไม่ลื่น มีลักษณะกลมโดยมีเส้นผ่านศูนย์กลาง 4 ซม.	343 (92.5)
	8.2 ราวจับด้านที่อยู่ติดผนังให้มีระยะห่างจากผนังไม่น้อยกว่า 5 ซม.	343 (92.5)
9. ทางลาด	8.3 สามารถทำความสะอาดได้ง่าย	160 (43.1)
	9.1 พื้นต่างระดับทำเครื่องหมายชัดเจน พื้นเรียบ ความกว้าง 90-150 ซม. ความลาดชันไม่เกิน 1:12 และมีความยาวไม่เกิน 6 เมตร	
10. สีและพื้นผิว		171 (46.1)
11. เครื่องเรือน (เช่น โต๊ะ เก้าอี้เตี้ย)	10.1 ใช้สีตัดกันเด่นชัดบริเวณพื้นทางเดิน พื้นต่างระดับ พื้นห้องส้วม และพื้นต่างสัมผัส ผนังและบัวเชิงผนัง ประตูธรณีประตู ขอบประตู ประตูทางเข้าออกบันได และทางลาด ลูกนอนกับลูกตั้งของชั้นบันไดหรือลูกนอนของชั้นบันได	
	11.1 เก้าอี้ควรมีพนักพิง และมีความสูงในระดับที่สามารถวางเท้าถึงพื้นได้	136 (36.7)
	11.2 ตู้เสื้อผ้าเป็นแบบบานเลื่อนหรือลิ้นชักที่สามารถหยิบได้ง่าย	163 (43.9)
	11.3 หากต้องใช้รถเข็นวีลแชร์หรือเบาะ ควรมีความแข็งแรง ไม่อ่อนเกินไป สามารถทำความสะอาดได้ง่าย	135 (36.4)
12. การจัดการมูลฝอย และการจัดการน้ำเสียครัวเรือน	12.1 มีการคัดแยกและรวบรวมมูลฝอย เพื่อรอการเก็บขน หรือนำไปกำจัดและไม่มีมูลฝอยตกค้างภายในครัวเรือน	215 (58.0)
	12.2 ภาชนะรองรับมูลฝอยมีฝาปิดมิดชิดสะอาดและเพียงพอต่อปริมาณมูลฝอย	299 (80.6)
	12.3 มีการจัดการน้ำเสียจากครัวเรือนก่อนปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อม	335 (90.3)
13. การควบคุมสัตว์และแมลงพาหะนำโรค	13.1 ไม่มีน้ำขังในภาชนะต่าง ๆ ที่อาจเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง	321 (86.5)

อภิปรายผล

สภาพที่พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านชั้นเดียวสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ควรมีลักษณะบ้านพักเป็นบ้านชั้นเดียว (ไตรรัตน์ จารุทัศน์และคณะ, 2554) อย่างไรก็ตามผลการประเมินที่พักอาศัยผู้สูงอายุมียังร้อยละ 50.9 ที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน โดยพบสภาพปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการปรับปรุง ได้แก่ ราวจับที่มีการติดตั้งไม่เหมาะสม และห้องน้ำที่ไม่แยกโซนเปียกและแห้งและสภาพพื้นลื่น (คราบสบู่ และตะไคร่น้ำ) ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุลื่นล้มซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ที่พบสภาพปัญหาครัวเรือนไม่เหมาะสม และผลการศึกษาสภาพที่พักอาศัยผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช (นอร์รี ตะหวา และปวีตร ชัยวิสิทธิ์, 2559) ที่พบสภาพปัญหาห้องน้ำไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 47.1) และพบผู้สูงอายุหกล้มภายในบ้าน (ร้อยละ 17.8) ทั้งนี้ในพื้นที่ศึกษาพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องกระดูกและข้อ (ร้อยละ 5.5) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ออุบัติเหตุข้างต้น นอกจากนี้พบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมครัวเรือนที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การระบายน้ำเสียออกสู่สิ่งแวดล้อมโดยไม่มีการบำบัดทำให้เกิดน้ำขังและเน่าเสียบริเวณนอกบ้าน รวมทั้งการจัดการขยะไม่เหมาะสมโดยถังขยะไม่มีฝาปิดมิดชิด และพบภาชนะใส่น้ำที่ไม่มีฝาปิด ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรคเสี่ยงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ต้องดูแลตัวเองเนื่องจากบุตรหลานหรือผู้ดูแลไปทำงาน



นอกบ้านไม่มีเวลาหรือยังไม่ได้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพที่พักอาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุมีความเคยชินในสภาพแวดล้อมเดิม ๆ และรายได้ของครัวเรือนอาจไม่เพียงพอสำหรับการปรับปรุงที่พักอาศัยให้เหมาะสมได้

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ผลการตรวจสอบสภาพที่พักอาศัยของครัวเรือนตัวอย่าง 371 ครัวเรือน พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับพื้นฐานจำนวน 189 ครัวเรือน (ร้อยละ 50.9) และไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 182 ครัวเรือน (ร้อยละ 49.1) ประเด็นสำคัญที่ควรปรับปรุงที่พักอาศัยผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ การติดตั้งราวจับให้เหมาะสมกับการใช้งาน การปรับปรุงห้องน้ำโดยแยกโซนเปียกและแห้ง ทำความสะอาดพื้นไม่ให้มีคราบสกปรกที่เสี่ยงต่อการลื่นล้ม รวมทั้งมีการติดตามข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุในพื้นที่ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ได้แก่ การจัดการน้ำเสีย ขยะ และการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เอื้อแก่ผู้สูงอายุ ทั้งการให้ความรู้ในการจัดสภาพที่พักอาศัยที่ถูกสุขลักษณะแก่สมาชิกในครัวเรือน และกระตุ้นให้สร้างความตระหนักในการปรับปรุงโดยการประยุกต์ใช้ทรัพยากรท้องถิ่นที่หาได้ในชุมชน เพื่อให้ครัวเรือนมีสภาพที่เหมาะสมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์สัญญาที่ 025 /2559 และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2542). *แบบประเมินบ้านสะอาด อนามัยดี ชีวีสมบุรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2555). *คู่มือการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER18/DRAWER003/GENERAL/DATA0000/00000064.PDF>
- โคราชเมืองสะอาด. (2556). *เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินความสะอาดกลุ่มเป้าหมาย*. สืบค้นจาก http://www.koratneo.org/index.php?option=com_content&view=article&id=867:2013-03-21-04-02-58&catid=71:2011-01-31-03-34-01&Itemid=258
- ไทรรัตน์ จารุทัศน์ และคณะ. (2554). *ข้อเสนอแนะการออกแบบ สภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: หน่วยวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุภาควิชาเคหการคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นอร์รี ตะหวา และ ปวีตร ชัยวิสิทธิ์. (2559). *การจัดการสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช, สหาคมนิตยสารศึกษาศาสตร์แห่งประทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 5(1), 31-39.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). (2554). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2554*, กรุงเทพฯ: บริษัทพงษ์พาณิชย์เจริญผล จำกัด.
- ลัดดา ดำริการเลิศ. (2556). *เรื่องมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยกับความสำคัญของผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/2462->
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*, กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2558). *ชุดข้อมูลกลางเรื่องผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/admin/transfer_stat.php
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสคนพิการและผู้สูงอายุ. (2550). *ตัวแบบ (Model) การคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในชุมชน (Community Care)*. เอกสารวิชาการ สทส. ลำดับที่ 1/2550.
- สมโภช รติโอพาร. (2556). *เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book56_2/pbhealth.html
- หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2555). *เรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <http://www.research.chula.ac.th/home/research-agenda/ageing-th/>
- องค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา. (2559). *ทะเบียนผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลท่าศาลา*. วันที่ 9 เมษายน 2559
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis (3rd ed.)*. NY: Harper and Row Publication.



ความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการด้านการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
จังหวัดนครศรีธรรมราช

*กัณฑ์ภท มุสิกวงศ์¹ จิรา คงปราน² และจำนงค์ ธนะภพ²

¹นักศึกษาลัทธิศาสตรสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

²สำนักวิชาสาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

kantaphat1610@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของประชาชนในการรับบริการด้านการจัดการมูลฝอยจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 3 แห่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตการปกครองขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 267 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการด้านการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรบริหารส่วนตำบลท่าซึกในภาพรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 45.9) ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลท่าแพ และเทศบาลตำบลที่วังมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.3 และ 55.1 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกตามประเด็นการให้บริการพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลางต่อความเพียงพอของจำนวนถังขยะที่จัดไว้ให้ตามจุดต่างๆ ความสะอาดเรียบร้อยระหว่างทางเก็บขน การจัดทำโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการขยะ ในชุมชน รวมถึงผลการดำเนินโครงการ และการนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมมาใช้ในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากในประเด็นด้านความถี่และช่วงเวลาการให้บริการของรถเก็บขนขยะมูลฝอยและอัตราการเก็บค่าบริการในการเก็บขนขยะไปกำจัด สำหรับประเด็นที่คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร/กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อให้การจัดการขยะในชุมชนมีประสิทธิภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเน้นการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะให้ทั่วถึง และควรสนับสนุนการดำเนินโครงการที่ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ

มูลฝอยชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดการมูลฝอย ความพึงพอใจ

แหล่งทุน

ทุนอุดหนุนโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สัญญาเลขที่ 26/2559



บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญทั้งระดับชุมชนและระดับประเทศ เนื่องจากการกำจัดขยะไม่สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของขยะมูลฝอย โดยภาพรวมการดำเนินงานเพื่อจัดการขยะมูลฝอยชุมชนเป็นหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ได้รับการกระจายอำนาจจากส่วนกลางในการบริหารและจัดการ โดยกฎหมายได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยตามพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 (พริยุดม วรรณพฤษ, 2555)

ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกปี ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นของประเทศไทย 27.06 ล้านตันซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2558 ที่มีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น 26.85 ล้านตัน จากการสำรวจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการให้บริการเก็บขนขยะมูลฝอยชุมชน จำนวน 4,711 แห่ง พบว่าปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นทั้งหมด ประมาณ 21.05 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 78 ของปริมาณที่เกิดขึ้นทั้งประเทศ มีการเก็บขนเพื่อนำไปกำจัด ประมาณ 15.76 ล้านตัน หรือร้อยละ 73.87 โดยขยะมูลฝอยชุมชนที่เก็บขนได้ ถูกขนส่งไปยังสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ต้องประมาณ 9.75 ล้านตัน คิดเป็นร้อยละ 62 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เก็บขนได้ (กรมควบคุมมลพิษ, 2559 : 4 - 14) จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดที่มีปริมาณขยะมูลฝอยตกค้างในสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยที่ดำเนินการไม่ถูกต้องอยู่ในลำดับที่ 2 ซึ่งมีปริมาณขยะมูลฝอยตกค้าง 1.09 ล้านตัน และจากข้อมูลการจัดลำดับวิกฤตด้านการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศไทย จังหวัดนครศรีธรรมราชถูกจัดอยู่ในจังหวัดที่วิกฤตด้านการจัดการขยะมูลฝอยเป็นลำดับที่ 2 เช่นเดียวกัน (กรมควบคุมมลพิษ, 2559 : 27 - 38) ซึ่งกระบวนการเก็บขนและการกำจัดมูลฝอยที่ไม่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดปัญหาน้ำขยะหกหล่นในช่วงเวลาที่มีการขนส่ง ส่งกลิ่นเหม็นรบกวน เป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรค และส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการจัดการมูลฝอยชุมชนโดยตรง ทั้งการให้บริการประชาชนในเรื่องการเก็บขน การกำจัด รวมไปถึงการส่งเสริมกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ในการลดปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชน ดังนั้นการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อการรับบริการด้านการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดนครศรีธรรมราชจึงเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินงานด้านการจัดการมูลฝอยขององค์กรให้สอดคล้องกับความต้องการและการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนต่อไป

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เลือกองค์กรกลุ่มตัวอย่างจาก 3 อำเภอ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช แต่ละอำเภอทำการสุ่มเลือกเทศบาลตำบลมา 1 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง รวม 6 แห่ง คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมเป็น 440 คนจากนั้นทำการคำนวณสัดส่วนจากประชากรแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา แต่จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า องค์กรที่มีการให้บริการด้านการจัดการมูลฝอยมีอยู่ 3 องค์กร ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าซัก เทศบาลตำบลท่าแพ และเทศบาลตำบลทิวัง ซึ่งใน 3 องค์กรนี้มีประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 267 คน โครงการวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์เลขที่ 040/ 2559 ลงวันที่ 13 กันยายน 2559

เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2559 – มกราคม 2560 โดยใช้แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแบบสัมภาษณ์ระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นแบบเลือกตอบตัวเลือกเดียว สัมภาษณ์ครัวเรือนละ 1 คน แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ (8 ข้อ) ระดับความพึงพอใจต่อการรับบริการด้านการจัดการมูลฝอย (9 ข้อ) แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับ จากคะแนนรวม 27 คะแนน ได้แก่ ระดับมาก (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 – 100 หรือคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 22 – 27 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60 – 79 หรือคะแนนเฉลี่ยในช่วง 16 – 21 คะแนน) และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ



60 หรือคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 16 คะแนน) แบบสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับประชาชนในเทศบาลตำบลท่าศาลา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1970 อ้างถึงในบุญชม ศรีสะอาด, 2543: 96) ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.850 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของประชาชน จำนวน 267 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 65.5) มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 25.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 31.1) รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 30.7) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 26.2) ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 66.7) มีสมาชิกที่อาศัยในครัวเรือนอยู่ในช่วง 4 - 6 คน (ร้อยละ 48.3) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง (n = 267)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ	คุณลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			สถานภาพสมรส		
ชาย	175	65.5	โสด	70	26.2
หญิง	92	34.5	สมรส	166	62.2
อายุ			สถานภาพในชุมชน		
น้อยกว่า 20 ปี	24	9.0	ม่าย	25	9.4
20 – 30 ปี	51	19.1	หย่า	6	2.2
31 – 40 ปี	68	25.5	สถานภาพในชุมชน		
41 – 50 ปี	41	15.4	กรรมการชุมชน	5	1.9
51 – 60 ปี	43	16.0	สมาชิกกลุ่มในชุมชน	7	2.6
มากกว่า 60 ปี	40	15.0	อสม.	9	3.4
ระดับการศึกษา			ประชาชนทั่วไป		
ประถมศึกษา	83	31.1	ประชาชนทั่วไป	246	92.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	34	12.7	สถานภาพในครอบครัว		
มัธยมปลาย/ปวช.	45	16.9	หัวหน้าครอบครัว	73	27.3
อนุปริญญา/ปวส.	15	5.6	สมาชิกในครอบครัว	178	66.7
ปริญญาตรี	82	30.7	ผู้อาศัย	16	6.0
สูงกว่าปริญญาตรี	8	3.0	จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
อาชีพ			1 – 3 คน	101	37.9
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	18	6.7	4 – 6 คน	129	48.3
เกษตรกรกรรม	10	3.7	7 – 9 คน	34	12.7
ประมง	9	3.4	10 คนขึ้นไป	3	1.1
ค้าขาย	70	26.2			
ธุรกิจส่วนตัว	32	12.0			
รับจ้าง	40	15.0			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	7.5			
นักเรียน/นักศึกษา	68	25.5			



2. ข้อมูลเบื้องต้นด้านการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ทรัพยากรที่ใช้ในกระบวนการจัดการมูลฝอยชุมชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อจำนวนชุมชนที่องค์กรรับผิดชอบ ได้แก่ จำนวนพนักงานเก็บขยะในแต่ละองค์กรมีจำนวน 6-11 คน และมีรถขยะ 2-3 คัน สำหรับการจัดสรรงบประมาณด้านการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แตกต่างกันตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละองค์กร โดย อบต.ท่าซึก จัดสรรงบประมาณร้อยละ 58.7 ใช้ในการขนส่งและกำจัดมูลฝอย เทศบาลตำบลท่าแพ งบประมาณร้อยละ 50.0 ใช้ในการจัดซื้ออุปกรณ์ เทศบาลตำบลที่วัง จัดสรรงบประมาณร้อยละ 40.0 ใช้ในการจัดจ้างบุคลากรและใช้ในการขนส่ง/กำจัดมูลฝอย (ตารางที่ 2)

องค์กรที่มีการจัดโครงการด้านการจัดการมูลฝอยอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันโดยมีประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม มีเพียง 1 องค์กร คือองค์กรการบริหารส่วนตำบลท่าซึก ได้ดำเนินโครงการวันรักษาคคลองท่าซึก (เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากการทิ้งขยะลงในแหล่งน้ำ กำจัดขยะและสิ่งกีดขวางทางน้ำเพื่อป้องกันน้ำเน่าเสีย) โครงการบริหารจัดการขยะตำบลท่าซึก (เพื่อให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการจัดการมูลฝอย มีความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยตามหลักสุขาภิบาลตั้งแต่ต้นทาง และลดปริมาณมูลฝอยที่เกิดในครัวเรือนโดยใช้วิธีตามหลัก 3 Rs)

ตารางที่ 2 การจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณด้านการจัดการมูลฝอยของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หัวข้อ	อบต.ท่าซึก	ทต.ท่าแพ	ทต.ที่วัง
จำนวนชุมชนที่รับผิดชอบ (หมู่บ้าน)	9	6	11
จำนวนพนักงานเก็บขน (คน)	8	6	9
จำนวนรถเก็บขยะ (คัน)	2	2	3
จำนวนถังขยะ (ถัง)	1,494	400	1,850
อัตราการจัดสรรงบประมาณ (ร้อยละ)			
- การรณรงค์/จัดโครงการในชุมชน/จัดอบรมพนักงาน	1.4	10.0	0
- การจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์	13.1	50.0	20.0
- การจัดจ้างบุคลากรด้านการจัดการมูลฝอย	26.8	20.0	40.0
- การขนส่งและกำจัดมูลฝอย	58.7	20.0	40.0

3. ระดับความพึงพอใจของประชาชนในการรับบริการด้านการจัดการมูลฝอย

ความพึงพอใจในภาพรวมของประชาชนผู้รับบริการ พบว่าส่วนใหญ่ในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลท่าซึก ร้อยละ 45.9 มีความพึงพอใจต่อการให้บริการด้านการจัดการมูลฝอยอยู่ในระดับมาก สำหรับเทศบาลตำบลท่าแพ และเทศบาลตำบลที่วังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 และ 55.1 ตามลำดับ และเมื่อวิเคราะห์จากคะแนนเฉลี่ยพบว่า ทุกองค์กรมีระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการมูลฝอยขององค์กรอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3) หากจำแนกตามประเด็นพบว่าประเด็นที่ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ช่วงเวลา (ร้อยละ 61.8) ความถี่ของรถเก็บขนมาเก็บขยะ (ร้อยละ 50.2) รวมถึงอัตราการเก็บค่าบริการเก็บขนขยะไปกำจัด (ร้อยละ 52.8) ประเด็นที่มีระดับความพึงพอใจในระดับน้อย ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร/กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอย่างทั่วถึง (ร้อยละ 56.6) ในประเด็นอื่นๆ ความพึงพอใจของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง และภาพรวมทั้ง 3 องค์กร มีระดับคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ที่ 19.5 คะแนน จัดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.9) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของประชาชนในการรับบริการด้านการจัดการมูลฝอยจาก อปท. (n = 267)

ระดับความพึงพอใจ (คะแนน)	จำนวน (ร้อยละ)			
	อบต.ท่าซึก (n=98)	ทต.ท่าแพ (n= 42)	ทต.ทิวัง (n=127)	รวม (n=267)
มาก (22 – 27)	45 (45.9)	1 (2.4)	42 (33.1)	88 (33.0)
ปานกลาง (16 – 21)	39 (39.8)	27 (64.3)	70 (55.1)	136 (50.9)
น้อย (ต่ำกว่า 16)	14 (14.3)	14 (33.3)	15 (11.8)	43 (16.1)
Mean (SD)	20.4 (3.95)	16.8 (2.46)	19.6 (3.46)	19.5 (3.71)

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของประชาชนในการรับบริการด้านการจัดการมูลฝอยจาก อปท. (n=267)

ประเด็น	ระดับความพึงพอใจของประชาชน: จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1 ช่วงเวลาที่รถขยะมาเก็บขนขยะ	165 (61.8)	87 (32.6)	15 (5.6)
2 ความถี่/จำนวนครั้งในการเก็บขนขยะ	134 (50.2)	109 (40.8)	24 (9.0)
3 จำนวนถังขยะที่เทศบาล/อบต. ได้จัดไว้ให้ตามจุดต่างๆมี ความเพียงพอ	115 (43.1)	118 (44.2)	34 (12.7)
4 การเรียกเก็บค่าบริการในการเก็บขนขยะไปกำจัด	141 (52.8)	114 (42.7)	12 (4.5)
5 ความสะอาดเรียบร้อยระหว่างการเก็บขนขยะ	124 (46.5)	125 (46.8)	18 (6.7)
6 การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการขยะอย่างทั่วถึง	22 (8.2)	94 (35.2)	151 (56.6)
7 ท่านมีความพึงพอใจต่อการทำโครงการ/กิจกรรมที่ เกี่ยวกับการจัดการขยะที่เทศบาล/อบต. จัดขึ้นในชุมชน	48 (18.0)	146 (54.7)	73 (27.3)
8 ท่านพึงพอใจต่อผลการดำเนินโครงการ/กิจกรรมด้าน การจัดการขยะที่เทศบาล/อบต. จัดขึ้นในชุมชน	51 (19.1)	142 (53.2)	74 (27.7)
9 ท่านนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมไปใช้ได้จริง	60 (22.5)	140 (52.4)	67 (25.1)

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการจัดการมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อการจัดการขยะมูลฝอยในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก ส่วนใหญ่ประชาชนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางเกี่ยวกับความเพียงพอของจำนวนถังขยะที่จัดไว้ให้ตามจุดต่างๆ ความสะอาดเรียบร้อยระหว่างการเก็บขนขยะ ความพึงพอใจต่อกระบวนการทำโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะต่างๆ รวมถึงผลการดำเนินโครงการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดขึ้นในชุมชน และสามารถนำความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการจัดการเกี่ยวกับช่วงเวลา ความถี่ จำนวนครั้งในการเก็บขนขยะมูลฝอย และการเรียกเก็บค่าบริการในการเก็บขนขยะไปกำจัด อยู่ในระดับมาก และประชาชนมีความพึงพอใจในประเด็นด้านการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะอย่างทั่วถึงอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องงานวิจัยของราเชนทร์ นพณัฐวงศ์กร และคณะ (2559) ได้ศึกษาระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของสำนักงานเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร พบว่าความ พึงพอใจของประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของศุภวัตร วิชัย (2555) ซึ่งพบว่าประชาชนที่มีต่อการบริหารจัดการขยะของเทศบาลตำบลบ้านสวน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยพบว่ามีความพึงพอใจต่อการให้บริการเก็บขยะมีความสะดวกรวดเร็วเป็นลำดับแรก รองลงมาคือ การให้บริการเก็บขยะเป็นไปตามลำดับก่อน-หลัง และการกำหนดช่วงเวลาในการจัดเก็บอย่างเหมาะสม



นอกจากนี้พบว่าการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเข้าใจวิธีการจัดการขยะในครัวเรือน โดยประชาชนมีส่วนร่วมยังมีน้อย เนื่องจากประชาชนไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ประชาชนต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเน้นให้บริการเก็บขยะมูลฝอยไปกำจัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัสภัส วิเศษโมรา และคณะ (2550) โดยศึกษาการจัดการมูลฝอยในองค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเลิงจาน จังหวัดมหาสารคาม พบว่าความต้องการของประชาชนในการจัดการมูลฝอยส่วนใหญ่ต้องการให้ อบต.มาเก็บมูลฝอยที่บ้าน เนื่องจากมีความสะดวกกว่า และประชาชนยินดีจ่ายค่าธรรมเนียมในการจัดเก็บมูลฝอย

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ประชาชนมีความพึงพอใจต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก โดยมีความพึงพอใจต่อช่วงเวลา ความถี่ของรถเก็บขนมาเก็บขยะ และอัตราการเก็บค่าบริการเก็บขนขยะไปกำจัด อย่างไรก็ตามเพื่อประสิทธิผลของการจัดการขยะในชุมชนอย่างต่อเนื่อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร/กิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะให้ทั่วถึง สนับสนุนโครงการต่าง ๆ ที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สัญญาเลขที่ 26/2559 และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมมลพิษ. (2559). *สถานการณ์ขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559*. ส่วนขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2543). *การวิจัยเบื้องต้น*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม. สุวีริณาสัน.
- พิริยุดม วรรณพฤษ. (2555). *การปรับปรุงนโยบายการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศไทย* มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ราเชนทร์ นพณัฐวงศกร, พระครูสาครวิมลกิจ ไตรกราน และมนัสชนก อาจบำรุง. (2559). *ความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของสำนักงานเขตหนองแขม กรุงเทพมหานคร*. มหาวิทยาลัยเอเชียอาคเนย์.
- ศุภวัตร วิชัย. (2555). *ความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อการบริหารจัดการขยะของเทศบาลตำบลบ้านสวน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข. (2556). *คู่มือแนวทางการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอย สำหรับหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าพนักงานตามกฎหมายการสาธารณสุข*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- อัสภัส วิเศษโมรา และวรางคณา สังสิทธิสวัสดิ์. (2550). *การจัดการมูลฝอยในองค์การบริหารส่วนตำบลแก่งเลิงจานจังหวัดมหาสารคาม*. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม. 9 (4). 15-27.



กลุ่มการจัดการสุขภาพตามช่วงวัย และกลุ่มการศึกษาชุมชนและสังคม



ผลของการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน
จังหวัดนครศรีธรรมราช

*เรวดี วงสม¹ พิไลพัทธ์ ชูมาก² สุปรีชา แก้วสวัสดิ์²

¹นักศึกษาลัทธิศาสตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์¹, สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์²

*aeaw.wongsom@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราชกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้า คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานถูกคำนวณโดยสูตรการคำนวณค่าอิทธิพล (Effect Size) เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ด้วย Paired t-test และ Independent t-test

ผลจากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้า หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ ส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ และพบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ ส่วนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่าหากบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานกระตุ้นให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ดีได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเองในการดูแลเท้าในรอดพ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและโปรแกรมการสร้างความคิดหวังนี้ยังเป็นประโยชน์ให้กับผู้ป่วยโรคอื่นได้ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรค ฯลฯ

คำสำคัญ

การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการดูแลเท้า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

แหล่งทุน

ทุนอุดหนุนโครงการวิจัยสำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

EC No.

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 019/2559 ลงวันที่ 18 เมษายน 2559



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินกว่าที่ควรจะเป็น (Fauci & Jameson, 2505) จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี พ.ศ. 2558 ขององค์การอนามัยโลกพบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนเป็นโรคเบาหวาน (International Diabetes Federation: IDF อ้างถึงใน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558)) พบว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกถึง 415 ล้านคนและคาดว่าจะปี พ.ศ. 2582 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 642 ล้านคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558) ในปี พ.ศ. 2555 มีการเสียชีวิต 1.5 ล้าน (World Health organization, 2016)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 3.2 ล้านคนและในปี พ.ศ.2578 เพิ่มขึ้นอีก 1.1 ล้านคน (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558; นุชรี อาบสุวรรณและนิตยา พันธุเวช, 2557, 2558) เสียชีวิตจากโรคเบาหวานแต่ละวัน จำนวน 180 ราย (ชัชลิต รัตตสาร, 2556) และภาวะแทรกซ้อนต่อระบบประสาทที่ส่งผลโดยตรง คือ เท้า ซึ่งก่อให้เกิดบาดแผลและนำไปสู่การสูญเสียการทำงาน หรือการถูกตัดขาได้ (ศิริพร จันทรฉาย, 2548) และพบว่าร้อยละ 70 ของการถูกตัดขามีสาเหตุจากโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเสี่ยงที่ถูกตัดขามากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวานถึง 25 เท่า สำหรับประเทศไทยยังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประวัติการเกิดแผลที่เท้า มีอัตราเป็น 3.5 เท่าของกลุ่มที่ไม่มีประวัติ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติมีแผลมาก่อน มีโอกาสเกิดแผลซ้ำใน 5 ปีประมาณร้อยละ 70 โดยอัตราการตายหลังการตัดขาหรือเท้าใน 5 ปีพบประมาณร้อยละ 50 (กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2556) ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (สุรพร คนละเอียด, 2553) และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม การดูแลเท้าที่ถูกต้องจะทำให้ลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับเท้าตนเองได้

โรงพยาบาลนาบอนมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2558 จำนวน 1,002 คน มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าร้อยละ 22 เข้านอนรักษาด้วยแผลที่เท้า 9 คน ซึ่งพบปัญหาการดูแลเท้าจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่ามีความคาดหวังในการดูแลเท้าอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้องอยู่ในระดับต่ำ ยังไม่ทักษะในการดูแลเท้า ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผลและมีโอกาสติดเชื้อลุกลามได้มากกว่าคนปกติและนำไปสู่การตัดขาในที่สุด

ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้องจะช่วยให้อุปกรณ์มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความสามารถในตนเองที่จะสามารถปฏิบัติได้ และจะนำไปสู่ผลลัพธ์การกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ (Bandura, 1997; ศิริพร ชัมภลิต และจุฬาลักษณ์ บารมี, 2555) เมื่อผู้ป่วยมีความคาดหวังสูง ก็จะเกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้รอดพ้นจากอันตราย สนใจและตั้งใจที่ดูแลเท้าให้ถูกต้องมากขึ้น (อังคณานันท์พิวารวรรณและสมพิศ นิชลาพันธ์, 2538) การส่งเสริมความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นกิจกรรมสำคัญและเป็นประโยชน์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาโปรแกรมการสร้าง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ เพื่อพัฒนาผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถดูแลเท้าได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้อง ลดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขา และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Group pretest and posttest design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง ถูกคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect Size) ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มและคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Glass 1976 (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง(โรงพยาบาลนาบอน) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม(โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง) จำนวน 30 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria)



ประกอบด้วย ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ไม่มีความผิดปกติโครงสร้างเท้า ได้แก่ เท้าหงิก (claw foot) นิ้วเท้ารูปค้อน (Hammer) เท้าชาร์โคต์ (Charcot foot) เท้าคด(Bunion หรือ Hallux Valgus)

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยประกอบด้วยแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสำรวจรายการ จำนวน 20 ข้อแบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จำนวน 15 ข้อแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเท้ามีลักษณะถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ

2. เครื่องมือการทดลอง ประกอบด้วยแบบคัดกรองการตรวจสุขภาพเท้า วีดีโอ power point คู่มือการดูแลเท้า แผ่นพับเรื่องความรู้โรคเบาหวานกับการดูแลเท้า

วิธีการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กลุ่มทดลองและญาติ ด้วยการแนะนำตัวและสร้างความคุ้นเคยกันภายในกลุ่ม โดยใช้กิจกรรมนันทนาการกิจกรรมการให้ความรู้พื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าและพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 การสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นกระบวนการกลุ่ม การถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบ และการตั้งเป้าหมายการดูแลเท้าร่วมกันแก้ปัญหา ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลเท้าที่จะสามารถปฏิบัติตามในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเท้าได้ สานิตและฝึกปฏิบัติจนเกิดทักษะที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 3 - 4 การออกติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อฝึกปฏิบัติดูแลเท้ารายบุคคล ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือแก้ปัญหา เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีกำลังใจที่จะปฏิบัติ ผู้วิจัยสานิตการดูแลเท้า การออกกำลังกาย การบริหารเท้า และให้สานิตให้ดู บันทึกพฤติกรรมดูแลเท้าของผู้ป่วย และผู้วิจัยประเมินทักษะความถูกต้องต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า จากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นการเยี่ยมบ้านให้กลุ่มทดลองทราบ

สัปดาห์ที่ 5 การกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา เป็นกิจกรรมโทรศัพท์ติดตาม ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลเท้า และพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 9 ติดตามประเมินผลพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ที่บ้าน มีญาติช่วยพูดกระตุ้นชักจูงใจและให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยนัดหมายให้มารวมที่โรงพยาบาล เพื่อการทบทวนความรู้ในการดูแลเท้า พฤติกรรมการดูแลเท้า สรุปผลการเรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมและกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมต่อไป

กลุ่มควบคุม ไม่ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมมีเพียงการสอนให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อายุอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 63.3 อายุสูงสุด 86 ปี อายุต่ำสุด 41 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.565 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0 มีรายต่อเดือนได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.3 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุ



อยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 63.3 อายุสูงสุด 83 ปี อายุต่ำสุด 36 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.102 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.3 มีรายต่อเดือนได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 60.0

ข้อมูลสุขภาพกลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่ มีระดับ BMI ช่วง 25-29 โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 40 มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 2-5 ปี และ 6-10 ปี ร้อยละ 43.3 โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10 ออกกำลังกายน้อยกว่า 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 40 มีค่า FBS มากกว่า 126 ร้อยละ 50.0 มีค่า HbA1c มากกว่า 6.5 ร้อยละ 83.3 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่ มีระดับ BMI ช่วง 25-29 โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 40 มีระยะเวลาเป็นเบาหวาน 2-5 ปี ร้อยละ 43.3 โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.7 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 6.7 ออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 33.3 มีค่า FBS มากกว่า 126 ร้อยละ 60.0 มีค่า HbA1c มากกว่า 6.5 ร้อยละ 83.3

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการดูแลเท้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

จากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้า (หลังการทดลอง $\bar{X} = 41.33$, S.D. = 1.422 สูงกว่าก่อนการทดลอง $\bar{X} = 36.10$, S.D. = 3.155) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ ส่วนภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้า (หลังการทดลอง $\bar{X} = 36.56$, S.D. = 3.297 ไม่แตกต่างกับหลังการทดลอง $\bar{X} = 36.63$, S.D. = 2.722) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.919$ ส่วนภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า (หลังการทดลอง $\bar{X} = 74.10$, S.D. = 4.261 สูงกว่าก่อนการทดลอง $\bar{X} = 56.13$, S.D. = 2.445) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$, $t = -20.551$ ส่วนภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า (หลังการทดลอง $\bar{X} = 57.43$, S.D. = 9.179 ไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง $\bar{X} = 57.00$, S.D. = 9.228) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.358$ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการดูแลเท้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	n	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	30	36.10	3.155			
หลังการทดลอง	30	41.33	1.422	-9.977	29	0.000
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	30	36.63	2.722			
หลังการทดลอง	30	36.56	3.297	0.103	29	0.919
พฤติกรรมการดูแลเท้า						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	30	56.13	2.445			
หลังการทดลอง	30	74.10	4.261	-20.551	29	0.000



	n	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	30	57.00	9.228			
หลังการทดลอง	30	57.43	9.179	-0.934	29	0.358

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

จากการวิจัยพบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลเท้า (กลุ่มทดลอง $\bar{X} = 41.33$, S.D. = 1.422 สูงกว่ากลุ่มควบคุม $\bar{X} = 36.57$, S.D.= 3.298)เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ และพบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้า (กลุ่มทดลอง $\bar{X} = 74.10$, S.D.= 4.262 สูงกว่ากลุ่มควบคุม $\bar{X} = 57.43$, S.D.= 9.179)เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ แสดงในตารางที่2

ตารางที่ 2เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการดูแลเท้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

	n	\bar{X}	S.D.	t	df	p-value
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	41.33	1.422			
กลุ่มควบคุม	30	36.57	3.298	-7.270	58	0.000
พฤติกรรมการดูแลเท้า						
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	74.10	4.262			
กลุ่มควบคุม	30	57.43	9.179	-9.020	58	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

อภิปรายผล

ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลอง $\bar{X} = 41.33$, S.D.=1.422 สูงกว่าก่อนการทดลอง $\bar{X} = 36.10$, S.D.=3.155 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X} = 41.33$, S.D.=1.422 สูงกว่ากลุ่มควบคุม $\bar{X} = 36.57$, S.D.=3.298 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการจัดกิจกรรมโดยใช้ตัวแบบ (modeling) ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อให้มีความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อได้สังเกตตัวแบบทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความรู้สึกว่าตนก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ (Kazdin, 1974) จากการศึกษาของซูมาลี เชื้อพันธ์ (2553) อธิบายว่า การถ่ายทอดประสบการณ์ต้นแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสบการณ์ความสำเร็จในการดูแลเท้าและดูตัวแบบผ่านวิดีโอทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลเท้าดีขึ้น ส่วนกิจกรรมการตั้งเป้าหมาย(Goal Setting) คือ สิ่งที่คุณต้องการกระทำให้สำเร็จให้ความสนใจและคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ลด



ก็และลาซาร์ม (Locke and Latham, 1990) กล่าวว่า การตั้งเป้าหมายที่ยากแต่มีความสามารถที่จะทำได้ ควรมีความเฉพาะเจาะจงในการตั้งเป้าหมายนั้น และมีความท้าทายที่จะทำให้เป้าหมายนั้นประสบความสำเร็จตามผลที่ต้องการ แต่ละคนจะมีระดับความสามารถที่ต่างกัน ดังนั้นจึงให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย จะทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเข้าใจในจุดมุ่งหมายของตนเองมากขึ้น และไม่ปฏิเสธเป้าหมายของตนเองจะเป็นผลดีต่อการปฏิบัติ ส่วนการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) จะมีกิจกรรมการดูวิดีโอ และการพูดใช้คำพูดชักจูง เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้น พุดกระตุ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เกิดความคาดหวังจนเกิดความรู้สึกที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมดูแลเท้ามากขึ้น

ด้านพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังการทดลอง $\bar{X} = 74.10, S.D. = 4.261$ สูงกว่าก่อนการทดลอง $\bar{X} = 56.13, S.D. = 2.445$ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ส่วนการเปรียบเทียบหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X} = 74.10, S.D. = 4.262$ สูงกว่ากลุ่มควบคุม $\bar{X} = 57.43, S.D. = 9.179$ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเท้าพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ทั้งนี้อธิบายได้จากกิจกรรมการใช้ตัวแบบ การตั้งเป้าหมายและการกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าสูง เนื่องจากเกิดความเชื่อหรือมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถต่อการดูแลเท้าได้ มีแรงจูงใจ ส่งให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลเท้าที่ถูกต้องจากการศึกษาของวรรณศิริ ประจันโน, ราตรี อร่ามศิลป์และปิ่นนเรศ กาศอุดม (2558) อธิบายว่า การพูดคุยกันกับบุคคลแบบอย่างที่มีพฤติกรรมเหมาะสมในการดูแลเท้ามาเป็นตัวกระตุ้นหรือแรงบันดาลใจในการดูแลเท้าของตนเองได้ดี ก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลเท้าและความสามารถในการดูแลเท้าที่สูงขึ้น

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการแผลที่เท้าในระดับกลางและระดับสูงและผู้ป่วยกลุ่มอื่น
2. ควรมีการศึกษาผลของการไหลเวียนเลือดปลายเท้าร่วมพฤติกรรมการดูแลเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างยิ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2558). รายงานประจำปี 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ชัชชาติ รัตสาร. (2556). การระบาดของโรคเบาหวานและผลกระทบที่มีต่อประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.
- ณิการ์ตัน บุญกุล และ รุจิรา ดวงสงค์. (2555) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(4), 366-372.
- นุชรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุเวทย์. (2557). ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2556(ปีงบประมาณ 2557).
- นุชรี อาบสุวรรณ และ นิตยา พันธุเวทย์. (2558). ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี2557(ปีงบประมาณ 2558).
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2542). พฤติกรรมกลุ่ม. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.



- วรรณศิริ ประจันโน, ราตรี อร่ามศิลป์ และ ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตัวเองของผู้ที่เป็นเบาหวานในชุมชนบ้านคลองเหล็กบน อำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32(2), 126-134.
- ศิริพร ขัมภลิขิต และ จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คณานาวินวิทยา.
- ศิริพร จันทร์ฉาย. (2548). การดูแลเบาหวาน:การป้องกันการเกิดโรค. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 49(3), 173-189.
- สมพงษ์ หามวงศ์ และ พรรณี บุญชรหัตถกิจ. (2556). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคูเมือง อำเภอกรงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ศรีนครินทร์เวชสาร, 28(4), 451-460.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2558).เบาหวานจะพบได้มากในอนาคตตีสืบค้นจาก <http://www.diabassothai.org/statistic/1429>.
- สุมาลี เชื้อพันธ์. (2553). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลทำในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพ, 25(1), 77-87.
- สุริพร คนละเอียด. (2553). แนวทางปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน(ตา ไต เท้า). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไอ-วิทย์(ประเทศไทย)จำกัด.
- อังคณา นันท์ริพาวรรณ และ สมพิศ นิชลาพันธ์. (2538). พฤติกรรมผู้บริโภครทางสาธารณสุข. นนทบุรี.
- Bandura, A. (1997). self-efficacy:Toward Unifying Theory of Behavioral change. *Psychological Review*, 34(2), 191-215.
- Blumberg, Phyllis. (2000). Evaluating the Evidence That Problem-Based Learners are SelfDirected Learners : A Review of the literature. In Eversen, Dorothy H. and Hmelo, Cindy E. (eds.). *Problem-Based Learning A Research Perspective on Learning Interactions*.
- Fauci, K. B., & Jameson, H. L. (2505). *Harrison's principles of internal medicine* (2). United states of America: The McGraw-Hill Companies.
- Kazdin. (1974). Reactive self-monitoring : The effects of response desirability ,goal setting and feedback *Journal of Consulting and Clinical and Clinical Psychology*.
- Locke, E. A. and Latham, (1990). G. P. *A Theory of Goal setting & Task Performance*. New Jersey : Prentice-Hall.
- World Health organization. (2016). Diabetes, from <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016>.



ความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช

สุทธิยา แก้วกล้า* ศศิธร ณะภพ** และโอโหมมา สันติวารกุล***

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์**สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

***สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

*oishikiku_numay@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานะสุขภาพ เศรษฐกิจสวัสดิการ การเข้าถึงบริการ และความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม เขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จำนวน 156 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานะสุขภาพป่วยเป็นโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.1 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.1 มีอาการเจ็บป่วยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อสูงสุด ร้อยละ 43.6 รองลงมาคือระบบเมตาบอลิซึม ร้อยละ 42.9 ทางด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.1 แหล่งที่มาของรายได้จึงมาจากหน่วยงานรัฐ ร้อยละ 75.6 สิทธิการรักษาคือบัตรทอง ร้อยละ 67.9 การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้จักบริการกายภาพบำบัด ร้อยละ 53.8 และเคยได้รับบริการกายภาพบำบัดเพียง ร้อยละ 18.6 โดยผู้สูงอายุมีความต้องการบริการกายภาพบำบัดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านการรักษา ฟันฟู ส่งเสริมและป้องกัน มีความต้องการบริการตามประเภทความเจ็บป่วย การจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับในชุมชนระดับปานกลาง 2.ด้านบุคลากรที่ให้บริการ มีความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการเชิงรุกและมีบุคลิกภาพที่ดีในระดับมาก ส่วนประเภทบุคคลที่ให้บริการบำบัด ดูแล มีความต้องการในระดับปานกลาง 3. ด้านข้อมูลที่ได้จากการบริการ มีความต้องการด้านข้อมูลการให้บริการและรูปแบบการจัดบริการระดับมาก รองลงมาคือความต้องการด้านช่องทางสื่อสารระดับปานกลาง โดยสรุป ผู้สูงอายุแสดงออกถึงความต้องการบริการกายภาพบำบัดระดับปานกลางถึงมาก ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดบริการดูแลระยะยาวให้สอดคล้องกับความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มมีพลังในชุมชน เพื่อตอบสนองตามความต้องการที่แสดงออก

คำสำคัญ

ผู้สูงอายุ, กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน, กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม, ความต้องการบริการกายภาพบำบัด

แหล่งทุน

ทุนอุดหนุนโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์



บทนำ

ปัจจุบันสัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการนำเอาวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่มาใช้ และการขยายบริการทางการแพทย์ และเนื่องจากนโยบายประชากร ที่เน้นการวางแผนครอบครัว ปี พ.ศ. 2513 เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการมีบุตร คือ จะคำนึงถึง “คุณภาพ” มากกว่า “ปริมาณ” จากสถิติ ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา ทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ในขณะที่จำนวนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น และสำหรับประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2542)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ภาวะทางด้านร่างกาย คือ การเสื่อมลงของระบบในร่างกายที่สำคัญทั้ง 5 ระบบ คือ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และระบบเมตาบอลิซึม โดยมีความต้องการขั้นพื้นฐาน 4 ประการ คือ อาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพอนามัยและบริการทางสังคมด้านต่าง ๆ ซึ่งมีรายงานการวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมักประสบปัญหาใหญ่อยู่ 2 ประการ คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ การเงิน และปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาทั้ง 2 นี้ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด คือ ถ้าภาวะสุขภาพไม่ดีอาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็ส่งผลต่อสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ (นภาพร ชโยวรรณ, 2532) และชุมชนเป็นหน่วยในสังคม ที่ถูกคาดหวัง ในการให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุให้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในเขตเมือง เป็นระบบที่ไม่เข้มแข็ง มักไม่ค่อยมีความร่วมมือกันของเครือข่ายการดูแลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งสัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขไม่เพียงพอกับผู้รับบริการขาดการบูรณาการและขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ (Sasipat Yodpet, 2007) และจากสภาพปัญหาต่างๆ ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านสุขภาพ การดูแลรักษาสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสาธารณสุข ควรมีบทบาทร่วมกันในการกำหนดนโยบายและแผนในการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ (น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2552)

กายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพ ที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างกว้างขวาง ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีภาวะโรคต่างๆ บทบาทของนักกายภาพบำบัด มีทั้งใน ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น การลดอาการปวดเรื้อรังของกล้ามเนื้อ และการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ตามร่างกาย ระบบประสาท เช่น การแก้ไขอาการอ่อนแรง และเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มการทรงตัว ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น การเพิ่มความทนทานของหัวใจ ด้านระบบทางเดินหายใจ เช่น การลดอาการหอบเหนื่อย และระบบเมตาบอลิซึม เช่น การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาจากรอคออักเสบ หลอดลมอักเสบ เป็นต้น โดยกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุจะดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความเสื่อมสภาพของระบบต่างๆทางร่างกาย ด้วยวิธีการรักษาเฉพาะทางของกายภาพบำบัด เพื่อชะลอความเสื่อมและคงสมรรถภาพร่างกาย งานกายภาพบำบัดยังสามารถแบ่งการให้บริการเป็นในเชิงรุกและเชิงรับ ซึ่งงานเชิงรุกคือผู้รักษาจะเข้าหาผู้ป่วยยังสถานที่ที่เป็นแหล่งชุมชนหรือที่บ้านผู้ป่วยโดยตรง (เกษรา รักษาพงษ์ศิริ, 2555) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้เพื่อวิเคราะห์สถานะสุขภาพ เศรษฐกิจและสวัสดิการ การเข้าถึงบริการและความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนการจัดบริการเชิงรุกที่ตอบสนองต่อความต้องการที่แสดงออก (Express need) ของผู้สูงอายุที่ยังมีพลังในชุมชนต่อไป

วิธีการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research) สุ่มตัวอย่างด้วย วิธี Multi stage random sampling คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Estimating a finite population proportion จากประชากรผู้สูงอายุ 754 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 156 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ สถานะสุขภาพ เศรษฐกิจ สวัสดิการ การเข้าถึงบริการ และความ ต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ค่า IOC เท่ากับ 0.98 และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา



ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากร สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 103 คน (ร้อยละ 66.0) มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี จำนวน 69 คน (ร้อยละ 44.23) สถานภาพสมรส จำนวน 97 คน (ร้อยละ 62.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 102 คน (ร้อยละ 65.4) และสภาพการอยู่อาศัยจะอยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยาจำนวน 76 คน (ร้อยละ 48.7) โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 86 คน (ร้อยละ 55.1) และเป็นโรคเบาหวานจำนวน 47 คน (ร้อยละ 30.1) มีอาการเจ็บป่วยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อสูงสุด จำนวน 68 คน (ร้อยละ 43.6) รองลงมาคือระบบเมตาบอลิซึมจำนวน 67 คน (ร้อยละ 42.9)

2. เศรษฐกิจ สวัสดิการสุขภาพ

ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 55.1) มีแหล่งที่มาของรายได้จากหน่วยงานรัฐ (เบี้ยยังชีพ) จำนวน 118 คน (ร้อยละ 75.6) โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุอยู่ที่ 600-5,000 บาท จำนวน 99 คน (ร้อยละ 63.5) และสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง จำนวน 106 คน (ร้อยละ 67.9)

3. การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน

ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่รู้จักบริการกายภาพบำบัด จำนวน 84 คน (ร้อยละ 53.8) โดยมีความเข้าใจว่ากายภาพบำบัดคือ การออกกำลังกายจำนวน 45 คน (ร้อยละ 28.8) เคยได้รับการกายภาพบำบัด จำนวน 29 คน (ร้อยละ 18.6) ที่ในโรงพยาบาลรัฐมากที่สุด จำนวน 28 คน (ร้อยละ 17.9) ได้รับการกายภาพบำบัด 2-4 ครั้ง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 10.9) และนอกจากบริการกายภาพบำบัด ยังเคยใช้การรักษาอย่างอื่นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย คือ รับประทานยา จำนวน 104 คน (ร้อยละ 66.7)

4. ความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน

ความต้องการบริการกายภาพบำบัดด้านการรักษา ฟันฟู ส่งเสริมและป้องกัน ผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการบริการตามลักษณะความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 58.33) ส่วนการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนและการจัดบริการเชิงรับในชุมชนมีความต้องการในภาพรวมระดับปานกลางเช่นกัน คิดเป็นจำนวน 96 คน (ร้อยละ 61.54) และจำนวน 99 คน (ร้อยละ 63.46)

ด้านบุคลากรที่ให้บริการ ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านบุคลากรทางการแพทย์ในระดับมาก จำนวน 147 คน (ร้อยละ 94.23) ด้านบุคคลที่ให้บริการบำบัด ดูแลในระดับปานกลาง จำนวน 91 คน (ร้อยละ 58.33) ด้านบุคลิกภาพที่ดีในการให้บริการระดับมาก จำนวน 138 คน (ร้อยละ 88.46) ด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการเชิงรุกในระดับมาก จำนวน 108 คน (ร้อยละ 69.23)

ด้านข้อมูลที่ได้จากการบริการ ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านข้อมูลการให้บริการในระดับมาก จำนวน 114 คน (ร้อยละ 73.08) ด้านช่องทางการสื่อสารระดับปานกลาง จำนวน 101 คน (ร้อยละ 64.74) และด้านการจัดบริการในระดับมาก จำนวน 126 คน (ร้อยละ 80.77)

ด้านประเภทการให้บริการกายภาพบำบัดในภาพรวม ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความต้องการประเภทการบำบัดอาการทางระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อ จำนวน 144 คน (ร้อยละ 92.3) รองลงมามีความต้องการประเภทการบำบัดอาการทางระบบประสาท และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อช่วยเหลือตนเอง จำนวน 88 คน (ร้อยละ 56.4) และ จำนวน 86 คน (ร้อยละ 55.1) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน (n=156)

ด้านความต้องการบริการกายภาพบำบัด	ระดับความต้องการบริการกายภาพบำบัด จำนวนคน (ร้อยละ)		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
1.ด้านบริการ			
1.1 บริการตามระบบที่เจ็บป่วย			
\bar{X} = 13.81 , S.D = 3.63 Min = 5, max = 20	19 (12.18)	91 (58.33)	46 (29.49)
1.2 การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน			
\bar{X} = 14.38 , S.D = 2.62 Min = 8, max = 20	7 (4.49)	96 (61.54)	53 (33.97)
1.3 การจัดบริการเชิงรับในชุมชน			



\bar{X} = 6.21 , S.D = 1.42 Min = 2, max = 8	23 (14.74)	99 (63.46)	34 (21.79)
2.ด้านข้อมูลที่ได้จากการบริการ			
2.1 ข้อมูลการให้บริการ			
\bar{X} = 12.88 , S.D = 2.56 Min = 7, max = 16	1 (0.64)	41 (26.28)	114 (73.08)
2.2 ช่องทางการสื่อสาร			
\bar{X} = 11.99 , S.D = 2.91 Min = 7, max = 20	31 (19.87)	101 (64.74)	24 (15.38)
2.3 การจัดบริการ			
\bar{X} = 10.04 , S.D = 2.27 Min = 3, max = 12	12 (7.69)	18 (11.54)	126 (80.77)
3.ด้านบุคลากรที่ให้บริการ			
3.1 บุคลากรทางการแพทย์			
\bar{X} = 13.25 , S.D = 2.21 Min = 6, max = 16	-	9 (5.77)	147 (94.23)
3.2 บุคคลที่ให้บริการบำบัด ดูแล			
\bar{X} = 8.31 , S.D = 1.75 Min = 4, max = 12	4 (2.56)	91 (58.33)	61 (39.10)
3.3 บุคลิกภาพในการให้บริการ			
\bar{X} = 14.39 , S.D = 1.99 Min = 8, max = 16	-	18 (11.54)	138 (88.46)
3.4 บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการเชิงรุก			
\bar{X} = 12.63 , S.D = 2.62 Min = 6, max = 16	3 (1.92)	45 (28.85)	108 (69.23)

อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดสังคมในชุมชน ที่เป็นสมาชิกโครงการ 30,000 เต็มยง เขตเทศบาลนคร นครศรีธรรมราชปี 2559 จำนวน 156 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 71.29 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อยู่ร่วมกับสามีหรือภรรยา และพบว่าสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง และเป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อสูงสุด รองลงมาคือระบบเมตาบอลิซึม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการป่วยเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายไปในทางที่เสื่อม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง โดยสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2559 พบว่า โรคที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน อาจมาจากการรับประทานอาหารสำเร็จรูปที่มีการปรุงแต่งรสชาติอาหาร มีการใช้สารเสริมรสที่มีปริมาณโซเดียมมาก ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงจากสภาพร่างกายของความสามารถรับรสเปลี่ยนไป รสอร่อยจะต้องมีรสชาติเข้มหรือรสจัด ส่งผลให้เพิ่มการทำงานของไต

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสวัสดิการและการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีแหล่งที่มาของรายได้จากหน่วยงานรัฐ (เบี้ยยังชีพ) โดยรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุอยู่ที่ 600-5,000 บาท และสิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง ส่วนการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้จักบริการกายภาพบำบัด แต่มีความเข้าใจว่ากายภาพบำบัดคือ การออกกำลังกาย และเคยได้รับการกายภาพบำบัดเพียง 29 คน ที่ในโรงพยาบาลรัฐ ซึ่งความบ่อยในการรับบริการจะอยู่ที่ 2-4 ครั้ง และนอกจากบริการกายภาพบำบัด ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังเคยใช้การรักษาอย่างอื่น เพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยคือ รับประทานยา ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองรู้จักบริการกายภาพบำบัดน้อย ประกอบกับผู้สูงอายุไม่มีการประกอบอาชีพเป็นหลัก ทำให้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อย และในทางเดียวกันผู้สูงอายุยังไม่รู้จักบทบาทของบริการกายภาพบำบัดอย่างแท้จริง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงเลือกเข้ารับรักษาโดยการช้ำยาแทน เนื่องจากอาจคำนึงถึงปัจจัยต้นทุนการเดินทางไปรับบริการกายภาพบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของทัตตาว ค่ายอดใจ (2556) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐบาล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่าย ในการ



เดินทางและคำปรึกษาพยาบาลมากที่สุด โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.67 และ 4.73 รองลงมาคือค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์และค่าใช้จ่ายการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดโรค และจากการศึกษาของชมพูนุช สุจริตจันทร์ (2545) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนในเขตตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพประกอบด้วย รายได้ของครอบครัว สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ค่าใช้ในการรักษาพยาบาล และความจำเป็นต่อบริการสุขภาพ

ความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 3 ด้าน 1.ด้านการรักษา ฟันฟู ส่งเสริมและป้องกัน โดยผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการบริการตามลักษณะความเจ็บป่วย มีความต้องการการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนและการจัดบริการเชิงรับในชุมชน ภาพรวมระดับปานกลาง 2.ด้านบุคลากรที่ให้บริการ มีความต้องการด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการเชิงรุกในระดับมาก ซึ่งสะท้อนถึงภาวะสุขภาพที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและสังคมที่ถึงแม้จะมีการแสดงออกถึงสุขภาพทางกายที่ดี แต่ก็ยังต้องการบริการเชิงรุกจากบุคลากรทางการแพทย์และกายภาพบำบัดที่มีมาตรฐานเชิงวิชาชีพ และ 3.ด้านข้อมูลที่ได้จากการบริการนั้นการที่ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านข้อมูลการให้บริการและด้านการจัดบริการในระดับมากสอดคล้องกับความต้องการบริการเชิงรุกเช่นเดียวกัน ซึ่งประเด็นดังกล่าวสะท้อนถึงความต้องการที่แสดงออกที่กลุ่มผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนอง หน่วยงานสุขภาพและชุมชนที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องนำข้อมูลส่วนดังกล่าวมาวางแผนการจัดบริการเชิงรุกในส่วนของงานกายภาพบำบัดเพื่อให้ตอบสนองต่อความจำเป็นดังกล่าวได้ ความต้องการบริการกายภาพบำบัดด้านประเภทการให้บริการกายภาพบำบัดในภาพรวม พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความต้องการประเภทการบำบัดอาการทางระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อ รองลงมามีความต้องการประเภทการบำบัดอาการทางระบบประสาท ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของหัตถดาว คำยอดใจ (2556) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับด้านบุคลากร ด้านระบบการให้บริการ และด้านสถานที่ต่อการให้บริการกายภาพบำบัดสำคัญมากที่สุด เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สุวารี ภูระหงษ์ (2551) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการแผนกกายภาพบำบัดของผู้ป่วยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ประกอบด้วย 1.ด้านกระบวนการให้บริการ คือ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล มีบริการที่ตรงตามความต้องการ โรงพยาบาลมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย คุณภาพได้มาตรฐานและสถานที่มีขนาดกว้างขวาง 2. ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับงานในหน้าที่เป็นอย่างดี มีความเชื่อมั่นในความสามารถของเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความสามารถตามมาตรฐานวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการ เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุในชุมชน เขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าความต้องการบริการกายภาพบำบัดของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านการรักษา ฟันฟู ส่งเสริมและป้องกันภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง 2.ด้านข้อมูลที่ได้จากการบริการระดับมาก และ 3.ด้านบุคลากรที่ให้บริการระดับมาก ส่วนความต้องการบริการกายภาพบำบัดด้านประเภทการให้บริการกายภาพบำบัดในภาพรวม พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความต้องการประเภทการบำบัดอาการทางระบบกล้ามเนื้อกระดูกและข้อต่อมากที่สุด

ดังนั้นผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ในองค์กรควรมีการประชาสัมพันธ์ บทบาท/หน้าที่ของนักกายภาพบำบัดในงานบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีความเข้าใจในงานกายภาพบำบัดที่แท้จริง จึงต้องควรเร่งทำความเข้าใจ เพื่อให้ประชาชนรู้จักงานกายภาพบำบัดมากขึ้น ควรให้ความสำคัญถึงความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ลดภาวะพึ่งพิงในอนาคตและสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองต่อไป เพื่อดำเนินตามนโยบายการสาธารณสุขของประเทศ ให้ความสำคัญกับการมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา เน้นให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเองและดูแลกันเอง เน้น “การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ” เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้าง “ชุมชนสุขภาพ” ในชุมชนของตน



กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สัญญาที่ 023 /2559 และขอขอบคุณการสนับสนุนความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- เกษรา รัชพงษ์ศิริ. (2555). *กายภาพบำบัด อาชีพที่น่าจับตามอง*. กรุงเทพฯ: คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). *การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย*. กลุ่มงานวิจัยและข้อมูล กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- ทัดดาว คำยอดใจ. (2556). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐบาล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่*. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2532). *สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. เอกสารสถาบันประชากรศาสตร์, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2552). *นักกายภาพบำบัดกับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ*. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 43-46.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล. (2542). *การส่งเสริมสุขภาพกับปีศาจกลัวด้วยผู้สูงอายุ*. เอกสารประกอบการอภิปราย, กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวารี ภูระหงษ์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางกายภาพบำบัดของภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรงพยาบาลศิริราช*. (ปริญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี).
- Sasipat Yodpet. (2007, November). *Long - term care system development for older persons in family*. Conference Paper of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine on Continuity of Care and Long - Term Care System Development for Older Persons, Prince Palace Hotel, Bangkok, Thailand



ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ธัญญ์นลิน ไกรนรา¹ พิไลพัทธ์ ชูมาก² สุปรีชา แก้วสวัสดิ์³

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์¹ สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์²

*na-lin_nk@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมทันตสุขศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาถูกคำนวณโดยสูตรการคำนวณค่าอิทธิพล (Effect Size) เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินจากดัชนีคราบจุลินทรีย์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์) ด้วยสถิติ Pair t-test และ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ($M = 2.19$, $S.D. = .287$ และ $M = 2.16$, $S.D. = .277$ ต่ำกว่าหลังการทดลอง $M = 2.34$, $S.D. = .223$ และ $M = 2.41$, $S.D. = .216$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = <0.05$

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคในช่องปาก ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ/ Keywords:

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง โปรแกรมทันตสุขศึกษา นักเรียนชั้นประถมศึกษา

แหล่งทุน / Source of research funding

ทุนอุดหนุนโครงการวิจัยสำหรับนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

EC No. (ถ้ามี)

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 019/2559 ลงวันที่ 18 เมษายน 2559



บทนำ/ Introduction

โรคในช่องปากเป็นปัญหาทางทันตสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากการเฝ้าระวังโรคในช่องปากของ องค์การอนามัยโลกในปี 1980 พบเด็กอายุ 12 ปี มีค่าเฉลี่ยฟันผุถาวร (DMFT) 3 ซี่ต่อคน ร้อยละ 51 จาก 107 ประเทศ และในปี 2000 พบร้อยละ 32 จาก 184 ประเทศ พบมากที่สุดในทวีปอเมริกา แต่คาดว่าอุบัติการณ์ของโรคฟันผุจะมีความชุกสูงขึ้นในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาเนื่องจากมีปริมาณการบริโภคน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก (World Health organization, 2004) ซึ่งโรคดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและคุณภาพชีวิต เช่น อาการปวดฟันทำให้อนอนไม่หลับ เคี้ยวอาหารไม่ได้ ส่งผลให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เจริญเติบโตช้า ร่างกายอ่อนแอ ในเด็กที่มีฟันน้ำนมผุหลายซี่จะส่งผลให้การเจริญเติบโตของเด็กต่ำกว่าเกณฑ์ และจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ในระยะยาว (สุณี วงศ์คงคาเทพ, อลิสา ศิริเวชสุนทร, อิศระพงศ์ เฟลิตเฟลิน และนรินทร์พิศ ชัยพรหมเขียว, 2550) โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบยังเป็นสาเหตุให้สูญเสียฟันก่อนวัยอันควรส่งผลกระทบต่อคุณภาพในอนาคต เป็นแหล่งของการติดเชื้อในช่องปากที่อาจแพร่เข้าสู่อวัยวะอื่นๆ ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้มากที่สุด (Kataria et al., 2015) ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในช่องปากของกลุ่มเด็กวัยเรียนมีหลายปัจจัย ได้แก่ ความถี่ในการแปรงฟันและความถี่ในการรับประทานอาหารว่างต่อวันมีความสัมพันธ์กับปัญหาฟันผุของเด็กนักเรียน (วารสาร คุปติศาสตร์, 2556) อีกทั้งอาหารว่างประเภท ขนมพองกรอบ น้ำอัดลม ลูกอม น้ำหวาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุของเด็กนักเรียน (สุธา เจียรณมณโชติชัย, วราภรณ์ จิระพงษา และปิยะดา ประเสริฐสม, 2551) โดยเฉพาะน้ำอัดลม (ธิดารัตน์ ตั้งกิตติเกษม และวัชรพงศ์ หอมวุฒิมวงศ์, 2553) การเข้าถึงแหล่งขายอาหารที่เอื้อต่อการเกิดโรคในช่องปาก และทัศนคติของเด็กก็มีผลอย่างยิ่งต่อความสัมพันธ์ของการเกิดโรคฟันผุ (ทวีชัย สายทอง, เบญจา มุกตพันธ์ และพงษ์เดช สารการ, 2551) รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติที่ทำการสำรวจทุก 5 ปี พ.ศ. 2555 พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี มีฟันแท้ผุ ร้อยละ 52.3 และสภาวะเหงือกอักเสบร้อยละ 50.3 ซึ่งกลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช สำรวจสภาวะทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนนักเรียน จำนวน 1,847 คน ในปีการศึกษา 1/2558 พบว่า มีนักเรียนที่มีปัญหาฟันแท้ผุ จำนวน 788 คน คิดเป็นร้อยละ 58.50 และมีปัญหาเหงือกอักเสบ 1,352 คน คิดเป็นร้อยละ 73.19 (โรงพยาบาลนาบอน, 2558) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราฟันผุและเหงือกอักเสบระดับประเทศพบว่า โรงเรียนชุมชนบ้านนาวามีสัดส่วนของโรคในช่องปากสูงกว่าระดับประเทศ ซึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะทันตสุขภาพของนักเรียน และมีผลกระทบในด้านต่างๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สาเหตุของการเกิดโรคพบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการแปรงฟันของนักเรียนไม่ถูกต้อง การบริโภคอาหารหรือขนมที่ทำให้อ้วนได้ง่าย เช่น น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ ซึ่งเป็นขนมที่บรรจุขายเป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ เนื่องจากขนมเหล่านี้มักมีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ผู้ศึกษาวิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของโรคในช่องปากของเด็กในวัยเรียนประกอบกับการศึกษาทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ การที่มนุษย์มีความรู้และความสามารถอาจไม่ช่วยให้ประสบความสำเร็จได้ หากบุคคลนั้นไม่มีความเชื่อว่าตนเองจะใช้ความรู้ หรือมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ได้ โดยจะมีการจัดโปรแกรมสุขศึกษาประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีการรับรู้ความสามารถในตนเองที่จะป้องกันโรค และมีความคาดหวังในผลลัพธ์การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในช่องปากที่ดีได้ จนกระทั่งนักเรียนมีพฤติกรรมและสามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดีในการดูแลสุขภาพในช่องปาก และคาดหวังว่าปัญหาโรคช่องปากของนักเรียนจะลดลงในอนาคตได้

วิธีการวิจัย/ Research methodology

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Group pretest and posttest design)

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียน ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ในเขตอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 302 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนโรงเรียนชุมชนบ้านนาวา และโรงเรียนวัดจันดี อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ถูกคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect Size) ประเมินค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มและคำนวณขนาดของ



กลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Glass 1976 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง (โรงเรียนชุมชนบ้านนาหว้า) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม (โรงเรียนวัดจันทิ) จำนวน 30 คน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย อยู่ในโรงเรียนในเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนาบอน และพบปัญหาโรคในช่องปากเกินเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เป็นนักเรียนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปาก โดยประเมินจากดัชนีคราบจุลินทรีย์จากการย้อมสีฟัน ไม่มีปัญหาสุขภาพช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน สุขภาพร่างกายปกติ ไม่มีโรคประจำตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบ check list จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 2 ด้าน (การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์) เป็นแบบสอบถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) จาก 3 ตัวเลือก ด้านละ 10 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้อัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ จำนวน 10 ข้อ
2. เครื่องมือการทดลอง ประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทันตสุขภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทันตสุขภาพเด็กนักเรียน และแบบบันทึกการตรวจสภาวะอนามัยช่องปาก (ตรวจโดยทันตบุคลากร) โดยการตรวจคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน โดยใช้เกณฑ์และการแปลผลคะแนนจาก ดัชนีคราบจุลินทรีย์ Quigley Hein Index modified (Turesky, S., Gilmore, N. D., & Glickman, I. 1970) คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับนักเรียน แผ่นพับความรู้สุขภาพช่องปาก และโมเดลฟันผุ

วิธีการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย กลุ่มทดลองและผู้ปกครอง ด้วยการแนะนำตัวและสร้างความคุ้นเคยกันภายในกลุ่ม ใช้กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคในช่องปาก

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กนักเรียนมีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก โดยการเล่าประสบการณ์การเกิดโรค และให้นักเรียนฝึกแปรงฟัน และประเมินการแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการสร้าง ความคาดหวังในประสิทธิผลของผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กนักเรียนมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคในช่องปาก โดยการแสดงบทบาทสมมุติ นำเสนอการดูแลสุขภาพช่องปากที่ถูกต้อง และผลเสียของการเกิดโรคในช่องปาก

สัปดาห์ที่ 4-5 ติดตามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนในโรงเรียน และกระตุ้นการปฏิบัติให้นักเรียนปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 6 ถึงสัปดาห์ที่ 9 ติดตามประเมินผลพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน

สัปดาห์ที่ 10 ทบทวนความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการแปรงฟันที่ถูกวิธี สรุปผลการเรียนรู้และประโยชน์ที่ได้รับจากโปรแกรมและกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมต่อไป

กลุ่มควบคุม ไม่ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมมีเพียงการสอนให้ความรู้เรื่องดูแลสุขภาพช่องปากตามปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วย การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบผลการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์) ก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Paired t-test และ Independent t-test



ผลการวิจัย/ Results

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองเพศหญิงจำนวน 16 คน เพศชาย 14 คน ส่วนกลุ่มควบคุมทั้งเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเท่ากัน คือ 15 คน นักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุใกล้เคียงกัน ($M = 11.06$, $S.D. = .253$ และ $M = 11.06$, $S.D. = .253$ ตามลำดับ) ในกลุ่มทดลองผู้ปกครองที่มีบทบาทในการดูแลนักเรียนโดยตรงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 76.77) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 43.33) ประกอบอาชีพทำสวน (ร้อยละ 40) มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 43.33) พบว่านักเรียนได้เงินเป็นค่าใช้จ่ายในโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 49.16 ($S.D. = 21.49$) บาท มีพฤติกรรมบริโภคอาหารว่างระหว่างมื้ออาหารเฉลี่ย 2.80 ($M = S.D. = 1.47$) ครั้ง และบริโภคเครื่องดื่มรสหวานเฉลี่ย 1.60 ($S.D. = .894$) ครั้ง ในกลุ่มควบคุมผู้ปกครองที่มีบทบาทในการดูแลนักเรียนโดยตรงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (ร้อยละ 80) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 33.33) ประกอบอาชีพทำสวน (ร้อยละ 46.67) มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 60) นักเรียนได้เงินมาโรงเรียนเฉลี่ยวันละ 53.33 ($S.D. = 21.708$) บาท บริโภคอาหารว่างระหว่างมื้ออาหารเฉลี่ย 2.17 ($S.D. = .648$) ครั้ง และบริโภคเครื่องดื่มรสหวานเฉลี่ย 1.53 ($S.D. = 1.106$) ครั้ง

ข้อมูลสุขภาพ จากการสำรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต้องรักษาเร่งด่วน (ระดับ 7) รองลงมาคือเหงือกอักเสบ (ระดับ 1) (ร้อยละ 48.3 และร้อยละ 36.7 ตามลำดับ) ซึ่งพบเพศหญิงมีระดับสุขภาพช่องปากที่รุนแรงกว่าเพศชาย ซึ่งในกลุ่มทดลองพบนักเรียนมีปัญหาสุขภาพช่องปากที่ต้องรักษาเร่งด่วน (ระดับ 7) สูงที่สุดเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 40 และ ร้อยละ 46.7 ตามลำดับ)

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (หลังการทดลอง $M = 2.34$, $S.D. = .223$ สูงกว่าก่อนการทดลอง $M = 2.19$, $S.D. = .287$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ (หลังการทดลอง $M = 2.41$, $S.D. = .216$ สูงกว่าก่อนการทดลอง $M = 2.16$, $S.D. = .277$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.008$ และ $p\text{-value} = 0.000$ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (หลังการทดลอง $M = 2.17$, $S.D. = 0.253$ และก่อนการทดลอง $M = 2.13$, $S.D. = 0.211$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ (หลังการทดลอง $M = 2.17$, $S.D. = 0.253$ และก่อนการทดลอง $M = 2.13$, $S.D. = 0.211$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = .457$ และ $p\text{-value} = .643$

จากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (หลังการทดลอง $M = 2.34$, $S.D. = .223$ สูงกว่าก่อนการทดลอง $M = 2.19$, $S.D. = .287$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.008$ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก (หลังการทดลอง $M = 2.17$, $S.D. = 0.253$ และก่อนการทดลอง $M = 2.13$, $S.D. = 0.211$) ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.358$

จากการวิจัยพบว่าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของสภาวะอนามัยช่องปากโดยการวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ดีขึ้น (หลังการทดลอง $M = 1.80$, $S.D. = .516$ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง $M = 3.98$, $S.D. = .601$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสภาวะอนามัยช่องปากโดยการวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ดีขึ้น พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของสภาวะอนามัยช่องปากโดยการวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ (หลังการทดลอง $M = 2.17$, $S.D. = 0.253$ และก่อนการทดลอง $M = 2.13$, $S.D. = 0.211$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของสภาวะอนามัยช่องปากโดยการวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.358$ แสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการประยุกต์ใช้ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง (การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก และสภาวะอนามัยช่องปาก โดยการวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD.</i>	<i>t</i>	<i>df.</i>	<i>p-value</i>
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง (N=30)				-2.828	29	.008
ก่อนการทดลอง	30	2.19	.287			
หลังการทดลอง	30	2.34	.223			
กลุ่มควบคุม (N=30)				-0.753	29	.457
ก่อนการทดลอง	30	2.13	.211			
หลังการทดลอง	30	2.17	.253			
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
กลุ่มทดลอง (N=30)				-4.502	29	.000
ก่อนการทดลอง	30	2.16	.227			
หลังการทดลอง	30	2.41	.216			
กลุ่มควบคุม (N=30)				-0.469	29	.643
ก่อนการทดลอง	30	2.05	.303			
หลังการทดลอง	30	2.08	.298			
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก						
กลุ่มทดลอง (N=30)				-7.601	29	.000
ก่อนการทดลอง	30	2.12	.219			
หลังการทดลอง	30	2.53	.233			
กลุ่มควบคุม (N=30)				-1.533	29	.136
ก่อนการทดลอง	30	2.18	.256			
หลังการทดลอง	30	2.24	.248			
ดัชนีคราบจุลินทรีย์						
กลุ่มทดลอง (N=30)				1.89	29	.000
ก่อนการทดลอง	30	3.98	.601			
หลังการทดลอง	30	1.80	.516			
กลุ่มควบคุม (N=30)				3.12	29	0.36
ก่อนการทดลอง	30	4.04	.456			
หลังการทดลอง	30	3.61	.664			

* $p < 0.05$

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการประยุกต์ใช้ทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง (การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์) ต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

จากการวิจัยพบว่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง (กลุ่มทดลอง $M = 2.34$, $S.D. = .223$ สูงกว่ากลุ่มควบคุม $M = 2.19$, $S.D. = .287$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์



(กลุ่มทดลอง $M = 2.41$, $S.D. = .216$ สูงกว่ากลุ่มควบคุม $M = 2.16$, $S.D. = .277$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก (กลุ่มทดลอง $M = 2.41$, $S.D. = .216$ สูงกว่ากลุ่มควบคุม $M = 2.16$, $S.D. = .277$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ และมีคะแนนเฉลี่ยของสภาวะอนามัยช่องปากโดยการวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ดีขึ้น (กลุ่มทดลอง $M = 74.10$, $S.D. = 4.262$ สูงกว่ากลุ่มควบคุม $M = 57.43$, $S.D. = 9.179$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD.</i>	<i>t</i>	<i>df.</i>	<i>p-value</i>
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
หลังการทดลอง	60	2.26	.252	2.807	58	.007
กลุ่มทดลอง	30	2.34	.223	-2.858	29	.008
กลุ่มควบคุม	30	2.17	.253	-0.753	29	.457
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
หลังการทดลอง	60	2.39	.278	4.906	58	.000
กลุ่มทดลอง	30	2.41	.216	-4.502	29	.000
กลุ่มควบคุม	30	2.08	.298	-0.469	29	.643
พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก						
หลังการทดลอง	60	2.39	.278	4.551	58	.000
กลุ่มทดลอง	30	2.53	.233	-7.601	29	.000
กลุ่มควบคุม	30	2.24	.248	-1.533	29	.136
ดัชนีคราบจุลินทรีย์						
หลังการทดลอง	60	1.807	.516	-11.774	58	.000
กลุ่มทดลอง	30	1.80	.516	1.89	29	.000
กลุ่มควบคุม	30	3.61	.664	3.12	29	.036

* $p < 0.05$

อภิปรายผล/ Discussions

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในผลลัพธ์) ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 2.34$, $S.D. = .223$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 2.19$, $S.D. = .287$) และคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์หลังเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 2.41$, $S.D. = .216$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 2.16$, $S.D. = .277$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.008$ และ $p\text{-value} = 0.000$ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการจัดกิจกรรมบรรยายให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันที่ถูกต้อง อภิปรายกลุ่มถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันโรคฟันช่องปาก ทำให้นักเรียนเกิดความเข้าใจการดูแลสุขภาพช่องปากตัวเองได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งกิจกรรมบทบาทสมมติที่ช่วยกระตุ้นให้เด็กสามารถนำความรู้ที่ได้มานำเสนอและเป็นตัวแทนในการส่งเสริมทัศนสุขภาพแก่เพื่อนๆ ในโรงเรียนได้



ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากหลังเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 2.34, S.D = .223$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 2.19, S.D. = .287$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.008$ และพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยดัชนีคราบจุลินทรีย์หลังเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 1.80, S.D = .516$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($M = 3.98, S.D. = .601$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวัดดัชนีคราบจุลินทรีย์ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.000$ เนื่องจากบุคคลจะเชื่อว่าหากตนเองสามารถที่จะทำได้ หากได้รับการฝึกและพัฒนาให้มีทักษะเพียงพอ บุคคลก็จะสามารถประสบความสำเร็จในความคาดหวังนั้นๆ ได้ ซึ่งในกิจกรรมผู้วิจัยจัดโปรแกรมการสาธิตวิธีการแปรงฟันให้ถูกวิธี และฝึกแปรงฟัน และประเมินการแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟัน กิจกรรมเหล่านี้สามารถสร้างสมรรถนะให้กับนักเรียนจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ยั่งยืนได้ เพราะทำให้เกิดความร่วมมือ เกิดความต้องการและความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรู้สึกถึงความเป็นไปได้และทำได้ด้วยตนเอง และผลจากการจัดกิจกรรมผู้เข้าร่วมไปสามารถกำหนดแนวทางในการลด ละพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคยังเป็นผลให้มีทักษะการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นจากการเรียนรู้ด้วยการกระทำด้วยตนเอง

สรุปผลและข้อเสนอแนะ/ Conclusion and Recommendations

1. ควรนำโปรแกรมทันตสุขภาพยุคที่ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก ไปใช้กับกลุ่มอื่นๆ
2. ควรมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ในงานสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ/ Acknowledgement

งานวิจัยนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงเรียน ชุมชนบ้านนาหว้า และโรงเรียนวัดจันดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาบอน สาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรม ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนาบอน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง/References

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักกิจกรรมองค์การทหารผ่านศึก.
- จุฑาทวี กมลพรมงคล, พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน. (2555). ผลของการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และทักษะการปฏิบัติเสริมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนประถมศึกษาชาย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 หน้า 84-99.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (Vol. 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด. โรงพยาบาลนาบอน. (2558). รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ประจำปี 2558. จังหวัดนครศรีธรรมราช.
- วราร คุปติศาสตร์. (2556). สภาวะฟันผุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับฟันผุของเด็กชาวไทยพื้นราบและไทยภูเขา อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(2), 137-150.
- วลัยพร สิงห์จ้อย, วันเพ็ญ แก้วปาน และ อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสุณี วงศ์คงคาเทพ, อลิสา ศิริเวชสุนทร, อิศระพงศ์ เฟลิดเฟลิน และ นรินทิพย์ ชัยพรหมเขียว. (2550). พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวานของเด็กไทย และความสัมพัทธ์กับปัญหาฟันผุและโรคอ้วน. วิทยาสารทันตแพทยศาสตร์, 57(1), 1-12.
- สุธา เจียรมนโชติชัย, วรารณณ์ จิระพงษ์ และ ปิยะดา ประเสริฐสม. (2551). การพัฒนาการเรียนรู้ของนักเรียนประถมศึกษาด้วยกระบวนการวิจัย: เรียนรู้คู่วิจัย ตอนอาหารกับฟันผุ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, 13(3), 39-49.



- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2558). รายงานการได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก, สืบค้นจาก http://61.19.202.218/pdc/index.php/menu_test/index/1598/2
- ดวงกมล ทองอยู่. (2557). แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน. วารสารวไลยอลงกรณ์. ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 หน้า 179-190.
- Bandura. (1969). Principle of Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. Educational researcher, 5(10), 3-8.
- Kataria, G., Saxena, A., Bhagat, S., Singh, B., Kaur, M., & Kaur, G. (2015). Deep Neck Space Infections: A Study of 76 Cases. Iranian journal of otorhinolaryngology, 27(81), 293.
- Turesky, S., Gilmore, N. D., & Glickman, I. (1970). Reduced plaque formation by the chloromethyl analogue of vitamin C. Journal of Periodontology, 41(1), 41-43.
- World Health organization. (2004). Oral health surveillance, Retrieve from http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/



*เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม,ธารทิพย์ จิรภักดิ์,และนฤมล อังศิริศักดิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

rungnu@hotmail.com

บทคัดย่อ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในปัจจุบันพบปัญหาเรื่องการไม่สามารถการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานถึง 6 เดือนเนื่องจากการขาดออกทำงานนอกบ้าน หรือมีกิจกรรมนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการศึกษาเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา(1)รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 4 กลุ่มเป้าหมาย (2)ศึกษากระบวนการเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะของชุมชนในเขตภาษีเจริญ (3)พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการมีส่วนร่วมในพื้นที่สาธารณะของชุมชนในเขตภาษีเจริญ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2556 ถึงเดือนสิงหาคม 2557 โดยเก็บข้อมูลประชากรในเขตภาษีเจริญและแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่มคือกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด นักเรียนนักศึกษา และครอบครัว โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากความต้องการการมีส่วนร่วมของตัวแทนคนในชุมชน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการทำกลุ่ม(focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview) พร้อมทั้งใช้กระบวนการมีส่วนร่วมทั้งในส่วนของชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้องในการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจให้เกิดในชุมชนเขตภาษีเจริญ

ผลการศึกษาพบว่า**1.การศึกษาารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 4 กลุ่มเป้าหมาย**

กลุ่มหญิงหลังคลอดกับการเลี้ยงบุตรคนที่ 1 ด้วยนมแม่นานที่สุดได้แค่ระยะ 3เดือน ร้อยละ 15.8 การแสดงความต้องการมีส่วนร่วมในการเปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อแม่ให้นมลูก กลุ่มนี้สนใจนำเรื่องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้าประชุม ร้อยละ83.3 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์กับการเลี้ยงบุตรคนที่ 1 ด้วยนมแม่และการเลี้ยงบุตรคนที่ 1 ด้วยนมผสมบุตร อายุเฉลี่ยในทุกระดับตั้งแต่ 1-7 เดือน ที่ร้อยละ 16.7 ในการเลี้ยงบุตรคนที่ 2 ด้วยนมแม่พบว่าเลี้ยงได้นาน 3 เดือนมากที่สุดที่ร้อยละ 50 การแสดงความต้องการมีส่วนร่วมในการเปิดพื้นที่สาธารณะเพื่อแม่ให้นมลูก กลุ่มนี้สนใจประชาสัมพันธ์เสียงตามสายความสำคัญในเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มนักเรียน/นักศึกษา พบว่าไม่เคยช่วยแม่เลี้ยงน้องด้วยนมแม่มากที่สุด ร้อยละ 76.1 ในคนที่เคยช่วยแม่เลี้ยงน้องปัจจุบันน้องอายุสูงสุดคือ 9 ปีมากที่สุดที่ ร้อยละ 43 การแสดงความต้องการการมีส่วนร่วมในการเปิดพื้นที่สาธารณะ เพื่อแม่ให้นมลูกพบว่าสนใจประเด็นมากที่สุดในเรื่องประชาสัมพันธ์เสียงตามสายความสำคัญในเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 52.2 กลุ่มครอบครัวเห็นด้วยกับเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวนมากที่สุด ร้อยละ87การแสดงความต้องการมีส่วนร่วมในการเปิดพื้นที่สาธารณะ เพื่อแม่ให้นมลูก พบว่าสนใจประเด็นคนในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาพื้นที่ให้แม่เลี้ยงลูกเมื่อออกจากบ้านส่วนมากที่สุดในเรื่องการนำเรื่องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้าประชุม ร้อยละ52.8

2.ผลการศึกษาผลการมีส่วนร่วมและกระบวนการเสริมพลังอำนาจ

ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะของชุมชนในเขตภาษีเจริญในกระบวนการมีส่วนร่วมโดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมตั้งร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมินผล ผลของการมีส่วนร่วมเกิดการสร้างทีมอำนวยการ ทีมทำงาน และทีมนมแม่เพื่อลูก และเกิดทีมจิตอาสาแม่เพื่อลูกใน 4 ชุมชน มีการประชุมต่อเนื่อง ลงพื้นที่ในพื้นที่ 4 ชุมชน ให้ความรู้ หาต้นแบบ จัดทีมเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชนและระหว่างชุมชน จัดเวทีเสริมพลังอำนาจในพื้นที่ด้วยการรณรงค์ปลุกกระแสการเปิดพื้นที่เพื่อแม่ให้นมลูกผลการจัดนิทรรศการมีผู้สนใจเข้าชมนิทรรศการและเข้าร่วมประกวด มากกว่า 300 คน และสร้างกระแสความสนใจในประเด็นการเปิดพื้นที่ให้เกิดขึ้นในสื่อโทรทัศน์ การได้รับการเชิญจากสื่อที่สนใจในการเปิดพื้นที่เพื่อแม่ให้นมลูก



ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ จึงควรจัดให้มีการเปิดพื้นที่ในการให้นมลูกในระดับนโยบาย เขตภาคีเจริญ และระดับชุมชน โดยเพิ่มพื้นที่ปั๊มนมและจัดเก็บน้ำนมแม่ในพื้นที่สาธารณะได้แก่ ตามสถานีรถไฟฟ้า BTS บนรถโดยสารสาธารณะ ในสถานประกอบการ และพื้นที่สาธารณะในชุมชน ร่วมกับการรณรงค์ เสริมแรงและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เขตภาคีเจริญ

คำสำคัญ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การมีส่วนร่วม, ชุมชนเขตภาคีเจริญ

1. บทนำ

สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบ่งได้เป็น 3 ช่วงเวลา ช่วงแรกเริ่มตั้งแต่ 1970-2005 เป็นระยะรับรู้ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และตระหนักว่านมผสมทำให้การป่วยและการตายของเด็กเพิ่มขึ้น ในช่วงนี้ มีการให้ข้อแนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 4 เดือน มีการเคลื่อนไหวเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และเปลี่ยนข้อแนะนำเป็นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนในปี 2001 จาก The Multiple Indicator Cluster Survey พบว่า มีเด็กเกิด 809,400 คน มีทารกที่ไม่เคยได้นมแม่เลยร้อยละ 15 ใ้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เพียงร้อยละ 5.4 ในขณะที่ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2005 ระบุว่า มีทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ร้อยละ 14.5 ในระยะต่อมาอยู่ในระหว่างปี 2006-2013 เริ่มมีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับตำบลอย่างเป็นระบบ

จากงานวิจัยการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาและพฤติกรรมของแม่ที่ให้นมบุตร ในเขตภาคีเจริญ (เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม และคณะ, 2555) พบว่าการศึกษาด้านคุณลักษณะของมารดาอันเกี่ยวข้องกับเรื่อง อายุ สถานภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่างส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่าจำนวนมากที่สุดเป็นดังนี้ อายุเฉลี่ย 21 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.9 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 89.6 และระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา/ปวช คิดเป็นร้อยละ 55.4 และ กลุ่มตัวอย่างรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 59.6 จากผลดังกล่าวเมื่อมาวิเคราะห์ร่วมกับจากหลายการศึกษาที่พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 25 ปี สถานภาพสมรสคู่ จะประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีอายุน้อย และมารดาที่มีรายได้ครอบครัวสูงจะมีโอกาสที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำ (Blyth, et al., 2004; McLeod, Pullon, & Cookson, 2002; Meeya, Fahy, & Kable, 2010; Scott, Landers, Hughes, & Binns, 2001)

จากข้อมูลประชากรของเขตภาคีเจริญปี 2554 พบว่าประชากรรวมทั้งหมด 54 ชุมชนในเขตภาคีเจริญมีจำนวน 130,439 คน จัดอยู่ในวัยเจริญพันธุ์หญิง (อายุ 19-45ปี) จำนวน 27,863คน คิดเป็นร้อยละ 40.42 ของประชากรเพศหญิง และจำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี มีจำนวน 7,547 คน โดยแบ่งเป็นเด็กอายุแรกเกิดถึง 2 ปี จำนวน 3,590 คนคิดเป็นร้อยละ 47.57 หรือเกือบร้อยละ 50 ของจำนวนเด็กทั้งหมดส่วนหน่วยงานปฐมภูมิที่รับผิดชอบในงานสุขภาพอนามัยแม่และเด็กในเขตภาคีเจริญ ประกอบด้วยศูนย์สาธารณสุข 47,62 และสถานีกาชาด 11 ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขได้รับผิดชอบดูแลในงานอนามัยแม่และเด็ก ในงานส่งเสริมสุขภาพ และได้มีการจัดให้มีมุมนมแม่เพื่อให้บริการแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน แต่จำนวนผู้ใช้บริการมีน้อยถึงไม่มีเลยในบางมุมนมแม่ที่ถูกจัดตั้งขึ้นในสถานที่ดังกล่าว และจากการเก็บข้อมูลพื้นที่ยังไม่พบมุมนมแม่ที่เปิดบริการทั้งให้ปั๊มนมและเก็บรักษาและมุมนมแม่ที่เปิดในพื้นที่สาธารณะที่บริหารจัดการโดยชุมชนเพื่อคนในชุมชน

ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชนร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในฐานะหน่วยงานด้านสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงมุ่งค้นหาแนวทางในการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อสุขภาพะเชิงบูรณาการในการริเริ่มนำร่องอย่างมีส่วนร่วมกับชุมชนในการดำเนินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเกิดพื้นที่ที่ไม่เป็นข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในอนาคตที่ชุมชนจะมีเด็กที่จะได้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพะ และเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป



2.คำถามงานวิจัย

รูปแบบใดที่สามารถพัฒนาการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเขตภาษีเจริญ ให้มีมากขึ้น

3.วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

- 3.1. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอดที่บุตรอายุ 0-24 เดือน, กลุ่มนักเรียนนักศึกษา, และกลุ่มครอบครัว
- 3.2. เพื่อศึกษากระบวนการเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะของชุมชนในเขตภาษีเจริญ
- 3.3. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยการมีส่วนร่วมในพื้นที่สาธารณะของชุมชนในเขตภาษีเจริญ
- 3.4. เพื่อประเมินการใช้รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะของชุมชนในเขตภาษีเจริญเพื่อนำเสนอและขยายผลรูปแบบที่ได้มาในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะของชุมชนในเขตภาษีเจริญ

4.วิธีการวิจัย/ Research methodology รูปแบบการวิจัย:การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) (R&D)

4.1.ขอบเขตของการวิจัย

พื้นที่ศึกษา:มหาวิทยาลัยสยาม ชุมชนโดยรอบในเขตภาษีเจริญ และสถานประกอบการ **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:** ประชากรในการศึกษานี้ ได้แก่ ประชาชนในเขตภาษีเจริญ กลุ่มตัวอย่าง ใน 4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอดที่บุตรอายุ 0-24 เดือน, กลุ่มนักเรียนนักศึกษา, กลุ่มครอบครัว และจิตอาสาซึ่งเป็นตัวแทนแต่ละชุมชน แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ 4 กลุ่มเป้าหมาย

4.2.เครื่องมือในการวิจัย: แบบสอบถาม ทีมวิจัยสร้างขึ้นร่วมกัน และทำการทดสอบสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ได้ เท่ากับ 0.88 และทำการขอจริยธรรมในมนุษย์ที่มหาวิทยาลัยมหิดล

4.3.การวิเคราะห์ข้อมูล: ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ร้อยละค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและกระบวนการ PAR

ขั้นตอนที่1 ค้นหาปัญหาและทำความเข้าใจของชุมชนในเขตภาษีเจริญ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม(Focus group)

ขั้นตอนที่2 ร่วมประชุมกับแกนนำและคณะกรรมการแต่ละชุมชนที่เข้าร่วม ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จัดหาผู้นำในการบริหารจัดการนมแม่และคนในชุมชนหาจิตอาสากลุ่มแม่และเพื่อนเลี้ยงลูกโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม(Focus group)และการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview)

ขั้นตอนที่3 เปิดพื้นที่สาธารณะนมแม่ในชุมชนและสถานประกอบการ ร่วมกันจัดตั้งนมแม่และกฎกติกา ในการจัดการ

ขั้นตอนที่4 จัดหาทุนและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการในนมแม่

ขั้นตอนที่5 ประชาสัมพันธ์ให้เกิดการเอาแบบอย่างการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ และประชาชนทั่วไป

4.4.เครื่องมือในการวิจัย: การสนทนากลุ่ม (Focus group)และการสนทนาเชิงลึก (in-depth interview)

4.5.วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.5.1.การประชุมจัดเตรียมและทำงานไปด้วยกันในทีมงานจิตอาสาแม่ เป็นคณะกรรมการที่มาจากเครือข่ายประกอบด้วยองค์กรนมแม่ ตัวแทนจากสถานประกอบการ และจิตอาสาจากชุมชน หลังจากนั้นลงพื้นที่รณรงค์ให้ความรู้ สัมภาษณ์เชิงลึก และทำการสนทนากลุ่ม วนไปในแต่ละชุมชน

4.5.2.การวิจัยเชิงปฏิบัติการ นำรูปแบบที่ได้ทำการทดลองทำการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะห้างสรรพสินค้าซีคอนสแควร์(สถานประกอบการ) โดยการมีส่วนร่วมของทีมอาสาแม่และคนในชุมชน

4.6.การวิเคราะห์ข้อมูล: จากเทปเสียงและNote takerใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ



5. ผลการศึกษา รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใน 4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์, มารดาหลังคลอดที่บุตรอายุ 0-24 เดือน, กลุ่มนักเรียนนักศึกษา, และกลุ่มครอบครัว การจัดทำข้อมูลชุมชนเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากแบบสัมภาษณ์ และกระบวนการประชุมภาคีและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อันประกอบไปด้วย ตัวแทนศูนย์สาธารณะสุข 47พยาบาล ชำนาญการด้านการบริหารและงานอนามัยแม่และเด็ก, มูลนิธินมแม่แห่งประเทศไทย เลขาธิการมูลนิธิแพทย์ผู้เชี่ยวชาญงานส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มากด้วยประสบการณ์, อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์, ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน ผู้ชำนาญงานพัฒนาเชิงพื้นที่และผู้วิจัย ร่วมประชุมอภิปรายแบบสอบถาม และควบคุมเนื้อหาที่ครอบคลุมและจำเป็นสำหรับแต่ละข้อคำถามโดยวิจัยในมนุษย์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยมหิดล

5.1. ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ในด้านความต้องการการมีส่วนร่วมในการเปิดพื้นที่เพื่อแม่ให้นมบุตร ช่องทางการสร้างการมีส่วนร่วมและประเด็นความต้องการให้เขตภาษีเจริญถูกนำเสนอเป็นเขตแรกในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นดังนี้

กลุ่ม	ผล	การมีส่วนร่วม	ในการสร้างความเข้าใจของชุมชน กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	ความต้องการในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นเขตแรก
หลังคลอด0-24	มีเพียง15.8% ที่แม่หลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3 เดือน	83.0%.	การรณรงค์ผ่านหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น 36.8%	61.1%
หญิงตั้งครรภ์	16.7% เลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเฉลี่ย ที่ 1-7 เดือน ,50.0% ของบุตรคนแรก	83.3%	การรณรงค์โดยอาสาสมัคร 40.0%.	66.7%
นักเรียน	76.1% ไม่ได้ช่วยมารดาเลี้ยงน้อง	43.0%	สนใจในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 52.2%	34.8%
ครอบครัว	87.0% เห็นด้วยกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	40.7%	ส่วนมากสนใจในการเป็นต้นแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน 25.9%	40.7%

5.2. การมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจ(The participation and empowerment process from PAR)

การส่งเสริมการให้นมบุตรในที่สาธารณะในเขตภาษีเจริญโดยการมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่ ในการวางแผน การตัดสินใจและการปฏิบัติงาน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมในชุมชนใช้ช่องว่างในการรณรงค์เพื่อให้แม่ให้นมลูก มีการจัดตั้งกลุ่มคนจิตอาสาแม่ช่วยกันจัดนิทรรศการขึ้นเพื่อให้ประชาชนทั่วไปและจากชุมชน ดูนิทรรศการและการประกวดมีคนเข้าร่วมกว่า 300 คน นิทรรศการนำเสนอมุมมองเกี่ยวกับการให้นมบุตรยิ่งขึ้นและนำเสนอความรู้เกี่ยวกับประเด็นที่สำคัญต่อมารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทำการสร้างกระแสความสนใจในพื้นที่ ที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมในสื่อ เพื่อรับคำเชิญจากสื่อที่สนใจเปิดพื้นที่สำหรับคุณแม่เพื่อให้นมลูก

6. อภิปรายผล/ Discussions

6.1. อภิปรายการศึกษาข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่กำหนดรูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

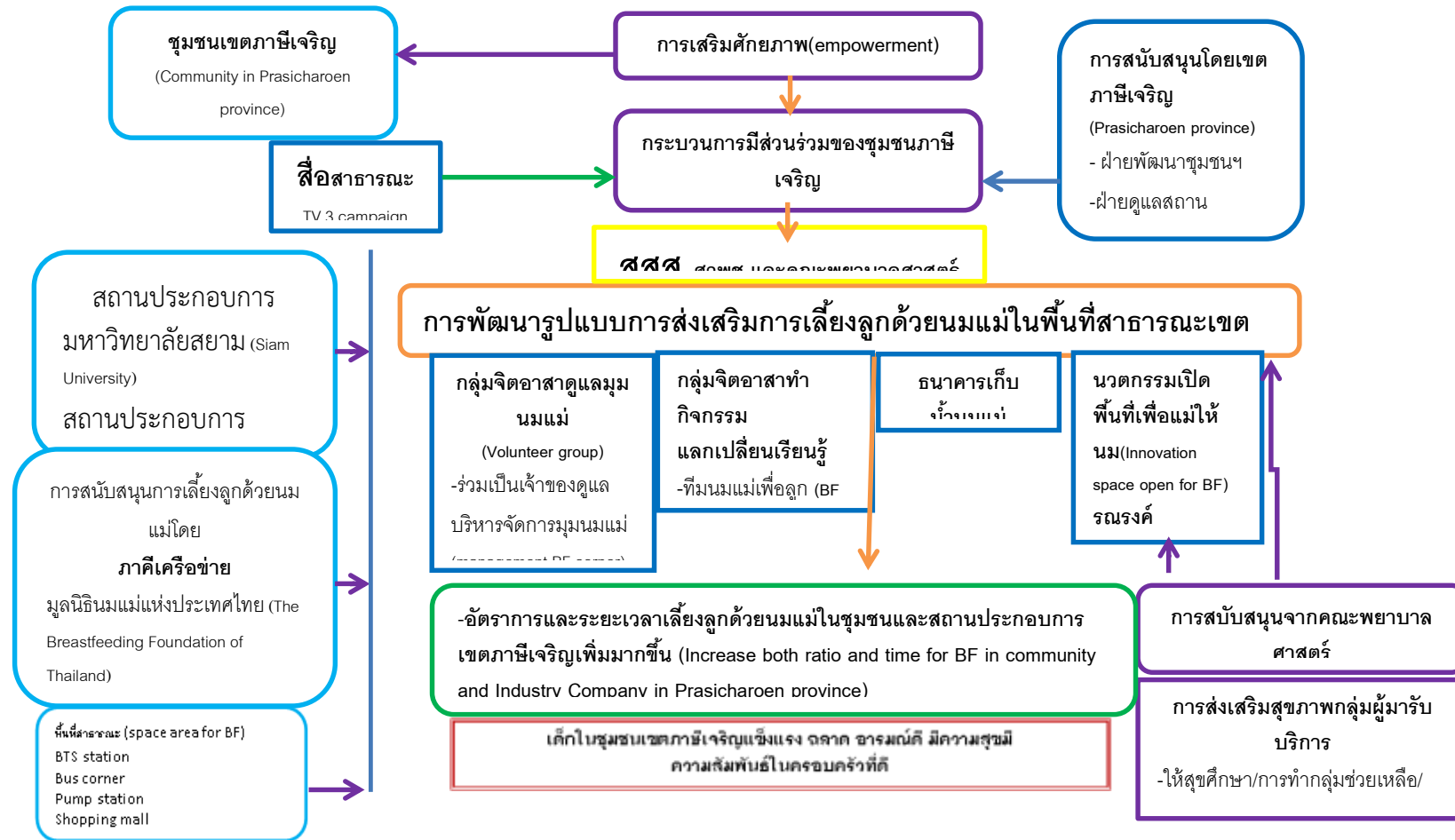
6.1.1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากผลเมื่อมาวิเคราะห์ร่วมกับจากหลายการศึกษาที่พบว่าในกลุ่มเป้าหมายทั้งสองกลุ่ม ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านอายุการศึกษา รายได้ครอบครัวจะเป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดโอกาสจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ในทางกลับกันผลที่พบว่า



สถานภาพสมรสที่พบมากอยู่ที่หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ มากที่สุดในกลุ่มหญิงหลังคลอด0-24 เดือน ปัจจัยร่วมของทั้งกลุ่มหญิงหลังคลอด0-24 เดือน และหญิงตั้งครรภ์ ในด้านการประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงในการลดจำนวนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



5.3 รูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในพื้นที่สาธารณะโดยชุมชน เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร





6.2.2. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ อภิปรายได้ว่าในกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอด 0-24 และหญิงตั้งครรภ์ มีความรู้เป็นไปตามทฤษฎีที่มีการรับรู้ในด้านประโยชน์ของน้ำนมแม่เป็นอย่างดี และ ทำให้ความเข้าใจและโอกาสในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ถ้าได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้แม่ได้มีพื้นที่ในการให้นมลูกและจะเกิดรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และสามารถเพิ่มทั้งอัตราและระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ **ในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา** พบว่ากลุ่มนี้มีความรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้างดี และเห็นความสำคัญการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งจะสอดคล้องกับวิธีการหรือการสร้างตระหนักถ้าหากจัดให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการให้แสดงออกซึ่งเป็นหลักพัฒนาการในวัยนี้ จะสามารถสร้างหรือปลูกฝังการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ ใน **กลุ่มครอบครัว** อภิปรายในนี้พบว่าส่วนมากจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยสูงอายุ มีโรคประจำตัว อยู่เป็นครอบครัวตนเอง กลุ่มนี้มีความรู้เหมาะสม เห็นด้วยกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปฏิบัติการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6.2. อภิปรายการศึกษากระบวนการมีส่วนร่วม

6.2.1. อภิปรายผลเชิงปริมาณในกลุ่มเป้าหมาย ในด้านความต้องการการมีส่วนร่วมในการเปิดพื้นที่สาธารณะ เพื่อแม่ให้นมลูกในกลุ่มหญิงหลังคลอด 0 -24 เดือน พบว่ากลุ่มสนใจประเด็นคนในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาพื้นที่ให้แม่เลี้ยงลูกเมื่อออกจากบ้านส่วนมากที่สุด ในเรื่องการนำเรื่องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้าประชุม คิดเป็นร้อยละ 83.3 ส่วนวิธีการที่จะทำให้ชุมชนเข้าใจและต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด คือ อบรมตัวแทนจิตอาสาสร้างรูปแบบส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนม คิดเป็นร้อยละ 40 ในประเด็นการร่วมสร้างพื้นที่สุภาพะเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เขตแรกในกทม. พบว่าต้องการมีส่วนร่วม คิดเป็นร้อยละ 66.7 ข้อเสนอแนะทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีการรณรงค์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อที่จะให้แม่และลูกมีความผูกพันที่ดี ต้องการให้มีการรณรงค์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และอยากให้ชาวชุมชนช่วยกันรณรงค์ให้ลูกกินนมแม่มากที่สุด อภิปรายได้จากประเด็นการมีส่วนร่วมกับวิธีการพัฒนารูปแบบงานวิจัยจะพบว่า ความต้องการของกลุ่มหญิงหลังคลอด 0 -24 เดือนและหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับวิธีการวิจัยที่ใช้ในการสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมในประเด็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6.3. อภิปรายผลเชิงคุณภาพในกระบวนการมีส่วนร่วม

6.3.1. การสร้างทีม การเกิดทีมอำนวยการทีมคิดและทีมทำงานในระยะที่ 2 ได้นั้นผ่านกระบวนการการมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มคิดทำ จนประเมินผล ทำทบทวนการที่มีอยู่ และจากผลการศึกษาให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เกิดขึ้นโดยชุมชนและภาคีสุขภาพต่าง ๆ ร่วมมือกันทุกส่วน

6.3.2. กระบวนการเสริมพลังอำนาจ ในระยะที่ 2

ในการรณรงค์สร้างกระแสการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์ประกอบที่ใช้มีการสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประชุมตัวแทนผ่านการประชุมทีมอำนวยการ ทีมคิด ทีมนมแม่เพื่อลูก สร้างและพัฒนาทีมนมแม่ในชุมชน มีการกำหนดเป้าหมายและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน มีการนำเสนอ หรือประเมินปัญหา ร่วมหาแนวทางแก้ไข และดำเนินการแก้ไขปัญหาคตามที่ทีมได้วางไว้ มีการเสริมสร้างความสามารถของชุมชนโดยการร่วมค้นหาสาเหตุ สิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาโครงการเพื่อเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชน การขับเคลื่อนทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ในสัปดาห์ที่ 4, 8, และ 12 หลังคลอด การรณรงค์ปลุกกระแสการเปิดพื้นที่เพื่อแม่ให้นมลูกผลการจัดนิทรรศการ มีผู้สนใจเข้าชม นิทรรศการและเข้าร่วมประกวด มากกว่า 300 คน การจัดนิทรรศการทำให้ผู้เข้าร่วมมีมุมมองในเรื่องในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มเติม จากองค์ความรู้เดิมในประเด็นพื้นที่สำคัญต่อแม่ให้นมลูก และสร้างกระแสความสนใจในประเด็นการเปิดพื้นที่ให้เกิดขึ้นในสื่อโทรทัศน์ การได้รับการเชิญจากสื่อที่สนใจในการเปิดพื้นที่เพื่อแม่ให้นมลูก โดยมีการนำเสนอเป็นข่าวสั้นและเป็นการออกรายการสดในรายการผู้หญิงถึงผู้หญิงโดยสื่อเป็นผู้ติดต่อและนำเสนอเวลา

7. สรุปผลและข้อเสนอแนะ/ Conclusion and Recommendations

การเสนอระดับนโยบายในการเปิดพื้นที่เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในที่สาธารณะในเขตภาษีเจริญ เช่น บน BTS station, บนรถเมล์, ในสถานที่ทำงานและพื้นที่สาธารณะในชุมชน การเปิดพื้นที่นมแม่ในที่สาธารณะเขตภาษีเจริญ จะช่วยส่งเสริมแม่ที่ทำงานนอกบ้าน ที่มีสถานภาพแยกกันอยู่กับสามี ไม่มีคนเลี้ยงลูก และไม่มีญาติ ทำให้ลดความเสี่ยงในการเกิดปัญหาเด็กและเยาวชน



ในสังคม เพราะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นการส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์แม่ลูกและคนในครอบครัว และเป็นการสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

8.เอกสารอ้างอิง/ References

กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร.(2555).การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: พรี – วัน.

กรมอนามัย.(2553).ยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยแม่และเด็กปี 2553-2556.วันที่ค้นข้อมูล 4 มกราคม2554.เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th/download/download/Miracle01.ppt>.

ชนิษฐา เมฆกมล, จริญญา ดิจะโปะ,และคณะ.(2556).ผลของการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความรู้ ทศนคติของมารดาหลังคลอดและครอบครัว และอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเตี๋ยวนาน 6 เดือน.

ชวลีกรदानยุทธศิลป์.(2554).วารสารพยาบาลสาธารณสุข.กันยายน – ธันวาคม 2554 ปีที่ 25 ฉบับที่ 3.ที่มา :

<http://www.allianceth.com/travian/index.php?topic=2884.0>

นันทิยา วัฒยา.(2554).การสนับสนุนของครอบครัว ชุมชนและสังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ที่มา :

<http://www.allianceth.com/travian/index.php?topic=2884.0>

มิ่งขวัญ คงเจริญและอาชัญญา รัตนอุบล.(2554).การพัฒนาารูปแบบการเสริมอำนาจของชุมชนเพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของชุมชนแห่งการเรียนรู้.SDU res. J. 7 (2) : May – Aug 2011.

เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม.(2556).ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาและพฤติกรรมที่ใช้ในการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ของมารดาในเขตภาคีเจริญ. ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม. (รายงานการวิจัย).

รุจิรา กุฑวี่.(2551).ปัจจัยการรับรู้ปัจจัยร่วมและพฤติกรรมการเตรียมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องก่อนกลับไปทำงานของมารดาที่ทำงานนอกบ้านวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุกัณฑา ยิ้มแย้ม, พิกุล ททรัพย์พันแสน และ ศรีเวียง ชุ่มบัน.(2556).การพัฒนาารูปแบบการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในสถานประกอบการ.วารสารพยาบาลสาร, 27(2), 122-133.

9.กิตติกรรมประกาศ/ Acknowledgement

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรทิพา ส่องศิริ ท่านคณบดีที่กรุณาให้เวลาและโอกาส ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.กุลธิดา จันท์เจริญ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.เนตร หงส์ไกรเลิศ และทีมงานศวพช.มหาวิทยาลัยสยาม สำหรับคำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในกระบวนการทำ PAR ผู้วิจัยตระหนักถึง ความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ทั้งสอง และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ขอขอบพระคุณที่มอาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ ที่มีจิตอาสาพี่ ป้า น้า อา พี่ ๆ เครือข่ายมูลนิธินมแม่แห่งประเทศไทย พี่ ๆ หน่วยงานศูนย์สาธารณสุข 47 พี่ ๆ หน่วยงานสถานประกอบการ และเจ้าหน้าที่จากเขตภาคีเจริญ ที่กรุณาเข้าร่วมและช่วยกันพัฒนารูปแบบในการวิจัย อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดี ทั้งหมดนี้ ให้แก่เหล่าคณาจารย์ ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็น ประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง และขอมอบความกตัญญูกตเวทิตาคุณ แต่บิดา มารดา ขอขอบคุณพี่น้อง ครอบครัวที่เป็นกำลังใจและให้ความเอื้อเฟื้อช่วยเหลือตลอดเวลา และสุดท้ายขอขอบพระคุณ ผู้มี พระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขออภัยผิดเพียง ผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

คณะผู้วิจัย ตุลาคม 2559



การจัดการสุขภาวะชุมชนโดยใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง
จังหวัดอุทัยธานี

*ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์¹ ปิยาภรณ์ ใจแก้ว² กรกนก อยู่สิงห์³

¹สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ²บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ³องค์การบริหารส่วนตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

*dchayaporn@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มุ่งบรรยายลักษณะของการจัดการสุขภาวะชุมชนโดยใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน กรณีศึกษา ตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาวะชุมชน และวิเคราะห์ศักยภาพของทุนทางสังคมในการจัดการสุขภาวะชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยกระบวนการวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน โดยใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้างร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มย่อย จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ บุคคล สถาบัน กลุ่มที่เป็นแกนกลาง และกลุ่มผู้สนใจ และใช้กระบวนการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์เรื่องราว

จากการศึกษา พบว่า ตำบลอุทัยเก่า มีทุนทางสังคมที่แสดงสถานะและศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาวะชุมชน ดังนี้ (1) ทุนบุคคล ที่เป็นคนดี คนเก่ง คนสำคัญ (2) ทุนแหล่งเรียนรู้ องค์กรชุมชน (3) ทุนหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย (4) ทุนแหล่งประโยชน์ และ (5) หมู่บ้านจัดการตนเอง โดยพบทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการทำหน้าที่เป็นกลุ่มปฏิบัติการหรือแหล่งเรียนรู้ 32 กลุ่ม และจัดกลุ่มทุนทางสังคมในการจัดการสุขภาวะชุมชน ได้เป็น 5 กลุ่มสาระ ได้แก่ (1) การบริหารจัดการพื้นที่ (2) การพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืน (3) เศรษฐกิจเชิงวัฒนธรรม (4) สวัสดิการและการศึกษา และ (5) นวัตกรรมหมู่บ้านจัดการตนเอง การศึกษานี้ สะท้อนให้เห็นถึงการนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาวะชุมชน ที่เริ่มจากแนวคิดในการพัฒนาคน จนก่อให้เกิดการรวมกลุ่ม และเกิดกิจกรรมในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม โดยมีฐานทุนและศักยภาพของชุมชน เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนา 4 ฐานคิดหลัก คือ (1) การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง (3) การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล และ (4) การสร้างผู้นำ/แกนนำจิตอาสา โดยได้นำใช้และมุ่งเน้นสู่การพัฒนา การสร้างการเรียนรู้ในองค์กร ชุมชน และแหล่งเรียนรู้ เพื่อบูรณาการงานต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยมี 4 องค์กรหลักในพื้นที่ (ท้องถิ่น ท้องที่ ภาครัฐ และภาคประชาชน) เป็นกลไกขับเคลื่อนงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน

คำสำคัญ

การจัดการสุขภาวะชุมชน, ทุนทางสังคม, ศักยภาพชุมชน

แหล่งทุน

สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

บทนำ

การพัฒนาตนเองสู่การเป็นตำบลสุขภาวะ เกิดขึ้นภายใต้แนวคิดของการค้ำหรรูปธรรมจากปฏิบัติการจริงในพื้นที่ที่แสดงให้เห็นถึง (1) กระบวนการต่างๆ ของปฏิบัติการและการจัดการ (2) องค์กรและกลุ่มปฏิบัติการพร้อมทั้งผู้เกี่ยวข้อง (3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการ และ (4) ผลผลิตและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ทั้งการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน เปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของประชาชน (ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2558) ซึ่งการค้ำหรรูปธรรมเหล่านี้ต้องอาศัยกระบวนการสำคัญ คือ กระบวนการเรียนรู้ศักยภาพชุมชนท้องถิ่นโดยชุมชนท้องถิ่นที่ประกอบด้วย 4 ภาคส่วน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, องค์กรชุมชน กลุ่มประชาชนที่ร่วมคิด ร่วมทำกิจกรรมของชุมชน และหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่

การขับเคลื่อนงานพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนให้บรรลุเป้าหมายได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย Flynn, B.C., Rider, M.S., & Bailey, W.W. (1992) ได้เสนอยุทธศาสตร์ในการจัดการสุขภาวะในพื้นที่ว่าประกอบด้วย (1) ขยายพื้นที่ทางปัญญา (Wisdom Space) รวมทั้งพัฒนาความรู้ต่อเนื่องให้เท่าทันสถานการณ์ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และบริบทองค์ความรู้ (Body of Knowledge) (2) ขยายพื้นที่การมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ (Space of Participatory Policy Process) หากนโยบายได้พัฒนาขึ้นมาโดยพื้นฐานทางปัญญา และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมก็จะยิ่งเป็นที่ยอมรับ เกิดความร่วมมือดีในทางปฏิบัติ และมีความยั่งยืน และ (3) การขยายพื้นที่ทางสังคม (Social Space) ขยายเครือข่ายภาคี ก่อให้เกิดการระดมพลัง

องค์กรบริหารส่วนตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี มีบทเรียนการจัดการตนเอง และมีขีดความสามารถในการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ มีรูปธรรมในการจัดการสุขภาวะชุมชนที่เกิดจากการนำใช้ข้อมูลมาประมวลและวิเคราะห์ทุนและศักยภาพของชุมชน เพื่อจัดกลุ่มปฏิบัติการหรือแหล่งเรียนรู้ที่มีแนวคิดและเป้าหมายเดียวกันให้อยู่ในกลุ่มสาระเดียวกัน จนสามารถถ่ายทอดเป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้ของตำบลหรือชุดความรู้ ที่นำไปสู่การจัดการสุขภาวะชุมชน โดยมีการทำงานร่วมกันขององค์กรในพื้นที่ 4 ภาคส่วนหลัก ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ท้องที่ (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน) และองค์กรภาคประชาชน (แกนนำกลุ่ม, แหล่งเรียนรู้) รวมถึงหน่วยงานภาครัฐทั้งภายในตำบลและภายนอกตำบล (ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และคณะ, 2558)

จากข้อมูลเบื้องต้นและกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยและตำบลอุทัยเก่า จึงเห็นความสำคัญและร่วมกันศึกษาวิจัยเพื่อถอดบทเรียนด้านการจัดการสุขภาวะชุมชนโดยใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงทุนทางสังคมที่แสดงสถานะของตำบลและศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาวะชุมชน รวมถึงการจัดการและนำใช้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ จนเกิดเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการในการจัดการสุขภาวะชุมชนโดยชุมชนท้องถิ่น และเป็นรูปแบบให้พื้นที่อื่นๆ นำไปปรับใช้ในการวางแผนจัดการสุขภาวะชุมชนด้วยตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาวะชุมชน ของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพของทุนทางสังคมในการจัดการสุขภาวะชุมชน ของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ที่มุ่งบรรยายลักษณะเงื่อนไขและสภาพเหตุการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบันของการจัดการสุขภาวะชุมชนโดยใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสาร ใช้แนวคิดใน 4 เรื่องหลัก คือ การสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน การศึกษาและถอดบทเรียนชุมชน การวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูลพื้นฐานตำบล และการจัดการแหล่งเรียนรู้เพื่อพัฒนาสู่ตำบลสุขภาวะ

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาภาคสนาม ซึ่งมีสาระ ดังนี้

2.1 ระเบียบวิธีการวิจัย ใช้กระบวนการวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณา โดยการสนทนารายบุคคลอย่างมีจุดมุ่งหมายเป็นหลัก ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (Structured Interview) ที่ได้กำหนดล่วงหน้า สำหรับใช้ประกอบการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

2.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Institution) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยจำแนกผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ (1) ตัวแทนจากปัจเจกบุคคลที่เป็นตัวหลัก (Key Individuals) (2) ตัวแทนจากสถาบันต่างๆ ที่เป็นตัวหลัก (Key Institution) (3) ตัวแทนจากกลุ่มที่เป็นแกนกลาง (Core Groups) และ (4) ตัวแทนกลุ่มผู้สนใจ (Wider Interests)

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (Starred Interview) ในการเก็บข้อมูลทางสังคมและศักยภาพของชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

2.3.1 เครื่องมือในการวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (Rapid Ethnography Community Appraisal Program: RECAP) เพื่อศึกษาทุนทางสังคม ตามแนวทางของชนินฐา นันทบุตร และคณะ (2558) ได้แก่ (1) การค้นหาศักยภาพและทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นในการจัดการตนเอง (2) การวิเคราะห์ปัญหาและการแก้ปัญหาของชุมชนท้องถิ่น (3) การวิเคราะห์ศักยภาพในการพัฒนางานต่อเนื่องและขยายผล และ (4) การสร้างและพัฒนานวัตกรรมของชุมชนท้องถิ่นโดยเอาพื้นที่เป็นตัวตั้ง

2.3.2 เครื่องมือการวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูลตำบล เป็นการประมวลและนำใช้ข้อมูลที่แสดงสถานะของตำบล และกระบวนการวิจัยชุมชน (RECAP) เพื่อวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูลตำบลตามแนวทางของ ชนินฐา นันทบุตร และคณะ (2559) และจัดทำแนวทางการจัดการเรียนรู้ตำบลหรือชุดความรู้ตำบลตามแนวทางของ ชัยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และคณะ (2558)

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์เปรียบเทียบ รวมถึงวิเคราะห์เรื่องราว (ชาย โพธิ์สิตา, 2549) ข้อมูลที่ได้ผ่านการตรวจสอบแบบสามเส้า ผู้วิจัยได้คืนข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันตรวจสอบและสอบถามข้อมูลก่อนนำไปจัดทำรายงานการวิจัย (สุภางค์ จันทวานิช, 2547)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ (1) ทุนทางสังคมที่แสดงสถานะของตำบล (2) ศักยภาพของทุนทางสังคมในการจัดการสุขภาวะชุมชน และ (3) ฐานคิดในการจัดการสุขภาวะชุมชนของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

(1) ทุนทางสังคมที่แสดงสถานะของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี ทุนและศักยภาพในการจัดการสุขภาวะชุมชนของตำบลอุทัยเก่า เพื่อนำสู่การจัดการสุขภาวะชุมชนตามวิสัยทัศน์ของตำบลที่ว่า “พัฒนาแหล่งน้ำ มุ่งมั่นเกษตรปลอดภัย รายได้พอเพียง แหล่งวัฒนธรรม เมืองประวัติศาสตร์ สังคมน่าอยู่ สู่ประชาธิปไตย” โดยมีทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชน ดังนี้ (1) ทุนบุคคล มีผู้นำ แกนนำ คนดี คนเก่ง คนสำคัญ อาสาสมัครด้านต่างๆ (2) กลุ่มองค์กรทางสังคม (3) หน่วยงาน/องค์กรภาคี ที่มีบทบาทในการร่วมหนุนเสริมการทำงาน (4) แหล่งประโยชน์ สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ ที่เอื้อให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชน และ (5) หมู่บ้านจัดการตนเอง หมู่ที่ 9 บ้านหนองไม้

(2) ศักยภาพของทุนทางสังคมในการจัดการสุขภาวะชุมชนของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี มีกลุ่มปฏิบัติการ/แหล่งเรียนรู้ รวม 62 กลุ่ม และจัดกลุ่มปฏิบัติการ/แหล่งเรียนรู้ ตามศักยภาพในการจัดการสุขภาวะชุมชนได้ 32 แหล่งเรียนรู้ และจัดเป็น 5 กลุ่มสาระ ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการพื้นที่ (2) การพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืน (3) เศรษฐกิจเชิงวัฒนธรรม (4) สวัสดิการและการศึกษา และ (5) นวัตกรรมหมู่บ้านจัดการตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

(2.1) กลุ่มสาระที่ 1 การบริหารจัดการพื้นที่ ยึดหลักธรรมาภิบาลเป็นสำคัญ เน้นการจัดการแบบมีส่วนร่วมพหุภาคี ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ บริหารจัดการด้วยสภาองค์กรชุมชน ร่วมกันสะท้อนข้อมูลให้ประชาชนรับทราบผ่านเวทีประชาคมประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้แผนแม่บทชุมชนแบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้ หลักบริหารจัดการพื้นที่เน้นที่การจัดการและพัฒนาคน ที่ใช้กลไกการปรับแนวคิดการพัฒนาการทำงานในตำบล สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผู้นำต้องทำเป็นแบบอย่างเพื่อสร้างการเรียนรู้จากคนต้นแบบและสร้างเครือข่ายในการทำงาน



(2.2) กลุ่มสาระที่ 2 การพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืน กระบวนการทำงานเห็นให้ผู้นำเป็นคนพาทำ ทำเป็นต้นแบบ จัดทำแผนแก้ปัญหาและร่วมกันพัฒนาระบบเกษตรกรรมยั่งยืน เกิดการรวมกลุ่มสร้างงานสร้างอาชีพภายใต้ทุนและศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชน ส่งเสริมการทำเกษตรปลอดภัยแบบพึ่งพาตนเอง มีจุดมุ่งหมายเพื่อผลิตอาหารปลอดภัยไว้บริโภคในครัวเรือน ร่วมรณรงค์การลดการใช้สารเคมีที่ส่งผลกระทบต่อเกษตรกรและสร้างช่องทางการผลิตให้กับคนในชุมชนได้มีตลาดในการกระจายผลผลิตที่ปลอดภัยสู่ผู้บริโภค

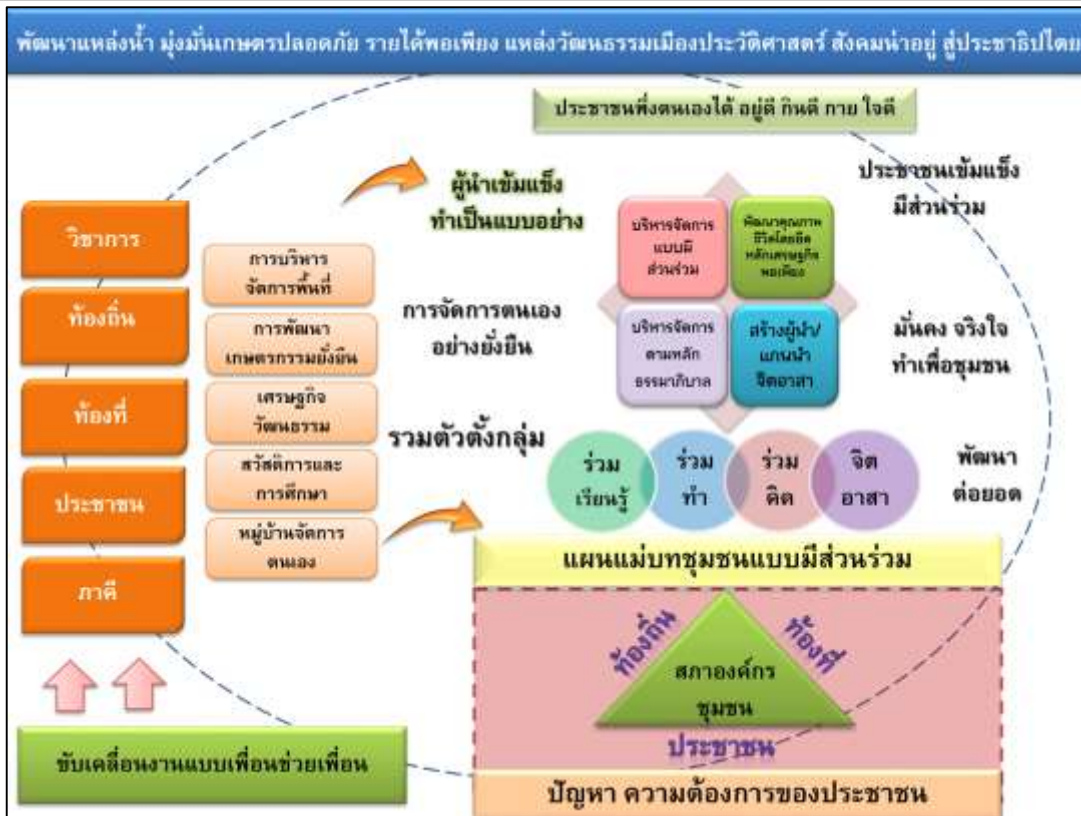
(2.3) กลุ่มสาระที่ 3 เศรษฐกิจเชิงวัฒนธรรม พัฒนาระบบเศรษฐกิจที่คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชนที่มาจากศักยภาพของชุมชน ภูมิปัญญาของชุมชน หรือทุนในชุมชน มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะวัยแรงงานและวัยสูงอายุ สามารถประกอบอาชีพได้ ให้มีอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับครอบครัว และมีรายได้เสริมเพิ่มเติมจากการประกอบอาชีพหลัก ต้องการที่จะแก้ไขปัญหาผลผลิตทางการเกษตรในตำบลมีจำนวนมาก ทำให้ราคาตกต่ำ และการเพิ่มมูลค่าของผลผลิตที่มีจำนวนมากและมีความหลากหลายในชุมชน

(2.4) กลุ่มสาระที่ 4 สวัสดิการและการศึกษา มีแนวคิดในการส่งเสริมให้ประชาชนในตำบลมีเงินออม ลดรายจ่าย สร้างอาชีพและเพิ่มรายได้ สร้างนิสัยการออมเพื่ออนาคต ลดการก่อหนี้สินเกินตัว ซึ่งจากการส่งเสริมในเรื่องดังกล่าว ทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน และยังมีการบินผลกำไรบางส่วนจากกองทุนเงินออมต่างๆ เพื่อเป็นกองทุนหรือสวัสดิการในด้านต่างๆ ให้แก่ชุมชน และมีแนวคิดเพื่อสร้างการเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน โดยการเปิดพื้นที่สาธารณะที่สร้างสรรค์ ให้เด็กได้มีพัฒนาการตามวัย และเรียนรู้ภูมิปัญญาในท้องถิ่น จึงได้มีการจัดทำหลักสูตรท้องถิ่นที่เน้นการจัดการเรียนการสอนตามธรรมชาติ เรียนรู้ที่จะอยู่กับวิถีชีวิตของตนเอง เกิดการรักถิ่นฐาน มีความภูมิใจในความเป็นอยู่ทุกแห่ง

(2.5) กลุ่มสาระที่ 5 นวัตกรรมหมู่บ้านจัดการตนเอง การขับเคลื่อนงานในระดับหมู่บ้าน ที่ทำให้เกิดกระบวนการจัดการตนเองของหมู่บ้าน เพื่อสร้างความเข้มแข็ง และแก้ไขปัญหาที่ตอบสนองความต้องการ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เกิดพื้นที่เรียนรู้ครบทั้ง 10 หมู่บ้าน สำหรับตำบลอุทัยเก่า มีหมู่บ้านที่มีนวัตกรรมจัดการตนเองที่โดดเด่นชัดเจน โดยสามารถจัดการตนเอง และสามารถดูแลซึ่งกันและกันได้ คือ หมู่บ้านจัดการตนเองด้านเศรษฐกิจพอเพียง หมู่ที่ 9 บ้านหนองไม้

(3) ฐานคิดในการจัดการสุขภาวะชุมชนของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

การขับเคลื่อนงานเกิดจากความเชื่อในความเป็นพี่น้องเป็นเครือญาติ มีความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและเกิดการเรียนรู้สู่การจัดการด้วยตนเอง โดยมีฐานคิดการดำเนินงาน 4 ฐานคิดหลัก คือ (1) การบริหารงานแบบมีส่วนร่วม (2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง (3) การบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล (4) การสร้างผู้นำ/แกนนำจิตอาสา โดยได้นำใช้และมุ่งเน้นสู่การพัฒนา การสร้างการเรียนรู้ในองค์กร ชุมชน และแหล่งเรียนรู้ เพื่อบูรณาการงานต่างๆ เข้าด้วยกัน โดยมี 4 องค์กรหลักในพื้นที่ ได้แก่ ท้องถิ่น ท้องที่ ภาครัฐ และภาคประชาชน เป็นกลไกขับเคลื่อนงานเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน



ภาพที่ 1 ฐานคิดในการจัดการสุขภาวะชุมชนของตำบลอุทัยเก่า อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี

อภิปรายผล

การนำใช้ทุนทางสังคมและศักยภาพชุมชนในการจัดการสุขภาวะชุมชนของตำบลอุทัยเก่า เกิดขึ้นเนื่องจากการสะสมทุนทางสังคมที่เป็นระบบและมีกระบวนการนำทุนมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ปรุกระโทก (2558) ที่พบว่า ทุนทางสังคมเป็นทุนประเภทหนึ่งที่เกิดจากการค้นหาศักยภาพของชุมชน ทั้งจากความสัมพันธ์ของคนในชุมชน วัฒนธรรมประเพณีและความเชื่อ เครือข่ายทางสังคม กลุ่มองค์กรในชุมชน และผู้นำชุมชน ที่จะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาวะชุมชนทั้ง 4 มิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงรัตน์ ศรีสารคาม และคณะ (2558) ที่พบว่า การพัฒนาสุขภาวะชุมชนนั้น สามารถนำชุดองค์ความรู้ที่มีมาพัฒนาสุขภาวะของคนในชุมชนทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม สติปัญญา และสิ่งแวดล้อม โดยผ่านกิจกรรมการเรียนรู้จากแหล่งเรียนรู้ในชุมชน

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ยังก่อให้เกิดกระบวนการ “สร้างความยั่งยืน” จากการประสานใจร่วมกันระหว่างชุมชน องค์กร ผู้นำหน่วยงาน และภาคีเครือข่าย ในการขับเคลื่อนการพัฒนาให้ประชาชนในตำบลอุทัยเก่า “มีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” โดยมุ่งสร้างการเปลี่ยนแปลงบนพื้นฐานของทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ ผ่านการฝึกฝนและสร้างจิตสำนึกอาสาให้กับคนในชุมชน ให้มุ่งผลประโยชน์ส่วนรวม ปรับวิธีคิดและทัศนคติในการดำเนินชีวิตให้หันมาพึ่งพาตนเอง ก่อนพึ่งพาปัจจัยภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม (2559) ที่พบว่า การสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นการเสริมพลังเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอและเสริมพลังเชิงลบตามสถานการณ์ จะสามารถพัฒนาชุมชนได้ดีและนำไปสู่การสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การนำใช้ทุนทางสังคมเพื่อการจัดการสุขภาวะชุมชน เป็นการสรุปบทเรียนจากเหตุการณ์จริงหรือแหล่งปฏิบัติการ แล้วจัดการความรู้ให้เห็นถึงเนื้อหา กระบวนการ และวิธีการ ทั้งนี้ ในการนำข้อมูลชุมชนไปออกแบบกระบวนการเรียนรู้ของพื้นที่ ควรประกอบด้วย 2 สารสำคัญ คือ (1) สารที่เป็นเนื้อหาแสดงประเด็นการพัฒนาแหล่งเรียนรู้และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน อาจสรุปตามระบบย่อยต่างๆ ที่รวมแหล่งเรียนรู้เอาไว้ เช่น สวัสดิการของชุมชนท้องถิ่น การเรียนรู้ของเด็กและเยาวชน การดูแลสุขภาพชุมชน เศรษฐกิจครัวเรือนและชุมชน การจัดการสิ่งแวดล้อมของชุมชน เกษตรอินทรีย์ เป็นต้น และ (2) สารที่เป็นการจัดการกลไกที่เอื้อให้

การจัดการแหล่งเรียนรู้ เช่น การค้นหาและนำใช้ข้อมูลในการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ การพัฒนาสมรรถนะกำลังคนของแหล่งเรียนรู้ การจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนและเสริมความเข้มแข็งของแหล่งเรียนรู้ การพัฒนาอาสาสมัคร เป็นต้น แต่ทั้งนี้ การศึกษาในแต่ละพื้นที่มีความจำเพาะและบริบทที่แตกต่างกัน ดังนั้นในจัดเก็บและนำใช้ข้อมูลทุนทางสังคมของแต่ละพื้นที่ จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาเงื่อนไขและบริบทตามสภาพจริงที่ปรากฏในพื้นที่นั้นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สำนักสนับสนุนสุขภาพชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มอบโอกาสในการสนับสนุนวิชาการให้แก่เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ พื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง ขอขอบพระคุณองค์การบริหารส่วนตำบลอุทัยเก่า ผู้นำท้องที่ เกษนาชุมชน วิทยากรแหล่งเรียนรู้ในพื้นที่ตำบลอุทัยเก่า ตลอดจนผู้มีส่วนร่วมทุกท่านที่ได้เอื้อนามทั้งหมด ที่ร่วมให้ข้อมูล อำนวยความสะดวก และดูแลความปลอดภัย จนทำให้งานวิจัยนี้บรรลุผลสำเร็จเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2558). *การพัฒนาทักษะกระบวนการวิจัยชุมชนเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเร่งด่วน (RECAP)*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2559). *การฟื้นฟูทักษะการวิเคราะห์และนำใช้ข้อมูลตำบล (TCNAP & RECAP Revitalization)*. (เอกสารอัดสำเนา).
- ชยภรณ์ บุญเรืองศักดิ์ และคณะ. (2558). *คู่มือการพัฒนาหลักสูตรเรียนรู้ภายในตำบล สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่าย*. (เอกสารอัดสำเนา).
- ชาย โพธิสิตา. (2549). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงรัตน์ ศรีสารคาม และคณะ. (2558). *เบญจสุขภาวะชุมชน เพื่อการพัฒนาท้องถิ่นตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ของชุมชนบ้านแม่ใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม*. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม*. 9(1); 147-157.
- นิตยา ปรุภระโทก. (2558). *การสะสมทุนทางสังคมสู่การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน*. *วารสารวิชาการวิถีสังคมมนุษย์*. 3(2); 238-256.
- เบญจมาภรณ์ ฮั่วเจียม. (2559). *การเสริมพลังเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน*. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ พระนคร*. 7(1); 19-25.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). *แผนหลัก สสส. 2558-2560*. กรุงเทพฯ : สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2547). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- องค์การบริหารส่วนตำบลอุทัยเก่า. (2559). *หลักสูตรการเรียนรู้ตำบลสุขภาวะ : โครงการสร้างสานพลังท้องถิ่น ท้องที่ ชุมชน ขับเคลื่อนสู่ตำบลสุขภาวะแบบการมีส่วนร่วม*. องค์การบริหารส่วนตำบลอุทัยเก่า. (เอกสารอัดสำเนา).
- Flynn, B.C., Rider, M.S., & Bailey, W.W. (1992). *Developing community leadership in healthy cities: The Indiana model*. *Nursing Outlook*, 40(3), 121-126.
- Giles, W.H. & Liburd, L. (2007). *Achieving health equity and social justice: Prevention is primary*. San Francisco : Jossey-Bass.

ยากลาย(ยาเส้น) : ความเป็นตัวตน ผัสสะและสุนทรีย์**สามารถ สุวรรณภักดี**

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวคู ตำบลสระแก้ว อำเภอท่าศาลา

samsam.spk@gmail.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่ของเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ และกาลเทศะไหนที่ผู้สูบบุหรี่เลือกสูบบุหรี่ของ โดยคำถามการวิจัยคือทำไมผู้สูบบุหรี่จึงเลือกสูบบุหรี่ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาจากข้อมูลที่ได้โดยสัมภาษณ์คนสูบบุหรี่ในพื้นที่ลุ่มน้ำคลองกลาย จำนวน 17 คน ทบทวนเอกสารทราบว่า เหตุผลของการสูบบุหรี่ คือ ต้องการลดค่าใช้จ่าย ต้องการลดอันตราย ใช้ทดแทนกันได้และเข้าถึงได้ง่าย แต่การศึกษาครั้งนี้ต้องการชี้ให้เห็นว่านอกจากประเด็นดังกล่าวแล้ว การมีอำนาจในการเลือกและสุนทรีย์จากผัสสะก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้คนสูบบุหรี่แทนบุหรี่ของ ผลการศึกษาพบว่า การมีอำนาจในการเลือก ชนิดแหล่งที่มา เลือกขนาดมวนยาเองได้ เป็นการเลือกที่เกิดจากกระบวนการต่อรองเชิงคุณค่า การรับรู้ทางผัสสะ กลิ่นที่เป็นธรรมชาติ เป็นวัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนการให้ความหมายยาเส้นเป็นสมุนไพร เป็นพืชเศรษฐกิจ เป็นเหตุผลที่ทำให้มีการเลือกสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผู้สูบบุหรี่มีการเปลี่ยนชนิดยาสูบตามความลงตัวกับอัตลักษณ์ทางสังคมอีกด้วย แม้ว่าจะมีความพยายามให้ลดและเลิกการสูบบุหรี่ แต่กลับมีผู้สูบบุหรี่มากขึ้นโดยเฉพาะการสูบบุหรี่ จากการศึกษายืนยันได้ว่า การมีอำนาจในการเลือกและสุนทรีย์จากผัสสะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกสูบบุหรี่ ดังนั้นทิศทางการรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบจึงควรให้ความสำคัญกับยาเส้นมากขึ้น และใช้แนวทางการลดอันตรายจากการสูบบุหรี่สำหรับผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

คำสำคัญ

ยาเส้น อำนาจในการเลือก ผัสสะ สุนทรีย์

แหล่งทุน

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยใช้มาตรการและกฎหมายเพื่อการควบคุมยาสูบ โดยการขึ้นภาษียาสูบ (Tobacco Taxation) และการใช้มาตรการที่ไม่ใช่ราคา (Nonprice intervention)(ฉัตรสุมน พงศ์มณีวิทย, 2558) แต่จากการสำรวจในปี 2557 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.7 และยังมีแนวโน้มว่าผู้สูบบุหรี่ของจะเปลี่ยนมาใช้บุหรี่มวนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าการตัดสินใจสูบบุหรี่ มีสาเหตุมาจาก 4 ประการคือ ประการแรก ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่มวนเองต่ำมาก ประการที่สอง คือผู้สูบบุหรี่มวนเองคิดว่ามีความปลอดภัยมากกว่าบุหรี่ของ ประการที่สาม ผู้สูบบุหรี่คิดว่าคุณภาพของบุหรี่มวนเองเหมือนกับบุหรี่ของสามารถใช้ทดแทนกันได้ และประการที่สี่ คือ บุหรี่มวนเองสามารถเข้าถึงได้ง่าย (บัวพันธ์ พรหมพักพิง, นิลวดี พรหมพักพิง, พรเพ็ญ ปานคำ, เกศราภรณ์ คลังแสง, ภัทรพร ศรีพรหม, อนุวัฒน์ พลทิพย์ และเบญจมาภรณ์ ผาโคตร, 2553)แต่การศึกษาครั้งนี้ต้องการชี้ให้เห็นว่า นอกจากประเด็นดังกล่าวแล้ว “อำนาจในการเลือกและสุนทรีย์ะจากผัสสะก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เปลี่ยนมาสูบบุหรี่แทนบุหรี่ของ” โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาคือ เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่เลือกสูบบุหรี่และเพื่อศึกษากาลเทศะที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่เลือกสูบบุหรี่ของเป็นบางเวลา มีคำถามหลัก คือ ทำไมผู้สูบบุหรี่ของจึงเลือกสูบบุหรี่และกาลเทศะไหนบ้างที่ผู้สูบบุหรี่เลือกสูบบุหรี่ของ โดยมีประเด็นย่อยที่ศึกษา 4 ประเด็นคือ 1) มาตรการของการควบคุมยาสูบในสังคมไทยมีผลต่ออำนาจในการเลือกของผู้บริโภคยาสูบอย่างไร 2) ทำไมการมีอำนาจในการเลือกของผู้สูบบุหรี่มีผลต่อการเลือกสูบบุหรี่ 3) ทำไมยาสูบจึงให้สุนทรีย์ะทางผัสสะมากกว่าบุหรี่ของ และ 4) ทำไมบางกาลเทศะทำให้ผู้สูบบุหรี่กลับมาสูดบุหรี่ของ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้สูบบุหรี่ที่เคยสูบบุหรี่ของในพื้นที่ลุ่มน้ำคลองกลาย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เลือกกลุ่มตัวอย่างจากคนที่สมัครใจแบบจำเพาะเจาะจง(Purposive Sampling) เก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการในประเด็นของมาตรการของการควบคุมยาสูบในสังคมไทย และเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นของการมีอำนาจในการเลือกของผู้สูบบุหรี่ สุนทรีย์ะทางผัสสะจากการสูบบุหรี่และกาลเทศะทำให้ผู้สูบบุหรี่กลับมาสูดบุหรี่ของ เป็นบางเวลา ร่วมกับการสังเกตการณ์ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และจะหยุดเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความครบถ้วนหรืออิ่มตัว (Saturation of Data) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อได้จำนวนผู้ให้ข้อมูล 17 คน ตรวจสอบข้อมูลด้วยการตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Validity)และการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)และขยายความเชื่อมโยง โดยการตีความและหาความหมายเพื่อหาคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ค้นพบในภาคสนาม

ผลการศึกษา

รายงานการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 จะกล่าวถึงมาตรการของการควบคุมยาสูบในสังคมไทยที่มีผลต่ออำนาจในการเลือกของผู้บริโภคยาสูบ ตอนที่ 2 จะกล่าวถึงการมีอำนาจในการเลือกของผู้สูบบุหรี่ การสามารถกำหนดชนิดและปริมาณยาสูบได้ การรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่และบุหรี่ของ และแนวทางการลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ ตอนที่ 3 จะกล่าวถึงเหตุผลที่อธิบายว่าทำไมยาสูบจึงให้สุนทรีย์ะทางผัสสะมากกว่าบุหรี่ของ และตอนที่ 4 จะกล่าวถึงกาลเทศะที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่กลับมาสูดบุหรี่ของเป็นบางเวลา โดยนำเสนอเกี่ยวกับเรื่อง ความเหมาะสมลงตัวกับอาชีพ และลักษณะงานที่ทำ และความเหมาะสมลงตัวกับอัตลักษณ์ทางสังคม ซึ่งจะนำเสนอรายประเด็นตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การควบคุมยาสูบในสังคมไทยที่มีผลต่ออำนาจในการเลือกของผู้บริโภคยาสูบ

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่ใช้ในการควบคุมยาสูบ 2 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 การนำกฎหมายดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติ มีทั้งมาตรการด้านราคา เพื่อลดอำนาจซื้อ การขึ้นภาษีทำให้ราคาบุหรี่สูงขึ้นส่งผลให้ยอดขายบุหรี่ลดลง ซึ่งสะท้อนว่าจำนวนการบริโภคบุหรี่ของของ

ประชาชนโดยรวมลดลง รวมทั้ง การควบคุมการจำหน่ายและการบริโภค และการรณรงค์ให้เห็นผลกระทบทางลบต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ (ฉัตรสมน พดพิภพวิญญู, 2558)

จากมาตรการเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบ เห็นได้ว่าแนวคิดที่ใช้สำหรับการควบคุมการบริโภคยาสูบคือ การลดอำนาจของผู้สูบบุหรี่ในเรื่อง การลดอำนาจในการเข้าถึงยาสูบ การลดอำนาจในการแบ่งซื้อ การลดอำนาจในการเลือกซื้อในสิ่งที่คิดว่าอันตรายน้อยกว่า ซึ่งได้ส่งผลให้ยอดขายการจำหน่ายบุหรี่ของลดลง ในทางตรงกันข้ามผลกระทบที่คาดไม่ถึงจากการใช้มาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบที่มุ่งลดอำนาจของผู้สูบบุหรี่ของ ได้ส่งผลให้ผู้บริโภคยาสูบใช้บุหรี่ทางเลือกโดยเฉพาะการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น(บัวพันธ์ พรหมพักพิง, นิลวดี พรหมพักพิง, พรเพ็ญ ปานคำ, เกศราภรณ์ คลังแสง, ภัทรพร ศรีพรหม, อนุวัฒน์ พลทิพย์ และเบญจมาภรณ์ ผาโคตร, 2553) และผลกระทบที่คาดไม่ถึงจากการใช้มาตรการดังกล่าว ยังทำให้ผู้สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สร้างทางเลือกในการสูบบุหรี่ให้กับตัวเอง โดยการเปลี่ยนจากการสูบบุหรี่ของมาสูบบุหรี่ทางเลือก โดยเหตุผลของการเลือกสูบบุหรี่เป็นที่น่าสนใจและควรแก่การตีแผ่ให้สังคมได้รับรู้

ตอนที่ 2 ทำไมยาเส้นถึงให้อำนาจในการเลือกมากกว่าบุหรี่ซอง

แนวคิดทฤษฎีที่ผู้เขียนนำมาใช้สำหรับอธิบายเรื่องการมีอำนาจในการเลือกเพื่อการตัดสินใจเลือกสูบบุหรี่ มี 2 แนวคิด คือ 1) แนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจเลือกอย่างมีเหตุผล (Rational Choice Theory) Jon Elster อธิบายว่าเมื่อมนุษย์ตกอยู่ในสถานการณ์ของการเลือกจะใช้กระบวนการ 3 ขั้นตอนของการเลือกตัดสินใจอย่างมีเหตุผลคือ ประการแรกจะพยายามค้นหาทางเลือกที่เป็นไปได้ทั้งหมด (situational choice) ประการที่สอง คือการเข้าสู่ชุดความเชื่อที่มีเหตุผล ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าแนวทางใดเมื่อตัดสินใจเลือกแล้วจะเกิดผลอย่างไร และขั้นตอนสุดท้ายคือการจัดลำดับของการกระทำที่เป็นไปได้ทั้งหมดแล้วจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกอย่างมีเหตุผล แนวคิดที่ 2) แนวคิดการลดอันตราย(Harm reduction) มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือลดผลกระทบทางลบที่มีต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบางอย่าง มีหลักการสำคัญคือ การปฏิเสธการพึ่งพิงถึงความแตกต่าง ระหว่างการเลิก และการติด ไม่ส่งผลให้คนต้องเลิกข้าง Harm Reduction เป็นการหาพื้นที่ให้ทุกฝ่ายมีที่ทางได้ยืนอย่างมีศักดิ์ศรี และการหาทางอยู่ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ (วรพล หนูนน, 2556)

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าการมีทางเลือกและสามารถเลือกแนวทางได้ด้วยการตัดสินใจของตนเอง ภายใต้การรับรู้ข้อมูลและรายละเอียดในการตัดสินใจเลือก เป็นการเพิ่มอำนาจในการเลือกและทำให้สิ่งที่ถูกเลือกมีคุณค่าสำหรับผู้เลือกมากขึ้น ยาเส้นก็เช่นกัน คนสูบบุหรี่ได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเส้นผ่านประสบการณ์ตรงด้วยตัวเอง ทำให้การเลือกสูบบุหรี่ไม่เป็นเพียงแค่การสูบเพื่อลดความอยากสูบ แต่เป็นการสูบที่สร้างความรู้สึกให้กับผู้สูบที่หลากหลายและแตกต่างกัน ดังที่จะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

ตอนที่ 2.1 ยาเส้นเลือกได้ : การสามารถเลือกชนิดและแหล่งที่มาของยาเส้นเองได้

“สูบบุหรี่มาตั้งแต่เด็กๆสูบบุหรี่ซองบ้างบุหรี่ซองบ้างปรับเปลี่ยนกันไป แต่ปัจจุบันสูบบุหรี่ซองไปจากเป็นหลัก สูบทั้งใบจากลอกเองและซื้อจากร้านค้าในชุมชน แต่ใบจากลอกเองรสชาติดีกว่าไม่เปรี้ยว ส่วนยาเส้นจะซื้อจากเจ้าประจำที่ปลูกและทำยาเส้นขาย (ลุงล้อม ลุงจวน ลุงล้อย) ต้องการสูบบุหรี่แบบไหนก็ซื้อจากเจ้านั้น เพราะติดใจและเคยชินกับรสชาติ และความแรงของยา และมั่นใจในความปลอดภัยจากสิ่งเจือปนในยาเส้น”

จากข้อมูลภาคสนาม เหตุผลหนึ่งของผู้สูบบุหรี่นิยมสูบบุหรี่ซองมากกว่าบุหรี่ซองคือ การสามารถเลือกชนิดของยาเส้นเองได้ว่าจะเลือกสูบแบบแรงหรือแบบอ่อนๆ จะเลือกสูบบุหรี่หรือกลืนแบบไหน นอกจากนี้ ผู้สูบบุหรี่ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เชื่อว่า การสูบบุหรี่มีพิษภัยน้อยกว่าบุหรี่ซอง จึงต้องการลดความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยการเปลี่ยนจากการสูบบุหรี่ซองมาสูบบุหรี่แทน และเช่นเดียวกันคนที่สูบบุหรี่ก็ทราบดีว่า ขั้นตอนการทำยาเส้นของคนปลูกยาสูบก็มีการผสมสารเคมีลงไปยาเส้นเพื่อปรุงแต่งรสชาติและเพิ่มความแรงของยา แต่ผู้สูบบุหรี่ก็สามารถที่จะเลือกสูบบุหรี่จากผู้ผลิตที่รู้จักคุ้นเคย หรือสูบบุหรี่ที่ปลูกเองในครอบครัว จะเห็นว่าการเลือกสูบบุหรี่เป็นการเลือกโดยอาศัยข้อมูลที่รับรู้มาเอง จากประสบการณ์การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง หรือได้รับการบอกเล่า จึงสามารถกล่าวได้ว่าการมีอำนาจในการเลือกเป็นเหตุผลอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่นิยมสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น

ตอนที่ 2.2 ยาเส้นกำหนดเองได้ : การสามารถกำหนดปริมาณยาเส้นในแต่ละมวนได้



การสูบบุหรี่ ปริมาณยาเส้นที่ใช้สำหรับการสูบแต่ละครั้งผู้สูบสามารถกำหนดเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดของใบจากที่ใช้ ความแรงของยาเส้น หรือในช่วงที่ผู้สูบบุหรี่ไม่สบาย เจ็บคอ ไอ ผู้สูบก็จะใช้ปริมาณยาเส้นจำนวนน้อย หรือแม้แต่ในช่วงเวลาที่เรงรีบ หรือช่วงเวลาที่ว่าง ปริมาณยาเส้นที่ใช้ก็มีปริมาณที่แตกต่างกัน

ตอนที่ 2.3 ยาเส้นลดอันตรายได้ : การรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่และบุหรี่ซอง

จากการรณรงค์ให้เห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ซอง ทำให้ผู้สูบบุหรี่ที่เชื่อว่าการสูบบุหรี่มีภัยน้อยกว่าบุหรี่ซอง ก็ต้องการลดความเสี่ยงจากผลกระทบต่อสุขภาพ (Harm reduction) ด้วยการสูบบุหรี่ จากข้อมูลภาคสนาม การรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ของผู้สูบ เกิดจากการใช้ความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้สูบเอง รวมทั้งใช้คำบอกเล่าของคนอื่นที่มีประวัติศาสตร์ร่วมกัน เช่นการใช้ความรู้สึกว่าสูบแล้ว ไม่ไอ ไม่แสบคอ ไม่เจ็บคอ คอแห้งแล้วหน้าตาไม่ไหล เป็นตัวตัดสินถึงอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่

การมีอำนาจในการเลือกรสชาติ เลือกสิ่งทีปลอดภัยกว่า และเลือกปริมาณยาเส้นสำหรับการสูบแต่ละครั้งที่เหมาะสมกับการสูบของผู้สูบที่มากกว่า ของยาเส้นเมื่อเทียบกับบุหรี่ซอง เป็นทางเลือกในการพึ่งพาตนเองของผู้สูบ เป็นการใช้องค์ความรู้ของตัวผู้สูบเอง อันเป็นผลสืบเนื่องจากการระดมการต่อรองเชิงคุณค่าระหว่างความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ เป็นการสร้างพึงพอใจให้กับแนวทางที่เลือกที่ตัดสินใจ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่นิยมสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจเลือกอย่างมีเหตุผล (Rational Choice Theory) และแนวคิดการลดอันตราย (Harm reduction) แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีคนที่สูบบุหรี่ไปจากอีกจำนวนหนึ่งซึ่งเชื่อว่า ยาเส้นมีพิษและเกิดผลเสียต่อสุขภาพเหมือนกับบุหรี่ซอง จากการบอกกล่าวของคนเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจเลือกสูบบุหรี่ยังขึ้นอยู่กับเหตุผลอื่นๆ อีก ซึ่งผู้วิจัยจะได้กล่าวถึงต่อไป

ตอนที่ 3 ทำไมยาเส้นจึงให้สุนทรียะทางผัสสะมากกว่าบุหรี่ซอง

แนวคิดทฤษฎีที่ผู้เขียนนำมาใช้สำหรับอธิบายเรื่องสุนทรียะทางผัสสะที่เกิดจากการสูบบุหรี่ คือ แนวคิดทางสัญศาสตร์ (Semiology) เป็นศาสตร์ที่สนใจในเรื่องของการให้ความหมาย และวิธีการที่ความหมายได้รับการผลิตขึ้นมาและถูกส่งต่อหรือถ่ายทอดสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้มีความหมาย (Meaning) แทนของจริง (Object) ในตัวบท (Text) และในบริบท (Context) หนึ่ง ๆ สิ่งที่น่านำมาใช้เป็นสัญญาณนั้น อาจจะเป็น วัตถุ สิ่งของ หรือเป็นการกระทำ (ธีรยุทธ บุญมี, 2551) และจากการศึกษาเรื่องผัสสะ สัญลักษณ์ เรือนร่าง และประสบการณ์ความเจ็บป่วยภายใต้ภูมิทัศน์ทางเสียงในชีวิตประจำวันของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เป็นการชี้ให้เห็นว่า ผัสสะ สัญลักษณ์และเรือนร่าง ได้รวมตัวกันสร้างประสบการณ์ และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกและถูกให้ความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม และอธิบายให้เห็นว่าผัสสะการรับรู้ที่ต่างกัน เป็นสื่อในการรับรู้ความจริงที่ต่างกัน ประสบการณ์ทางผัสสะแต่ละชนิดมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน และแสดงบทบาทในการสถาปนาความจริงที่แตกต่างกันไปในแต่ละสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559) และจากการศึกษาของ พรพรรณ ดวงรัตน์ เรื่องสัญศาสตร์ และความหมายที่แปรเปลี่ยน สารสำคัญเสนอให้เห็นถึง ความหมายและความสำคัญของสัญศาสตร์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตีความหมายสัญญาณที่ส่งผลให้เกิดความหมายที่แปรเปลี่ยนไป ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีความหมายสัญญาณที่แปรเปลี่ยนไปจากความหมายเดิม และการคาดการณ์ถึงความแปรเปลี่ยนในการตีความหมายสัญญาณจะส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงวิถีคิดของคนในสังคม (พรพรรณ ดวงรัตน์, 2557)

จากแนวคิดทฤษฎีรวมถึงการศึกษาของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และ พรพรรณ ดวงรัตน์ ชี้ให้เห็นว่า สิ่งทีก่อให้เกิดความหมายและสุนทรียะ มักจะเกิดขึ้นจากการรวมตัวกันระหว่าง รูปสัญญาณ ประสบการณ์ทางผัสสะ และบริบทของสังคม การสูบบุหรี่ก็เช่นกัน การรับรู้ประวัติศาสตร์ บริบทของชุมชน และประสบการณ์การรับรู้ทางผัสสะของผู้สูบหรือของคนรอบข้าง ส่งผลให้เกิดการให้ความหมายและสุนทรียะที่แตกต่างกันไป ซึ่งจะส่งผลถึงเหตุผลในการตัดสินใจที่จะเลือกสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ ดังรายละเอียดที่กล่าวถึงต่อไป

ตอนที่ 3.1 ยาเส้น : การรับรู้ทางผัสสะ (กลิ่น ความแรง) ของผู้สูบ

จากข้อมูลภาคสนาม ผู้สูบบุหรี่เกิดการรับรู้ทางผัสสะในเรื่องของ กลิ่นและความแรงของการสูบบุหรี่ที่คล้ายคลึงกัน การรับรู้ถึงกลิ่น รสชาติ และความแรงของยาเส้น ได้ถูกให้ความหมายโดยอาศัยประสบการณ์และบริบทของผู้สูบเอง ซึ่งถูกแปลความให้เป็นเรื่องของการผ่อนคลาย การเหมาะสมกับฐานะ การเข้ากันได้กับวิถีชีวิต และผัสสะที่รับรู้ทำให้ผู้สูบบุหรี่ตัดสินใจเลือกสูบบุหรี่ต่อไป



“สูบยาเส้นแล้วสูบยาขาวไม่ได้ เพราะไม่ได้แรงอก ไม่เมา ยาเส้นใบจาก หอมหวาน เมาหวาน กลิ่นธรรมชาติ ยาเส้น เมาดี ได้แรงอกกว่า ไม่ต้องสูบมากสูบที่สองก็พอไม่ต้องสูบทั้งหมด พอรู้สึกไม่สบายใจ ได้นั่งมวนใบจากแล้วรู้สึกผ่อนคลาย ถ้าให้ตีหวนหอมสูบใบจากมันเข้ากัน แต่คนสูบใบจากไม่โก้ ยาขาวหอมกว่า ใบจากเหม็น แต่ยาเส้นมากกว่า ยาขาวไม่สาหัส สูบสนุกๆได้”

ตอนที่ 3.2 ยาเส้น: มุมมองการให้ความหมายของผู้สูบ

ยาเส้น ถูกให้ความหมายโดยผู้คนในสังคมที่แตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์ชีวิต และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มคน ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติต่อและยาเส้นแตกต่างกันออกไปตามความสอดคล้องกับการให้ความหมาย จากข้อมูลที่ได้พบว่า ยาเส้น ถูกให้ความหมายจากคนที่สูบยาเส้นในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือการมองเห็นถึงประโยชน์ การมองเป็นยาสมุนไพร และเป็นพืชเศรษฐกิจของท้องถิ่น การให้ความหมายกับยาเส้นได้ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจที่จะเลือกสูบยาเส้นแทนบุหรี่ซอง

จากข้อมูลผัสสะและการให้ความหมายของยาเส้น ทั้งคนสูบเองและจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ทราบว่าผัสสะจากยาเส้นและการประกอบสร้างทางความคิด ประสบการณ์ ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรมและบริบทของท้องถิ่น เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดสุนทรีย์และการให้ความหมายต่อยาเส้นที่แตกต่างจากบุหรี่ซอง ประสบการณ์ทางสุนทรีย์ (Aesthetic experience) และความหมายที่เกิดขึ้น มีผลต่อการตัดสินใจของผู้สูบที่จะเลือกสูบยาเส้น ทั้งนี้ก็เพราะว่าสุนทรีย์และความหมายได้ถูกแปลให้เป็นสัญลักษณ์ที่เกิดความเหมาะสมลงตัวกับวิถีชีวิตของผู้สูบยาเส้น

ตอนที่ 4 อะไรที่ทำให้ผู้สูบยาเส้นกลับมาสูบบุหรี่ซองเป็นบางเวลา

จากแนวคิดเรื่อง พหุอัตลักษณ์ (Multiple identities) ที่ว่า ตัวตนที่ถูกนำเสนอออกมา คือตัวตนที่ปรารถนาให้คนอื่นรับรู้และให้การยอมรับ ภายใต้เงื่อนไขหรือบริบทของการปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ เท่านั้น (โสมส ศิริไสย์, 2550) และจากการศึกษาเรื่องพื้นที่ เวลา อัตลักษณ์และการสร้างความหมายทางสังคม ของศุภมณฑา สุภานันท์ ที่ชี้ให้เห็นว่า กาลเทศะ มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน พื้นที่และเวลาทำให้เรารู้ว่าเราควรปฏิบัติตัวอย่างไร (ศุภมณฑา สุภานันท์, 2554)

จากแนวคิดเรื่องพหุอัตลักษณ์ และจากการศึกษาของศุภมณฑา สุภานันท์ เห็นว่าตัวตนที่แสดงออกมาให้คนรอบข้างเห็นจะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเทศะ บทบาทหน้าที่ และการคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การสูบบุหรี่ก็เช่นกัน ผู้สูบจะเลือกสูบบุหรี่ชนิดไหนก็ขึ้นอยู่กับ พื้นที่ เวลา บทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมลงตัว และการคาดหวังต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละ พื้นที่ แต่ละเวลา และแต่ละบทบาทหน้าที่ ทำให้การสูบบุหรี่มีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป

ตอนที่ 4.1 ยาเส้น บุหรี่ซอง : ความเหมาะสมลงตัวกับอาชีพ และลักษณะงานที่ทำ

จากข้อมูลภาคสนามทำให้ทราบว่า คนที่สูบยาเส้นประจำ บางครั้งก็กลับมาสูบบุหรี่ซอง ด้วยเหตุผลเพื่อความเหมาะสมลงตัวกับอาชีพและลักษณะงานที่ทำ ด้วยขั้นตอนและวิธีการของการสูบยาเส้น ในบางโอกาสทำให้การสูบยาเส้นไม่เหมาะสมและสร้างความยุ่งยาก ผู้สูบยาเส้นจึงเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ซองในบางเวลา

ตอนที่ 4.2 ยาเส้น บุหรี่ซอง : ความเหมาะสมลงตัวกับอัตลักษณ์ทางสังคม

ข้อมูลอีกด้านหนึ่งที่น่าสนใจที่ได้จากภาคสนามคือ การสูบยาเส้น เป็นการสร้างอัตลักษณ์ทางสังคมให้กับผู้สูบ พบว่าในมุมมองของผู้สูบบุหรี่ บทบาทของยาเส้นมันมีมากกว่ามุมมองของคนนอก คือสูบแล้วได้เพื่อนที่อยู่หน่วยเดียวกัน อาชีพเดียวกัน สูบแล้วได้รับความไว้วางใจ ดังคำบอกเล่าจากภาคสนามที่ว่า

“การสูบยาเส้นใบจากทำให้ได้นั่งพูดคุยกับเพื่อนเรื่องการประกอบอาชีพ ถ้าไม่สูบใบจากก็นั่งกันไต่ไม่นาน จะสูบบุหรี่เฉพาะที่อยู่กับเพื่อนที่สูบบุหรี่ด้วยกัน ถ้าเป็นเพื่อนที่สนิทสนมกัน นั่งกินกาแฟด้วยกันก็จะสูบยาเส้นใบจาก บางครั้งเพื่อนที่สูบยาขาวก็จะสูบยาเส้นใบจากของเราด้วย แต่ถ้าอยู่กับกลุ่มที่ไม่สนิทกันก็จะสูบบุหรี่ซอง บางครั้งการที่เรานั่งสูบยาเส้นใบจากกับชาวบ้านก็ทำให้ชาวบ้านรู้สึกว่าเป็นพวกเดียวกัน เป็นคนระดับเดียวกัน”



อภิปรายผล สรุปผล และข้อเสนอแนะ

ถึงแม้ว่าจากการศึกษาของ บัวพันธ์ พรหมพิงและคณะได้กล่าวถึงเหตุผลของการสูบบุหรี่มีตนเองประเภทยาเส้นว่ามีผลมาจาก ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่มีตนเองต่ำมาก ผู้สูบบุหรี่มีตนเองคิดว่ามีความปลอดภัยมากกว่าบุหรี่ซองซึ่งเป็นเพราะว่าผู้สูบบุหรี่มีตนเองเห็นว่ายาเส้นชาวบ้านปลูกและผลิตในชุมชน จึงเข้าใจว่าไม่มีอันตรายเท่ากับบุหรี่ซอง ผู้สูบบุหรี่คิดว่าคุณภาพของบุหรี่มีตนเองเหมือนกับบุหรี่ซองสามารถใช้ทดแทนกันได้ และบุหรี่มีตนเองสามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยการปลูกเก็บไว้บริโภคเอง หรือการหาซื้อจากเพื่อนบ้าน และมีขายทั่วไปตามร้านขายของชำในหมู่บ้าน แต่จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่านอกจากเหตุผลดังกล่าวแล้ว การตัดสินใจเลือกสูบบุหรี่ยาเส้นยังมีเหตุผลมาจาก การที่ผู้สูบบุหรี่มีอำนาจในการเลือกชนิดและแหล่งที่มาของยาเส้น สามารถกำหนดปริมาณยาเส้นในแต่ละมวนได้ สามารถเลือกวิธีการลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ยาเส้นได้ หรือการที่ยาเส้นให้สุนทรีย์จากผัสสะที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของตัวเองและบุคคลรอบข้างในเรื่อง กลิ่น ความแรง รวมถึงการให้ความหมายกับยาเส้นของผู้สูบ สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการตัดสินใจเลือกสูบบุหรี่ยาเส้น การมีทางเลือกหรือมีอำนาจในการเลือก ทำให้ผู้สูบที่ยังไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้และไม่ต้องการสูบบุหรี่ซอง เปลี่ยนมาสูบบุหรี่ยาเส้น และเมื่อสูบบุหรี่ยาเส้นแล้วเกิดความพึงพอใจ เกิดความเหมาะสมกลมกลืนกับบริบทของชีวิต จึงตัดสินใจที่จะสูบบุหรี่ต่อไป นอกจากนี้ความลงตัวเหมาะสมกับอาชีพ และลักษณะงานที่ทำ และความเหมาะสมลงตัวกับอัตลักษณ์ทางสังคม ซึ่งยาเส้นและบุหรี่ซองในทัศนะของผู้สูบมีความเหมาะสมกับกาลเทศะที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผู้สูบบุหรี่ยาเส้นกลับมาสูบบุหรี่ซองเป็นบางเวลา

ข้อเสนอแนะ

- 1 สำหรับผู้กำหนดนโยบายควรให้ความสำคัญกับการรณรงค์เพื่อควบคุมการบริโภคยาเส้นมากขึ้น
- 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานการจัดโปรแกรมเลิกบุหรี่ต้องมีมุมมอง ในเรื่องสุนทรีย์ที่เกิดจากผัสสะ การให้นิยามความหมายแก่ยาเส้น ควรมีคลินิกเลิกยาเส้นเป็นการเฉพาะ มีการให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้สูบบุหรี่ยาเส้นในเรื่องแนวทางการลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ยาเส้น
- 3 ใช้แนวทางการลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ยาเส้นสำหรับผู้ที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยส่งเสริม การผลิตยาเส้นและใบจากที่ไม่มีสิ่งเจือปน เพื่อลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ยาเส้น
- 4 ควรมีการศึกษาวิจัยต่อเนื่องเพื่อหารูปแบบการควบคุมการบริโภคยาเส้นที่เหมาะสมเพื่อจัดทำโปรแกรมเลิกยาเส้นเป็นการเฉพาะเจาะจง และควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการผลกระทบที่เกิดจากการสูบบุหรี่ยาเส้นในมุมมองของผู้สูบบุหรี่ยาเส้น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้รณรงค์เพื่อการควบคุมการบริโภคยาเส้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้สำเร็จได้ก็เพราะผู้วิจัยได้ผ่านประสบการณ์การเรียนรู้จากหลักสูตรนักวิจัยวัฒนธรรมความเสี่ยงสุขภาพ ของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบพระคุณ อ.ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ อ.ดร.ประชาติปี กะทา และ อ.สิทธิโชค ชาวไร่เงิน ที่ช่วยแนะนำและขัดเกลาให้งานชิ้นนี้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วน พร้อมทั้งจะเปิดเผยเรื่องราวข้อค้นพบสู่ผู้ที่สนใจ ขอขอบคุณ ผศ.ดร.อุไร จเรประพาส สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่ชี้ทางและให้คำปรึกษาตลอดช่วงเวลาของการศึกษาวิจัย ขอขอบคุณพี่น้องร่วมงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวคู ที่ต้องรับภาระงานแทนตลอดระยะเวลา 1 ปี ที่ผู้วิจัยเข้าร่วมโครงการนักวิจัยวัฒนธรรมความเสี่ยงสุขภาพ ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลในสนามของการวิจัย ที่ร่วมประสบการณ์ผัสสะและเกิดสุนทรีย์จากการพูดคุย และขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่าน ท่านคือคนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงดังที่ปรากฏ

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2559).ผัสสะ สัญลักษณ์ และเรื่อนร่าง: ประสบการณ์ความเจ็บป่วยภายใต้ภูมิทัศน์ทางเสียงในชีวิตประจำวัน. แปลจาก Komatra Chuengsatinsup.1999.Sense, Symptom, and Soma: Illness Experience in the Sounds cape of Everyday Life .Culture, Medicine and Psychiatry. Vol.23: 273.-301.

ฉัตรสุนัน พงศ์ภิณูญ. (2558).กฎหมายและนโยบายการควบคุมยาสูบอย่างครอบคลุม.วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(3), 254-271.

ธีรยุทธ บุญมี. (2551).การปฏิวัติสาธารณสุขของ โชนัวร์ เส้นทางสู่อุบัติเหตุ.กรุงเทพฯ: วิชาษา.

บัวพันธ์ พรหมพักพิง, นิลวดี พรหมพักพิง, พรเพ็ญ ปานคำ, เกศราภรณ์ คลังแสง, ภัทรพร ศรีพรหม, อนุวัฒน์ พลทิพย์และ เบญจมาภรณ์ ผาโคตร. (2553).รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยเรื่องเส้นทางยาเส้น : เกษตรกรผู้ปลูก ผู้ผลิต ผู้จำหน่ายและผู้บริโภคบุหรี่มวนเอง: (ม.ป.ท.)

ปรววรรณ ดวงรัตน์.(2557).ศาสตร์และความหมายที่แปรเปลี่ยน.(www.dpu.ac.th/dpurc/assets/).สุทธิปริทัศน์, 28 (88)2-14.

วรพล หนูหนู. (2556).การลดอันตราย (Harm reduction) และแนวทางการลดอุปสงค์ (Demand reduction) ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาเสพติดในประเทศไทย. (<https://chd.kku.ac.th/attachments/article/71/2556-3-01.pdf>) วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 1(3)1-16.

ศุภมณฑา สุภานันท์. (2554).พื้นที่ เวลา อัตตลักษณ์และการสร้างความหมายทางสังคม.

(<https://www.tcithaijo.org/index.php/jcomm/article/view/86161>).วารสารนิเทศศาสตร์, 29(3).186 – 203.

โสพล ศิริไสย์.(2550, มิถุนายน 3).อำนาจทางภาษา กับการเลือกสรรจินตภาพแห่งตัวตนของคนตัวเล็กตัวน้อยในชีวิตประจำวัน. (เว็บบล็อก)สืบค้นจากจาก <http://www.oknation.nationtv.tv>.



International Session



**The Association between Emotional–Psychological–Social–Ethical Developments And Child Overweight–Obesity
in Thailand**

Sith Pakapaiboon¹ *Aoonsri Mongkolchati¹ Jiraporn Chompikul¹ Taksin Pimpak²

**ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University¹ College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University²*

* aroonsri.mon@mahidol.edu

Abstract

The Prospective study was conducted to examine the association between emotional–psychological–social–ethical developments at 12 months and child overweight–obesity at 24 months. A total of 4,245 cohort children were collected between July 2000 and June 2002 based on the Prospective Cohort of Thai Children. 60 twin infants, 35 dead and abnormal children were excluded. Then, the remaining 4,150 children were conducted for data analysis. Chi-square tests and Multiple Logistic Regressions were used for identifying influential predictors and child overweight and obesity at 24 months.

The finding showed that 11.3 % were overweight and obesity at 24 months by Thai reference. After adjusting the potential confounding factors in the final model of multiple logistic regressions, this study found that significant risk factors related to overweight and obesity are study area (North East), religion (Buddhism), positive emotional development, negative psychological development, positive social development and negative social development.

This study indicated that emotional–psychological–social developments are associated with child overweight – obesity at 24 months. Therefore, holistic care that was used to implement for child that concern in development of emotional, psychological, social and ethics of child in primary care should be promoted in health policy.

Keywords

Child Overweight Obesity Emotional Psychosocial



Introduction

Child overweight and obesity is one of the most significant global health topics of the present time. Childhood obesity is worldwide and progressively influencing in many undeveloped and developing countries (Organization, 2015). The prevalence of child overweight and obesity has increased at a rising rate. Over 42 million were child overweight and obesity in preschool. In developing countries included Thailand, child overweight and obesity were 35 million of these are living (Sahoo et al., 2015). Although the etiology of childhood overweight and obesity is still unclear, it is proved that overweight and obesity go on when calories intake exceeds. There are multiple causes for this imbalance; therefore, the increasing prevalence of childhood overweight and obesity can't be predicted. The etiology of childhood overweight and obesity are multifaceted and complex because it is a condition with many biological, genomic, environmental and bio-psycho-social effects. Genomic factors incentive to obesity. Nevertheless, behavior and bio-psycho-social factors seem to composite important part in the increasing prevalence of child overweight and obesity worldwide, instead of fluctuations in genetic or biological factors. These consist of eating practices and food elements, physical movement and social dynamics (Vazquez & Torres, 2012). Child overweight and obesity has been acknowledged a lot of consideration from psychiatric and psychological study. It was postulated that obese persons suffer from their body weight conditions. Obesity is a very much detectible illness implication that everyone can assess the weight status of others and makes interpretations about it. As a result there are a wide range of emotional and behavioral outcomes that have been considered in relationship with obesity in children and adolescents, predominantly those associated to stigma, psychological well-being, and mental health problems. And some dependable epidemiological outcome is the result that, in highly developed countries at any rate, the prevalence of child overweight and obesity is in reverse related with social status, financial status and educational status (Mustillo et al., 2003). Overweight and obesity is not a disease of psychiatric disorder, but it is a mental health or behavioral problem that many clinicians and researchers should concern (Bagchi, 2010). Overweight and obesity is a multiple factors illness (Speiser et al., 2005). Causes of child overweight and obesity such as mother's mental health and emotion (Lewinsohn et al., 2005) in addition to different behavioral configuration, for example development of early negative eating patterns (Birch, McPhee, Shoba, Steinberg, & Krehbiel, 1987) and the other psychological and social factors have an significant role in this concern. However, there is slight knowledge about factors of emotional – psychological – social and ethics related with child overweight and obesity in Thailand. Thereby, this study aims to determine developments of emotional – psychological – social and ethics associated child overweight and obesity, to identify the prevalence of child overweight and obesity at 24 months in Thailand and to identify general characteristics of children, socio-demographic, family characteristics, utilization of health care services, and nutritional practice related to child overweight and obesity in Thailand.

Research methodology

Material and Method: We used data from the prospective cohort study of Thai children (PCTC) detailed below. (<http://pctc.damus.in.th/damus/>) From birth to 2 years-old children in the prospective study were measured anthropometrically which was performed by physicians and specially trained research assistants. The present study included a total of 4,245 children from five districts in four different provinces namely Panomtuan District in Kanchanaburi, Thepa District in Songkla, Kranuan District in Khon Kaen, Muang District in Nan, and Bangkok.

Sampling: The study design was an observational, community-based study designed to follow all fetuses from the 28 to 38 week gestational age from four selected districts in different regions and the Bangkok metropolitan area. The birth cohort started during 2000-2002 in each site and was followed-up until the children reached the age of 24 months and time of measurement was every 6 months. The children who were eligible for the PCTC project with parental consent during



pregnancy were sampled for inclusion in the present study. Children were not recruited for the present study if they were not registered and had frequently migrated. Children delivered as twins and children with significant health problems such as birth defects, deficits of physical development, and delayed development were excluded for the present study.

Outcome Measurement: For the instruments of anthropometric, PCTC project growth instrument was developed locally at Nutrition Institute, Mahidol University of Thailand. Each child's nutritional status was expressed as a number of standard deviations (Z-scores) above or below the median for the reference population, taken into account age and gender. 2006 WHO-Anthro software (WHO, 2010) was used to process the data (age in days, weight and height) and generate Z- scores for each children. The Thai Child Growth Standard confirm that children born anywhere in the world and given an optimum start in life have the potential to develop within the same range of height and weight (Group, 2006). Thus, a cut-off point of 2 SD Z-score was used to assess the determinants of child overweight and obesity.

Characters variables : At 12 month, The data related to demographic variables, determinant variables of children drawn from the database of The PCTC Project were categorized into 2 groups: gender (girls and boys), birth weight (< 2500 g and \geq 2500 g), care taker children (relative and parents), religion (not Buddhism and Buddhism), mother age (< 20 and \geq 20), mother's BMI (<25 and \geq 25), education of mother (higher-equal primary school and lower primary school), occupation of mother (employed and unemployed), family member (<5 and \geq 5), family income (< 25 percentile (52,000 Baht) and \geq 25 percentile), ANC (< 4 times and \geq 4 times), immunization (completed and not completed), stopped breastfed (<6 months and \geq 6 months), complementary food (<6 months and \geq 6 months), positive and negative emotional-psychological-social and ethics factor development (< mean and \geq mean) and study area (classified into 5 categories) that are independent variables. At 24 months, the dependent variable is child overweight and obesity identified by weight for height (Branca, Nikogosian, & Lobstein, 2007; Onis, 2006).

Data analysis: secondary data was put into the SPSS version 20 used for data analysis for descriptive statistics, Chi-square tests and simple logistic regression used to determine association between independent and dependent variables. Multiple logistic regression analysis was used to determine association between the developments of emotional-psychological-social and ethics factor and child overweight and obesity when controlling the other factors.

Ethical clearance: PCTC was approved by The National Ethics Committee, the Ministry of Public Health

Results

We found that 11.3% of 24 month children diagnosed child overweight and obesity by using Thai reference and variables were significantly associated with parent care taker children, study area, religion (Buddhism), mother age, mother BMI (kg/m²), education of mother, family member, family income, immunization status, age at which children were stopped breastfed, positive emotional, positive psychological, negative psychological, positive social, negative social, and negative ethics. (As shown in table1) After we had used the final model of Multiple Logistic Regression of child overweight and obesity, we found that risk factors related to overweight and obesity are study area, religion, positive emotional, negative psychological, positive social, and negative social. (As shown in table2)

Discussions

The first objective of this study was to describe the prevalence of child overweight and obesity at 24 months in Thailand. We found that 11.3% were child overweight and obesity by using Thai reference that accordant to Office of Health Promotion's information, Thailand 2006 that overweight and obesity prevalence is 8-20 percent among preschool children (Winichagoon, 2013).



The second objective of this study was to determine variables at 12 month that related to child overweight and obesity at 24 months in Thailand (Table 1 & 2). We found that study area significantly related to child overweight and obesity; children residing in North-East had higher risk of being overweight and obesity than children residing in capital city which not accordant to other study results that urban communities were associated with greater odds of obesity than rural communities (Firestone, Punpuing, Peterson, Acevedo-Garcia, & Gortmaker, 2011; Teerawattananon & Luz, 2017). Religion significantly related to child overweight and obesity by children in Buddhism families were higher risk of being overweight and obesity than children not in Buddhism family. To illustrate, a religion system normally influences culture, spirituality, beliefs and custom. Moreover, the most Thai people are Buddhism which influences the study's outcome. Maternal factors such as mother's age, mother's BMI and education of mother were a significantly influenced on the risks of obesity in children during the preschool years which accordant to the results of other studies. (Aguillon, Caedo, Arnold, & Engel, 1982; Grewal, Gopaldas, & Gadre, 1973; Martorell, Leslie, & Mook, 1984). This study's outcome showed that mother age significantly related to child overweight and obesity. To illustrate, children who were born from mother over 20 years old had higher risk of being child overweight and obesity than children who were born from mother less than 20 years old. These findings therefore confirm previous results that there are significant positive associations between maternal age and good nutritional status in preschool children (Aguillon et al., 1982; Grewal et al., 1973; Martorell et al., 1984). Children who have mother's BMI over 25 were higher risk of being overweight and obesity than children who have mother's BMI less than 25 which accordant to the other study result that mother's obesity, before and begin pregnancy, is associated to increased risk of child overweight and obesity of these mothers (Whitaker, 2004). High family income is an associated risk of being overweight and obesity that is similar to other studies that income was significantly related with the child nutritional status at aged 6 months to 3 years (Grewal et al., 1973). In the part of utilization of health services such as frequency of ANC and completed Immunization OPV- DPT were a weekly related to child overweight and obesity. Age at which children were stopped breastfed associated with child overweight and obesity but not accordant to a recent systematic review that breastfeeding has a protective effect against childhood obesity. However further large studies were suggested to explore (Pearce, Taylor, & Langley-Evans, 2013).

The third objective of this study was to describe characteristics of the development of emotional-psychological- social and ethics of child age at 12 months that associated with child overweight and obesity at 24 month. The data revealed that development of emotional, psychological, social and ethics factors affected child overweight and obesity (Table 1). The results of this study provided that development of positive emotional, positive & negative psychological, positive & negative social and negative ethics affected child overweight and obesity at 24 month. The final model of multiple logistic regression of child overweight and obesity to determine factors had the significant association with child overweight and obesity: positive emotional development, negative psychological development, positive social development and negative social development (Table 2). This study is accordant to the pervious psychological and social hypothesis which explained the association between excess weight gain and psychological and social conditions (Mustillo et al., 2003). A recent review showed that 53 papers indicated the association between psychological and social factors and child overweight and obesity (Wardle & Cooke, 2005). The trend of the association between overweight and obesity and psychological and social factors surely remains indistinct as most of the papers are cross-sectional (Wardle & Cooke, 2005). Current findings of The Millennium Cohort Study show that obesity child may be associated with emotional and behavioral problems at early age (Griffiths, Dezateux, & Hill, 2011). It is not clear whether negative emotion (Bad Emotion) is the result or the cause of child overweight and obesity; both associations may be correct (Nieman & Leblanc, 2012).



This study had a strong result because of using data of the participants from the PCTC which a large of sample size collected. The limitation of our study is using a secondary data as a consequence we cannot make a questionnaire to determine some factors.

Conclusion and Recommendations

Health workers and family should be encouraged and promoted to use holistic care to implement child health care that concern in development of emotional, psychological, social and ethics of child in primary care.

Table1: The association between variables at 12 months and child overweight–obesity at 24 month.

Variables		Normal Children (%)	Overweight Children (%)	Crude OR	95% CI	p- value
Gender	Boy	1502 (88.9)	187 (11.1)	1	0.844 – 1.293	0.690
	Girl	1492 (88.5)	194 (11.5)	1.044		
Birth weight	< 2500 g	228 (89.8)	26 (10.2)	1	0.713 – 1.657	0.669
	≥ 2500 g	2614 (89.0)	324 (11.0)	1.087		
Care taker children	Relative	2123 (90.3)	229 (9.7)	1	1.087 – 1.766	0.008
	Parents	736 (87.0)	110 (13.0)	1.386		
Study area	North	600 (88.2)	80 (11.8)	1	3.518 – 7.326	<0.001
	Bangkok	343 (74.1)	120 (25.9)	5.077		
	North East	653 (93.6)	45 (6.4)	4.982		
	South	769 (93.4)	54 (6.6)	3.159		
	Central	587 (90.0)	65 (10.0)	2.624		
Religion	Not Buddhism	633 (93.9)	41 (6.1)	1	1.527 – 2.996	<0.001
	Buddhism	2295 (87.8)	318 (12.2)	2.139		
Mother age	< 20 years old	375 (92.1)	32 (7.9)	1	1.021 – 2.179	0.039
	≥ 20 years old	2561 (88.7)	326 (11.3)	1.492		
Mother BMI (kg/m ²)	< 25	920 (90.1)	101 (9.9)	1	1.036 – 1.728	0.026
	≥ 25	1287 (87.2)	189 (12.8)	1.338		
Education of mother	< Primary school	1634 (91.7)	148 (8.3)	1	1.450 – 2.258	<0.001
	≥ Primary school	1318 (85.9)	216 (14.1)	1.809		
Occupation of mother	Unemployed	520 (90.4)	55 (9.6)	1	0.881 – 1.614	0.254
	Employed	2418 (88.8)	305 (11.2)	1.193		
Family member	≥ 5	1362 (90.0)	151 (10.0)	1	0.962 – 1.503	0.105
	< 5	1532 (88.2)	203 (11.8)	1.202		
Family income (Baht for year)	< 25 percentile	758 (92.0)	66 (8.0)	1	1.187 – 2.078	0.002
	≥ 25 percentile	2160 (88.0)	288 (12.0)	1.571		
ANC	< 4 times	405 (91.6)	37 (8.4)	1	0.985 – 2.006	0.061
	≥ 4 times	2547 (88.6)	327 (11.4)	1.405		
Immunization status: OPV- DPT	Completed	1948 (89.9)	219 (10.1)	1	1.024 – 1.618	0.031
	Not completed	926 (87.4)	134 (12.6)	1.287		
Age at which children were stopped	< 6 months	1948 (90.9)	196 (9.1)	1	1.374 – 2.251	<0.001
	≥ 6 months	650 (85.0)	115 (15.0)	1.758		
Introduce of complementary food	< 6 months	1162 (89.6)	135 (10.4)	1	0.883 – 1.389	0.378
	≥ 6 months	1718 (88.6)	221 (11.4)	1.107		
Positive Emotional	< 16	1760 (90.7)	180 (9.3)	1	1.239 – 1.911	<0.001
	≥ 16	1201 (86.4)	189 (13.6)	1.539		
Negative Emotional	≥ 13.37	1345 (89.7)	155 (10.3)	1	0.926 – 1.434	0.204
	< 13.17	1619 (88.3)	215 (11.7)	1.152		
Positive Psychological	< 16.38	1566 (90.9)	156 (9.1)	1	1.238 – 1.918	<0.001
	≥ 16.38	1394 (86.7)	214 (13.3)	1.541		
Negative Psychological	≥ 11.23	1065 (92.8)	83 (7.2)	1	1.500 – 2.501	<0.001
	< 11.23	1901 (86.9)	287 (13.1)	1.937		
Positive Social	< 15.36	1463 (90.5)	153 (9.5)	1	1.104 – 1.712	0.004
	≥ 15.36	1502 (87.4)	216 (12.6)	1.375		
Negative Social	≥ 13.10	1156 (91.4)	109 (8.6)	1	1.212 – 1.941	<0.004
	< 13.10	1805 (87.4)	261 (12.6)	1.534		
Positive Ethics	< 11.49	1412 (89.2)	171 (10.8)	1	0.881 – 1.354	0.420
	≥ 11.49	1580 (88.3)	209 (11.7)	1.092		



Variables		Normal Children (%)	Overweight Children (%)	Crude OR	95% CI	p-value
Negative Ethics	≥ 11.97	1702 (90.2)	184 (9.8)	1	1.098 – 1.693	0.005
	< 11.97	1262 (87.2)	186 (12.8)	1.363		

Table 2: The final model of Multiple Logistic Regression of child overweight and obesity age at 24 months

Predictors		Adjusted OR	(95 % CI)	p-value
Study Area	North	1		
	Bangkok	0.348	(0.233–0.521)	<0.001
	North East	1.815	(1.127– 2.923)	0.014
	South	1.217	(0.723– 2.051)	0.460
	Central	1.227	(0.770– 1.954)	0.390
Religion	Not Buddhism	1		
	Buddhism	2.049	(1.128– 3.720)	0.018
Education of mother	< Primary school	1		
	≥ Primary school	1.310	(0.945– 1.816)	0.105
Occupation of mother	Employed	1		
	Unemployed	0.685	(0.449–1.045)	0.685
Positive Emotional	< \bar{X}	1		
	≥ \bar{X}	1.467	(1.085– 1.986)	0.013
Negative Psychological	< \bar{X}	1		
	≥ \bar{X}	0.706	(0.502–0.993)	0.045
Positive Social	< \bar{X}	1		
	≥ \bar{X}	1.365	(1.004– 1.855)	0.047
Negative Social	< \bar{X}	1		
	≥ \bar{X}	0.642	(0.465– 0.886)	0.007

(Hosmer and Lemeshow Test; Chi-square 7.491, Sig. 0.485)

Acknowledgement

The authors wish to thank the families who participated in the study, the PCTC's data management center. The prospective study was supported by the Thailand Research Fund, the Health System Research Institute, the Ministry of Public Health, DUMEX Science and the World Health Organization. This paper showed no conflict of interest.

References

- Aguillon, D. B., Caedo, M. M., Arnold, J. C., & Engel, R. (1982). The relationship of family characteristics to the nutritional status of pre-school children. *Food Nutr Bull*, 4(4), 5-12.
- Bagchi, D. (2010). *Global perspectives on childhood obesity: current status, consequences and prevention*: Academic Press.
- Birch, L. L., McPhee, L., Shoba, B., Steinberg, L., & Krehbiel, R. (1987). “Clean up your plate”: effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Learning and motivation*, 18(3), 301-317.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response: summary*: World Health Organization.
- Firestone, R., Punpuing, S., Peterson, K. E., Acevedo-Garcia, D., & Gortmaker, S. L. (2011). Child overweight and undernutrition in Thailand: Is there an urban effect? *Social Science & Medicine*, 72(9), 1420-1428.
- Grewal, T., Gopaldas, T., & Gadre, V. (1973). Etiology of malnutrition in rural Indian preschool children (Madhya Pradesh). *Journal of tropical pediatrics*, 19(3), 265-270.
- Griffiths, L. J., Dezateux, C., & Hill, A. (2011). Is obesity associated with emotional and behavioural problems in children? Findings from the Millennium Cohort Study. *Pediatric Obesity*, 6(2Part2).



- Group, W. M. G. R. S. (2006). WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992). Supplement, 450*, 76.
- Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma, J. M., Gau, J. M., Joiner, T. E., Striegel-Moore, R., Bear, P., & Lamoureux, B. (2005). Problematic eating and feeding behaviors of 36-month-old children. *International Journal of Eating Disorders, 38*(3), 208-219.
- Martorell, R., Leslie, J., & Mook, P. R. (1984). Characteristics and determinants of child nutritional status in Nepal. *The American journal of clinical nutrition, 39*(1), 74-86.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics, 111*(4), 851-859.
- Nieman, P., & Leblanc, C. M. (2012). Psychosocial aspects of child and adolescent obesity. *Paediatrics & child health, 17*(4), 205-206.
- Onis, M. (2006). WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. *Acta paediatrica, 95*(S450), 76-85.
- Organization, W. H. (2015). Global strategy on diet, physical activity and health. 2015. URL <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>(accessed 23 August 2014).
- Pearce, J., Taylor, M., & Langley-Evans, S. (2013). Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *International journal of obesity, 37*(10), 1295.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of family medicine and primary care, 4*(2), 187.
- Speiser, P. W., Rudolf, M. C., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., . . . Iughetti, L. (2005). Childhood obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 90*(3), 1871-1887.
- Teerawattananon, Y., & Luz, A. (2017). *Obesity in Thailand and its economic cost estimation*. Retrieved from
- Vazquez, F. L., & Torres, A. (2012). Behavioral and psychosocial factors in childhood obesity *Childhood Obesity: InTech*.
- Wardle, J., & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, 19*(3), 421-440.
- Whitaker, R. C. (2004). Predicting preschooler obesity at birth: the role of maternal obesity in early pregnancy. *Pediatrics, 114*(1), e29-e36.
- WHO. (2010). Anthro for personal computers, version 3.2. 2, 2011: Software for assessing growth and development of the world's children: WHO Geneva.
- Winichagoon, P. (2013). Thailand nutrition in transition: situation and challenges of maternal and child nutrition. *Asia Pacific journal of clinical nutrition, 22*(1), 6-15.



Psychosocial Factors Influencing The Intention to Drugs Abstinence among Juveniles at Tulakarn Chalermprakiat Hospital

Sirasit Srisaowan¹ *Nate Hongkrait² Doungjai Buntup³

**ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University^{1,2,3}*

**activeteaching@gmail.com*

Abstract

This research was case-control study. The objectives were to test the relationship between socio-demographic, attitude toward abstinence, perceived self-efficacy, self-control, social support, and the intention to drugs abstinence and to compare intention to drugs abstinence among juveniles in crisis treatment unit and rehabilitation unit. The population and sample were collected from 60 juveniles who were treated with the process of juvenile forensic psychiatry in restorative justice, involved with the Therapeutic community at Tulakarn Chalermprakiet hospital. The case group was the rehabilitation unit and the control group was the crisis treatment unit. A purposive sampling method was used for sample group selecting with the following conditions. The instrument for data collection was a six-part self-report questionnaire. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and Independent samples t-test, with significance set at $p \leq 0.05$. It was found that the samples had mostly completed at least lower high school, and most preferred marijuana as the drug of choice. The sample had been using drugs for more than one year, and most of them had never been in abstinence for more than 30 days. Most of the respondents were one child, and had received an authoritative parenting, received weekly visits from family members. Among the crisis treatment unit group, perceived self-efficacy was significantly associated with intention to drugs abstinence ($p < 0.01$). Among the rehabilitation unit group, the number of times the respondent had been arrested and parenting styles were significantly associated with intention to drugs abstinence ($p < 0.05$). Perceived self-efficacy was significantly associated with intention to drugs abstinence ($p < 0.01$). Based on the findings, factors influencing the intention to drugs abstinence among juveniles were number of arrest, parenting styles, and perceived self-efficacy. It is therefore recommended that it is important to know the psychosocial factors and other related factors of the juveniles in order to develop a personalized treatment and rehabilitation plan so these could be incorporated into programs to improve the efficiency and effectiveness of the outcomes.

Keywords: Psychosocial Factors, Intention to Drugs Abstinence, Juvenile



Introduction

In the meantime, the global number of children deprived of liberty as a result of conflict with the law is estimated to be not less than one million. Committing an offense, especially offenses to childhood, is one of the causes of conflict with the law. Children may be arrested as a result of being found to be ‘at risk of delinquency’ or in an ‘irregular situation’. The causes related to social background that bring children into conflict with the law include poverty, broken homes, lack of education and employment opportunities, drug or substance misuse, peer pressure, lack of parental guidance, violence, abuse, and exploitation (Office on Drugs and Crime, 2006). Meanwhile, World Drug Report (Office on Drugs and Crime, 2017) presented that the estimate number of all illicit drug users in 2015 was 255 million people, and juvenile delinquency has become more severe and complicated, with symptoms such as aggression, violence, attention deficit hyperactivity disorder, gambling, game addiction and drug use (Onuma Wachirapraditporn, 2012; Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, 2014). According to a statistical report on juvenile criminal cases in justice procedures in 2013 (Information Technology Center, Department of Juvenile Observation and Protection, 2014), the three most common crimes of juveniles were drug use (42.24 %), assets-related crime (19.75 %), and life- and body-related crime (11.59 %).

It is clear that drug abuse is a serious problem which needs a prompt solution. Tulakarn Chalermprakit Hospital, Office of the Judiciary, one of the organizations related to specific treatment and rehabilitation for juveniles is the first hospital in Thailand which serves juveniles with juvenile delinquency and problems as per the court’s order by employing Forensic Psychiatry System in Restorative Justice for Juveniles together with behavioral modification with Therapeutic Community (Tulakarn Chalermprakit Hospital, Office of the Judiciary, n.d.).

Treatment and rehabilitation program must be implemented to juveniles admitted to the hospital as stated in the indicator 2. The indicator 2 demonstrated that at least 75-80% of juveniles with treatment intervention did not undergo into drug relapse (Tulakarn Chalermprakit Hospital, Office of the Judiciary, n.d.).

According to previous reports, the monitoring statistics and assessment of juveniles during September 2012 - February 2015 (Prapavarin Posung, 2015) demonstrated that the number of juveniles with inpatient monitoring was two hundred and one (N=201) individuals. 140 (69.7%) were being monitored, and 61 (30.3%) juveniles have been dismissed. Although the results have been reached the minimal standard level, they did not reach the expected level as implicated by the indicator. The main struggle in drug treatment among juveniles is drug relapse. It is a part of vicious cycles in drug addiction. Therefore, the further research study should focus on suitable and effective drug treatment intervention that has taken the characteristics and need of these young patients into account for successful planning. Therefore, juveniles will be effectively prepared for the return to family and society, and they will be able to live competently in the communities (Office of Drug Abuse Prevention and Treatment, 2010; 2017). This study emphasizes psychosocial factors influencing the intention to drugs abstinence among juveniles at Tulakarn Chalermprakit Hospital. There were 1) psychological factors (attitudes toward abstinence, perceived self-efficacy, and self-control), and 2) social factor (social support from family). The objectives were to examine the associations among socio-demographic characteristics, attitude toward abstinence, perceived self-efficacy, self-control, and social support for the intention to drugs abstinence in juveniles and to compare the intention to drugs abstinence between the crisis treatment unit and the rehabilitation unit.

Research methodology

This study was 2 groups case-control study. The case group was the rehabilitation unit and the control group was the crisis treatment unit. The population and sample in this study included all juvenile who were treated with the process of



juvenile Forensic Psychiatry in Restorative Justice, involved with The Therapeutic Community at Tulakarn Chalermprakiat hospital, office of the judiciary. A Purposive Sampling method (Sin Phanphinic, 2008) was used for sample group selecting with the following conditions: 1) Ability to understand Thai language, 2) Consenting to participate in research, 3) Staying at the crisis treatment unit, mode of inpatient in January to February 2017. 4) Had completed the crisis treatment unit and now staying at the rehabilitation unit, mode of inpatient for at least 121 days in January to February 2017, and 5) Juveniles who were not diagnosed with Schizophrenia, Major depressive disorder, Bipolar disorder and Mental retardation. Therefore, the total number of sample size was 60 people, who were divided into 2 groups; crisis treatment unit group and rehabilitation unit group.

The instruments for this study consisted of 2 parts: Part A. is Therapeutic Community program with forensic psychiatry in restorative justice which is a program that designed for juveniles who are entered to treatment and rehabilitation at the rehabilitation unit. And part B. is Questionnaire. The questionnaire was divided into 6 parts as follows: Socio-demographic, attitude toward abstinence, perceived self-efficacy, self-control, social support, and the intention to drugs abstinence. The questionnaires were tested with 30 juveniles who had admitted to Tulakan ChalermPrakiat Hospital, office of the judiciary and The Rehabilitation Center of Royal Thai Air Force (Air House) for not less than 4 months. The reliability of pretest group was analyzed following Cronbach's alpha coefficients as follows: 1) Cronbach's alpha coefficients of attitude toward abstinence questionnaire was 0.805, 2) Cronbach's alpha coefficients of perceived self-efficacy questionnaire was 0.934, 3) Cronbach's alpha coefficients of self-control questionnaire was 0.736, and 4) Cronbach's alpha coefficients of social support questionnaire was 0.703. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, and Independent samples t-test, with significance set at $p \leq 0.05$. This study was certified from the committee for research ethics (Social Sciences), Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University (Certificate of Approval No.: 2016/411.0111, MU-SSIRB No.: 2016/486 (B1))

Results

According to the study findings, the results revealed that the juveniles of the crisis treatment unit were male (100%) age between 15 to 17 years old. Most of them were the laborers with secondary level of education (43.3%). More than a year was the duration that most of them have engaged in (66.7%) and 'Cannabis' was mostly used at 43.3%. The longest period mostly used to stop using drug was 'no longer than 30 days' (53.3%). '4 times or over' was pointed the highest number of being arrested at 33.3% and there are 30.0% of them were arrested only once. 56.7% were from divorced families. The number of juveniles who had parented with authoritative styles showed the highest at 50.0% as well as the number of juveniles who lived with father/stepfather and mother/stepmother at 43.3%. Most of the juveniles at 36.7% paid expense by themselves while an income per day was mostly 'more than 100 baht' (83.3%). The finding also showed that the most frequently of family visit were 'every week' and '2 times a month' at 26.7% equally.

The results revealed that the juveniles of the rehabilitation unit were male (100%) and were between 15 to 17 years old. Most of the juveniles were from formal education system (43.3%) and the secondary school was mostly taken part at 63.3%. According to the duration of drug use, 73.7% of the juveniles had used drug for 'more than a year' and amphetamine-type stimulants were also used the most at 40.0%. Most of the juveniles at this unit had ever stopped using drugs for 'No longer than 30 days' (30.0%) and were arrested once (36.7%). Half of them were from families that parents stayed couple (50.0%). Juveniles with 'no sibling' showed the highest number at (43.3%), as well as the 'parented with Authoritative style' (53.3%). Most of them lived with father/stepfather and mother/stepmother (33.3%), paid expense by mother/stepmother at 23.3%, earned more than 100 baht per day (73.3%), and were visited by families every week (43.3%).



The results from bivariate analysis using Chi-Square test and Fisher's exact test revealed that all 13 variables of the crisis treatment unit group were not statistically significant of association between the intention to drugs abstinence and socio-demographic characteristics. While the rehabilitation unit group, two variables of socio-demographic characteristics were statistically significant that include the number of arrest (p-value = 0.047*^f; f: fisher's exact test) and parenting styles (p-value = 0.047*^f; f: fisher's exact test).

In part of attitude toward abstinence, the results showed that both of crisis treatment unit group and rehabilitation unit group exhibited no association between the intention to drug abstinence and attitude toward abstinence (p-value = 0.073 and p-value = 0.442^f (fisher's exact test), respectively).

In part of perceived self-efficacy, the result showed there was a significant association between the intention to drug abstinence and perceived self-efficacy in both juvenile groups, crisis treatment unit and rehabilitation unit (p-value = 0.002** and p-value = 0.002**, respectively).

Table 1 The association between attitude toward abstinence, perceived self-efficacy, self-control, social support, and the intention to drugs abstinence of the juveniles

Variables	p-value	
	Crisis treatment unit	Rehabilitation unit
Occupation before treatment/rehabilitation	1.000 ^f	0.256
Graduation	0.660 ^f	1.000 ^f
Duration of drug use	0.084 ^f	0.156 ^f
Regularly drug uses	0.632 ^f	1.000 ^f
Time duration that ever stop using Drug	1.000 ^f	0.611 ^f
The number of arrest	1.000 ^f	0.047*^f
Marital status of parent	1.000 ^f	0.705
Number of siblings (exclude respondents)	1.000 ^f	0.132 ^f
Parenting styles	1.000 ^f	0.047*^f
Accommodation	0.360	0.454 ^f
Source of allowance	0.714 ^f	0.359 ^f
Allowance (Baht)	0.622 ^f	0.417 ^f
Number of visits by family	0.669 ^f	1.000 ^f
Attitude toward abstinence	0.073	0.442 ^f
Perceived Self-efficacy	0.002**	0.002**
Self-control	0.296	0.105
Social support	0.260 ^f	0.705

Note: 1) * = p-values < 0.05, 2) ** = p-values < 0.01, and 3) f: fisher's exact test

In part of self-control, and social support the results showed that both were not significantly associated with the intention to drug abstinence among juveniles in both crisis treatment unit group and rehabilitation unit group.

Table 2 The comparison of the intention to drugs abstinence between the crisis treatment unit and the rehabilitation unit with therapeutic community program.



Unit	N	Mean	S.D.	t	Sig
The crisis treatment unit (treated with therapeutic community program)	30	4.33	.606	.414	.680
The rehabilitation unit (treated with therapeutic community program)	30	4.27	.640		

In part of the intention to drugs abstinence, the present study showed that the intention to drug abstinence was not significantly different between crisis treatment unit group and rehabilitation unit group (p -value = 0.680).

Discussions

Majority of the respondents used amphetamine-type stimulants and cannabis and they believed that it was herbal plants and there was not any severe effects. The studied found that the majority of juveniles had used drug more than one year, and the abstinence occurred no longer than 30 days due to withdrawal affects. In terms of family relationship, found that family was the most important social institution and if divorcing occurred, all member would be affected. In part of parenting style, found that most of juveniles were aware that they had been treated by authoritative style due to parenting in eastern culture. The parenting style in eastern culture is co-dependent among family members. The adults tend to give more attention to their children, to indulge, and protect their children. As a result, some children may exhibit problems on dependence and self-centered and undisciplined personalities (Sirikul Isaranurug & Pranee Suthisukon, 2007).

The results revealed that all 13 variables of the crisis treatment unit group were not significantly associated with the intention to drug abstinence and socio-demographic characteristics. In the rehabilitation unit group, two variables of socio-demographic characteristics were found significant at a level of $p < 0.05$, included: i) The number of arrest were significantly associated with the intention to drug abstinence with p – value of 0.047*f (f: fisher’s exact test). It can be implicated that first time arrestees show the increase in determination for the intention to abstain from addictive drugs because of the consequence from curiosity, individual’s sensation seeking, peer pressure, and persuasion. When juveniles were arrested and admitted to the facility to the treatment and rehabilitation program, they feel remorse and guilt on their behave. Therefore, the results correspond with Vipa Danthamrongkul (2007) on the topic of substance use among adolescents in probation and treatment systems. The results showed that drug use relapse has a strong relationship with the number of being arrested ($p < 0.01$). And ii) Parenting styles were significantly associated with the intention to drug abstinence with p -value 0.047*f (fisher’s exact test). It can be concluded that permissive parenting style showed more eagerness and intention to drug abstinence than authoritative (carefulness/reasonable) and authoritarian (strict/control) parenting styles. However, based on research focusing on parenting styles, it can be implicated that authoritative parenting style is widely regarded as the most effective and beneficial style for normal children (Dulaya Chitayasothorn, 2009).

In part of attitude toward abstinence, the results showed that both of crisis treatment unit group and rehabilitation unit group exhibited no association between the intention to drug abstinence and attitude toward abstinence. Consistent with the study of Pinyo Tarangkorn and Prawit Kunnikom (2013) showed that attitude toward drug abstinence of drug addicts have not been related to the intention to drug abstinence at Aoluk Drug Rehabilitation Camp. In contrast, the findings of Wanpen Amnajkitikorn et al. (2010) showed that attitude toward abstinence of drug addicts significantly exerted its effects on intention to abstain from addictive drugs among drug addicts (path coefficient = 0.34). In conclusion, it can be implicated that when



juveniles have higher positive attitude toward drug abstinence, they will be even more determined and eagerly committed to treatment intervention program.

According to perceived self-efficacy and the intention to drugs abstinence, the result showed that there was a significant association between the intention to drug abstinence and perceived self-efficacy in both juvenile groups. The results showed that perceived self-efficacy highly associated with the intention to drug abstinence. Consistent with previous research findings, self-efficacy of drug addicts had been significantly correlated with the intention to drug abstinence of drug addicts (Wanpen Amnajkitikorn et al., 2010; Pinyo Tarangkon & Prawit Kunnikom, 2013). From the present study, perceived self-efficacy is one of factors that influences the behaviors of individual. Thus, Bandura believed that perceived self-efficacy constantly changes with social circumstances. When the person has greater degree of self-confidence, they will eventually tend to show greater self-efficient behaviors. Therefore, the theoretical perspective of perceived self-efficacy is the idea that has been applied in many contexts, including drug addiction.

According to Self-control and the intention to drugs abstinence, the results showed that self-control was not significantly associated with the intention to drug abstinence among juveniles in both crisis treatment unit group and rehabilitation unit group. The results in the present study were contradictory with other previous findings, showing the association between self-control and behavioral changes. For example, Nutthida Dachmit (2016) investigated the factors affecting the successful rejection of narcotic use among public sector vocational students in the Bangkok metropolitan. The results implicated that students' self-control was significantly associated with the rejection of narcotic use ($p = 0.05$).

The results showed that social support was not significantly associated with the intention to drug abstinence among juveniles in both the crisis treatment unit group and rehabilitation unit group (p -value 0.260f (fisher's exact test) and p -value 0.705). According to Pinyo Tarangkon and Prawit Kunnikom (2013) have shown that the social support had not related to the intention of abstinence of drug addict at Aoluk Drug Rehabilitation Camp. Therefore, it can be explained that the intention of drug abstinence cannot be only based on environmental influence, such as family support. For the successful drug abstinence, motivation, self-commitment and other important traits from drug addicts themselves are crucial factors for individual's intention to drug abstinence. However, it cannot be denied that family is an important institution that functions in teaching and caring for juveniles; meanwhile, family problems can also influence the individual's drug use (Pranee Suthisukon, Dusanee Dammee, and Kriengsak Sueluerm, 2008).

According to the intention to drug abstinence, the present study showed that the intention to drug abstinence was not significantly different between crisis treatment unit group and rehabilitation unit group (p -value = 0.680). It is possible to explain that rehabilitation program, has been changed and adapted on activities and duration. Therefore, this may effects on juvenile's learning processes at Tulakarn Chalermprakit Hospital. Although, previous research (Pongrawee Lasee, 2014) showed that therapeutic activities, therapeutic work activities, and children punishment were suitable and able to develop proper learning capabilities and habits for youths. These activities may applied and adapted for the daily living after rehabilitation program.

Conclusion and Recommendations

1) The results showed that the number of arrested and parenting styles were statistically significant. This represented that there were the relation between the number of times to be arrested and parenting styles and the intention to drugs abstinence. Therefore, to screen and evaluate socio-demographic characteristics of juvenile before entering the treatment



and rehabilitation processes are needed to proceed to provide appropriate plan or program. 2) There were the relationship of perceived self-efficacy between the crisis treatment unit group and the rehabilitation unit group and the intention to drugs abstinence. This indicated the importance of perceived self-efficacy to intention for abstinence of juvenile and how the treatment and rehabilitation processed improved their self-efficacy. Therefore, to design activities related to self-efficacy improvement should be concerned. 3) Attitude towards abstinence and self-control were not statistically significant, the variables of the rehabilitation unit group showed higher average scores than the crisis treatment unit group. This possibly indicated that juvenile who have entered the processes were also increased the positive direction. Therefore, if the treatment and rehabilitation processes were more concentrated, it may be increase the positive of attitude toward abstinence and self-control. And 4) It was showed that the level of the intention to drugs abstinence of the rehabilitation unit group was lower than the crisis treatment unit group's. This situation might refer to the beginning status of entering the processes that juvenile were with hope and full of intention to stop using drugs however decreasing when the period had passed longer. Moreover, the intention to drugs abstinence level (36.7%) at Rehabilitation unit group was lower than 'no the intention to drugs abstinence' level (63.3%). This can be represented that the samples evaluated themselves sincerely following the symptoms and situations. This can be a good notice to apply for future studies.

Acknowledgements

I would like to express my sincere gratitude and appreciation to my advisor, committee, staffs of AIHD and all participants.

References

- Chankhanit K. Suriyamani and Unisa Lerdtomornsakul. (2010). Juvenile property crime recidivism in Thailand: Preventive measures using criminological predicting factors. Ministry of Justice, Office of Justice Affair.
- Dulaya Chitayasothorn. (2009). Diana Baumrind's Parenting Styles. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal*, 29(4), 173-187.
- Nutthida Dachmit. (2016). Factors affecting the success in the rejection of narcotics among public sector vocational students in the Bangkok metropolitan. *Journal of Thai Justice System*, 9(2), 99-112.
- Pinyo Tarangkorn and Prawit Kunnikom. (2013). The factors associated to intention of abstinence of drug addict at aoluk camping stop drug addict. Aoluk district public health office. Retrieved from [http://www.aolukct.com /atomy1/index.php?name=research&file=readresearch&id=6](http://www.aolukct.com/atomy1/index.php?name=research&file=readresearch&id=6)
- Pongrawee Lasee. (2014). Performance Monitoring and Evaluation of Therapeutic Community Project, Tulakarn Chalermprakiat Hospital, Office of Justice Court. (Master of Social Work, Thammasat University).
- Sanguan Thanee. (2004). Perceived Self-Efficacy in the Drug Abstinence Process: A Study of Drug Dependence Treatment at Thanyarak Institute. (Doctor of Philosophy, Mahidol University).
- United Nations, Office on Drugs and Crime. (2006). Manual for the Measurement of juvenile justice indicators. Retrieved from https://www.unodc.org/pdf/criminal_justice/Manual_for_the_Measurement_of_Juvenile_Justice_Indicators.pdf
- United Nations, Office on Drugs and Crime. (2017). World drug report 2017: Fact Sheet on Statistics and Trends. Retrieved from https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR17_Fact_sheet.pdf



- Vipa Danthamrongkul. (2007). Substance use among adolescents in probation and treatment systems. *Journal of Health Research*, 21(2), 155-162.
- Wanpen Amnajkitikorn, Supanat Panyarat, Soawaporn Jiagudkhamin, Pairat Pomsen, and Sapon Poprayoon. (2010). Psychosocial Factors and Intention for Abstinence of Drug Addicts in Chiang Mai Drug Dependence Treatment Center. Ministry of Health, Department of Medicine, Thanyarak Institute.
- Watcharee Meesilp. (2000). The relationship between selected factors and compliant behavior of heroin users during detoxification period in thanyarak hospital. (Master of Science, Mahidol University).
- โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ สำนักงานศาลยุติธรรม. (ม.ป.ป.). ประกาศภารกิจ การกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการ และมาตรฐาน ว่าด้วยกระบวนการระบบงานนิติจิตเวชเด็ก เยาวชน และครอบครัวเชิงเยียวยา ในกระบวนการยุติธรรมเยาวชนและครอบครัว. (เอกสารอัดสำเนา)
- ปภาวรินทร์ โพธิ์สูง. (2558). สรุปรายงานการดำเนินงาน ศูนย์เครือข่ายติดตามและประเมินผล โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ สำนักงานศาลยุติธรรม ประจำปี 2558. (เอกสารอัดสำเนา)
- ปราณี สุทธิสุนทร, ดุชนิ ดามี, และ เกรียงศักดิ์ ช่อล้อม. (2551). เส้นทางเข้าสู่ยาเสพติด วัยรุ่น วัยเรียน. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 6(2), 143-149.
- ศิริกุล อิศนานุรักษ์ และ ปราณี สุทธิสุนทร. (2550). การอบรมเลี้ยงดูเด็ก. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 5(1), 105-118.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. (2557). รายงานสถิติคดี ประจำปี พ.ศ. 2556. ม.ป.ท.: ม.ป.พ..
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2557). บันทึกประสบการณ์ที่มหัศจรรย์ในการทำงานด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น “ห่วงใยและเข้าใจ”. ใน มรรดา สุวรรณโพธิ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, วิมลรัตน์ วันเพ็ญ, จันทร์ชนก โยชินชัชวาล, และ จุฬาลักษณ์ รุ่มวิริยะพงษ์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. (2553). คู่มือกลุ่มครอบครัวศึกษา BMA Matrix Model.
- สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. (2560). คู่มือแนวทางการดำเนินงานบำบัดรักษา โปรแกรม BMA Matrix Model สำหรับ ผู้เสพและผู้ที่ใช้ยาในทางที่ผิด.
- สิน พันธุ์พินิจ. (2551). เทคนิคการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท วิทญ์พัฒน์ จำกัด.
- อรอุมา วชิรประดิษฐ์พร. (2555). สาเหตุการทำความผิดของเด็กและเยาวชนกับมาตรการแก้ไขในเชิงรุก. สืบค้นจาก elib.coj.go.th/Ebook/data/judge_report/jrp2555_10_99.pdf



Factors Influencing HIV Voluntary Counseling and Testing among Migrants at the Thai-Myanmar Border, Myawaddy Township, Myanmar

Htet Ko Ko Aung¹, Bang-on Thepthien²

¹ ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, Thailand. ² ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, Thailand.

*bungon.the@gmail.com

Abstract

The objective of this research was to study the socio-economic factors and socio-cognitive factors of the ‘Protective Motivation Theory’ in determining acceptance of voluntary counseling and testing (VCT) services among migrants along the economic corridor in Myawaddy Township, along the Thai-Myanmar border area. This research was a cross-sectional study and data were collected during March to April 2017 in randomly selected migrant clusters. The method for selecting respondents used simple random sampling to achieve a total sample of 358 persons. The proportion who had VCT among migrants who had a life-time experience of VCT in the year prior to the survey was 49%. The significant influencing factors associated with VCT were having a high level of knowledge about HIV and AIDS, having self-efficacy to undertake VCT, receiving information about VCT through media, and having exposure to health education sessions about VCT. Thus, in order to promote uptake of VCT among migrants who are living in border areas, there should be a special strategy comprising dissemination of health information through media and outreach health services to make VCT more convenient for migrants.

Keywords

HIV, voluntary counseling and testing, migrants, Thai-Myanmar border

Source of research funding

ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University, Thailand.



Introduction

For over three decades, HIV has been a major public health threat for mankind worldwide, and its socio-economic impacts are still affecting low- and middle-income countries (World Health Organization, 2016) where the financial effort for combating HIV is waning (United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016). In the era of sustainable development goals (SDGs), every action to improve the economy and infrastructure of a country should be considered together to mitigate health-related risks for people living in that area, especially for vulnerable and under-privileged groups. Improvement of infrastructure as a part of poverty reduction projects of the Asian Development Bank in the Greater Mekong Sub-region (GMS) (Stone, Strutt, & Hertel, 2010) will improve mobility of people crossing borders, and the anticipated increase in migration will impact on both host communities and the migrants themselves. Since travelling, living and working conditions of migrants can influence their physical and mental wellbeing, migration can be regarded as a social determinant of health. However, migrants are not considered as key players in health, resilience and sustainability (International organization for Migration, 2015b). As HIV can be transmitted via sex in the migrant's place of origin and destination, migration is an independent factor for HIV transmission. HIV prevalence among Myanmar migrants (1.0%) in Thailand (2010-2012) was highest when compared to that of Lao PDR (0.8%) and Cambodia (0.9%). The Myanmar National Demographic and Health Survey (2016-20) found that, while 21% of males and 18% of females had history of receiving HIV voluntary counseling and testing (VCT) (Ministry of Health and Sports, 2016a), only 17% of migrants have ever been tested for HIV infection (IOM, 2013). As HIV is a public health problem among migrants in Myanmar, it was included as a risk population in the national strategic plan (2016-20) for HIV in Myanmar (Ministry of Health and Sports, 2016b).

Myawaddy, a border township of Myanmar adjacent to Thailand, is situated on the envisioned East-West economic corridor of GMS countries (Inkochasan et al., 2015). Migrants in this area pose a significant threat for HIV infection since, in one study, 18 % of migrants in the region were HIV-infected (International Organization for Migration - IOM, 2015a). In general, HIV prevalence is higher among mobile populations than the general population (United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014). According to population statistics of local immigration offices, only 30 % of the de facto population are registered as local residents; the rest are migrants from other townships (Township immigration office, 2017). IOM data show that only one-fourth of the total HIV tested population were identified as migrants (IOM, 2013). This means that the majority of migrants are lagging in access to HIV testing although they may be at elevated risk of infection (Inkochasan et al., 2015). Therefore, it is important to know why there is a gap in VCT coverage for migrants compared to the mainstream population.

In this study, the objective is to explore the socio-economic and socio-cognitive factors of the 'Protective Motivation Theory' in determining acceptance of VCT among migrants along the economic corridor in Myawaddy Township, on the Thai-Myanmar border. The findings should be useful for local authorities to strengthen HIV control and prevention by promoting VCT and by addressing migrant-specific issues. Moreover, the findings can be generalized to countries where migrants are living and working along the border area.

Research Methodology

Study design, study area and study population

The study is a community-based cross-sectional study among the migrants aged 18-49 years in an urban area of Myawaddy Township, Myanmar. According to the 2014 Union Report of the Population and Housing Census of Myanmar, there were 59,174 males and 57,261 females living in the urban area of the township, which is the most densely populated township in Kayin State (Ministry of Immigration and Population, 2015). It was estimated that 8,140 adult migrants are living in the urban area of this township (Township immigration office, 2017). While HIV prevalence among other high risk



populations, e.g., men who have sex with men and sex workers, is 18.8%, HIV prevalence among the migrant population was 22.5% in that area in 2013 (IOM, 2013).

Inclusion criteria for participants in the study

- 1) Aged 18 to 49 years.
- 2) Residents of Myawaddy Township who have lived there for less than five years continuously (Inbound migrants).
- 3) Residents of Myawaddy Township who have lived there for more than five years continuously or who was born there but has moved (or commuted) out of the township for a minimum of three months in the past two years (Outbound migrants).

Sample size estimation

The sample size was calculated by using a formula for estimating proportion by assuming as 5% margin of error (d) and 95% confidence interval (CI). The proportion of migrants who used a condom during sexual intercourse with a female sex worker in the past year (p) was set at 33% in reference to a previous study in that area (Maw, 2010). With total estimated adult migrant population (N), the required sample size is 326. Finally, the sample size was increased to 358 to account for 10% probable non-response.

Data collection procedure

Under the urban area of the township, there are ten migrant clusters which were defined by using a map showing places where migrants are concentrated (Inkochasan et al., 2015). A two-stage cluster sampling method was applied to collect the required sample. In the first stage of sampling, six out of ten migrant clusters were selected by using simple random sampling. In the second stage, households from these six clusters were selected using simple random sampling. The total number of migrants in these six clusters is estimated to be 11,670. Nearly ten percent of households from each cluster was selected randomly and one representative from each household who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study was selected.

This study was conducted during August, 2016 to April, 2017. Data collection was conducted between third week of March, 2017 and the first week of April, 2017. Two research assistants who had previous experience with field data collection were trained to understand the meaning of questions, how to obtain informed consent and how to keep confidentiality of the information they gathered. Completeness and accuracy of data were checked by the principal investigator daily.

Instrument

The instrument is an interviewer-administered questionnaire which was developed by review of related studies with sound reliability results. The instrument has seven parts containing information about migration status (3 questions), socio-demographic characteristics (6 questions), knowledge of HIV /AIDS (24 questions), social cognitive factors for HIV/AIDS (43 questions), cues to preventive action (5 questions), assessment of substance use (5 questions) and HIV testing history in last 12 months (1 question). Knowledge level was separated into low and high levels by dividing those above and below 80% correct response. Every construct of Protective Motivation Theory was classified according to a 3-point Likert scale: agree, uncertain and disagree. The research instrument was first developed in English and then translated into Burmese. Regarding the reliability of the questions on HIV knowledge and perception, Kuder-Richardson 20 (KR-20) for knowledge related questions and Cronbach's alpha for perception related questions were 0.759 and 0.81 respectively.



Statistical analysis

Data collected from the study area were verified before data entry, and then computerized using Epidata software version 3. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software version 21 was used for data analysis. Descriptive statistics include frequency tables with number and percentage. For inferential statistics, crude odds ratio (COR) with 95% confident intervals (CIs) was calculated to test significance of association between independent variables and the outcome variable. Multivariate logistic regression was used to identify factors influencing VCT by controlling possible confounding factors. The adjusted odds ratios (Adj. OR) with 95% confidence interval are presented.

Ethical considerations

Ethical issues about this study were reviewed and approved by the Office of the Committee for Research Ethics, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University Institutional Review Board (COA. No. 2017/053.0803). Before each interview, the objectives of this study and importance of voluntary participation were explained to all participants. After that, oral informed consent was obtained from each participant to ensure that participation was strictly voluntary.

Results

Socio-demographic characteristics of migrants

Table 1 shows the socio-demographic characteristics of the respondents. Among all participants, 77.4%, were male and 22.6% were female. Since the main reason for migration into this area was economic instability, most of the inbound migrants were male and working as manual laborers. Fully 94 participants (26.3%) were between the ages of 18 and 24, 42.5 % were between 25 and 35 years and 31.3% were between 36 and 49 years, with mean age of 31 years. A majority, 255 (71.2%) of participants were married and their wives accompanied them. The rest, 28.8 % of participants, were never married or ever married but were separated, widowed or divorced. While 152 participants (42.6%) were illiterate or had primary school level of education, 57.4% had middle school or above education. Most of the migrants (306, 85.5%) had current employment. Only 52 participants (14.5%) were jobless. Regarding monthly individual income, 220 (62.1%) migrants had monthly income above 150,000 Myanmar Kyat (\geq 150 USD). The rest (37.9%) earned below 150,000 MMK (< 150 USD).

Knowledge and perceptions about HIV

Regarding general knowledge about HIV, 334 (93.3%) of respondents knew that HIV is a contagious disease, but 252 (70.4%) answered that there is a vaccine for HIV. Moreover, 197 (55%) and 258 (72.1%) migrants believed (incorrectly) that HIV is transmitted through coughing/sneezing and mosquito bites, respectively. Two-thirds of respondents had correct knowledge about preventive methods for HIV infection in answering five questions. When overall HIV knowledge level was evaluated, 191 (53.4%) and 167 (46.6%) migrants had low and high level of knowledge regarding HIV, respectively.

When perception about severity of HIV infection was assessed, 193 (53.9 %) respondents had a high level of self-efficacy to practice VCT. According to Protective Motivation Theory, threat and coping appraisals were formed to assess for associations with VCT. While half of the participants had a high level of coping appraisal, over half had a high level of high threat appraisal.

Cues to HIV preventive actions

Among 358 participants, 238 (66.5%) had received information about HIV/AIDS in the last 12 months. Regarding receiving condoms for HIV prevention, 78 (21.8%) said “Yes” (i.e., they had) during the last 12 months. While 118 (33%) had attended a health education session within the past 12 months, 40.4 % (144) of participants were aware about HIV treatment centers in the study area.



Assessments of substance use

Among 358 participants, while 208 (58.1%) participants had history of alcohol drinking in last three months, 12 (3.4%) participants had a history of narcotic drug use within the last 12 months. When asked about history of substance use before having sex within the past 12 months, 92 (25.8%) participants said they had used drugs before sex.

Table 1: Socio-demographic Factors, Knowledge and Perception of HIV/AIDS, Cues to Preventive Actions, and Assessment of Substance Use among Migrants at Myawaddy Township, Myanmar, 2017.

Variables	n	%
Socio-Demographic characteristics		
Sex		
Male	277	77.4
Female	81	22.6
Age (Mean=31.4, SD=3.51)		
18-24 years	94	26.3
25-35 years	152	42.5
36-49 years	112	31.3
Education		
Illiterate or primary school	152	42.6
Above primary school	205	57.4
Current employment		
Unemployment	52	14.5
Employment	306	85.5
Marital status		
Single/separated/divorced/widowed	103	28.8
Married, living together	255	71.2
Individual current monthly income (MMK)		
< 15,000	134	37.9
≥ 15,000	220	62.1

Substance use		
Alcohol Drinking (last 3 months)		
Yes	208	58.1
No	150	41.9
Narcotic drug use (last 12 months)		
Yes	12	3.4
No	345	96.4
Use any substance before having		
Yes	92	25.8
No	265	74.2

Variables	n	%
Knowledge about HIV		
Level of Knowledge about HIV		
Low	191	53.4
High	167	46.6
Level of social cognitive factors		
Threat appraisal		
Low	169	47.2
High	189	52.8
Coping appraisal		
Low	179	50.0
High	179	50.0
Self-efficacy		
Low	165	46.1
High	193	53.9

Cues to HIV preventive actions		
Receiving HIV information		
Yes	238	66.5
No	120	33.5
Receiving condoms		
Yes	78	21.8
No	279	78.2
Receiving health education		
Yes	118	33.0
No	240	67.0
Receiving HIV treatment information		
Yes	144	40.4
No	212	59.6



Voluntary Counseling and Testing (VCT) among migrants

Regarding VCT, 143 (39.9%) out of 358 participants had undergone VCT at least one time in their life. Among them, 70 participants (49%) had history of VCT within the last 12 months, and 61 participants (88.4%) knew HIV serostatus. Among 70 participants who had VCT within the last 12 months, 30 participants (43%) said that curiosity about their HIV status was the main reason for undergoing VCT. Among the participants who had no VCT within the last 12 months, being too busy with daily tasks, not knowing places where VCT is available and belief in themselves about HIV infection were the main reasons for not going for HIV testing.

Overall level of knowledge about HIV/AIDS, self-efficacy, threat appraisal, coping appraisal, protective motivation level, having had health information about HIV/AIDS and exposure to health education sessions within the last 12 months were associated with VCT in last 12 months in the univariate analysis where the p value is less than 0.05 (i.e., 95% confidence interval).

In multivariate analysis, migrants with a high level of knowledge about HIV/AIDS were 2 times more likely to have VCT (AOR = 2.04, 95% CI: 1.27-3.27, p-value = 0.003). Having a high level of self-efficacy to undertake VCT was also a predictive factor (AOR = 1.85, 95% CI: 1.15-2.98, p-value = 0.012). Moreover, those migrants who attended health education sessions about HIV/AIDS in the last 12 months (AOR = 3.29, 95% CI: 1.99-5.46, p-value <0.001) and migrants who had a history of receiving health information through media within the last 12 months (AOR = 1.76, 95% CI: 1.02-3.01, p-value = 0.041) were 3 times and 2 times more likely to contact the VCT service, respectively.

Table 2: Factors Associated with HIV Testing among Migrants

FACTORS	COR	95%CI	P-value	AOR	95%CI	P-value
High Knowledge level HIV (Ref: low)	2.50	1.62-3.85	<0.001	2.04	1.27-3.27	0.003
Level of social cognitive factors						
High Self-efficacy (Ref :low)	2.25	1.45-3.48	<0.001	1.85	1.15-2.98	0.012
High Threat Appraisal (Ref :low)	1.56	1.02-2.40	0.04			
High Coping Appraisal (Ref :low)	1.80	1.17-2.76	0.007			
High Protection Motivation (Ref :low)	1.70	1.11-2.61	0.016			
Cues to HIV preventive actions						
Received HIV information by media (Ref :no)	2.71	1.67-4.41	<0.001	1.76	1.02-3.01	0.041
Attended health education about HIV (Ref :no)	4.17	2.62-6.64	<0.001	3.29	1.99-5.46	<0.001

Discussion:

In this study, it was found that economic need is the main reason for migration because 305 (85.2%) migrated to seek job opportunities. However, approximately half of the participants are below middle school level of education and manual labor is common.

In this study, 70 (19.6%) out of 358 participants reported that they had VCT in the last 12 months. This finding is consistent with the HIV testing percentage among Myanmar migrants in Thailand (Ford & Holomyong, 2016) and in the study area (Inkochasan et al., 2015). The lower rate of HIV testing was common among participants when compared to other studies among migrants from Ethiopia and China (Abdissa, Lemu, & Nigussie, 2014; Wang, Li, Stanton, Liu, & Jiang, 2013; Zhao et al., 2015). It is rather lower than these studies because of many migration-related factors like fear, disclosure problem,



lack of health knowledge, lack of information about HIV and AIDS, lack of health care service accessibility and unfamiliarity with the local context (Inkochasan et al., 2015).

In this study, HIV knowledge level, self-efficacy, attending a health education session within the last 12 months and experience of receiving health information through media within the last 12 months were associated with VCT within last 12 months among migrants. Migrants who had a high level of knowledge about HIV were 2 times more likely to undertake VCT than migrants who had low levels of knowledge. This finding is supported by studies among migrants in Ethiopia (Leta, Sandøy, & Fylkesnes, 2012) and Thailand (Ford & Holumyong, 2016) because a higher level of knowledge about HIV is related to utilization of VCT. This study shows that migrants with high self-efficacy to perform HIV preventive actions are nearly 2 times more likely to have VCT than those with a low level. This finding is consistent with findings from studies among Ethiopian (Abdissa et al., 2014) and Chinese migrants (Ye et al., 2012). In this study, there was no differences for receiving VCT service between inbound and outbound type of migrants.

This study found that there is an association between attending health education sessions about HIV within the last 12 months and VCT among migrants. A previous study about VCT among migrant workers in China found that uptake of VCT is lower among migrants because of low awareness about HIV/AIDS and VCT (Ma et al., 2013). For this reason, exposure to health related information in the last 12 months was also found as influencing VCT attendance in this study.

Limitations of the study

The sample population was living in a society where people are culturally sensitive to morality and sexual issues. Thus, there might be a social desirability bias in response to some questions. In order to reduce this limitation, well trained interviewers were used and confidentiality was assured. As the study used a cross-sectional design, which limits ability to fully explain the process of behavior change which is dynamic process.

Conclusions and Recommendations:

In the era of SDGs, economic and infrastructure development in a community is often accompanied with other undesirable side-effects on underprivileged and vulnerable populations, like migrants. These study findings can show that provision of health education sessions will promote self-efficacy of migrants to promote uptake of VCT among migrants who are living in cross-border areas. As migrants were regarded as a vulnerable population for HIV and AIDS in the new National Strategic Plan (2016-2020) for HIV and AIDS in Myanmar. The Myanmar HIV/AIDS program should implement prevention programs through community-based outreach approach which is the simplest and cheapest intervention at the primary health care level. In addition, further qualitative study is necessary to identify other possible factors at the population level in order to be better understand about HIV infection in every single step of migration flow.

Acknowledgements

The author greatly acknowledge to the participants in this study. I also thank to my colleagues from the International Organization for Migration (IOM), Myawaddy Township for their tireless and vigorous efforts during my data collection. I am grateful to the financial support from ASEAN institute for Health Development.

References:

- Abdissa, H. G., Lemu, Y. K., & Nigussie, D. T. (2014). HIV preventive behavior and associated factors among mining workers in Sali traditional gold mining site bench maji zone, Southwest Ethiopia: a cross sectional study. *BMC public health*, 14(1), 1003. doi:10.1186/1471-2458-14-1003



- Ford, K., & Holmyong, C. (2016). HIV Testing and Cross Border Migrant Vulnerability: Social Integration and Legal/Economic Status Among Cross Border Migrant Workers in Thailand. *AIDS Behav*, 20(4), 919-927. doi:10.1007/s10461-015-1255-z
- Inkochasan, M., Tun, K. M., Duigan, P., Blomquist, P. B., Calderon, J., & Aung, M. Y. (2015). HIV Vulnerability and Service Availability in Mobility Settings of Myawaddy and Kawkareik In I. O. f. Migration (Series Ed.) (pp. 156). Retrieved from <http://publications.iom.int/books/hiv-vulnerability-and-service-availability-mobility-settings-myawaddy-and-kawkareik>
- IOM. (2013). Community based HIV- prevention, diagnosis, treatment and care and support in mobility impacted communities In IOM (Ed.), (pp. 1-3). Myawaddy Township: IOM.
- IOM. (2015a). 10 years of IOM in Myanmar (2005-2014) (pp. 1-28). Retrieved from <https://www.iom.int/countries/myanmar>
- IOM. (2015b). World migration report 2015 IOM (Ed.) Retrieved from <http://www.iom.int/world-migration-report-2015>
- Township immigration office. (2017, 11.1.2017). [Migrant population in Urban area of Myawaddy].
- Leta, T. H., Sandøy, I. F., & Fylkesnes, K. (2012). Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 12(1), 438. doi:10.1186/1471-2458-12-438
- Ma, W., Ye, S., Xiao, Y., Jin, C., Li, Y., Zhao, L., Detels, R. (2013). Rapid operation assessment of voluntary HIV counselling and testing services in three cities in China, 2009. *Public Health*, 127(12), 1074-1081. doi:10.1016/j.puhe.2013.09.002
- Maw, T. (2010). Determinants of HIV risk behaviors among migrant population in Myawaddy Township, Myanmar (M.P.H. (Public Health International)), Mahidol University, Bangkok.
- Ministry of Health and sport. (2016a). Myanmar Demographic and Health survey 2015-16. Retrieved from Nay Pyi Taw, Myanmar: <http://www.moh.gov.mm/>
- Ministry of Health and sport. (2016b). National Strategic Plan on HIV and AIDS, Myanmar (2016-2020) (pp. 1-128). Retrieved from <http://www.aidsdatahub.org/national-strategic-plan-hiv-and-aids-myanmar-2016-2020-ministry-health-and-sports-myanmar-2017>
- Ministry of Immigration and Population. (2015). 2014 Population and Housing Census of Myanmar, Union report (1/2014). Retrieved from Nay Pyi Taw: http://www.dop.gov.mm/moip/index.php?route=product/product&product_id=140
- Stone, S., Strutt, A., & Hertel, T. W. (2010). Assessing socioeconomic impacts of transport infrastructure projects in the Greater Mekong Subregion Vol. ADBI Working Paper 234. (pp. 1-4). Retrieved from <http://www.adbi.org/working-paper/2010/08/03/3976.socioeconomic.transport.infrastructure.mekong/>
- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). The gap report 2014 UNAIDS (Ed.) (pp. 16). Retrieved from <http://www.aidsdatahub.org/Gap-Report-2014-UNAIDS>
- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2016). HIV prevention gap report 2016 UNAIDS (Ed.) (pp. 286). Retrieved from <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., Liu, Y., & Jiang, S. (2013). Socio-demographic and behavioral correlates for HIV and syphilis infections among migrant men who have sex with men in Beijing, China. *AIDS care*, 25(2), 251-254. doi:10.1080/09540121.2012.701714
- World Health Organization. (2016, June 12 .2016). Global Health Observatory (GHO) data Retrieved from <http://www.who.int/gho/hiv/en/>
- Ye, X., Shang, M., Shen, T., Pei, B., Jiang, X., & Cai, Y. (2012). Social, psychological, and environmental-structural factors determine consistent condom use among rural-to-urban migrant female sex workers in Shanghai China. *BMC public health*, 12(1), 4-8. doi:10.1186/1471-2458-12-599



Zhao, Y., Zhang, L., Zhang, H., Xia, D., Pan, S. W., Yue, H., . . . Shao, Y. (2015). HIV testing and preventive services accessibility among men who have sex with men at high risk of HIV infection in Beijing, China. *Medicine (Baltimore)*, 94(6), 5-6. doi:10.1136/bmjopen-2015-010388



กลุ่มการพัฒนาบริการระบบสุขภาพ



ต้นทุนคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนอง จังหวัดนครศรีธรรมราช

*ชุตินา สารพงษ์¹ ศศิธร ธนะภพ² อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว³

*นักศึกษาลัทธิศาสตร์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, รพ.สต.บ้านสี่แยก ต.ทุ่งสง อ.หนอง จ.นครศรีธรรมราช¹

สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์² สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์³

*chu.sara.thesis@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและเปรียบเทียบต้นทุนของคลินิกบริการโรคเรื้อรังแบบการให้บริการทุกสัปดาห์และการให้บริการแบบรายเดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอหนอง จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ให้บริการคลินิกโรคเรื้อรังที่ให้บริการรักษาในช่วง 10 เดือน เก็บข้อมูลทั้งแบบย้อนหลังและ ณ จุดเวลา โดยใช้แบบบันทึกต้นทุน การบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูลโปรแกรมระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน และการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า มีต้นทุนด้านผู้รับบริการแบบรายสัปดาห์เท่ากับ 390.91 บาทต่อครั้ง และแบบรายเดือนเท่ากับ 601.10 บาทต่อครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นต้นทุนทางอ้อม รองลงมาคือ ต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ ส่วนต้นทุนด้านผู้ให้บริการแบบรายสัปดาห์เท่ากับ 529.50 บาทต่อครั้ง และแบบรายเดือนเท่ากับ 646.15 บาทต่อครั้ง เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบต้นทุน พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ คือ ค่าวัสดุ รองลงมาคือ ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าลงทุน โดยสัดส่วนของผู้ให้บริการแบบรายสัปดาห์คิดเป็น 65.07 : 30.31 : 4.62 ส่วนแบบรายเดือนคิดเป็น 54.52 : 28.46 : 17.02 จะเห็นได้ว่าการให้บริการแบบรายสัปดาห์มีต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่ำกว่าการให้บริการแบบรายเดือน จึงควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อพิจารณาทางเลือกการจัดบริการที่ก่อให้เกิดความประหยัดต่อขนาดในระยะยาว

คำสำคัญ:

ต้นทุน โรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แหล่งทุน/Source of research funding

ทุนอุดหนุนโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

EC No.

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 027/2559 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2559



บทนำ

สถานการณ์โรคเรื้อรังคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ.2552-2556 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานคิดเป็นอัตรา 648.04, 678.03, 698.92, 786.54 และ 813.94 ตามลำดับ ส่วนโรคความดันโลหิตสูง 1119.10, 1166.26, 1265.28, 1442.55 และ 1494.21 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2557) จากรายงานสถิติสุขภาพเครือข่ายบริการสุขภาพนาบอน ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 พบว่า อัตราการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ คิดเป็นร้อยละ 9.02, 8.14 และ 5.14 ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 6.15, 5.30 และ 4.20 ตามลำดับ (โรงพยาบาลนาบอน, 2558) ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้จากโรงพยาบาลแม่ข่ายไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการจัดบริการโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องเข้าใจลักษณะการดำเนินโรคซึ่งเป็นไปอย่างช้าๆ และมีระยะเวลาในการเป็นนาน ต้องการการดูแลต่อเนื่อง มีความซับซ้อนหลายมิติทั้งทางกาย จิต และสังคม เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ต้องการการดูแลตนเองที่เหมาะสม การควบคุมโรคจึงขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และการจัดระบบบริการ จึงนำแนวคิดการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับทรัพยากรและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

อย่างไรก็ตามการจัดบริการโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพนาบอนมีปัญหาในการเข้าถึงบริการจากการเดินทางไปรับบริการ ข้อยกีดกันด้านโครงสร้างอัตราค่าลงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งมีบุคลากรสาธารณสุขเพียง 2-3 คน ในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ จึงทำให้เกิดรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกบริการโรคเรื้อรัง ของ รพ.สต.ใน อ.นาบอน 2 รูปแบบ คือ ระบบการให้บริการแบบรายสัปดาห์ (ทุกวันพุธ) และแบบรายเดือน (พุธที่ 1 หรือ 2 หรือ 3 ของเดือน) ผู้วิจัยพบว่า การให้บริการแบบรายเดือน มีจำนวนผู้ป่วย 246 ราย ให้บริการใน 3 สถานบริการ ส่วนแบบรายสัปดาห์มีจำนวนผู้ป่วย 166 ราย ให้บริการใน 2 สถานบริการ (โรงพยาบาลนาบอน, 2558) เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มความครอบคลุม การเข้าถึงบริการสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (อ้างในระเบียบ ขุนภักดี และ อริญญา สุขช่วย, 2557) ได้ระบุว่าการจัดการบริการสุขภาพต้องตระหนักถึงการดำเนินด้านการเงินและการคลัง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพต้องมีการวิเคราะห์ถึงการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ดังนั้นหน่วยงานที่มีค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพสูงควรใช้วิธีการทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพมาวิเคราะห์การใช้ทรัพยากรสุขภาพ สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้หน่วยบริการต้องมีการเสริมสร้างประสิทธิภาพในการบริหารการเงินการคลัง จัดวางระบบการควบคุมภายใน เรียนรู้การบริหารแบบธุรกิจเอกชน (business plan) และต้องพัฒนาการจัดทำต้นทุนกิจกรรมต่อหน่วย (unit cost) ให้เกิดขึ้นในหน่วยงาน เนื่องจากพบว่าบางหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ดังนั้นการจัดบริการโดยเฉพาะในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ได้คุณภาพการบริการตามมาตรฐาน ผู้ที่ทำหน้าที่ในการจัดการรายป่วยควรคำนึงถึงการจัดการทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการจัดการ จึงเป็นกรอบแนวคิดที่นำสู่การปฏิบัติเพื่อให้กิจกรรมหรือโครงการนั้น ๆ บรรลุเป้าหมายได้ โดยในเมืองต้นสามารถหาแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานว่ามีความคุ้มค่าหรือไม่ โดยการวิเคราะห์ต้นทุนการดำเนินงานกิจกรรมหรือโครงการ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ของต้นทุนคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาบอน ที่มีรูปแบบการจัดบริการที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลต้นทุนการให้บริการย้อนหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประเมินต้นทุนของคลินิกบริการโรคเรื้อรังใน รพ.สต. โดยเปรียบเทียบแบบการให้บริการรายสัปดาห์และการให้บริการแบบรายเดือนเพื่อให้ได้ข้อมูลการเงินการคลังที่สามารถนำมาวางแผนการจัดบริการอย่างคุ้มค่าต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลต้นทุนแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) ในช่วงเวลา 10 เดือน (1 มิถุนายน 2558 – 31 มีนาคม 2559) และทำการศึกษาระบบภาคตัดขวาง ณ จุดเวลา (Cross – sectional Study) ในการกำหนดการจัดสรรต้นทุนเชิงกิจกรรม วิเคราะห์ต้นทุนด้านผู้ให้บริการ โดยมีประชากร ได้แก่ รพ.สต. จำนวน 5 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึก

ต้นทุน ประกอบด้วย แบบบันทึกค่าวัสดุค่าแรง ค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ และแบบบันทึกสัดส่วนเวลาการทำงาน ข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล รวบรวมจากฐานข้อมูลโปรแกรม JHCIS ต้นทุนด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกบริการโรคเรื้อรัง ณ รพ.สต. ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษานี้จำนวน 412 คน และทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาต้นทุนในการมารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 80 คน (การให้บริการแบบรายสัปดาห์ 40 คน และการให้บริการแบบรายเดือน 40 คน) เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ชนิด ต่อหน้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังและ/หรือญาติ ประกอบด้วย ข้อมูลการเดินทางของผู้รับบริการ ข้อมูลการสูญเสียโอกาสด้านรายได้ในการ ประกอบอาชีพของผู้ป่วยและญาติในการมารับบริการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่นำมาวิเคราะห์ต้นทุนด้านผู้รับบริการ จำนวน 80 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.35 ปี และระยะเวลาเฉลี่ยการรับบริการที่ รพ.สต. 4.18 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศ ชาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบราย สัปดาห์และแบบรายเดือน อำเภอหนองบัว จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2559 (n=80)

กลุ่มตัวอย่าง	แบบรายสัปดาห์	แบบรายเดือน	รวม
ผู้ตอบแบบสอบถาม			
ผู้ป่วย	34 (85.00)	39 (97.50)	73 (91.20)
ญาติ	6 (15.00)	1 (2.50)	7 (8.80)
ข้อมูลการเจ็บป่วย			
โรคเบาหวาน	7 (17.50)	6 (15.00)	13 (16.20)
โรคความดันโลหิตสูง	27 (67.50)	29 (72.50)	56 (70.00)
เป็นทั้งสองโรค	6 (15.00)	5 (12.50)	11 (13.80)
ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 6.35 ปี		ต่ำสุด 1 ปี	สูงสุด 15 ปี
ระยะเวลาการรับบริการ 4.18 ปี		ต่ำสุด 1 ปี	สูงสุด 14 ปี
เพศ			
หญิง	28 (70.00)	25 (62.50)	53 (66.20)
ชาย	12 (30.00)	15 (37.50)	27 (33.80)

2. ต้นทุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง ต้นทุนด้านผู้รับบริการแบบรายสัปดาห์เท่ากับ 390.91 บาทต่อครั้ง และแบบรายเดือนเท่ากับ 601.10 บาทต่อครั้ง โดยส่วนใหญ่เป็นต้นทุนทางอ้อม ประกอบด้วย ค่าการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและญาติ รองลงมา คือ ต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ ประกอบด้วยค่าเดินทาง ค่าอาหาร และอื่นๆ ของผู้ป่วยและญาติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ต้นทุนเฉลี่ยของผู้รับบริการคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบรายสัปดาห์และแบบรายเดือน อำเภอหนองบัว จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2559 (n=80)



รายการต้นทุน	ต้นทุนเฉลี่ย (บาทต่อครั้ง) (ร้อยละ)	
	แบบรายสัปดาห์	แบบรายเดือน
ต้นทุนที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์	25.91 (6.63)	25.03 (4.16)
ต้นทุนทางอ้อม	365.00 (93.37)	576.07 (95.84)
ต้นทุนรวม	390.91 (100.00)	601.10 (100.00)

3. ต้นทุนด้านผู้ให้บริการแบบรายสัปดาห์เท่ากับ 529.50 บาทต่อครั้ง และแบบรายเดือนเท่ากับ 646.15 บาทต่อครั้ง เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบต้นทุน พบว่าต้นทุนส่วนใหญ่ คือ ค่าวัสดุ รองลงมาคือ ต้นทุนค่าแรงและต้นทุนค่าลงทุน โดยมีสัดส่วนตามองค์ประกอบต้นทุนของผู้ให้บริการแบบรายสัปดาห์คิดเป็น 65.07 : 30.31 : 4.62 ส่วนแบบรายเดือนคิดเป็น 54.52 : 28.46 : 17.02 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ต้นทุนเฉลี่ยคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบรายสัปดาห์และแบบรายเดือน จำแนกตามองค์ประกอบต้นทุน อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2559 จำแนกตามองค์ประกอบต้นทุน (N=412)

ต้นทุนจำแนกตาม องค์ประกอบ	ต้นทุนรวม (%)		ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้ง	
	รายสัปดาห์	รายเดือน	รายสัปดาห์	รายเดือน
ต้นทุนค่าแรง	183,140.59 (30.31)	276,213.34 (28.46)	160.51	183.90
ต้นทุนค่าลงทุน	27,915.00 (4.62)	165,168.80 (17.02)	24.47	109.97
ต้นทุนค่าวัสดุ	393,108.50 (65.07)	529,134.81 (54.52)	344.53	352.29
ต้นทุนรวม	604,164.09 (100.00)	970,516.95 (100.00)	529.50	646.15

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ต้นทุนคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ نابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยของผู้ให้บริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในช่วงระยะ 10 เดือนที่ทำการศึกษา พบว่า ต้นทุนแบบรายเดือน 646.15 บาทต่อครั้ง ซึ่งสูงกว่าต้นทุนแบบรายสัปดาห์ 529.50 บาทต่อครั้ง โดยต้นทุนด้านผู้ให้บริการทั้ง 2 รูปแบบส่วนใหญ่เป็นต้นทุนทางอ้อมจากการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยและญาติ

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุและมีสถานภาพคู่ สอดคล้องกับวิน เตชะเคหะกิจ (2556) ซึ่งเป็นงานวิจัยต้นทุนที่โรงพยาบาล อย่างไรก็ตามต้นทุนหรือทรัพยากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลมีโครงสร้างที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดค่าเดินทางของผู้ป่วยและต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์ของผู้ดูแล ประกอบด้วย แผนกที่ผู้ป่วยเข้ารักษา เพศ และภูมิฐานะของผู้ป่วย ด้านต้นทุนผู้ให้บริการสอดคล้องกับสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2555) ที่สรุปว่า การวิเคราะห์ต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการให้บริการในสถานพยาบาลมีความแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะในระหว่างระดับโรงพยาบาล เนื่องจากขึ้นอยู่กับบริบทของโรงพยาบาล จำนวนทรัพยากร จำนวนผู้ให้บริการและพฤติกรรมกรรมการรักษาซึ่งมีความแตกต่างกันไป

ต้นทุนรวมของผู้ให้บริการด้านการแพทย์ตามรายการต้นทุน พบว่า การให้บริการทั้ง 2 รูปแบบมีสัดส่วนต้นทุนค่าวัสดุมากที่สุด รองลงมาคือ ต้นทุนค่าแรงและค่าลงทุน ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนของการให้บริการแบบรายสัปดาห์ 65:30:5 ส่วนการให้บริการแบบรายเดือนคิดเป็นสัดส่วน 55:28:17 ซึ่งสอดคล้องกับโสภานพรณ จิรนริตติยและ สงกรานต์ ตีร์น (2559) ศึกษาต้นทุนการจัดบริการอาชีวอนามัยในคลินิกสุขภาพเกษตรกร ใน รพ.สต.ของจังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดนครปฐม จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัด



ประจวบคีรีขันธ์ จำนวนรวม 11 แห่ง พบว่า ต้นทุนค่าวัสดุมีค่ามากที่สุด รองลงมาคือ ต้นทุนค่าแรงและค่าลงทุน ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วน 66:49:1 โดยที่รูปแบบการจัดบริการใน รพ.สต. มีความคล้ายคลึงกันที่มีการจัดบริการแบบต่อเนื่อง จัดบริการในรูปแบบคลินิก และมีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองรวมทั้งค่ายาที่มีมีราคาแพง สำหรับค่าครุภัณฑ์ส่วนใหญ่หมดอายุการใช้งานและผู้วิจัยไม่คิดค่าเสื่อมราคาส่งปลุกสร้างและที่ดิน เนื่องจากเป็นต้นทุนคงที่ จึงทำให้ต้นทุนส่วนนี้ต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น แตกต่างกับตำรงค์ สีระสูงเนิน และ ประเสริฐ เก็มประโคน (2558) ศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2555 จำนวน 7 แห่ง พบว่า ต้นทุนโดยรวมของทุก รพ.สต. มีค่าเฉลี่ยต้นทุน ค่าแรงมากที่สุด รองลงมาคือค่าวัสดุ และค่าลงทุน คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ 64 : 31 : 5 เนื่องจากการศึกษาต้นทุนดังกล่าวศึกษาต้นทุนรวมทุกกิจกรรมการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งแตกต่างจากการศึกษารั้งนี้ อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมโรคเบาหวาน มีต้นทุนมากที่สุด รองลงมาคือโรคเกี่ยวกับความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อน และโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ตามลำดับ

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ต้นทุนที่มีราคาสูง ได้แก่ ต้นทุนผันแปรค่าวัสดุ รองลงมาคือค่าแรง ต้นทุนเฉลี่ยต่อครั้งการจัดบริการแบบรายเดือนสูงแบบรายสัปดาห์ในทุกองค์ประกอบ รวมทั้งในมุมมองของผู้รับบริการ ผลการวิเคราะห์ต้นทุนที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกบริการโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นๆ และที่สำคัญผู้บริหารเครือข่ายบริการปฐมภูมิควรใช้ฐานข้อมูลสารสนเทศบริการสุขภาพร่วมกับข้อมูลต้นทุนเชิงบริหารประกอบในการตัดสินใจเปรียบเทียบการจัดการงานคลินิกบริการโรคเรื้อรังได้โดยหลักฐานเชิงประจักษ์จากการปฏิบัติงาน และเพื่อพิจารณาทางเลือกการจัดบริการที่ก่อให้เกิดความประหยัดต่อขนาดในระยะยาว และควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านผลลัพธ์บริการเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในการจัดบริการที่สะท้อนทั้งในมุมมองประสิทธิผลและประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาบอน สาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาบอน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง/References

1. ตำรงค์ สีระสูงเนิน และ ประเสริฐ เก็มประโคน. (2558). การศึกษาต้นทุนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2558. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(2), 296-304.
2. ระเบียบ ชุนภักดี และ อรัญญา สุขช่วย. การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 220 โรงพยาบาลหาดใหญ่. สืบค้นจาก <http://nursehatyai.com/index.php/2015-12-26-15-38-32/thesis/category/3-thesis>
3. โรงพยาบาลนาบอน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก. (2558). ประเมินตนเอง เพื่อพัฒนา Clinic NCD. ใน *เอกสารประกอบการับประเมิน Clinic NCD คุณภาพ*, น. 1-27) นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลนาบอน.
4. วิน เตชะเคหะกิจ. (2556). ต้นทุนทางตรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 7(2), 235-240.
5. โสภภาพรรณ จิรนิติติศัย และ สงกรานต์ ตีรินทร์. (2559). รายงานการวิจัย เรื่อง ต้นทุนการจัดบริการอาชีวอนามัยในคลินิกสุขภาพเกษตรกร. ราชบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี.



วัฒนธรรมองค์กรปลอดภัยในโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

*พรศิริ ไพทอง¹ ศศิธร ธนะภพ² พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ³

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, โรงพยาบาลท่าโรงช้าง ต.ท่าโรงช้าง อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี¹
สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์² สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์³

*zombie_wow@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัฒนธรรมองค์กรปลอดภัยมีความสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาองค์กรคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการดำเนินงานตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลเกาะสมุยได้ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมองค์กร การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และวัฒนธรรมองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลเกาะสมุย โดยการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากรได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลเกาะสมุย จำนวน 201 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.55 อายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 49.25 ประสบการณ์ทำงาน 1 - 5 ปี ร้อยละ 49.25 และทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน 1 - 5 ปี ร้อยละ 56.22 การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับยอมรับได้ ($\mu = 72.64$) พฤติกรรมองค์กรโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 88.24$) โดยค่านิยม ($\mu = 23.80$) และทัศนคติ ($\mu = 23.18$) อยู่ในระดับมาก การรับรู้ ($\mu = 21.29$) และแรงจูงใจ ($\mu = 19.97$) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ โดยสรุป บุคลากรโรงพยาบาลเกาะสมุยมีพฤติกรรมองค์กรที่ดี ทั้งในส่วนของค่านิยมและทัศนคติต่อการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนการมีวัฒนธรรมองค์กรของหน่วยงาน ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลควรนำข้อมูลเชิงวัฒนธรรมองค์กรมาใช้เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีพฤติกรรมที่นำมาซึ่งการพัฒนาตนเองและองค์กรอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับนโยบาย การทำงานอย่างมีส่วนร่วมของสมาชิกเพื่อสร้างเสริมทัศนคติ และการรับรู้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรปลอดภัย ตามเป้าหมายมาตรฐานด้านความปลอดภัยและคุณภาพโรงพยาบาล

คำสำคัญ

วัฒนธรรมองค์กรปลอดภัย พฤติกรรมองค์กร ความปลอดภัยของผู้ป่วย

แหล่งทุน

ใช้ทุนส่วนตัว

EC No.

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ WU-EC-AH-0-111-60 ลงวันที่ 6 พฤศจิกายน 2560

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2560 เน้นการบริการเป็นเลิศโดยสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพและพัฒนาให้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีนโยบายของรัฐมี การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐาน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้มีระบบสุขภาพที่ยั่งยืนโดยให้สถานพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาล ร้อยละ 63 ซึ่งการพัฒนาคุณภาพของการบริการอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยวัฒนธรรมองค์กรเชิงความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ และการยึดถือความปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพมีความปลอดภัย

ความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดความสำคัญของคุณภาพการบริการ และเป็นศาสตร์แห่งการกำจัดความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างที่ได้รับการรักษาพยาบาล (สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว และสมพิศ พรหมเดช, 2557) นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามความปลอดภัยของผู้ป่วยนับเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อวงการแพทย์ทั่วโลก ประเทศไทยถึงแม้มีการพัฒนาในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องแต่ยังคงมีช่องว่างเกี่ยวกับการพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดมาซึ่ง Nieva, V. & Sorra, J. (2003) สรุปว่าองค์กรด้านการดูแลสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของวัฒนธรรมองค์กรเพื่อปรับปรุงให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นการเริ่มต้นด้านความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพต้องอาศัยวัฒนธรรมความปลอดภัย

วัฒนธรรมองค์กรปลอดภัย เป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย และการทำงานที่ปลอดภัยของบุคคลในองค์กรที่มาจากบุคลากรเองมีความคิด ความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปลอดภัย ซึ่งในระบบบริการสุขภาพวัฒนธรรมองค์กรปลอดภัยเป็นเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วยบ่งชี้ถึงการบริหารอย่างมีคุณภาพของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเกาะสมุยผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลภายใต้นโยบายความปลอดภัย รวมทั้งมีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรและมีการกระตุ้นการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาลที่เน้นความปลอดภัยทุกระบบ ซึ่งโรงพยาบาล เกาะสมุยมีศักยภาพเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งดูแลประชากรในเขตพื้นที่อำเภอเกาะสมุย, ประชากรแฝง, แรงงานต่างด้าว และมีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากเกาะพะงัน เกาะเต่า ซึ่งเป็นการจัดการที่มีความหลากหลาย นอกจากนี้ยังเผชิญกับการให้บริการในพื้นที่พิเศษและห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก เกิดการโอนย้ายของบุคลากรบ่อยครั้ง อาจส่งผลให้รูปแบบการดำเนินงานขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องระหว่างทีมการให้บริการ เพราะฉะนั้นการจัดการบริการผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจึงต้องสร้างวัฒนธรรมองค์กรปลอดภัยให้เกิดขึ้นอย่างมีคุณภาพ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมองค์กร การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และวัฒนธรรมองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลเกาะสมุย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บข้อมูลโดยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยตั้งแต่พฤศจิกายน – ธันวาคม 2560 ประชากรได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานบริการผู้ป่วย หรือรับผิดชอบงาน Hospital Accreditation รวมทั้งหน่วยงานสนับสนุนจำนวน 201 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปัจเจกบุคคลพฤติกรรมองค์กรของโรงพยาบาล การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคและโอกาสพัฒนาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-objective Congruence Index: IOC) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.95 และ 1 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคซ์ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 เท่ากับ 0.823 และ 0.776 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะบุคคลของประชากรที่ทำการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 182 คน (ร้อยละ 90.55) มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 49.25) มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี จำนวน 182 คน (ร้อยละ 90.55) ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 129 คน (64.18) มีประสบการณ์ทำงานในช่วงระยะเวลา 1 - 5 ปี จำนวน 99 คน (ร้อยละ 49.25) และมีระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบัน 1 - 5 ปี จำนวน 113 คน (ร้อยละ 56.22) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเกาะสมุยที่ทำงานบริการผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงาน Hospital Accreditation ในโรงพยาบาลเกาะสมุย ปี พ.ศ. 2560 (N=201)

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	19	9.45
หญิง	182	90.55
2. อายุ		
21 - 30 ปี	99	49.25
31 - 40 ปี	42	20.89
41 - 50 ปี	38	18.91
51 - 60 ปี	22	10.95
3. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน		
อนุปริญญา	3	1.49
ปริญญาตรี	182	90.55
ปริญญาโท	16	7.96
4. อาชีพ / ตำแหน่ง		
แพทย์	14	6.96
ทันตแพทย์	8	3.99
เภสัชกร	14	6.96
พยาบาล	129	64.18
นักวิชาการสาธารณสุข	14	6.96
อื่นๆ เช่น แพทย์ทางเลือก นักกายภาพบำบัด	22	10.95
5. ระยะเวลาในการทำงานโรงพยาบาลเกาะสมุย		
1 - 5 ปี	99	49.25
6 - 15 ปี	48	23.88
16 - 25 ปี	31	15.43
มากกว่า 25 ปี	23	11.44
6. ระยะเวลาปฏิบัติงานในฝ่าย/แผนกปัจจุบัน		
1 - 5 ปี	113	56.22
6 - 15 ปี	52	25.87
16 - 25 ปี	26	12.93
มากกว่า 25 ปี	10	4.98



คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวม	201	100.00

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมองค์กรและการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาล พบว่า พฤติกรรมองค์กรภาพรวมของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($\mu = 88.24$) โดยแผนกผู้ป่วยนอกมีคะแนนมากที่สุด ($\mu = 88.70$) รองลงมาได้แก่แผนกผู้ป่วยใน ($\mu = 88.32$) และหน่วยงานสนับสนุน ($\mu = 87.55$) ซึ่งประกอบด้วยศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มงานยุทธศาสตร์บริการงานนโยบายและแผน ห้องปฏิบัติการ และรังสีวิทยาตามลำดับ สำหรับการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับยอมรับได้ ($\mu = 72.64$) เมื่อพิจารณารายแผนก พบว่า แผนกผู้ป่วยนอกเห็นว่าตนเองมีการดำเนินงานในระดับมาก ($\mu = 73.79$) โดยแผนกผู้ป่วยในและหน่วยงานสนับสนุนอยู่ในระดับยอมรับได้เช่นเดียวกัน ($\mu = 72.34$ และ $\mu = 70.32$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมองค์กรและการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล จำแนกตามหน่วยงาน โรงพยาบาลเกาะสมุย ปี พ.ศ. 2560 (N=201)

หน่วยงานที่สังกัด	พฤติกรรมองค์กร		การดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ผู้ป่วยนอก	88.70 (มาก)	0.818	73.79 (มาก)	0.802
ผู้ป่วยใน	88.32 (มาก)	0.797	72.34 (ยอมรับได้)	0.850
หน่วยงานสนับสนุน	87.55 (มาก)	0.757	70.32 (ยอมรับได้)	0.710
โรงพยาบาล	88.24 (มาก)	0.801	72.64 (ยอมรับได้)	0.821

3. วัฒนธรรมองค์กรต่อการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมบุคลากรโรงพยาบาลเกาะสมุยมีวัฒนธรรมองค์กรอยู่ในระดับมาก ($\mu = 22.06$) โดยระดับมากพบทั้งในด้านค่านิยมและทัศนคติ ด้านค่านิยมมีคะแนนมากที่สุด ($\mu = 23.80$) รองลงมาได้แก่ ด้านทัศนคติ ($\mu = 23.18$) สำหรับด้านแรงจูงใจและการรับรู้พบว่ามีอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดพบในด้านแรงจูงใจ ($\mu = 19.97$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 วัฒนธรรมองค์กรต่อการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลเกาะสมุย ปี พ.ศ. 2560 (N=210)

วัฒนธรรมองค์กร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความคิดเห็น
1. ค่านิยม	23.80	0.781	มาก
2. ทัศนคติ	23.18	0.661	มาก
3. แรงจูงใจ	19.97	0.877	ปานกลาง
4. การรับรู้	21.29	0.702	ปานกลาง
รวม	22.06	0.082	มาก



อภิปรายผล

1. วัฒนธรรมองค์กรต่อการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านค่านิยมมีคะแนนมากที่สุดเนื่องจากโรงพยาบาลมีค่านิยมองค์กรเน้นความปลอดภัยระดับสากล บุคลากรทางการแพทย์ทำงานภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ นอกจากนี้ยังมีนโยบายการบริการที่ประทับใจ และการทำงานเป็นทีม ซึ่งการทำงานเป็นทีมทำให้บุคลากรทำงานร่วมกันในลักษณะสหวิชาชีพได้ดีจนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยของหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของพร บุญมี และเฉลิมพรรณณ์ เหมมลอย (2554) ส่วนทัศนคติมีคะแนนรองลงมาแต่อยู่ในระดับมากเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร บุญบำเรอ (2557) โดยทัศนคติระดับมากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานภายในองค์กรทำให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของอารีย์ แก้วทวี (2553) สำหรับการรับรู้ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากนโยบายในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยส่วนใหญ่ถ่ายทอดไปยังระดับผู้บริหารและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล แต่ขาดประสานงานไปยังระดับปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการลงปฏิบัติเกี่ยวกับความปลอดภัยยังน้อยและบุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับระบบความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้การอบรมเพื่อพัฒนาด้านความปลอดภัยยังไม่ครอบคลุมในบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน ในด้านแรงจูงใจพบว่ามีความต่ำสุดแต่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยยังมีน้อย เช่น การประกวดเพื่อมอบรางวัล การส่งเสริมจากหน่วยงานให้ก้าวหน้า โดยแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล หากบุคลากรทางการแพทย์ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านแรงจูงใจอย่างเต็มที่จากรู้สึกพึงพอใจพร้อมปฏิบัติงานเพื่อองค์กรจนเกิดเป็นองค์กรที่มีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ สาธิตา ธาตรีรัตนันท์, พรทิพย์ เกษุรัตนันท์ และ อารยา ประเสริฐชัย (2556) ที่พบว่า การสนับสนุนและส่งเสริมจากองค์กรจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายขององค์กร ดังนั้นทัศนคติ ค่านิยม การรับรู้และแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่พยากรณ์พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน (สุนทร บุญบำเรอ, 2557) ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล และการพัฒนาคุณภาพของการบริการอย่างต่อเนื่องโดยต้องอาศัยวัฒนธรรมองค์กรเชิงความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญ

2. ระดับความคิดเห็นการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล ของบุคลากรโรงพยาบาลเกาะสมุย โดยรวมอยู่ในระดับยอมรับได้สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ ถาวร, พร บุญมี และ เกษร เกตุชู (2557) พบว่าระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลพะเยาโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งในระบบการพัฒนาคุณภาพและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลประเด็นความปลอดภัยมีความสำคัญเป็นอย่างมาก และเป็นเป้าหมายของการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งปัจจัยด้านวัฒนธรรมองค์กรมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล (ณัฐกฤษฏี ธรรมกวินวงศ์, 2559) สำหรับวัฒนธรรมองค์กรของโรงพยาบาลเกาะสมุยด้านแรงจูงใจและการรับรู้ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจมีส่วนทำให้การดำเนินงานด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับยอมรับได้ ซึ่งบุคลากรส่วนใหญ่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในมีภาระงานจำนวนมาก และลักษณะงานมีความหลากหลาย ทั้งยังเป็นโรงพยาบาลทั่วไปมีผู้ป่วยมาใช้บริการจำนวนมาก อาจเกิดอุปสรรคเกี่ยวกับการสื่อสาร รวมทั้งการโยกย้ายของบุคลากรบ่อยครั้งอาจส่งผลต่อการรับรู้และการยอมรับในงานของบุคลากรได้ อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในกลุ่มภารกิจหน่วยงาน และตำแหน่งที่ต่างกัน มีวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยแตกต่างกัน เนื่องจากบริบทและภารกิจของหน่วยงานที่ได้รับผิดชอบแตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของพรรณณิณีม กิละกุลดิกล (2554)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ระดับความคิดเห็นการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับยอมรับได้ พฤติกรรมองค์กรของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก โดยวัฒนธรรมองค์กรในด้านค่านิยมและทัศนคติอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้และแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลาง หน่วยงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลควรนำข้อมูลเชิงวัฒนธรรมองค์กรมาใช้ประกอบการพัฒนาบุคลากรให้มีพฤติกรรมที่นำมาซึ่งการพัฒนาตนเองและองค์กรอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมนโยบาย ออกแบบการทำงานและแผนดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของสมาชิกหน่วยงานเพื่อสร้างเสริมทัศนคติ การรับรู้และจัดกิจกรรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานด้านความปลอดภัยและคุณภาพโรงพยาบาลให้เป็นเป้าหมายขององค์กร ซึ่งจะทำให้บุคลากรมีพฤติกรรมองค์กรเชิงบวกที่คงอยู่อย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรปลอดภัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะสมุย และบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลเกาะสมุยที่ทำงานบริการผู้ป่วย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงาน Hospital Accreditation ในโรงพยาบาลเกาะสมุยที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามจนกระทั่งงานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. ณัฐกฤษฏี ธรรมกวินวงศ์ และศิริวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2559). ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 3. วารสารพุทธชินราชเวชสาร, 33(2), 178 - 198.
2. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี. (2559). นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
3. พร บุญมี และ เฉลิมพรรณ เหมลอย. (2554). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 4(3), 48 – 62.
4. พรรณณนิม กิละกลุติลก, วรางคณา ผลประเสริฐ และพรทิพย์ เกตุรานนท์. (2554). วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
5. สาธกา ชาติรินานนท์, พรทิพย์ เกตุรานนท์ และอารยา ประเสริฐชัย. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช).
6. สายสมร เฉลยกิตติ, พรนภา คำพราว และสมพิศ พรหมเดช. (2557). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 66 – 70 .
7. สุนทร บุญบำเรอ. (2557). พฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 20(2), 82 – 92.
8. อนงค์ ถาวร, พร บุญมี และเกษร เกตุชู. (2557). วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8(2), 6 – 16.
9. อารีย์ แก้วทวี และจรรยา วงศ์กิตติถาวร. (2553). วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร, 28(3), 117 – 125.
10. Nieva, V. & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment a tool for improving patient safety in healthcare organizations. British Medical Journal. 12, 17-23. Retrieved from http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17



Cognitive impairment of METH-dependent patients screened with Mini-Mental State Examination (MMSE) in Thai population.

Sompornthip Sriyaem¹, *Doungjai Buntup¹, Kannika Permpoonputtana², Piyarat Govitrapong³

Addiction Studies Program, ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University Salaya Thailand.¹Occupational Therapy Program, Faculty of Physical Therapy, Mahidol University, Salaya, Thailand.²Research Center for Neuroscience, Institute of Molecular Biosciences, Mahidol University, Salaya, Thailand.³

* doungjai.bun@mahidol.ac.th

Abstract

Methamphetamine (METH) effects on brain and behaviors of its abusers. Chronic METH use can cause cognitive changes, leading to poor judgement and incompetent thinking operation. This research study focuses on the investigation of cognitive function of METH-dependent patients by using Mini-Mental State Examination (MMSE). Two hundred and forty-eight (N=248) patients were randomly recruited from the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT), diagnosed with METH dependence, and screened with MMSE. One hundred and fifty (N=150) healthy controls were also recruited with non-substance use history. Descriptive statistics were used to analyze biographical information, including age, sex, and educational levels. The statistical method for cognitive patterns of METH-dependent patients was performed by using t-test. The value of $p < 0.05$ was considered as statistically significant. Results showed that 10.1% of METH-dependent patients were cognitively impaired as screened with MMSE cutoff score < 22 . Moreover, METH-dependent patients performed poorer on the overall score of MMSE when compared with healthy controls. These results indicated that cognitive impairment occurred in METH dependence users. These may lead to poorer outcome of treatment intervention program.

Keywords

Methamphetamine, Cognitive Impairment, Cognition, MMSE

Source of research funding

Mahidol University



Introduction

Methamphetamine (METH) is a potently addictive type of psycho-stimulating drugs. Prolonged use of METH causes structural brain abnormalities (London, 2008 & Berman, O' Neill, Fears, Bartzokis) and cellular toxicity in the brain resident cells, including neurons and glial cells. METH causes neurotoxicity by increased oxidative stress, mitochondrial dysfunction, DNA damage, and among others, leading to neuronal cell death. These detrimental mechanisms subsequently exert effects on brain function, leading to cognitive impairment. Previous research investigators using neuroimaging techniques showed that there are several alterations in brain activation patterns induced by METH. Studies showed decreased frontal activation associated with impaired decision-making and cognitive control. Impaired attentions and impaired cognitive control were also associated with deficits in cingulate gyrus and insula (London et al., 2005).

Numerous research findings have also shown that chronic METH abusers and abstinent METH users suffer from cognitive decline in several aspects of cognitive functioning. Using various neuropsychological batteries, previous research studies showed that METH-dependent patients had overall cognitive impairments on domains of verbal memory, working memory, attention, psychomotor speed, motor ability, verbal fluency and language, information processing speed, executive function, visuo-constructual abilities, and social cognition (Cadet & Bisagno, 2016). The executive function impairment, such as decision-making, working memory, cognitive flexibility, and response inhibition, was an important factor to accelerate the progression of addiction (Bechara, Damasio, Damasio, & Anderson, 1994). Furthermore, the impulsive behaviors of METH abusers may promote the maintenance of drug-seeking behaviors (Semple, Zians, Grant, & Patterson, 2005).

The Mini-Mental State Examination (MMSE) is a brief psychometric screening instrument with 11-item assessment of cognitive function (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). It has been administered to various inpatient and outpatient medical settings. The MMSE is used to screen patients for cognitive impairment, track changes in cognitive functioning over time, and to assess the outcome of therapeutic agents or treatment intervention programs on changes of cognitive function (Creavin et al., 2016). Its most common use is the screening of dementia and mild cognitive impairment (MCI) in memory clinics for Alzheimer's Disease (AD) (Risacher et al., 2017) and, furthermore, Parkinson's disease (PD). Other application is an initial screening in brain-injured patients (Godefroy et al., 2011; de Guise et al., 2013), psychiatric illnesses (Kanchanatawan et al., 2017) and substance abuse settings (Smith, Horton, Saitz, & Samet, 2006). However, few research studies have been conducted to examine the utility of MMSE among substance-dependent patients. The goal of present study is to investigate the cognitive impairment of Thai METH-dependent patients by using Mini-Mental State Examination (MMSE).

Research Methodology

The experiment was designed to be case-controls study. Formulas and parameters used to calculate sample sizes use large scale study with 0.05 of significant level and 80% power. (Kasiulevicius, V. et al. 2006). Two hundred and forty-eight (N=248) METH-dependent patients were randomly recruited from the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). These patients were diagnosed as METH dependence with DSM-V criteria by the physicians. One hundred and fifty (N=150) healthy controls were also recruited with no history of substance abuse. These subjects were informed with substantial details of research study and provided the consent form. Subsequently, they were screened with Mini-Mental State Examination (MMSE). The test took approximately 10-15 minutes each subject. Other medical and psychiatric illnesses were excluded from this study. The research study was approved by Mahidol University Institutional Review Board (MUIRB) and the ethical committee of Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). The ethical approval number is MU_IRB2014/085.0707.



Statistical analyses were performed using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 18.0. The descriptive statistics were used to analyze demographic characteristics and performance in MMSE scores of two groups. The independent-sample t-test was used to compare cognitive performance of two groups. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results

The subjects were predominantly male (94.4% in METH group and 75.3% in HC group). Females were accounted for only 5.6% among METH group and 24.7% among HC group. The age among METH group was mainly between 18 to 35 years old (89.1%) and over 36 years was 10.9%. The age among HC group was 100% being between 18 to 25 years old. The total mean age among METH group was 27 ± 0.68 , and among HC group was 25 ± 0.45 years.

The educational levels among METH group were predominantly high school or vocational school graduates (65.5%), followed by middle school graduates (22.6%), and elementary school graduates (5.2%). On the contrary, 87.3% healthy control (HC) group finished bachelor's degrees (B.A. or B.S.), and 11.3% of healthy individuals were holding master's degrees (M.A. or M.S.).

Screening cognitive impairment of METH-dependent patients and healthy controls using Mini-Mental State Examination (MMSE-Thai version) (Table 1), 88.9% of METH group obtained a score of 22 or above. On the contrary, 25 METH-dependent patients (10.1%) obtained an MMSE score below 22, indicating cognitive impairment. One hundred and fifty healthy controls (N=150, HC group) were able to obtain score of 22 or greater, indicating normal level of cognitive functioning. Table 1 Percentage of healthy controls (HC) compare with METH-dependent patients, classified as cognitively impaired by using the MMSE.

MMSE

MMSE	HC group N = 150 (%)	METH group N = 248 (%)
Cutoff Scores ≥ 22	150 (100)	223 (88.9)
Cutoff Scores < 22	0 (0)	25 (10.1)
Max	30	30
Min	29	9

When compared between groups, we found that mean MMSE scores was a significant difference of between METH-dependent patients and healthy controls as shown in Figure 1

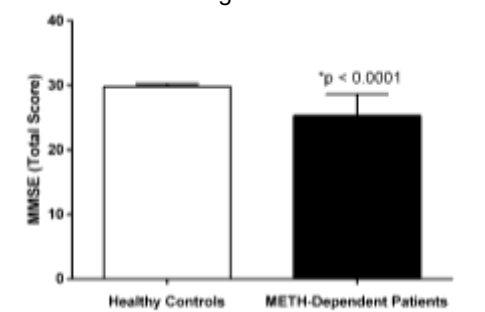




Figure 1 MMSE total score (Mean±SD) between healthy controls and METH-dependent patients using non-parametric t-test ($p < 0.0001$).

Discussions

The present research study showed that chronic METH addiction may lead to cognitive impairment as screened with Mini-Mental State Examination (MMSE). METH dependence exhibits brain abnormalities and neuronal damage. METH exerts its crucial effects on certain brain areas that can lead to cognitive dysfunction (Hart, Marvin, Silver, & Smith, 2012). Numerous research investigators have used various neuropsychological batteries to assess to cognitive function of METH addicts. Furthermore, neuroimaging studies showed the association of different cognitive domains with several brain regions that are affected by METH (Cadet & Bisagno, 2016).

MMSE has long been used in the memory clinics to detect mild cognitive impairment (MCI) and dementia in older adults (Nasreddine et al., 2005). However, little evidence has been shown for the utilization of Mini-Mental State Examination (MMSE) in the settings of substance abuse. The present research study is to apply MMSE in the investigation of cognitive impairment in METH dependence. Compared with healthy controls, METH-dependent patients exhibited significantly poorer cognitive performance in MMSE screening. When applying the cutoff scores to diagnose cognitive impairment, only 25 METH-dependent patients (or approximately 10%) were clinically diagnosed as cognitively impaired. The cutoff score used in the present study was based on previous published research findings on mild cognitive impairment (MCI) and dementia in older adults. Previous research studies applied MMSE and other basic cognitive screening instruments as an initial screening process before the recruitment of patients with substance use disorders (SUDs) into the treatment program. The results showed that patients with better cognitive screening scores tended to perform better in the treatment program with less absence and/or drop out (Smith, Horton, Saitz, & Samet, 2006; Kalapatapu et al., 2011; Copersino et al., 2009; Copersino et al., 2012). Therefore, it is important for clinicians and treatment providers to implement an initial cognitive assessment for METH-dependent patients in evaluation of a suitable and effective treatment intervention program.

Conclusion and Recommendations

The present study examined the application of cognitive screening instruments in substance abuse settings, specifically METH-dependent patients. Comparison of cognitive performance among patients and healthy controls, METH-dependent patients performed significantly poor on MMSE scores. These may lead to poorer outcome of treatment intervention program. Further research, MMSE still needs other more comprehensive neuropsychological batteries to confirm cognitive performance of METH-dependent patients.

References

- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 50, 7–15.
- Berman, S., O'Neill, J., Fears, S., Bartzokis, G., & London, E. D. (2008). Abuse of amphetamines and structural abnormalities in the brain. *Ann N Y Acad Sci.*, 1141, 195-220.
- Cadet, J. L., & Bisagno, V. (2016). Neuropsychological consequences of chronic drug use: relevance to treatment approaches. *Front Psychiatry*, 6, 189.



Creavin, S. T., Wisniewski, S., Noel-Storr, A. H., Trevelyan, C. M., Hampton, T., Rayment, D.,... Cullum, S. (2016). Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 1*. Art. No.: CD011145.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.*, 12(3), 189–198.

Godefroy, O., Fickl, A., Roussel, M., Auribault, C., Bugnicourt, J. M., Lamy, C.,... Petitnicolas, G. (2011). Is the Montreal Cognitive Assessment superior to the Mini-Mental State Examination to detect poststroke cognitive impairment? A study with neuropsychological evaluation. *Stroke*, 42(6), 1712-1716.

Hart, C. L., Marvin, C. B., Silver, R., & Smith, E. E. (2012). Is cognitive functioning impaired in methamphetamine users? A critical review. *Neuropsychopharmacology*, 37(3), 586-608.

Kanchanatawan, B., Hemrungronj, S., Thika, S., Sirivichayakul, S., Ruxrungtham, K., Carvalho, A. F., Maes, M. (2017). Changes in Tryptophan Catabolite (TRYCAT) pathway patterning are associated with mild impairments in declarative memory in schizophrenia and deficits in semantic and episodic memory coupled with increased false memory creation in deficit schizophrenia. *Mol Neurobiol*.

Kasiulevičius, Šapoka, & Filipavičiūtė. (2006). Sample size calculation in epidemiological studies. *GERONTOLOGIJA.*, 7(4), 225-231.

London, E. D., Berman, S. M., Voytek, B., Simon, S. L., Mandelkern, M. A., Monterosso, J., Ling, W. (2005). Cerebral metabolic dysfunction and impaired vigilance in recently abstinent methamphetamine abusers. *Biol Psychiatry*, 58, 770–778.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairments. *J Am Geriatr Soc.*, 53(4), 695-699.

Risacher, S. L., Anderson, W. H., Charil, A., Castelluccio, P. F., Shcherbinin, S., Saykin, A. J., & Schwarz, A.J. (2017). Alzheimer disease brain atrophy subtypes are associated with cognition and rate of decline. *Neurology*, 89(21), 2176-2186.

Semple, S. J., Zians, J., Grant, I., & Patterson, T. L. (2005). Impulsivity and methamphetamine use. *J Substant Abuse Treat*, 29, 85–93.

Smith, K. L., Horton, N. J., Saitz, R., & Samet, J. H. (2006). The use of the mini-mental state examination in recruitment of substance abuse research studies. *Drug Alcohol Depend.* 82(3), 231-237.

Acknowledgements

We received support from the staff, clinical nurses, and laboratory technicians at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT) for subjects and data collection. This research study was supported by Mahidol University Research Grant

รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

A Model of The 3rd Stage of Labour Care in Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital

*ดรรรัตน์ บุญยรัตน์¹ วรณัน จิรเดชพิทักษ์¹ ศศิธร ปาระมีสา¹ พงศ์พิชญ์ บุญญา²

¹งานห้องคลอดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จ.พิษณุโลก²

*lr.1104@gmail.com

บทคัดย่อ

ในระยะที่ 3 ของการคลอด การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดสาเหตุส่วนใหญ่จากการหดตัวของมดลูกไม่ดี ในปัจจุบันใช้วิธีประเมินการเสียเลือดด้วยตาเปล่าซึ่งผลต่ำกว่าความเป็นจริง งานอนามัยแม่และเด็กมีนโยบายใช้ถุงตวงเลือดประเมินการเสียเลือดแม่นยำกว่า จึงได้วิจัยและพัฒนาการใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอดด้วยการเร่งคลอดรก Active management of the third stage of labor (AMTSL) ร่วมกับใช้ถุงตวงเลือด การศึกษาพบว่ามีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ $p < .05$ และการได้เลือดทดแทนน้อยกว่า รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดมี Early warning sign เป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากสาเหตุมดลูกหดตัวไม่ดีใช้เป็นมาตรฐานในทางปฏิบัติทางคลินิกในผู้คลอดระยะที่ 3

คำสำคัญ

รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด ประเมินการเสียเลือด ห้องคลอด

Abstract

At the third stage of labor ,The postpartum hemorrhage (PPH) cause of Uterine Atony and use visual assessment regularly that this evaluated strategy is not accuracy and practical. Therefore the maternal and child committee set the policy to evaluate PPH using plastic film collector bag for the measurement postpartum blood loss. Research and development was model to develop model of the active management of the third stage of labor (AMTSL) and using plastic film collector bag for the measurement postpartum blood loss. For *PPH assessment* and early PPH prevention is [immediately](#). The model of the active management of the third stage of labor (AMTS) and using plastic film collector bag for the measurement postpartum blood loss can evaluate PPH significantly at $p < .05$. The model of the active management of the third stage of labor (AMTSL) is effectiveness model comprised early PPH prevention and early warning signs of PPH assessment. It was recommended to other institutions to apply this standard intervention to prevent and to evaluate an early postpartum hemorrhage among the third stage of labor women.

Key words

The third stage of labor/delivery model, PPH assessment, Labor room

แหล่งทุน / Source of research funding

ไม่มี



บทนำ

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในส่วนแผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพเป็นแผนที่ตอบสนอง เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการดูแลมารดาและทารก พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว กรมอนามัยพบว่าอัตราส่วนการตายมารดาในปี 2558 อยู่ที่ 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน โดยสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะเสี่ยงและมารดาตกเลือดหลังคลอด

จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตากในปีงบประมาณ 2555 - 2559 จำนวน 5 ปีย้อนหลังเท่ากับ 2090, 2094, 2188, 1897, 1842 รายตามลำดับ พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปีงบประมาณ 2555 - 2559 เท่ากับร้อยละ 0.38 , 0.28 , 0.55, 0.63 และ 0.98 ตามลำดับซึ่งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นการประเมินการเสียเลือดในระยะที่ 3ของการคลอดที่ใช้วิธีการคาดคะเนด้วยตาเปล่า บางครั้งพบว่าผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดและต้องได้รับเลือดทดแทนภายหลัง ถึงแม้ว่าอัตราเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดของงานห้องคลอดไม่เกินตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตากที่ตั้งเป้าอัตราเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่าร้อยละ 1 และตัวชี้วัดระดับเขตที่ตั้งเป้าอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดน้อยกว่าร้อยละ 5 นโยบายการพัฒนาบริการสุขภาพ (Service plan) ในสาขาสตรีกรรม ที่จะต้องไม่มีมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด กรมอนามัยจึงมีนโยบายให้ใช้ถุงตวงเลือดเพื่อประเมินการเสียเลือดที่แม่นยำกว่า จึงเป็นความท้าทายในการป้องกันมารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอดสำหรับพยาบาลปฏิบัติและผู้บริหารทางการพยาบาล จึงมีแนวคิดพัฒนาแนวทางการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอดร่วมกับใช้ถุงตวงเลือดแทนการประเมินการเสียเลือดด้วยตาเปล่า เพื่อเป็นการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกที่มีสาเหตุจากมดลูกหดตัวไม่ดีและช่วยให้การวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้น จากปัญหาดังกล่าวจึงได้ศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

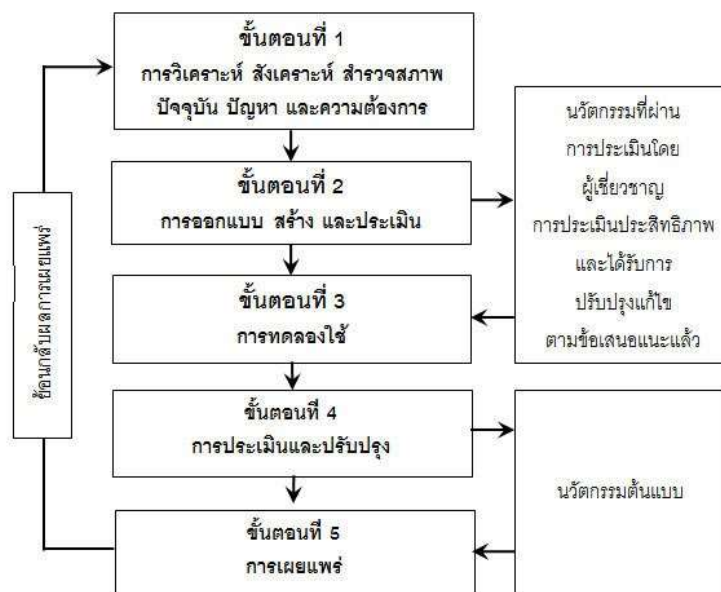
วิธีการวิจัย/ Research methodology

ระเบียบวิธีวิจัยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้และศึกษาผลการใช้ รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด



ศาสตราจารย์ ดร. รัตน์ะ บัวสนธ์ (2556:13-14) ได้เสนอกระบวนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้


เรียบเรียงและจัดทำโดย อ.ดร.พงษ์พิชญ์ บุญญา PH.D.(Research and Development Education)

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกรอบแนวคิดการวิจัย

Input ทฤษฎี/ แนวทาง/นโยบาย	Process องค์ประกอบของรูปแบบดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด งานห้องคลอด รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก	Output ผลของรูปแบบ
<p>1.คู่มือเวชปฏิบัติการคลอด มาตรฐาน (กรมการแพทย์ , 2558)</p> <p>2. แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่องการดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว(แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2558)</p> <p>3.นโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก เขตบริการสุขภาพที่ 2ลดการตายของมารดาห้องคลอดคุณภาพและฝากครรภ์คุณภาพ, 2559)</p> <p>4.ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม Obstetric Crisis ตำราประกอบ ภาพ:An Illustrated (วิทยา ธิฐาพันธ์ , 2559)</p>	<p>1.หลักการ เพื่อใช้เป็นมาตรฐานแนวทางการดูแลระยะที่ 3 ของการคลอด</p> <p>2.วัตถุประสงค์ป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก</p> <p>3.เนื้อหา</p> <p>3.1 การให้ยา Oxytocin</p> <p>3.2 การหนีบสายสะดือ (Cord clamping)</p> <p>3.3 ใช้ถุงตวงเลือด</p> <p>3.4 ทำคลอดรกโดยวิธีcontrolled cord traction</p> <p>3.5 การคลึงมดลูก (Uterine massage)</p> <p>3.6 การประเมินการสูญเสียเลือด</p> <p>3.7 ชนิดของยาที่ใช้กระตุ้นการหดตัวของมดลูก</p> <p>4. กระบวนการใช้การเร่งคลอดรก Active management of the third stage of labor(AMTSL) ร่วมกับการใช้ถุงตวงเลือด</p> <p>5.การวัดและประเมินผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด</p>	<p>1.มาตรฐานการดูแลการคลอดระยะที่ 3 แบบ Active management of the third stage of labor (AMTSL)</p> <p>2.มีการวัดปริมาตรการสูญเสียเลือดที่แท้จริงโดยการใช้ถุงตวงเลือดแทนการคาดคะเนด้วยตาเปล่า</p> <p>3.มีเกณฑ์การวินิจฉัยตกเลือดหลังคลอด ปริมาตรเลือดมากกว่า 500 มิลลิิตร ได้รับการดูแลที่รวดเร็วมากขึ้น (Early management)</p> <p>4.ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแนวทางการให้ยาที่ใช้ในภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี</p>

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1.แบบบันทึกข้อมูลผู้คลอดที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอดตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2560 – วันที่30 พฤศจิกายน 2560 จำนวน 230 คน และศึกษาย้อนหลังผู้คลอดตั้งแต่วันที่ 1ธันวาคม 2559 – วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 จำนวน 230 คน จากแบบบันทึกรายงานการคลอดและโปรแกรมHosXP ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ
- 2.การใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอดที่ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิสูติแพทย์ 5 ท่านที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะ
- 3.คู่มือการใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอดคู่มือการใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด

<p>1.การให้ยา Oxytocin กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยการฉีด Oxytocin 10 unit ที่กล้ามเนื้อต้นขาผู้คลอดและให้ Oxytocin 20 unitผสมในสารละลาย 5%D/N/2 1,000 ml IV drip 60 มิลลิิตร/ชั่วโมงหลังทารกคลอดภายใน 1 นาที เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก(Early PPH)</p>	
--	--

	<p>ภาพแสดง: การให้ยา Oxytocin 10 Unit ฉีดที่กล้ามเนื้อต้นขา มารดาและให้ยา Oxytocin 20 Unitผสมในสารละลายกระตุ่น การหดตัวของมดลูก</p>
<p>2.การหนีบสายสะดือ(Cord clamping) ใช้ Umbilical Cord clamp หนีบสายสะดือแล้วตัดสายสะดือทารกภายใน 1 นาที (กรณีทารกต้องการการช่วยเหลือเร่งด่วนหรือเกิดภาวะขาดออกซิเจนหรือจำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพให้ตัดสายสะดือทันที)</p>	 <p>ภาพแสดง : การหนีบสายสะดือ(Cord clamping)</p>
<p>3.ใช้ถุงตวงเลือดที่มีหน่วยปริมาตรที่ชัดเจนสเกลวัดปริมาตร 50 มิลลิลิตรถึง 2,000 มิลลิลิตรใช้เมื่อเด็กคลอดแล้วก่อนทำการคลอดรกจนกระทั่งเย็บแผลฝีเย็บเสร็จเพื่อเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินการเสียเลือดในระยะที่สามของการคลอดที่คลอดทางช่องคลอด</p>  <p>ภาพแสดง : ถุงตวงเลือด</p>	 <p>ภาพแสดง : การใช้ถุงตวงเลือดภายหลังเด็กคลอด และก่อนทำการคลอดรก เพื่อลดการปนเปื้อนของน้ำคร่ำ และสามารถวัดปริมาตรการเสียเลือดได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด</p>
<p>คู่มือการใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด</p>	
<p>4.ทำคลอดรกโดยวิธีcontrolled cord traction</p> <p>การทำคลอดรกโดยรอให้มดลูกหดตัวอย่างแรงแล้วใช้มือข้างหนึ่งดึงสายสะดือเบาๆขณะที่มืออีกข้างกดที่เหนือกระดูกหัวหน้าผกส่วนล่างของมดลูกที่อยู่บริเวณเหนือกระดูกหัวหน้าขึ้นไปทางศีรษะมารดาพร้อมดึงสายสะดือลงและออกจากช่องคลอดเบาๆถ้ารกไม่เคลื่อนลงทำให้หยุดดึงแล้วรวมมดลูกหดตัว</p> <p>ครั้งต่อไปจึงเริ่มทำคลอดรกใหม่ไปเรื่อยๆจนรกสามารถคลอดออกมาได้</p>	 <p>ภาพแสดง : ทำคลอดรกโดยวิธีcontrolled cord traction</p>
<p>5.การคลึงมดลูก (Uterine massage) หลังรกคลอดวางมือบนยอดมดลูกเพื่อตรวจการหดตัวของมดลูกหากไม่แข็งตัวให้ต้นไล่ก้อนเลือดและใช้มือคลึงยอดมดลูกเบาๆ เพื่อให้มดลูกหดตัวได้ดีและตรวจสอบระดับยอดมดลูก</p>	



6.การประเมินการสูญเสียเลือดดูปริมาณการเสียเลือด (Blood loss)ที่วัดได้จากขีดสเกลของถุง ตวงเลือด			
คู่มือการใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดระยะที่ 3 ของการคลอด			
7.ชนิดของยาที่ใช้ กระตุ้นการหดตัวของมดลูก	ชนิดของยา	ขนาดสำหรับการป้องกัน PPH	ขนาดสำหรับการรักษาPPH
	Oxytocin (Syntocinon)	1. Oxytocin 10 unit IM 2. Oxytocin 2-5 unit IV unit IV ช้าๆนานกว่า1นาที 3.Oxytocin 20 unit ในสารน้ำ 1000 ml. IV drip 60 ml./hr	1. Oxytocin 40 unit in isotonic solutionIV drip 125 ml/min 2. Oxytocin 10 unit IM 3. Oxytocin 2-5 unit IV ช้าๆนานกว่า1นาทีพิจารณา ให้ยาซ้ำได้หลังจาก 20นาที
	Methylergometrin e (Methergine)	0.2 mg. IM or IV	0.2 mg. IM ทุก 2-4 ชม. ไม่เกิน 5 ครั้ง
	Misoprostol (Cytotec)	600 ไมโครกรัม Oral	1.Cytotec 800 ไมโครกรัม อมใต้ลิ้น 2. Cytotec 800-1000 ไมโครกรัมเหน็บทวารหนัก
Sulprostone (Nalador)	ไม่แนะนำให้ใช้เพื่อป้องกัน PPH	500 ไมโครกรัมผสม 0.9% NSS 500 ml. drip 100 -500 ml/hr.(ขนาดยาไม่เกิน 1500 ไมโครกรัม/วัน)	

ผลการวิจัย/ Results

พบว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดมีปริมาณการเสียเลือดน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเมื่อใช้สถิติทดสอบที่แบบไม่อิสระ (t-test dependent) พบว่า p-value 0.048 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < .05$ การเสียเลือด ≥ 300 มิลลิลิตร (Early Warning sign) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเมื่อใช้สถิติทดสอบที่แบบไม่อิสระ (t-test dependent) พบว่า p-value 0.016 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ $p < .05$

กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดมีการเสียเลือด >500 มิลลิลิตรตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage) ค่าเฉลี่ยร้อยละ 2.6 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยร้อยละ 0.8

กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดปริมาณการเสียเลือด 300-500 มิลลิลิตรพบว่าไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีภาวะตกเลือดหลังคลอดต้องได้รับเลือดทดแทน 2 คนคิดเป็นร้อยละ13.33

กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดปริมาณการเสียเลือด 600-900 มิลลิลิตร ได้รับเลือดทดแทนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 25

อภิปรายผล/ Discussions

พบว่าปริมาณการเสียเลือดที่วัดได้มากกว่า 500 มิลลิลิตร ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นผลจากการใช้ถุงตวงเลือดการที่ได้ข้อสรุปเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกใช้เกณฑ์เสียเลือด >500 มิลลิลิตร กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอดคิดเป็นร้อยละ 2.6 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 0.8โดยข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ สุพรรณีย์ คำจันทร์ คืออัตราชุกของภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในกลุ่มประเมินโดยการใช้ถุงรองเลือดเท่ากับร้อยละ 4.9 และในกลุ่มประเมินด้วยสายตาเท่ากับร้อยละ 2.4

พบว่ารูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด มีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ นววรรณ มณีจันทร์ คือผลการวิจัยพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีสัดส่วนการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกมากกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)



สรุปผลและข้อเสนอแนะ/ Conclusion and Recommendations

รูปแบบการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตากสามารถใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้คลอดในระยะที่ 3 ของการคลอด เกณฑ์การวินิจฉัยตกเลือดหลังคลอดปริมาตรเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรจะได้รับการดูแลที่รวดเร็วมากขึ้น (Early management) ช่วยให้การรักษาทันเวลาก่อนที่จะเกิดความรุนแรงดังนั้นควรถูกนำไปใช้ในการดูแลผู้คลอดทางช่องคลอดทุกราย

กิตติกรรมประกาศ/ Acknowledgement

ขอแสดงความขอบคุณ ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา หัวหน้ากลุ่มงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย สุตติแพทย์กลุ่มงานสูติกรรมทุกท่านที่ให้คำแนะนำและเจ้าหน้าที่งานห้องคลอดทุกท่านที่มีส่วนร่วมทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง/References

โณมพิลาศ จงสมชัย.(2553).ภาวะตกเลือดหลังคลอด Postpartum Hemorrhage , PPH.Srinagarind Med J 2010 : 25 (Suppl)10, 151-158.

ชญาณิศวรรี กุณา.(2552).การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

ระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลจอมทอง.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

ณฐนนท์ ศิริมาศ,ปิยรัตน์ โสมศรีแพง, สุพวงค์พรรณ พาดกลาง และ จีรพร จักขุจินดา. (2557).การพัฒนา

ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสกลนคร.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32(2), 37-46.

นววรรณ มณีจันทร์ และ อุบล แจ่มนาม.(2560). ศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทาง

คลินิกเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโรงพยาบาลราชบุรี.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(1), 143-155.

ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและคำรับรองการปฏิบัติราชการกรมอนามัย (2559).กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. สืบค้นจากhttp://psdg.anamai.moph.go.th/download/D_seminar/semnar6_0159/9 Strategy.pdf.

วิทยา ถิฐาพันธ์และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์.(2559).ภาวะวิกฤตทางสูติกรรม Obstetric Crisis : ตำราประกอบภาพ An Illustrated

Texbook.(น.19-32).กรุงเทพฯ : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด กรุงเทพฯ,

ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย,สุชาดา วิภาวกันต์ และ อารี กิ่งเล็ก.(2559).การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการเลือดหลังคลอดระยะแรกใน

ห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ , 3(3),127-141.

วรรณดา ตีมูล.(2557).การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 3 และระยะที่ 4

ของการคลอดโรงพยาบาลคอนสวรรค์ จ.ชัยภูมิ.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง ,มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

สุปราณี ชุนประเสริฐ.(2557).การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อป้องกันการภาวะตกเลือดหลังคลอด วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 (ฉบับ

แทรก).8(1), 235-242.

สุพรรณีย์ คำจันทร์. (2559).อัตราชุกของภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก :เปรียบเทียบระหว่างการประเมินด้วยสายตาแบบเดิมกับ

การใช้ถุงรองเลือด(รายงานผลการวิจัย).สวรรค์ประชากรเวชสาร13(2),13-21.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.(2558).การดูแลและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดรัดตัว RCOG Clinical

Practice GuidelineManagement of Atonic.แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ,113-134.

การพัฒนากระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

Development of a Goal Oriented Care System Management Process in Diabetes Mellitus Patients with Chronic Kidney Disease of Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital.

สุรีย์ญา สัจจาช่วยชัย^{1*}, พงศ์พิษณุ บุญตา²

Sureeya Satjachuaychai^{1*}, Phongpisanu Boonda²

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

¹Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital, Tak Province, ²Sirinhorn College of public Health, Phitsanulok

* suwannasatja@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มุ่งเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร เพื่อชะลอความเสื่อมของไต เป็นการศึกษาและพัฒนา 4 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรผู้ที่มีคุณสมบัติในการเป็นผู้จัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง จำนวน 15 คน ที่สุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดและประเมินทักษะ และสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติการทดสอบ (t-test dependent sample) ผลการวิจัยพบ 1) ทีมสหวิชาชีพมีความรู้แต่ยังขาดทักษะในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง กระบวนการจัดการ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะตัดสินใจ ระยะเตรียมความพร้อม ระยะคัดเลือกโอกาสพัฒนา และ ระยะเตรียมความพร้อมในการนำระบบมาใช้ 2) ผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับดี 3) ผลการทดลองใช้กระบวนการพบ ทีมสหวิชาชีพ สามารถใช้ความรู้และทักษะในการใช้กระบวนการ ภายหลังจากทดลองสูงกว่าเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 4) ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อกระบวนการ ระดับมาก ผู้จัดกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อทีมสหวิชาชีพ ระดับมาก และผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน มีความพึงพอใจต่อผู้จัดกิจกรรม ระดับมาก จึงสรุปได้ว่ากระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังนี้ มีความเหมาะสมและสามารถนำมาใช้ได้ประสบความสำเร็จ กระบวนการที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้กับหน่วยบริการเครือข่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการต่อไป

คำสำคัญ

ระบบการดูแลแบบมุ่งเป้า, ผู้ป่วยเบาหวาน, โรคไตเรื้อรัง

Abstract

The aim of this study was to develop a goal oriented care system management process in diabetes mellitus patients with chronic kidney disease (CKD) of Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. This study just go to eating of CKD to slow down the kidney degeneration was research and development and was conducted in four stages. The samples in this study research were personnel who qualify as target system managers in diabetic patients with CKD (15 persons) by purposive sampling technique from Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. The instruments used for data collection were skill test, and satisfaction questionnaires. Descriptive statistics such as means, standard deviations were computed, and t-test



dependent was used to compare post-test means and criteria. The findings were as follows: 1) multidisciplinary team have the knowledge but also lack of skills to manage care system in diabetes mellitus patients with CKD. The developed goal oriented care system management process in diabetes mellitus patients with CKD consisted of 4 steps; decisive moment, preparation period, development opportunities, and the preparation stage to implement the system. 2) The quality of the process checked by experts was good. 3) The results of the experiment showed that the process following the stage was smooth, multidisciplinary team can use knowledge and the skills to use process and after the intervention was significantly higher than criteria at 0.01. 4) The process is satisfied with the multidisciplinary team and multidisciplinary team is satisfied with organizers were at a high level. Patients have been treated according to standards and high level for organizers satisfaction. It can be confidently concluded that the goal oriented care system management process in diabetes mellitus patients with CKD is suitable and can be applied successfully. The process developed by this work can be applied to other service units to increase the efficiency of the service.

Keywords

Goal Oriented Care System, Diabetes Mellitus Patients, Chronic Kidney Disease

แหล่งทุน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

EC No.

SCPHPL 1/2560 – 26(4) (ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก)

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากรักษาไม่หายขาดและมีค่าใช้จ่ายสูงเมื่อไตเข้าสู่ระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (วีไลวรรณ แสนโฮม, 2557) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคไต (Service Plan) เนื่องจากมีผู้ป่วยไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น สาเหตุจากโรคเบาหวานถึงร้อยละ 40 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 1.9 เท่า (Ongajyooth L, Vareesangthip K, Khonputsa P, Aekplakorn W., 2009) ระยะแรกจะไม่พบอาการผิดปกติร้อยละ 17.5 (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) และทราบว่าเป็นโรคไตเรื้อรังเพียงร้อยละ 1.9 เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะความทุกข์ทรมาน เช่น ภาวะโลหิตจาง บวม ของเสียคั่งในร่างกาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะแรกจะไม่แสดงอาการทำให้ผู้ป่วยละเลยไม่ดูแลตนเอง ทำให้โรคไตเรื้อรังจะทรุดลงอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจการคัดกรองไตในโปรแกรม Hos Xp โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช พบผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังและภาวะค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มขึ้น ปี 2557, 2558, 2559 และปี 2560 ดังนี้ 237 คน (4,954,537 บาท), 431 คน (12,604,582 บาท), 846 คน (18,267,285 บาท) และ 1,040 คน (24,301,071 บาท) รวมภาวะค่าใช้จ่ายในการรักษา 60,127,475 บาท และข้อมูลปี 2561 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 2,475 คน เป็นระยะแรกร้อยละ 85.09 เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1, 2, และ 3 จำนวน 46 คน (ร้อยละ 1.86), 1,121 คน (ร้อยละ 45.29) และ 939 คน (ร้อยละ 37.94) ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการจัดการให้เข้าถึงการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบเพื่อชะลอไตเสื่อม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555) ที่ผ่านมาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ยังไม่มีรูปแบบและระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ต่อเนื่องและชัดเจน

ปี 2548 ผู้วิจัยปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก จึงนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานครบวงจรอย่างต่อเนื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แต่ระยะเวลาของการเป็นเบาหวานและอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วยมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะโรคไตเรื้อรัง (พรธิชา วงษ์ชมพู, นัทธนันชนก เพียรแพทย์, สุพรรณษา กาวีระ, 2559) ซึ่งระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มี



โรคไตเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพด้านบริหารจัดการ ด้านการจัดบริการ และพัฒนาเครื่องมือที่จำเป็นให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ธิดารัตน์ อภิญา, 2559) เพื่อให้องค์กรมีระบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการพัฒนาการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงสนใจจะพัฒนากระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มุ่งเฉพาะการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง เพื่อแก้ปัญหาข้อจำกัดดังกล่าว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและแนวคิดในการพัฒนากระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง ส่วนที่ 1 ประเมินความรู้และทักษะของทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง 15 คน ใช้กิจกรรมการจัดการระบบการดูแลและการสังเกตตามเกณฑ์การประเมิน ส่วนที่ 2 ศึกษาแนวคิดในการพัฒนากระบวนการเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพกระบวนการจัดการ คือ ส่วนที่ 1 การสร้างกระบวนการ โดยนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาร่างกระบวนการจัดการและจัดทำเอกสารประกอบกระบวนการ ได้แก่ คู่มือการใช้กระบวนการ และกระบวนการจัดการ 4 ขั้นตอนของทีมสหวิชาชีพตามรูปแบบที่พัฒนา จำนวน 1 แผน ส่วนที่ 2 ตรวจสอบกระบวนการโดย ทดลองนำร่องเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ และแก้ไขปรับปรุงรูปแบบ คู่มือการใช้รูปแบบ และแผนการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ ตามผลการประเมินและจากข้อเสนอแนะในส่วนที่เป็นปลายเปิดของแบบประเมินที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอ

ขั้นตอนที่ 3 ขันทดลองและศึกษาผลการใช้กระบวนการ เพื่อเปรียบเทียบระดับทักษะหลังการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพและความสามารถในการดำเนินการตามกระบวนการ กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 15 คน แบบกลุ่มเดียว ทดสอบหลังการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ (One group posttest design) เครื่องมือที่ใช้ แผนการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ และแบบประเมินความสามารถในการจัดการกิจกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อเปรียบเทียบระดับ eGFR หลังการใช้โปรแกรมการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 86 คน แบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการรับประทานอาหาร (One group pretest-posttest design) เครื่องมือที่ใช้ แผนโปรแกรมการรับประทานอาหาร ตามกระบวนการตามรูปแบบที่พัฒนา จำนวน 1 แผน และแบบวัดและประเมิน พิจารณาจากระดับความรู้ ดังนี้ 1) ก่อนดำเนินการโปรแกรมการรับประทานอาหาร ประเมินระดับ eGFR 2) ดำเนินโปรแกรมการรับประทานอาหาร ใช้แผนการโปรแกรมการรับประทานอาหาร ตามกระบวนการของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และทำการประเมินในระหว่างดำเนินการ 3) หลังดำเนินการโปรแกรมการรับประทานอาหาร วัดระดับ eGFR แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบความแตกต่าง หลังการใช้โปรแกรมการรับประทานอาหาร แล้วใช้สถิติการทดสอบที่ (t-test dependent sample) จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการบันทึกสภาพการจัดการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพและสร้างข้อสรุป

ตามกระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังตามรูปแบบที่พัฒนา จำนวน 1 แผน และแบบวัดและประเมินการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ โดยดำเนินการดังนี้

1) ดำเนินตามกระบวนการจัดการระบบ โดยใช้แผนการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ จัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพและกิจกรรมการรับประทานอาหาร ตามกระบวนการของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1: ตัดสินใจ ระยะที่ 2: เตรียมความพร้อม ทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระยะที่ 3: คัดเลือกโอกาสพัฒนา ระยะที่ 4: เตรียมความพร้อมในการนำระบบมาใช้ และทำการประเมินในระหว่างจัดการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยบันทึกสภาพการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ ด้วยแบบบันทึกสภาพการจัดการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ

2) หลังดำเนินการจัดการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ กิจกรรมการรับประทานอาหาร ทำการวัดทักษะทีมสหวิชาชีพและความสามารถของทีมสหวิชาชีพ ตามกระบวนการจัดการ โดยใช้แบบประเมินทักษะทีมสหวิชาชีพ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ซึ่งเป็นการทดสอบเชิงปฏิบัติการ โดยมีแบบสังเกตพฤติกรรม แล้วใช้สถิติการทดสอบที่ (t-test dependent sample) และ

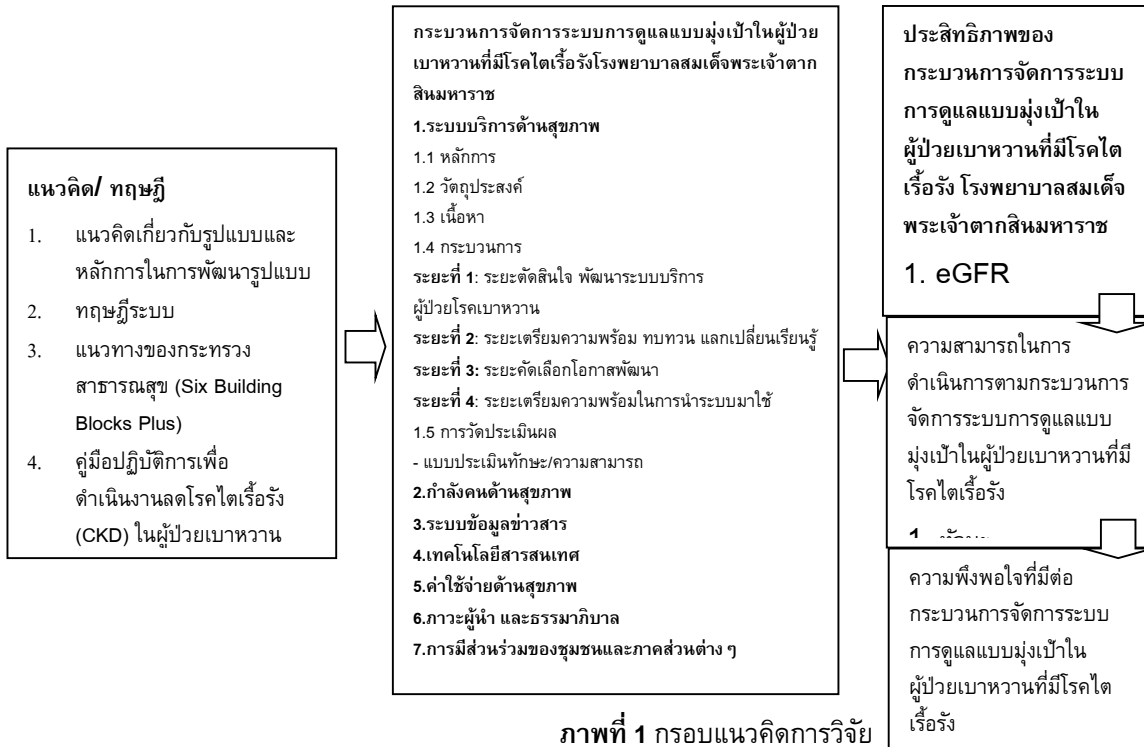


ความสามารถในการดำเนินการตามกระบวนการจัดการ จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการบันทึกสภาพการจัดการพัฒนาทักษะที่มหาวิทยาลัย และผลการทดลองกิจกรรมการรับประทานอาหาร แล้วสร้างข้อสรุป

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินความพึงพอใจที่มีต่อกระบวนการจัดการระบบ ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเป็นการประเมินโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการจัดการระบบ ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง/ กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการทดลองใช้กระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่พัฒนา

1. ความสามารถในการดำเนินการตามกระบวนการจัดการ โดยทีมสหวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้จัดกิจกรรมการรับประทานอาหาร ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยการเปรียบเทียบระดับ eGFR หลังการใช้โปรแกรมการรับประทานอาหาร พบว่า ระดับ eGFR ของกลุ่มผู้ป่วยภายหลังสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสี่ยงของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

(ที่ ระดับนัยสำคัญ .01 มีอย่างน้อย 2 Conditions ที่มีค่าเฉลี่ย eGFR แตกต่างกัน)

2. ผลการเปรียบเทียบทักษะของทีมสหวิชาชีพหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบทักษะของทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาทักษะ ตามกระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชภายหลังการพัฒนาทักษะกับเกณฑ์ แสดงให้เห็นว่าทีมสหวิชาชีพ ที่ได้รับการพัฒนาทักษะ ตามกระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ภายหลังการพัฒนาทักษะกับเกณฑ์ มีระดับทักษะหลังการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ ($\bar{X} = 90.27$) สูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ผลการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบพบว่า ทีมสหวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการจัดการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพตามกระบวนการจัดการระบบ ที่พัฒนาขึ้น ระดับมาก ($\bar{X} = 4.49$) และผู้จัดกิจกรรมการรับประทานอาหาร มีความพึงพอใจต่อ

บทบาทของทีมสหวิชาชีพ ระดับมาก ($\bar{X} = 4.49$) และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้รับการดูแลได้ตามมาตรฐาน มีความพึงพอใจต่อผู้จัดการกิจกรรมการรับประทานอาหาร ระดับมาก ($\bar{X} = 4.45$) เช่นเดียวกัน

อภิปรายผล

1. ความสามารถในการดำเนินการตามกระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยการเปรียบเทียบระดับ eGFR หลังการใช้โปรแกรมการรับประทานอาหาร พบว่า ระดับ eGFR ของกลุ่มผู้ป่วยภายหลังสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ที่ ระดับนัยสำคัญ .01 มีอย่างน้อย 2 Conditions ที่มีค่าเฉลี่ย eGFR แตกต่างกัน) เนื่องจากกระบวนการจัดการระบบให้ผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการรับประทานอาหารแล้วทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังรับรู้เรื่องการรับประทานอาหารได้ถูกต้อง ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น สอดคล้อง จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วิณิชชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง และส่งผลให้ eGFR สูงขึ้น สอดคล้องกับ ชิซาพัทธ์ วงษ์จินดา (2559) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลบางเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทดลองใช้กระบวนการจัดการพัฒนาขึ้น พบว่า ทีมสหวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพ ตามกระบวนการจัดการระบบนี้ มีทักษะ แสดงว่า กระบวนการจัดการ ช่วยพัฒนาทีมสหวิชาชีพให้มีระดับทักษะดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เป็นเพราะ กระบวนการจัดการดังกล่าว สร้างขึ้นโดยมีหลักการ แนวคิด และมีการจัดองค์ประกอบของกระบวนการจัดการทั้งหมด อย่างมีระบบสอดคล้องสัมพันธ์กัน ซึ่งทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่ เห็นพ้องกันว่า ทักษะทีมสหวิชาชีพจะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพ บรรลุวัตถุประสงค์ของการได้รับการพัฒนาทักษะเพื่อดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังนั้น ควรจะต้องเป็นการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพที่มีการจัดการระบบที่ดี โดยมีทฤษฎี หลักการ และแนวคิดเป็นพื้นฐานในการจัดกิจกรรม

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการกิจกรรมการรับประทานอาหาร และผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังที่มีต่อกระบวนการจัดการ ระดับมาก อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมตามกระบวนการของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการกิจกรรมการรับประทานอาหาร และผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง ได้รับการกระตุ้น และการเตรียมพร้อมด้านต่างๆ ของกระบวนการจัดการ เป็นการสร้างความสนใจ และสร้างความเชื่อมโยงระหว่างความรู้เดิม กับความรู้ใหม่ ของระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง และการบริการที่ดีขึ้น

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการทดลองใช้กระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น พบว่า ทักษะของทีมสหวิชาชีพ หลังการพัฒนาทักษะทีมสหวิชาชีพสูงกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ความสามารถของทีมสหวิชาชีพ ที่ได้รับการพัฒนาทักษะตามกระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น พบว่า ทีมสหวิชาชีพ สามารถดำเนินการจัดการให้ ผู้จัดการกิจกรรมการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต จัดโปรแกรมการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับ eGFR ที่ติดตามเกณฑ์

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของทีมที่ต่อรูปแบบ ของทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการกิจกรรมการรับประทานอาหารและผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีต่อกระบวนการจัดการ พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. กระบวนการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถนำไปใช้ในการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือกให้บุคลากรสาธารณสุขอีกรูปแบบหนึ่งสามารถนำไปประยุกต์และปรับใช้ได้ตามสภาพและความเหมาะสมของบริบททางการจัดกิจกรรมในหลาย ๆ ด้าน



2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจระหว่างทำการวิจัย จึงขอให้ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาและวิจัยในครั้งต่อไป คือ ควรมีการพัฒนาระบบการจัดการระบบการดูแลแบบมุ่งเป้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรัง ในด้านแบบแผนการวิจัย (Research design) เป็นแบบ two group มี control group ในการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ และทีมงานเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก และหัวหน้ากลุ่มงานวิจัย ตำรา และวิเทศสัมพันธ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ในการสนับสนุนให้งานวิจัยเรื่องนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แนวทางการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- จินตนา หามาลี, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 34(2), 37-86.
- ชิสัพพัชร์ วงษ์จินดา. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลบางเปี้ยว จังหวัดยะเชิงเทรา. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, 1(2), 17-27
- ณิภารัตน์บุญกุล, รุจิรา ดวงสงค์. (2555). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ศรีนครินทร์เวชสาร, 27(4), 66-272.
- ธิดารัตน์ อภิญา. (บรรณาธิการ). (2559). คู่มือปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เบญจมาศ เรืองดิษฐ์. (2559). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 3(3), 2022-204
- ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์และกัณธรรัตน์ บุญช่วยชนาสิทธิ์. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการสร้างเสริม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไตสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคไต โรงพยาบาลรามารชิบดี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 19(2), 55, 156- 168.
- พรธิชา วงษ์ชมพู, นัทธนันชนก เพียรแพทย์, สุพรรณษา กาวีระ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะไตวายในผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลลูกกลางทุ่งและตำบลวังประจบ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ปี 2559. รายงานการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- เพ็ญศรี จิตต์จันทร์. (2554). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล, 26(2), 94
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(4), 2-15.
- วิไลวรรณ แสนโฮม. (2557). กลยุทธ์การจัดการผลลัพธ์และผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. [เว็บไซต์]. สืบค้นจาก http://www.natne.or.th/images/01_Event/20140113_meeting_Surin/banyai/5..pdf.
- ศิริลักษณ์มหาลี. (2559). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอห้วยยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัยพิษณุพนธ์, 11(1), 102
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2555). คู่มือการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนี่ยนอูลตราไวโอเร็ด จำกัด.

- สุนิสา สีมม. (2556). การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย, 6(1), 15
- สมชาย ลีทอง. (2548). การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุรเกียรติ อาชานานุภาพ.(บรรณาธิการ). (2553). การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- โสภณ เมฆธน, สุพัตรา อภิญา. (บรรณาธิการ).(2558). คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 129-134.
- Ong-ajyooth L, Vareesangthip K, Khonputs P, Aekplakorn W. (2009). *Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: a national health survey*. BioMed Centra. 10(35): 1-6.
- Duffy, T., & Cunningham D. (1996). Constructivism: Implications for the design and delivery of instruction. In Jonassen, D. H. (Ed.), *Handbook of Research for Educational Communications and Technology*, New York: Simon and Schuster, 170-198.
- Fetterman, D. M. (1997). *Empowerment Evaluation and Accreditation in Higher Education*. In *Evaluation for the 21 Century: A Handbook*. Editors by Chelimsky, E and Shadish, W.R. Sage Publication, Inc: p.381-396.
- Fetterman, D. M. (2001). *Foundations of Empowerment Evaluation*. California: Sage Publication, Inc. Fetterman, D. M. & Wandersman, A. (2005). *Empowerment Evaluation: Principle in Practice*.st New York: Guilfoed. Secret, M., Jordan, A. & Ford, J. (1999). Empowerment Evaluation. as a Social Work Strategy. *Health and Social Work*, 24(2): 120-127.
- Weil, M. O. (1996). *Community Building: Building Community Practice*. *Social Work*, 41: 481-499. Wandersman, A., Keener, D. C., Snell-Johns, J., Miller, R. L., Flaspohler, P., Livet-Day, M., et al. (2016). *Empowerment Evaluation: Principles and Action*. Retrieved March 3, 2016, from <https://people.ucsc.edu/~ktellez/266Readings/Empowerment%20Evaluation>. PDF
- David M. Fetterman. (2005). *Conceptualizing Empowerment in Terms of Sequential Time and Social Space*. in: *Empowerment Evaluation Principles in Practice*. New York: The Guilford Press.
- Marvin C. Alkin. (2004). *Evaluation Root: Tracing Theorists' Views and Influences*. California: Sage Publications, Inc.
- Scriven, M. (1997). *Empowerment Evaluation Examined*. *Evaluation Practice*. 18 (2): 165- 175.
- Stufflebeam, D.L. (1994). *Empowerment Evaluation, Objectivist Evaluation, and Evaluation Standard: Where the Future of Evaluation Should Not Go and Where It Need to Go*. *Evaluation Practice*. 15 (3): 321-338.



ประสิทธิภาพของรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วย
เครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

**Efficiency of a Controlling Intradialytic Hypertension Model in Patients with End-Stage Renal Disease of
Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital**

*กาญจนา เพิ่มพูล¹, พงศ์พิชญ บัญดา²
*Kanjana Permpool¹, Phongpisanu Boonda²

*โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก²

*Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital Tak Province¹, Sirinthorn College of public Health Phitsanulok Province²

* Kratae4757@hotmail.com

บทคัดย่อ

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงลดการคั่งของ ของเสีย น้ำ และเกลือแร่ ในร่างกาย แต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดเป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งที่สามารถเกิดขึ้นทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองและภาวะ Left ventricular hypertrophy เป็นเหตุให้เสียชีวิตได้การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือด จำนวน 1 กลุ่ม (16 คน) ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดที่พัฒนาขึ้น แบบบันทึกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบ (t-test dependent sample) ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองความดันโลหิตตัวบนระหว่างฟอกเลือดของกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่ารูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิต ภาวะแทรกซ้อนลดลง ควรทำควบคู่ไปกับการแก้ไขสาเหตุ

คำสำคัญ

ความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือด โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

Hemodialysis is a highly effective treatment that reduces the accumulation of wastes, wastes, and minerals in the body. Complications may occur during hemodialysis and long-term complications, patients with intradialytic hypertension, possible complications are stroke, long-term complications are left ventricular hypertrophy, which results in death. The purpose of this study was to develop the controlling intradialytic hypertension model in patients with end-stage renal disease of Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. This study was research and development and was conducted in 3 stages. Quality of the model checked by expert was good. The sample in this study research were one group of 16 ESRD –HD patient with intradialytic hypertension at Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital. The instruments used to evaluate for controlling intradialytic hypertension model and hemodialysis record. Descriptive statistics, t-test dependent. After intervention intradialytic



hypertension in patients with end-stage renal disease was significantly less than before intervention at 0.05 and The number of instances complication form Intradialytic hypertension was significantly less than before intervention at 0.05 In conclusion, The model of controlling intradialytic hypertension in patients with end-stage renal disease and be control intradialytic hypertension. This Model comprehensive 3 phase Pre-dialysis During- dialysis and Post- dialysis with Rout cause analysis

Keywords

Intradialytic hypertension, End stage renal disease, Hemodialysis

แหล่งทุน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

EC No.

SCPHPL 1/2560-23(4) (ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก)

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-communicable disease ,NCD) พบว่ามีความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่1-5 เท่ากับร้อยละ17.5ของประชากร (Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant ,2010)และที่สำคัญที่สุดคือประชากรส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนมีโรคไตเรื้อรังอยู่ ทำให้การดำเนินโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตากพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกันโดยในปีพ.ศ. 2557-2559มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาจำนวน 489,650และ1,147รายตามลำดับ(สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช,2557-2559)จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตซึ่งประกอบด้วย การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการเปลี่ยนไต จากรายงานผลการลงทะเบียนการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปีพ.ศ. 2555(Thailand Renal Replacement Therapy Registry, 2012:online)พบว่าการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีสัดส่วนมากที่สุดคือร้อยละ81.1ในปีพ.ศ.2550 สำหรับหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก พบว่ามีสถิติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในปีพ.ศ.2557-2559มีจำนวนเพิ่มขึ้น คือ 3,667,4,477และ4,397 ครั้งตามลำดับ(ทะเบียนผู้ป่วยนอกหน่วยไตเทียม,2557-2559)

ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกล่าวคือความดันโลหิตสูงเป็นได้ทั้งสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนของโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90มีความดันโลหิตสูงเมื่อเข้าสู่ระยะที่ต้องทำ Dialysis พบว่าเกิด Left ventricular hypertrophy สูงถึงร้อยละ 75 (Levin A, Singer J, Thompson CR, Ross H & Lewis M,2008) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหากควบคุมความดันโลหิตไม่ได้จะส่งผลให้ไม่สามารถฟอกเลือดได้อย่างเพียงพอและอาจเกิดโรคหลอดเลือดสมองขณะทำการฟอกเลือดเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากสถิติของสมาคม

โรคไตแห่งประเทศไทยพบอุบัติการณ์การเกิดความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดร้อยละ5-15สำหรับหน่วยไตเทียมโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจ.ตากพบว่าในปีพ.ศ. 2559(ทะเบียนผู้ป่วยนอกหน่วยไตเทียม,2559) ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดถึง ร้อยละ 28.69 เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง 1 ราย เป็นเหตุให้เกิดอัตราการตายเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าจะปฏิบัติตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยแล้วก็ตามดังนั้นการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดคือการใช้ยาของผู้ป่วยและเทคนิคการฟอกเลือดประกอบกับการดูแลผู้ป่วยในหน่วยไตเทียมยัง



ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน แนวทางในข้อแนะนำเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.2557 เป็นเพียงแนวทางปฏิบัติที่ไม่เฉพาะเจาะจง

การศึกษานี้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจึงสนใจที่จะทำการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน เพื่อสร้างและตรวจสอบ และทดลองใช้รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้มีประสิทธิภาพและนำไปใช้ได้ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนโดยมีโครงสร้างของการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก โดยศึกษาจากผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือด ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตากแบบบันทึกสรุปรายข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยสัมภาษณ์ทีมแพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย

วิเคราะห์องค์ประกอบและแนวทางการพัฒนารูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากเอกสารตำรา รายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ เอกสารที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ดำเนินการสร้างโดยนำข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 รวมถึงถามผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไตและนักโภชนาการ มากำหนดเป็นแนวทางในการสร้างและยกยกรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก การตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบประเมินรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากนั้น นำไปทดลองใช้ (Tryout) กับผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 8 คนเพื่อตรวจสอบว่ารูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่จัดทำขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เพียงใด ทำการเก็บข้อมูลปัญหาที่พบและแก้ไขปรับปรุงตามผลที่ได้จากการทดลองนำร่องจากข้อเสนอแนะในส่วนที่เป็นปลายเปิดของแบบประเมินที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้จริงกับผู้ป่วยและศึกษาผลการใช้รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

ประชากร เป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำ ที่หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจ.ตาก ทั้งหมด จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดจำนวน 1 กลุ่ม ของหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจ.ตาก ที่สุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มที่สนใจศึกษาโดยมีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) มีความดันโลหิตตัวบนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 10 mmHg เทียบเมื่อก่อนและสิ้นสุดการฟอกเลือดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือด 3) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งละ 4 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 หรือ 3 ครั้ง และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมติดต่อกันมาแล้วเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 4) รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารได้ อ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน 5) ไม่มีประวัติเป็นโรคหัวใจ



ได้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 16 คนจึงทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างนั้นทั้งหมด เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือผู้ที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองระหว่างการดำเนินการวิจัย มีแบบแผนการวิจัยเป็นแบบกลุ่มเดี่ยว ทดสอบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินการใช้รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือด แบบบันทึกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยดำเนินการดังนี้

1) ก่อนดำเนินการวิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่างและผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการทำวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษา เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการแพทย์เวชปฏิบัติกรบำบัดทดแทนไตและมีประสบการณ์การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 4 คน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการอธิบายรายละเอียดคู่มือการใช้รูปแบบ การปฏิบัติตามรูปแบบ การเฝ้าติดตามอาการและบันทึกในแบบบันทึกการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2) ทำการทดลองใช้รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดโดยดำเนินการเป็น 3 ระยะคือระยะก่อนการฟอกเลือด ระยะระหว่างการฟอกเลือดและระยะหลังการฟอกเลือดประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การควบคุมเกลือและน้ำในร่างกายโดยการจัดการตนเอง 2) การเลือกช้ยาลดความดันโลหิตให้เหมาะสม 3) การปรับเทคนิคการฟอกเลือดโดยปรับอุณหภูมิ รูปแบบการดึงน้ำและความเข้มข้นของน้ำยาตามรูปแบบที่พัฒนา 4) การเพิ่มเวลาในการฟอกเลือด 5) การบริหารยา ESA 6) การปรับลดน้ำหนักหลังฟอกเลือดทั้ง 3 ระยะ ทำการทดลองและเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย บอกลักษณะการทดลองและดำเนินการทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test dependent sample) และสรุป

ผลการวิจัย

1. ด้านกลุ่มตัวอย่าง มีอายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 85 ปี อายุเฉลี่ย 61.94 ปี (SD=20.5) มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 93.8 และโรคเบาหวานเป็นโรคร่วมร้อยละ 37.5 ได้รับยาลดความดันโลหิตในกลุ่ม ARB, B-blocker และ CCB คิดเป็นร้อยละ 68.8, 43.8 และ 81.3 ตามลำดับ ไม่ได้รับยา ESA คิดเป็นร้อยละ 6.3 ได้รับยา ESA 4,000 U/wks คิดเป็นร้อยละ 258,000 U/wks คิดเป็นร้อยละ 56.3 12,000 U/wks คิดเป็นร้อยละ 12.5 ได้บริหารยาทาง venous ระยะเวลาในการฟอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.3 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเกิน 1 kgs/days จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 81.25

2. ผลการทดลองใช้และศึกษาผลการใช้รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=16)

คะแนนทักษะการจัดการตนเอง	Mean	SD	t	df	p
ก่อนการทดลอง	25.31	4.97	-10.01*	15	.000
หลังการทดลอง	36.38	1.78			

*p<.05

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการตนเองหลังการทดลองมากกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกของตัวอย่างในระยะก่อนและหลังการทดลอง (n=16)

น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกเลือด (กิโลกรัม/วัน)	Mean	SD	t	df	p
ก่อนการทดลอง	1.49	.53	5.78*	15	.000
หลังการทดลอง	1.09	.37			

*p<.05

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตารางที่3การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n=16)

ระยะของการฟอกเลือดทั้ง3ระยะ (Pre-dialysis During dialysis Post-dialysis)	Mean	SD	t	df	p
Pre-dialysis ก่อนการทดลอง	27.43	14.88	-2.80*	15	.013
Pre-dialysis หลังการทดลอง	37.50	11.04			
During dialysis ก่อนการทดลอง	23.05	13.22	-10.24*	15	.000
During dialysis หลังการทดลอง	52.56	8.79			
Post-dialysis ก่อนการทดลอง	30.69	15.17	-3.67*	15	.002
Post-dialysis หลังการทดลอง	50.20	16.05			

*p<.05

กลุ่มตัวอย่างมีประสิทธิภาพการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดหลังการทดลองทั้ง3ระยะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

ตารางที่4การผลเปรียบเทียบจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง(n=16)

ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ระหว่างฟอกเลือด	Mean	SD	t	df	p
ก่อนการทดลอง	5	1.59	14.38*	15	.000
หลังการทดลอง	.88	.88			

*p<.05

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

อภิปรายผล

หลังการใช้รูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการตนเองหลังการทดลองมากกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 การประเมินน้ำหนักตัวที่มาในวันฟอกไม่เกิน1kgs/day ค่าเฉลี่ยน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างวันฟอกหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 น้ำหนักลดลงเฉลี่ย0.4 kgsซึ่งสอดคล้องกับBarnett et al. ที่พบว่าทำให้ความรู้และให้แรงเสริมตนเองแก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในการควบคุมการรับประทานอาหาร น้ำดื่มอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นระหว่างการฟอกเลือดลดลง

การปรับเทคนิคการฟอกเลือด การตั้งDialysate Temperatureที่อุณหภูมิกายของผู้ป่วยทำให้อุณหภูมิกายเพิ่มขึ้น0.5-1 องศาเซลเซียสทำให้หลอดเลือดขยายส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องExploration of a reasonable dialysate temperature setting in Hemodialysis for Patients with Hypertension(Lin-Fang Xu, Chun-Lei Wu,2016)ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตั้งDialysate Temperatureเท่ากับอุณหภูมิกายหรืออุณหภูมิกาย-0.5องศาเซลเซียสส่งผลให้ความดันโลหิตลดลงและสามารถควบคุมความดันโลหิตได้คงที่ ลดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยทนต่อการฟอกเลือดได้ดี การใช้Dialysate sodium 138-135mEq/l(KDOQI Guideline,2012)การใช้ Dialysate calcium 2.5mEq/lโดยการใช้ Low calcium Dialysate (2.5mEq/l)จะมีการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการใช้ High calcium Dialysate (3.5mEq/l)และพบว่าการลดลงของระดับความดันโลหิต(ข้อแนะนำการปฏิบัติการล้างไตโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม,2555,pp15) และได้มีการติดตามผลserum sodium serum calciumก่อนและ



หลังการทดลองพบว่าserum sodiumหลังการทดลองลดลงเฉลี่ย1mEq/l serum calciumไม่มีความแตกต่างประสิทธิภาพในการกำจัดของเสียออกจากร่างกายไม่แตกต่างกัน แต่ยังพบอาการปวดมีนั้รยะอยู่ การบริหารยาESAปรับตามระดับHemoglobinและHematocritเปลี่ยนroutที่ให้ยาจากveinเป็นsubcutaneousทุกรายทำให้ลดการกระตุ้นEndothelium-1ลดการหดตัวของหลอดเลือด(Matt Sparks & Gearoid McMahon,2011:online)และได้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับHemoglobinพบว่าไม่มีความแตกต่าง ทำความคุ้นเคยไปผลจากการใช้รูปแบบทั้ง6ขั้นตอนพบว่าสามารถลดความดันโลหิตระหว่างฟอกเลือดได้ แต่ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงภาวะโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็น ภาวะโรคหัวใจ อายุและปัจจัยทางคลินิกอื่น ๆ อีกด้วย(KDOQI guideline for CV disease in dialysis patient AJKD,2005)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลไตเทียมสามารถนำรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดเพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฟอกเลือดครบเวลา ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนระยะยาว ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรมีการค้นหาสาเหตุและปัจจัยด้านอื่น ๆ ของการเกิดความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดแก่ที่สาเหตุพร้อมปฏิบัติควบคู่ไปกับรูปแบบการควบคุมความดันโลหิตสูงระหว่างฟอกเลือดในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์จรัส วิวัฒน์คุณูปการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช คณะแพทย์และทีมพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทุกท่านและขอบคุณ อ.ดร.พงศ์พิชญ์ บุญญา ที่ช่วยเสนอแนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ชัชวาล วงศ์สารี.(2558).บทบาทพยาบาลไตเทียมกับการป้องกันและการจัดการภาวะน้ำเกินของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.วารสารเกื้อการุณย์,22(2),30-39
- ทิตินา แคมณี.(2555).บัณฑิตศึกษาในศตวรรษที่21:การปรับหลักสูตรและการสอน.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการของราชบัณฑิตยสถานร่วมกับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ.(2558).การรักษาความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรัง.วารสารกรมการแพทย์,40(5),36-47.
- พงศธร คชเสนี,ขจร ตีระธนากุล,ทวี ชาญชัยจรูจิรา,ธนันดา ตระการวนิช,ทวีพงษ์ ปาจารย์และเกรียงศักดิ์ วารีแสงทิพย์.(บรรณาธิการ).(2557).Essentials in Hemodialysis.กรุงเทพฯ:เท็กซ์ แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น
- พรรณนุปลา ชูวิเชียร.(2551).Renal failure and indication for dialysis. ใน ประเสริฐ ธนกิจจารุและสุพัฒน์ วานิชย์การ(บรรณาธิการ),การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล(หน้า1-14).กรุงเทพฯ:กรุงเทพฯเวชสาร.
- วลี กิตติรักษ์ปัญญา,นิภาวรรณ สามารถกิจและเขมาชาติ มาสิงบุญ.(2556).ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับการจัดการทางคลินิกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นและภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.วารสารสภาการพยาบาล,28(2),109-122.
- วาโร เฟิงสวัสดิ์.(2553).การวิจัยพัฒนารูปแบบ.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร,2(4),1-15
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.(2557).ข้อแนะนำเวชปฏิบัติการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.(พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เดือนตุลา
- สารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.(2557-2559).สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช:โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก.
- สารสนเทศหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.(2557-2559).ทะเบียนผู้ป่วยนอกหน่วยไตเทียม:



- โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก.
อารีย์ เสนีย์.(2557).โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.วารสารพยาบาลทหารบก,15(2),129-134.
- Ingsathit A et al.,(2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population.Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant ,25 , 1567-1575.
- Jula K. Inrig.(2010).Intradialytic Hypertension:A Less-Recognized Cardiovascular Complication of Hemodialysis.HHS Public Access,55(3),580-589.Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2830363/>
- Lin-Fang Xu.,Chun-Lei Wu.,Hong-Mei Sun.,&Tong-Qiang Liu(2016).Exploration of a reasonable dialysate temperature setting in hemodialysis for patients with hypertension.Chinese Nursing Research,3(3). 133-136.Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2095771816300810>
- Matthew J.Oliver,Lloyd J.Edwards&David N.Churchill.(2001).Impact of Sodium and Ultrafiltration Profiling on Hemodialysis-Related Symptoms.Journal of the American Society of Nephrology,12(1),151-156. Retrieved from <http://jasn.asnjournals.org/content/12/1/151.long>
- NKF.K/DOQI clinical practice guidelines for cardiovascular disease in dialysis patients. Am J Kidney Dis 2005; 45(4 Suppl 3):S1-153.Retrieved from [http://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(05\)00092-2/fulltext](http://www.ajkd.org/article/S0272-6386(05)00092-2/fulltext)

เทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
Colostrum Stimulation Technique on Postpartum Mothers in SomdejphrajaotaksinMaharaj Hospital

*นพวรรณ เงินแยม¹, พงศ์พิชญ์ บุญตา²
*Noppawan Ngernyaem¹, Phongpisanu Boonda²

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก²
*Somdejphrajaotaksin Maharaj Hospital Tak Province¹, Sirinthorn College of public Health Phitsanulok Provinc²

noppawan_kik@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 2 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสถานการณ์ 2) การสร้างและตรวจสอบโดยการศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้นำร่องจากกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเหมือนกลุ่มทดลองจริง จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ เทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลือง สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (X) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดมีน้ำนมเหลืองให้ทารกครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดร้อยละ 40 และมารดาหลังคลอดบุตรทุกคนรู้สึกสบายไม่เจ็บปวดเต้านมขณะกระตุ้นน้ำนมร้อยละ 100

คำสำคัญ

การกระตุ้นน้ำนม น้ำนมเหลือง มารดาหลังคลอด หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

Abstract

The aim of this study was to develop a technique for stimulating postpartum lactating mothers treated at the infant hospital of SomdejphrajaotaksinMaharaj Hospital, Tak Province. Research and Development: 2 The process consists of 1) studying the situation; 2) creating and examining by studying the relevant research papers; The pilot trial from a sample of postpartum maternal child was treated at a hospital as an infant crisis experimental group of 10 was used in the study. Techniques for postnatal breast milk delivery in SomdejphrajaotaksinMaharaj Hospital. Descriptive statistics such as means, standard deviations were computed. The results of this study were as follows: the mother after delivery of milk yellow to the first baby within 24 hours after birth 40% and postpartum mothers feel comfortable, painless, breast-feeding while breast-feeding 100%.

Keywords

Milk Stimulation Technique Colostrum Postpartum Mothers Neonatal Intensive Care Unit

แหล่งทุน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

EC No. SCPHPL 1/2560-28(4) (ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก)



บทนำ

น้ำนมเหลือง (Colostrum) ถูกผลิตขึ้นได้ตั้งแต่ตอนตั้งครรภ์และในช่วงวันแรกๆ หลังคลอด มีสีเหลืองถึงสีส้ม ชื่น และเหนียว มีปริมาณไขมันต่ำและเต็มไปด้วยภูมิคุ้มกัน เช่น IgA แลคโตเฟอริน เซลล์เม็ดเลือดขาว โปรตีนต่างๆ ที่ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ประหนึ่งวัคซีนจากธรรมชาติที่ปกป้องลูกจากความเจ็บป่วยยาวนานจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2558-2559 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 23.1 ซึ่งเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ที่ได้ตั้งเป้าหมายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนร้อยละ 50 เพราะยังมีแม่ที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มหนึ่งที่สำคัญ คือ แม่ที่มีลูกป่วย (สาระจากการประชุมวิชาการนานาชาติ Breastfeeding Sick Babies, 2556) สถิติปี 2557-2559 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีจำนวนทารกป่วย จำนวน 599 คน, 971 คน และ 937 คนตามลำดับ ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกป่วย ที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) ทำให้ต้องแยกจากมารดา มารดาหลังคลอดช่วยเหลือตนเองยังไม่สะดวก มีอาการเจ็บแผลผ่าตัด มาเยี่ยมบุตรได้ช้า ทำให้ไม่เกิดกลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมจึงไม่มีน้ำนมให้ทารก ประกอบกับการดูแลในหอทารกแรกเกิดวิกฤติ ยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของน้ำนมแม่ จึงสนใจที่จะทำการวิจัยและพัฒนาเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยคำถามงานวิจัยคือ เทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นอย่างไร วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ สร้างตรวจสอบคุณภาพ และผลการใช้น้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และนำไปใช้เป็นแนวทางการกระตุ้นน้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดบุตรที่ได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก ต่อไป

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง/กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองต่อมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ดังนี้

1. Lactogenesis คือ กระบวนการสร้างน้ำนมของมารดา เริ่มจากการสร้างน้ำนมในช่วงตั้งครรภ์ จนถึงเมื่อหลังคลอดนั้นจะมี 3 ช่วง ช่วงที่ 1 เรียกว่า Lactogenesis I น้ำนมแม่เริ่มสร้างตั้งแต่ตั้งครรภ์ประมาณ 16-22 สัปดาห์จนถึงวันแรกหลังคลอด ช่วงที่ 2 เรียกว่า Lactogenesis II เกิดขึ้นหลังคลอดประมาณ 30-40 ชม. หลังจากนั้นน้ำนมจะสร้างได้ต่อเนื่องขึ้นกับการดูดของทารกและการนำน้ำนมออกจากเต้า ช่วงที่ 3 Lactogenesis III เริ่ม 10 วันหลังคลอดเป็นช่วงที่สำคัญมาก เพราะการผลิตน้ำนมของคุณแม่จะไม่ได้ถูกควบคุมด้วยฮอร์โมนเพียงอย่างเดียว แต่น้ำนมจะถูกผลิตอย่างต่อเนื่องก็ต่อเมื่อทารกดูดอย่างสม่ำเสมอ

(<https://eln.theasianparent.com/how-breast-milk-is-produced/>)

2. Milk ejection reflex คือ ขบวนการหลั่งน้ำนม เมื่อลูกดูดนมทำให้ปลายประสาทที่หัวนมและลานหัวนมถูกกระตุ้นส่งกระแสไปยัง hypothalamus กระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลัง (pituitary gland; posterior lobe) ให้มีการสร้างฮอร์โมน oxytocin เข้าสู่กระแสเลือดไปยังเต้านม กระตุ้น myoepithelial cells หดรัดตัวบีบไล่น้ำนมให้ไหลผ่านท่อน้ำนมออกมาเข้าสู่ปากลูก

(http://www.nakhonsihealth.org/hp/images/stories/file_book/MCH/physical.pdf)

3. กลไกในการควบคุมปริมาณน้ำนม (Milk removal) การสร้างน้ำนมทำได้ โดยเพิ่มความเร็วและความถี่ของการ remove น้ำนมออกจากเต้านม (การทำให้นมเกลี้ยงเต้า) ยิ่งทำให้นมเกลี้ยงเต้าเท่าไร ปริมาณน้ำนมที่สร้างก็จะมากขึ้นเท่านั้น เพราะการทำให้นมเกลี้ยงเต้าจะกระตุ้นการสร้างน้ำนม ทรายไต้ที่ยังมี Milk Removal ก็ยังคงมีการสร้างน้ำนมอย่างไม่สิ้นสุด

(<http://www.nommaeshop.com>)

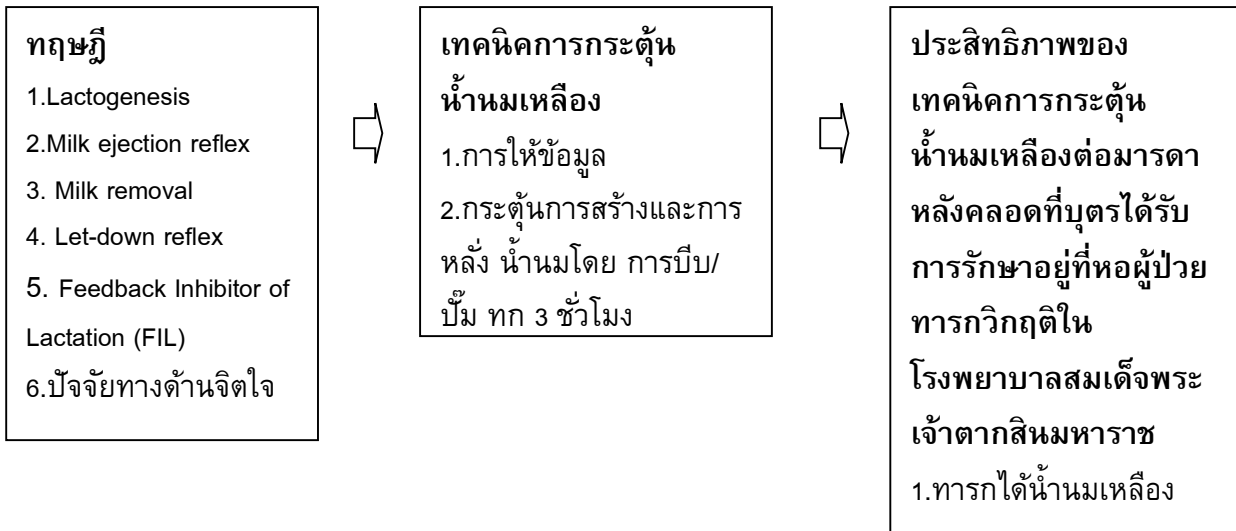
4. Let-down reflex กระบวนการที่ร่างกายหลั่งน้ำนมออกมา อาจจะมีรู้สึกจืดๆที่เต้านมก่อนที่น้ำนมจะพุ่งออกมา หรือการที่ลูกดูดข้างหนึ่งแล้วน้ำนมหมอกข้างก็ไหลออกมาเอง การดูดที่มีประสิทธิภาพของลูกเป็นตัวกระตุ้นกลไกการหลั่งน้ำนมที่ดีที่สุด

(http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/cat6/BF_anatomy.pdf)



5. Feedback Inhibitor of Lactation (FIL) หากเต้านมที่มีน้ำนมปริมาณมากเหลือค้างอยู่สารโปรตีนที่ยับยั้งการสร้างน้ำนม (inhibitor) จะยับยั้งการสร้างน้ำนมจะไปยับยั้งไม่ให้สร้างน้ำนม ถ้าเต้านมมีปริมาณน้ำนมน้อย อัตราการสร้างน้ำนมก็จะมาก ถ้าปริมาณน้ำนมในเต้านมมาก อัตราการสร้างน้ำนมก็จะลดลง

6. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Lawrence, 1999) ชี้ให้เห็นว่าความไม่สมดุลทางด้านอารมณ์ และความวิตกกังวลมีผลต่อปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม ซึ่งเป็นสาเหตุของน้ำนมหลังได้น้อย จากการศึกษาของสุอารีย์ อันตรการ (2543) พบว่า ความเครียดทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ความอ่อนเพลีย ความเจ็บปวดต่างๆ จะทำให้มีการหลั่ง Dopamine จาก Hypothalamus ซึ่งเป็นสารที่ยับยั้งการหลั่ง Prolactin ที่มีผลทำให้การสร้างน้ำนมน้อยลง จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยได้แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ในช่วงวันที่ 1 ก.ค.2560 –20 ก.ค.2560 จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เลือกแบบเจาะจงจากประชากร จำนวน 10 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ต้องเป็นที่ เป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ที่รู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่งมารดาในกลุ่มตัวอย่างนี้ถูกแยกจากทารกหลังจากการคลอดบุตรทันที ส่งผลให้กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ เกณฑ์คัดออกคือมารดาหลังคลอดที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าไม่สามารถใช้น้ำนมแม่เลี้ยงบุตรได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบบันทึกปริมาณน้ำนม แขนงพับเกี่ยวกับความสำคัญในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standardization)



การดำเนินงานวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาความจำเป็น วิเคราะห์องค์ประกอบ/ขั้นตอนและแนวทางการพัฒนาเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จากเอกสารตำรา รายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากฐานข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและตรวจสอบคุณภาพของเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองในมารดาหลังคลอดบุตรที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก โดยนำข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 รวมถึงถามจากผู้เชี่ยวชาญมากำหนดแนวทางในการสร้างเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองในมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก การตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ 1 ท่าน สูติแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทารกแรกเกิดวิกฤติ 1 ท่าน และรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองในมารดาหลังคลอด จากนั้นนำเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองในมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ไปทดลองใช้นำร่องกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ทำการเก็บข้อมูลปัญหาที่พบและแก้ไขปรับปรุงตามผลที่ได้จากการทดลองนำร่องและจากข้อเสนอแนะในส่วนที่เป็นปลายเปิดของแบบประเมินที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหาความจำเป็นและผลการวิเคราะห์เทคนิคกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก พบว่า แนวทางการกระตุ้นน้ำนมของบุคลากรแต่ละคนไม่เป็นไปในทางเดียวกันและขั้นตอนการกระตุ้นน้ำนมมารดาหลังคลอดเต้านมทำให้เกิดความเจ็บปวดเต้านมไม่สุขสบายซึ่งทำให้ยับยั้งการหลั่ง Prolactin มีผลให้การสร้างน้ำมน้อยลง ทารกได้รับน้ำนมครั้งแรกช้ากว่า 24 ชั่วโมง
2. ผลการสร้างเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมเหลืองในมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1.การให้ข้อมูลและแจกแผ่นพับเกี่ยวกับความสำคัญในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่และข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของบุตร 2. สอนและอธิบายวิธีการบีบน้ำนม/บีมนมที่ถูกต้อง ผลการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าเทคนิคการกระตุ้นน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยทารกวิกฤติ มีคุณภาพอยู่ในระดับดี
3. ผลการใช้นำร่องเทคนิคกระตุ้นน้ำนมเหลืองในมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 27 ปี (S.D. = 5.23) อายุน้อยสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 35 ปี เป็นสัญชาติไทย 8 คน(ร้อยละ80) ที่เหลือ 2 คนสัญชาติพม่า(ร้อยละ20) คลอดเองทางช่องคลอด 6 คน(ร้อยละ60) ที่เหลือ 4 คน(ร้อยละ40) คลอดบุตรโดยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีอายุครรภ์ครบกำหนดคลอด 6 คน(ร้อยละ60) นอกนั้นมีอายุครรภ์คลอดก่อนกำหนดจำนวน 4 คน(ร้อยละ40) กลุ่มตัวอย่างมีน้ำนมเหลืองให้ทารกครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดจำนวน 4 คน(ร้อยละ40) และหลังการใช้นำร่องเทคนิคกระตุ้นน้ำนมเหลืองกลุ่มตัวอย่างทุกคนรู้สึกสบายไม่เจ็บปวดเต้านมขณะกระตุ้นน้ำนม(ร้อยละ100)

อภิปรายผล

จากผลการใช้นำร่องเทคนิคกระตุ้นน้ำนมมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก พบว่า มารดาหลังคลอดจำนวน 6 คน(ร้อยละ 60) มีน้ำนมเหลืองให้ทารกครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ มารดาที่คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยพัฒนาการของเต้านมยังไม่สมบูรณ์ส่งผลให้กระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร มารดาหลังคลอดก่อนกำหนดจึงมีการสร้างน้ำนมล่าช้าและมีปริมาณน้ำมน้อย(Anderson et al,1983)นอกจากนั้นมารดาหลังคลอดที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจำนวน 4 คน(ร้อยละ40) มีน้ำนมเหลืองให้บุตรช้า คือมีน้ำนมเหลืองในวันที่ 2-4หลังคลอดบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ(รุ่งฤดี จีระทรัพย์ และคณะ, 2553) พบว่า



มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้า ถึงร้อยละ 12.1 ในขณะที่มารดาที่คลอดบุตรทางช่องคลอดมีน้ำนมมาเต็มเต้าช้าเพียงร้อยละ 3.4 อีกทั้งมารดาหลังการผ่าตัดคลอดจะมีอาการง่วงซึมและไม่ตื่นตัว ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย จากการงดน้ำงดอาหารก่อน ผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัดอีกหลายชั่วโมง หลังผ่าตัดวันแรกยังลุกช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด และมีอาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถมาให้นมบุตรหรือมากระตุ้นน้ำนมได้สะดวกซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้น้ำนมไหลช้าตามมา (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2002; Hsien, Fu, Long, & Lin, 2011; Karlstrom et al., 2007)

อีกทั้งมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับบุตรรวมถึงภาวะเครียดจากการคลอดเกิดการยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซินทำให้หลังน้ำนมลดลง (Lawrence & Lawrence, 2005) ดังนั้น การที่จะช่วยกระตุ้นฮอร์โมนออกซิโตซิน ต้องลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการยับยั้ง การหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญในการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่และข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการรักษาของบุตร เพื่อช่วยให้มารดาคลายความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ (Younger, Kendell และ Pickler 1997) พบว่า การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างและหลั่งน้ำนม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารก และการเปิดโอกาสให้มารดา ได้ไปเยี่ยมทารก สามารถช่วยให้มารดามีปริมาณ น้ำนมเพิ่มขึ้นการบีบหน้านม/บีบนมข้างละ 15 นาที รวม 2 ข้าง 30 นาที หรือถ้าบีบพร้อมกัน 2 ข้างรวม 15 นาที หรือจนเกลี้ยงเต้าโดยทำซ้ำทุก 3 ชั่วโมง ซึ่งเป็นเลียนแบบการดูดของทารก หัวนมและลานหัวนมจะถูกกระตุ้น การสร้างฮอร์โมน oxytocin ทำให้มีการหลั่งของน้ำนม และการกระตุ้นเต้านมอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เต้านมว่างลง ส่งผลให้มีการสร้างน้ำนม ใหม่อีกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Daly, Owens และ Hartmann (1993) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบปริมาณ น้ำนมของมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดใน มารดา 2 กลุ่มผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณ น้ำนมของมารดาในกลุ่มที่มีจำนวนครั้งในการบีมนมมาก (632 ± 324 มิลลิลิตร) มากกว่ามารดาใน กลุ่มที่มีจำนวนครั้งในการบีมนมน้อย (319 ± 292 มิลลิลิตร) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยพบว่า ระยะทางระหว่างหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดกับหอผู้ป่วยหลังคลอด มีระยะทางค่อนข้างไกลอีกทั้งมารดาหลังคลอดมีผลจากการคลอดบุตรมาเยี่ยมบุตรได้ลำบาก การกระตุ้นน้ำนมจึงล่าช้า ทำให้น้ำนมไหลช้า ควรมีการส่งเสริมการใช้เทคนิคกระตุ้นน้ำนมเหลืองในเชิงรุก ควรนำเทคนิคกระตุ้นนมแม่เหลืองไปใช้กับมารดาหลังคลอดปกติทางช่องคลอดภายใน 2 ชั่วโมงหลังการคลอดบุตร และนำเทคนิคกระตุ้นนมแม่เหลืองไปใช้กับมารดาหลังคลอดโดยการผ่าตัดคลอดภายใน 4 ชั่วโมงหลังการคลอดบุตร
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรนำเทคนิคกระตุ้นน้ำนมมารดาหลังคลอดที่บุตรได้รับการรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจังหวัดตากไปทดลองใช้จริงเพื่อขยายผลการวิจัยให้มีความตรงภายในยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์จรัส วิวัฒน์คุณูปการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช คณะแพทย์ และทีมพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทุกท่าน และขอบคุณ อ.ดร.พงศ์พิชญ์ บุญญา ที่ช่วยเสนอแนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ โคตรสังข์.(2558).ผลของโปรแกรมการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม ระยะเวลาการมาของน้ำนมเต็มเต้าและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทาง หน้าท้อง. (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา).



จิราภรณ์ อนุชาเมตต์นรา สินธุเจริญ ภวานาพุกภุษาและปาริฉัตรอารยะ จารุ(2553). *การพัฒนาการพัฒนาคู่มือ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดา.กรณีศึกษา โรงพยาบาลโพธาราม :วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.*

เพ็ญลดา ทองประเสริฐ .การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding) (2553). Retrieved from http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=387:breastfeeding&catid=40&Itemid=482. สืบค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th>

สารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.(2557-2559).สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช:โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก.

อภิญญา จุบ่ง. (2554). *การพัฒนาคู่มือส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดา.กรณีศึกษา โรงพยาบาลกระทุ่มแบน: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีราชบุรี สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.*

Ahmed, A. H. (2008). Breastfeeding preterm infants: An educational program to support mothers of Preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing*, 3(2), 125 -138.

American Academy of Pediatrics. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496 – 506. Daly, S. E., Owens, R. A., & Hartmann, P. E. (1993). The short-term synthesis and infant-regulated removal of milk in lactating women. *Experimental Physiology*, 78(2), 12-22.

Prof .Dr.Diane L.Spatz. (2556) . สถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทย. ใน *ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร และ เบญจมาศ ทิศนะสุภาพ (บรรณาธิการ), สาระจากการประชุมวิชาการนานาชาติ Breastfeeding Sick Babies . (พิมพ์ครั้งที่1),น.19-22), กรุงเทพฯ: มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย.*



ประสิทธิผลของแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิต
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

**Effectiveness of general anesthesia guidelines to control blood pressure in Hypertensive Patients to surgery
operation in Somdejphrachaotaksinmaharaj hospital**

กัลยา ท่วมโคกหม้อ¹ พงศ์พิชญ์ บุญตา²

Kallaya Tomkokmoe¹ Phongpisanu Boonda²

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

¹ Somdejphrachaotaksinmaharaj hospital, Tak Province ² Sirinhorn College of public Health, Phitsanulok

*Kallayatom@gmail.com

บทคัดย่อ

ความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยขณะรับการระงับความรู้สึกทั่วไป เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทุกระยะการผ่าตัดการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการผ่าตัด เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 18 ปีขึ้นไปรับการผ่าตัดไม่เร่งด่วน เตรียมผ่าตัดล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน รับบริการระงับความรู้สึกทั่วไปทุกแผนกยกเว้น สูติกรรมจำนวน 52 คน 1 กลุ่ม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เครื่องมือวิจัย 1. แนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช 2.แบบรวบรวมผลลัพธ์ประกอบด้วย ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง-ต่ำ ระยะก่อนผ่าตัด ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง-ต่ำเกิน 20% ของค่าเดิมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง-ต่ำระยะก่อนระหว่าง หลังผ่าตัด และร้อยละผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใช้แนวทางดังกล่าว ผลการศึกษา: ร้อยละผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตสูงระยะก่อนผ่าตัด 44.2% ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำเกิน 20% ของค่าเดิมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด 1.9% ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะก่อน ระหว่าง หลังผ่าตัด 44.2% ,7.7%,9.6% ตามลำดับและไม่พบภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยหลังใช้แนวทางดังกล่าว ข้อเสนอแนะ : บูรณาการแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการผ่าตัดสู่งานประจำเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการต่อไป

คำสำคัญ

แนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไป ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันโลหิต การผ่าตัด

Abstract

Hypertension has occurred frequency and is relative complication in patients under general anesthesia. The purpose of this study were to study the effectiveness of general anesthesia guidelines to control blood pressure in hypertensive patients for the surgery operation. Research Design was Research & Development. The subjects were 52 persons one group in Somdejphrachaotaksinmaharaj hospital admit with hypertension and aged 18 years and over who underwent elective surgery operation were scheduled for at least 1 day in advance except the obstetric department in hospital .The instruments were 1). General Anesthesia Guidelines for Blood Pressure Control in Hypertensive Patients for Surgery.2). The results of the study were as follows. High - low blood pressure in preoperative of general anesthesia of this guideline , High - low blood pressure during surgery varies over 20% of the patient's original blood pressure of general anesthesia of this guideline ,High - low blood pressure in 3 stage of general anesthesia of this guideline. And the incidence of patient complications after used



General Anesthesia Guidelines to control blood pressure in Hypertensive Patients to Surgery of Somdejphrachaotaksinmaharaj hospital. The majors find were as follows 1) There was incidence of high blood pressure in pre-operation 44.2%. 2). There was incidence of low blood pressure over 20% of the patient's original blood pressure while induction during surgery operation 1.9%. 3) There was incidence of high blood pressure in preoperative intraoperative and postoperative 44.2%, 7.7% and 9.6% respectively. And no incidence of complications after used General Anesthesia Guidelines to control blood pressure in Hypertensive Patients to surgery operation of Somdejphrachaotaksinmaharaj hospital. Recommendations: the general anesthesia guidelines approach should be integrated to control blood pressure in Hypertensive Patients for routine surgery operation to improve service quality

Keywords

general anesthesia guidelines Hypertensive Patients blood pressure control surgery

แหล่งทุน

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

EC No.

SCPHPL 1/2560-22(4) (ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก)



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease, NCD) ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน ประเทศไทยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า จำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2550 พบอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนจาก 1,025.44 เพิ่มขึ้นเป็น 1,561.42 ในปี พ.ศ.2557 และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้ต่อประชากรแสนคนเป็น 3.64 ในปี พ.ศ.2550 ก็เพิ่มขึ้นเป็น 10.95 ในปี พ.ศ.2557 จังหวัดตากพบสาเหตุการป่วยผู้ป่วยในเป็นโรคความดันโลหิตสูงอันดับ 3 (1500:แสนประชากร) พบสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง (71:แสนประชากร) โดยพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง อาจคุกคามขั้นรุนแรง ถึงความพิการต่อ หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ไตวายและอาจสูญเสียชีวิตได้ (Goldman et al, 1997 และสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2015) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดที่ไม่ใช่การผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด จากการศึกษา Thai study พบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 40 และพบเป็นอันดับ 1 ใน 5 อันดับโรคผู้ป่วยที่มารับบริการทางวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในปี 2559-2560 จากความชุกของประชากรโรคความดันโลหิตที่เพิ่มมากขึ้นและความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเข้ารับการผ่าตัดมากขึ้น จากข้อมูลสถิติปี 2558-2560 งานวิสัญญีโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช การให้บริการทางวิสัญญีมากกว่า ร้อยละ 70 เป็นการระงับความรู้สึกทั่วไป ในผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูงมักพบภาวะความดันโลหิตสูงระหว่างผ่าตัด (McKillion และ Dellinger 1997) ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นประมาณ 25% ที่ได้รับการผ่าตัด (Prys-Roberts et al 1971 ; Goldman and Caldera 1979) ภาวะความดันโลหิตที่ไม่เสถียรภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากกว่า 20% มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัด (สหสา หมั่นดี, 2555) การควบคุมความดันเลือดในขณะผ่าตัด ในผู้ป่วยความดันเลือดสูงมีเป้าหมายในการควบคุมความดันเลือดให้อยู่ในช่วง 20% ของค่า mean arterial pressure (อนันตโชติ วิมุกตะนันท์, 2558) โดยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโอกาสเกิดความดันเลือดเปลี่ยนแปลงในหลายระยะด้วยกันได้แก่ระหว่างการนำสลบและใส่ท่อหายใจ ระหว่างผ่าตัด และในช่วงหลังการผ่าตัด ในระหว่างการนำสลบและใส่ท่อหายใจ ความดันเลือดที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการกระตุ้น reflex ในทางเดินหายใจ สำหรับในขณะผ่าตัดมักมีความสัมพันธ์กับการเจ็บปวดที่กระตุ้นให้เกิดการกระตุ้น sympathetic และในช่วงหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีความดันเลือดสูงได้จากความเจ็บปวด ภาวะตัวเย็น ขาดออกซิเจน การได้รับสารน้ำมากเกินไปในช่วงขณะผ่าตัด และผลจากการขาดยาลดความดันเลือดที่ปกติเคยได้รับ (สหสา หมั่นดี, 2555) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาระงับความรู้สึกทั่วไปได้แก่ การเสียเลือด หลอดเลือดขยายจากยาระงับความรู้สึก sudden onset ของ junctional cardiac rhythm (สหตล ปุญญถาวร, 2551) จากการสังเกตและสอบถามในที่มงานวิสัญญี และสหสาขาวิชาชีพ พบปัญหาการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและรับบริการทางวิสัญญี และมีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลายไม่ครอบคลุม ชัดเจนได้แก่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การบริหารยาระงับความรู้สึกทั่วไป การดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นผู้ให้บริการพยาบาลวิสัญญี โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนให้บริการทางวิสัญญี ระยะให้บริการทางวิสัญญีและระยะหลังให้บริการทางวิสัญญีครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลผ่าตัด ทีมแพทย์ผ่าตัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (ศิริมา ลีละวงศ์, 2551) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัด อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานบริการเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและผู้มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชและเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับทีมงานวิสัญญีและสหสาขาวิชาชีพต่อไป



วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ตามกรอบแนวคิดของศาสตราจารย์ ดอกเตอร์รัตนะ บัวสนธ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน และแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบคุณภาพแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัด ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1.สร้างแนวทาง ประกอบด้วยมี 5 องค์ประกอบได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการ การวัดและประเมินผล ภายในองค์ประกอบ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ การพยาบาล ก่อนให้บริการวิสัญญี การพยาบาลระหว่างให้บริการวิสัญญี และการพยาบาลหลังให้บริการวิสัญญี (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ,2558 และศิริมา ลีละวงศ์ 2551) ส่วนที่ 2. การตรวจสอบคุณภาพแนวทางโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านพบว่ามีความอยู่ในระดับดีมาก (4.71) และภายหลังผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะผู้ศึกษาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จึงตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมในทางปฏิบัติโดยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย 7 คน และสอบถามความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้แนวทางมีความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง มีความสะดวกในการปฏิบัติ ใช้งานไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้ได้ผลดีในการดูแลผู้ป่วย ทีมสาขาวิชาชีพสามารถปฏิบัติได้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนทดลองและศึกษาผลการใช้แนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัด ประชากรในการศึกษาคือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับบริการทางวิสัญญีชนิด การระงับความรู้สึกทั่วไป โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 207 ราย เกณฑ์คัดออกไม่รวมผู้ป่วยที่มาผ่าตัดฉุกเฉินและผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปีและหรือมีโรคประจำตัวอื่นที่ไม่ใช่เบาหวานและไตเรื้อรังจำนวน 95 ราย เกณฑ์คัดเข้าเป็น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยแพทย์นัดผ่าตัดล่วงหน้า 1 วันโดยการคัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีเกณฑ์วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงที่ 140/90 (MAP=107) คือ อายุมากกว่า 18 ปีถึง 60 ปีหรือมากกว่า 60 ปีและมีโรคประจำตัวคือเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรัง รับบริการระงับความรู้สึกทั่วไป จำนวน 52 คน1 กลุ่ม ที่สุ่มแบบเจาะจง (Purpostive Sampling) ระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 - มกราคม 2561 เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้แนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดระหว่างเดือน มิถุนายน 2560-กันยายน 2560 จำนวน 50 คน 1กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1. แนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชพัฒนาโดย กัลยา ท้วมโคกหม้อและคณะ 2.เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบรวบรวมผลลัพธ์พัฒนาโดย กัลยา ท้วมโคกหม้อและคณะประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้ 2.1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา 2.2 ข้อมูลผลลัพธ์ประกอบด้วย ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง- ต่ำ ระยะก่อนผ่าตัด ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง- ต่ำเกิน 20% ของค่าเดิมผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง-ต่ำระยะก่อน ระหว่าง หลังผ่าตัด และ ร้อยละผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใช้แนวทางดังกล่าวโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนมารับการระงับความรู้สึก, แบบบันทึกการดมยา งานวิสัญญี รพ.สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยคัดเลือกเฉพาะแบบบันทึกการดมยาที่มีความสมบูรณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์สถิติพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ(percentage)และ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และผลลัพธ์โดยใช้ compare t-test independent & Anova

ผลการวิจัย : ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนมีการใช้แนวทาง (n=50)		กลุ่มหลังมีการใช้แนวทาง (n=52)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
Age				
<=40ปี	2	4	2	3.8
41-60ปี	29	58	29	55.8
61-80ปี	17	34	17	32.7
>=81ปี	2	4	4	7.7
(Range=25-87 \bar{x} =58.7 SD=12.464)		(Range=31-89 \bar{x} =59.13 SD= 12.649)		
Gender				
men	11	22	11	21.2
female	39	78	41	78.8
Body Mass Index				
>= 30	7	14	9	17.3
< 30	43	86	43	82.7
(Range=16.33-44.90 \bar{x} =25.2442 SD=5.31317)		(Range=18.26-46.00 \bar{x} =26.2115 SD=4.57615)		
Physical Status				
ASA class 2	31	62	27	51.9
ASA class 3	18	36	24	46.2
ASA class 4	1	2	1	1.9
Department				
Orthopedic	33	66	33	63.45
General Surg+Urology	6	12	11	21.2
Ear Eye Throat Nose Maxillo	4	8	2	3.8
Gynae	7	14	6	11.5
Blood loss				
>1000 cc.	2	4	2	3.8
<1000 cc.	48	96	50	96.2
IV Fluid				
>1000 cc.	19	38	20	38.5
=1000 cc.	2	4	1	1.9
<1000 cc.	29	58	31	59.6
Operation time				
<60 min	10	20	8	15.4
60-120 min	17	34	26	50



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนมีการใช้แนวทาง (n=50)		กลุ่มหลังมีการใช้แนวทาง (n=52)	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
>120 min	23	46	18	34.6
Pre-medication				
ได้รับ	5	10	52	100
ไม่ได้รับ	45	90	0	0
ยาลดความดันโลหิต				
ได้รับ	35	70	52	100
ไม่ได้รับ	15	30	0	0

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับผู้ป่วย แผนกการผ่าตัด การสูญเสียเลือด การให้สารน้ำ ข้อมูลที่แตกต่างคือ กลุ่มตัวอย่างก่อนมีการใช้แนวทางปฏิบัติ ระยะเวลาการผ่าตัดส่วนใหญ่มากกว่า 120 นาที ได้รับยา pre-medication 10% ได้รับยาลดความดันโลหิต 70% กลุ่มหลังมีการใช้แนวทางปฏิบัติ ระยะเวลาการผ่าตัดส่วนใหญ่ 60-120 นาที ได้รับ pre-medication 100% ได้รับยาลดความดันโลหิต 100%

2. ผลการใช้แนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชพบว่า

2.1 ตารางที่ 2 แสดงภาวะความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อผ่าตัดระยะ pre-operation

ข้อมูลผลลัพธ์	ก่อนใช้แนวทาง(n=50)				หลังใช้แนวทาง(n=52)				P-value
	จำนวน	ร้อยละ	mean	Std.Deviation	จำนวน	ร้อยละ	mean	Std.Deviation	
MAP									
ความดันโลหิตต่ำ	1	2	107.16	18.181	0	0	106.02	10.346	.012
ความดันโลหิตปกติ	23	46			29	55.8			
ความดันโลหิตสูง	26	52			23	44.2			



2.2 ตารางที่ 3 แสดงภาวะความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% ค่าเดิมผู้ป่วยในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อผ่าตัดระยะ intra-operation

ข้อมูลผลลัพธ์ MAP	ก่อนการใช้แนวทาง(n=50)						หลังการใช้แนวทาง(=52)						P-value
	induction		maintenance		extubation		induction		maintenance		extubation		
	ร้อยละ	mean	ร้อยละ	mean	ร้อยละ	mean	ร้อยละ	mean	ร้อยละ	mean	ร้อยละ	mean	
ความดันโลหิตสูง	2	102.6	2	89.74	4	93.48	0	102.17	0	90.38	0	92.7	
ความดันโลหิตปกติ	94		96		96		98.1		100		100	5	
ความดันโลหิตต่ำ	4		2		0		1.9		0		0		
Induction													.884
Maintenance													.834
Extubation													.796

2.3 ตารางที่ 4 แสดงภาวะความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มาระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อผ่าตัดใน 3 ระยะหลังการให้บริการทางวิสัญญี

ข้อมูลผลลัพธ์ MAP	ก่อนการใช้แนวทาง(n=50)					หลังการใช้แนวทาง(=52)					P-value
	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตปกติ	ความดันโลหิตต่ำ	mean	Std.Deviation	ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตปกติ	ความดันโลหิตต่ำ	mean	Std.Deviation	
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ			ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ			
Preoperation	52	46	2	107.16	18.181	44.2	55.8	0	106.02	10.346	0.696
Intraoperation	18	80	2	95.26	13.054	7.7	92.3	0	94.98	8.619	0.898
postoperation	20	80	0	96.64	13.860	9.6	90.4	0	96.52	7.947	0.957

2.4 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตามแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงและติดตามต่อเนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Hos-Xp

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งเกิดจากปัญหาความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงจำนวนมากขณะมารับบริการระงับความรู้สึกทั่วไป และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแก่ชีวิต จากการปฏิบัติที่หลากหลาย ไม่ครอบคลุมชัดเจนของบุคลากรทีมงานวิสัญญี และสหสาขาวิชาชีพ พบว่าหลังใช้แนวทางปฏิบัติข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วยมารับบริการระงับความรู้สึกทั่วไปมักเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในเพศหญิงซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Dannenberg et al 1988 ; Borzecki et al 2003) พบในเพศชายส่วนใหญ่ดังนี้ ระยะก่อนผ่าตัด ร้อยละภาวะความดันโลหิตสูงลดลงจากการพักผ่อน ลดความวิตกกังวลและการรับประทานยาลดความดันโลหิตต่อเนื่องถึงเช้าวันผ่าตัดสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Goldberg and Larjani 1998 ; Chobanian et al 2003a) ระหว่างผ่าตัดร้อยละภาวะความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเกิน 20% จากค่าเดิมผู้ป่วยลดลง แสดงให้เห็นว่าการควบคุมรักษาความดันโลหิตมาอย่างดีก่อนผ่าตัดการประเมินภาวะเสี่ยงและปรับเปลี่ยน เทคนิคการบริหารยาระงับความรู้สึกทั่วไปที่เหมาะสมมีผลดีต่อการควบคุมระบบ



ไหลเวียนเลือดระหว่างผ่าตัด และร้อยละภาวะความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลง ใน 3 ระยะเวลาให้บริการทางวิสัญญี โดยเฉพาะขณะอยู่ในห้องผ่าตัด การสอนและให้คำแนะนำเรื่องการประเมินความปวดและการจัดการความปวดก่อนมาผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความปวดได้ส่งผลต่อเนื่องการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากใช้แนวทางดังกล่าวเลย สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Robert B Schonberger, 2018) การควบคุมความดันโลหิตทำให้เสถียรภาพขณะผ่าตัดช่วยลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

หนึ่งพบว่าข้อมูลร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมีความแตกต่างของความดันโลหิตที่ผิดปกติค่อนข้างชัดเจนและลดลงอย่างเห็นได้ชัดอีกทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใช้แนวทางดังกล่าวเลยแต่ด้วยความแตกต่างด้านปัจเจกบุคคลในผู้ป่วยเฉพาะรายและความเป็นปัจเจกด้านผู้ให้การระงับความรู้สึกและจำนวนประชากรที่น้อยเกินไปแต่มีเป้าประสงค์ที่ตรงกัน ผู้วิจัยมีความเห็นว่าควรทำการเก็บข้อมูลศึกษาต่อเนื่องต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรแนวทางการระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดไปใช้ให้เป็นงานประจำครอบคลุมทุกชนิดการให้บริการทางวิสัญญีและเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ ต่อไป
2. นำเสนอผลการศึกษารั้งนี้ต่อผู้บริหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการวิสัญญีในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดต่อไป
3. ปรับปรุงแนวทางให้มีความทันสมัยโดยทบทวนจากงานวิจัย เอกสาร ตำราวิชาการอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์จรัส วิวัฒน์คุณูปการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช แพทย์หญิงมัสติกา โพธิ์สระวิสัญญีแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ขอขอบคุณที่งานวิสัญญีพยาบาลโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชทุกท่านที่ช่วยปฏิบัติตามแนวทางและลงบันทึกข้อมูล ขอขอบคุณ ดร.พงศ์พิเชษฐ บุญตา ช่วยเสนอแนะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย (ฉบับที่ 4/2558) มาตรฐานการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป สืบค้นจาก

<http://anesthai.org/public/rcat/Documents/document/1452148784annouce1.pdf>

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง 2558) Guidelines on The Treatment of Hypertension

ในเวชปฏิบัติทั่วไป Retrieved from <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>

สหคด ปญญุตถาร (2551) ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

(หน้า 211) กรุงเทพมหานคร

สหัสสา หมั่นดี (2555) ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

(หน้า 167-168) กรุงเทพมหานคร

ศิริมา ลีละวงศ์ (2551) มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์

มาตรฐานการบริการพยาบาลวิสัญญี (หน้า 283) กรุงเทพมหานคร

อนันต์โชติ วิมุกตะนันท์ (2558) ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา การให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคความ

ดันโลหิตสูง (หน้า 205) กรุงเทพมหานคร

Joseph Varon (2008) Perioperative hypertension management Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515421/>

Laurent Lonjaret (2014) Optimal perioperative management of arterial blood pressure Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4178624/>



Robert B Schonberger (2018) Anesthesia for adult patients with hypertension Retrieved from

https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-adult-patients-with-hypertension?topicRef=3868&source=see_link



กลุ่มบุหรี แอลกอฮอล์ อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก



รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์ในเขตเมือง
Model of Helmet Use Promotion among Student Motorcycle Passengers in Urban area

ธัญญดา บัวเฟื่อน

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

ananya1623@gmail.com

บทคัดย่อ

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนที่โดยสารรถจักรยานยนต์ ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Need Assessment) ทั้งการศึกษากลุ่มเป้าหมายและการศึกษาซึ่งนำไปสู่การวางแผนรูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 สร้างรูปแบบ (Product Design) การสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์ ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ (Experimental) และปรับปรุง ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิผลการทดลองใช้รูปแบบฯ (Evaluation)

จากการพัฒนาผู้วิจัยได้รูปแบบที่มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจและการตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาของการสวมใส่หมวกกันน็อกในหมู่นักเรียนประถมศึกษาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมที่สรุปรอบกระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนประถมศึกษาได้เป็น 6 กระบวนการ 1) การศึกษากลุ่มเป้าหมายและวางแผนการตลาด (Assessment and Marketing Plan) 2) การจัดหาหมวกนิรภัยที่เหมาะสมสำหรับนักเรียน (Product) 3) การกำหนดราคาและคุณค่าของผลิตภัณฑ์ (Price) 4) สถานที่และช่องทางการจำหน่าย (Place) 5) การส่งเสริมการตลาด (Promotion) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างต่อเนื่อง และ 6) การประเมินประสิทธิผล (Evaluation) ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ มาทดลองใช้โดยเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษากลุ่ม 2 กลุ่ม วัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Control groups Pretest-posttest Design) และใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในการประเมินประสิทธิผลการทดลอง ผลการทดลอง พบว่า ในเชิงพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาเพิ่มขึ้น จากไม่พบพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนที่โดยสารรถจักรยานยนต์ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.63 โดยในกลุ่มผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน การรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัย แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยให้เด็ก และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็กเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มเด็กมีคะแนนความรู้เรื่องป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และแรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ

หมวกนิรภัย ความปลอดภัยในนักเรียน โดยโดยสารรถจักรยานยนต์

แหล่งทุน

ทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร



บทนำ

ความปลอดภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์ เป็นสิ่งที่ถูกสังคมมองข้าม ไม่ว่าจะเป็นตามกฎหมาย พรบ.จราจรทางบก กำหนดให้ทุกคนที่ขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัยทุกคน แต่สภาพความเป็นจริง ไม่มีการบังคับใช้กฎหมาย สำหรับเด็กที่ไม่สวมหมวกนิรภัย แม้จะมีการปรับปรุงกฎหมายในเรื่องการปรับผู้ฝ่าฝืนโดยการปรับผู้ขับขี่ 2 เท่า หากคนซ้อนไม่สวมหมวกนิรภัยแล้วก็ตาม เด็กก็ยังได้รับการยกเว้น เหตุผลที่สำคัญคือ ผู้ปกครองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบังคับขาดความตระหนัก รวมถึงหมวกนิรภัยสำหรับเด็กยังหาซื้อได้ยากตามท้องตลาด แต่ตามสถิติที่แสดงจะเห็นว่า การบาดเจ็บและเสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่เกิดจากการใช้รถจักรยานยนต์ และเกือบทั้งหมดในผู้ซ้อนท้ายไม่สวมหมวกนิรภัย (ร้อยละ 98.39) สอดคล้องกับชมรมคนห่วงหัว ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) และการสำรวจการสวมหมวกของเด็กอายุ 3-14 ปีของโครงการ “รักและห่วงใย สวมหมวกนิรภัยให้น้อง” พบว่า มีการสวมหมวกนิรภัยเพียงร้อยละ 7.5 และ 9.3 เท่านั้น

ปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เด็กไม่สวมหมวกนิรภัย มีปัจจัยหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) ปัญหาการเข้าถึงหมวกนิรภัยสำหรับเด็ก ซึ่งหาซื้อได้ยาก เนื่องจากจะมีขายเฉพาะในร้านค้าใหญ่ๆ 2) ขนาดของหมวกนิรภัยสำหรับเด็กมีหลายขนาด ได้แก่ ขนาดเด็กเล็ก 3-5 ปี, เด็กโต 6-12 ปี ซึ่งร้านค้าที่มีจำหน่ายขนาดไม่ครบถ้วน ตามขนาดของอายุ รวมถึงบริษัทที่ผลิต ผลิตหมวกสำหรับเด็กออกมาน้อย เนื่องจากความต้องการตามท้องตลาดมีน้อย 3) ผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญและขาดความตระหนักของการสวมหมวกนิรภัยของเด็ก ซึ่งให้ความสำคัญการสวมหมวกตามกฎหมายบังคับมากกว่า 4) ตามกฎหมายกำหนดให้ทุกคนที่ขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัย ซึ่งไม่ได้ยกเว้นเด็ก แต่ในทางปฏิบัติตำรวจยังไม่ได้ดำเนินการตามกฎหมายในเด็ก จึงทำให้เด็กสวมหมวกนิรภัยน้อย

การลงทุนเรื่องความปลอดภัยให้กับบุตรหลานเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ใหญ่ต้องมีความรับผิดชอบต่อตัวเด็ก เพราะจะให้เด็กเป็นผู้หาซื้อมาสืเองคงเป็นไปได้ และหมวกกันน็อกก็มีราคาเพียงใบละประมาณ 200-300 บาทซึ่งถือว่าราคาถูกมากกับการดูแลรักษาชีวิตของเด็ก ปัญหาไม่ใช่ข้อบังคับทางกฎหมายแต่เป็นอุปสรรคที่จำเป็นเหล่านี้ไม่มีขนาดสำหรับเด็กเล็ก ในช่วงอายุ 3 ขวบถึง 6 ขวบ แต่ในปัจจุบัน พบว่า หมวกนิรภัยสำหรับเด็ก มีวางจำหน่ายทั่วไปแล้ว แต่ก็ยังพบว่าเด็ก ๆ ยังสวมหมวกนิรภัยในการซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์น้อยมาก ประการสำคัญ คือ จะทำอย่างไรให้เด็กได้สวมหมวกนิรภัยเพื่อความปลอดภัยในการเดินทางสัญจร การดำเนินงานส่งเสริมที่เด็กอย่างเดียวยังไม่ได้ เพราะเด็กยังอายุน้อยไม่สามารถที่จะตัดสินใจ ในเรื่องความปลอดภัยของตัวเอง ผู้ปกครอง โรงเรียน ครู และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องร่วมมือกันในการดำเนินงาน ซึ่งพบว่าการดำเนินงานในเรื่องนี้ในประเทศไทยยังมีน้อย ถึงแม้ว่าจะเคยมีโครงการส่งเสริมมาบ้างแล้วในอดีต ซึ่งก็พบว่ายังมีบางพื้นที่ที่ยังดำเนินการอยู่บ้าง โดยมีรูปแบบในการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป การรณรงค์ให้ผู้ใช้รถจักรยานยนต์และเด็กที่ซ้อนท้ายเข้าใจถึงประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัย การสร้างค่านิยมต่อความปลอดภัย โดยเน้นให้เห็นถึงอันตรายและความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงให้กับครอบครัวและสังคม สิ่งที่สำคัญ คือ จะมีการดำเนินการอย่างไรในรูปแบบที่เหมาะสมที่สามารถส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยและการสร้างค่านิยมต่อความปลอดภัยในเด็กได้อย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะมุ่งสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์เพื่อให้ครบถ้วนทุกกลุ่มอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์

วิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ R & D (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Need Assessment) เพื่อประเมินสภาพปัญหาความจำเป็น เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบฯ ดังนี้

1. ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Need Assessment) ในตัวแปร ดังนี้



- 1.1 พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของเด็ก
- 1.2 ความรู้เรื่องการสวมหมวกนิรภัย
- 1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
- 1.4 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
- 1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก
- 1.6 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก
- 1.7 แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยให้เด็ก (Health motivation)
- 1.8 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก

1. การศึกษาโดยวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

1. กลุ่มผู้ปกครองของนักเรียนระดับประถมศึกษาในพื้นที่เขตวัฒนา สังกัดกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นผู้ปกครองนักเรียนระดับประถมศึกษา 3,446 คน

2. กลุ่มนักเรียนในโรงเรียนในพื้นที่เขตวัฒนา สังกัดกรุงเทพมหานคร เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 3,446 คน แบ่งออกเป็น 8 โรงเรียน คือ โรงเรียนวัดธาตุทอง โรงเรียนวิจิตรวิทยา โรงเรียนสุเหร่าบ้านดอน โรงเรียนสุเหร่าบางมะเขือ โรงเรียนสุเหร่าสามอิน โรงเรียนวัดภาษี โรงเรียนแจ่มจันทร์ โรงเรียนสวัสดิวิทยา โดยแบ่งรายละเอียดตามตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้ปกครองของนักเรียนในพื้นที่เขตวัฒนา สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan :1970) จำนวน 346 คน

2. นักเรียนในโรงเรียนในพื้นที่เขตวัฒนา สังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan :1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยคำนวณตามตารางของเครซีและมอร์แกน

กลุ่มประชากร	จำนวนประชากร	ขนาดประชากรตามตาราง Krejcie and Morgan	ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตาราง Krejcie and Morgan	ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย
กลุ่มผู้ปกครอง	3446	3500	346	346
โรงเรียนวัดธาตุทอง	852	900	269	269
โรงเรียนวิจิตรวิทยา	381	400	196	196
โรงเรียนสุเหร่าบ้านดอน	170	170	118	118
โรงเรียนสุเหร่าบางมะเขือ	299	300	169	169
โรงเรียนสุเหร่าสามอิน	461	480	214	214
โรงเรียนวัดภาษี	456	460	210	210
โรงเรียนแจ่มจันทร์	263	270	159	159
โรงเรียนสวัสดิวิทยา	564	600	234	234

อ้างอิงจาก Krejcie and Morgan :1970



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มผู้ปกครอง ใช้แบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยให้เด็ก

2. กลุ่มเด็กนักเรียน ใช้แบบสอบถาม ความรู้เรื่องการสวมหมวกนิรภัย การรับรู้อุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัย และแรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัย แบ่งนักเรียนเป็นระดับชั้นดังนี้

2.1 นักเรียนระดับชั้น ป.1 – ป.3 ใช้วิธีการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม และใช้วิธีสอบถามโดยการสัมภาษณ์

2.2 นักเรียนระดับชั้น ป.4 – ป.6 ใช้วิธีการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม โดยให้นักเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

3. กลุ่มเด็กเดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์ โดยวิธีการสังเกต (Observation) สังเกตพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์บริเวณหน้าโรงเรียนและชุมชน เพื่อหาอัตราการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์

2. การศึกษาโดยวิธีเชิงคุณภาพ (Qualitative) ใช้วิธีการศึกษาโดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ปกครองของนักเรียนที่มาส่งบุตรหลานมาโรงเรียน ใช้วิธีการศึกษาโดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 7-12 คน

2.2 กลุ่มนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาที่เดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์ใช้วิธีการศึกษาโดยการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus group) แบ่งกลุ่มสนทนาออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 กลุ่มนักเรียนระดับชั้น ป.1 – ป.3 จำนวน 7-12 คน

2.2.2 กลุ่มนักเรียนระดับชั้น ป.4 – ป.6 จำนวน 7-12 คน

2.3 ในกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ คณะครู ผู้บริหารโรงเรียน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีการศึกษาการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกันอภิปราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินรายการ และสร้างบรรยากาศแสดงความคิดเห็น และสรุปประเด็น ในหัวข้อประเมินสภาพปัญหาและความจำเป็น

ขั้นที่ 2 สร้างรูปแบบ (Product design) การส่งเสริมพฤติกรรมสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์

1. ผู้วิจัยศึกษาการดำเนินงานการสร้างเสริมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์ ในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานมาแล้ว โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งผู้ดำเนินงานและภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งศึกษารายงานเอกสารต่างๆ ในพื้นที่ที่ดำเนินงาน อย่างน้อย 3 พื้นที่

1.1 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหัวสำโรง อำเภอแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา (มีการดำเนินการศูนย์เด็กเล็ก 5 แห่ง และขยายพื้นที่เพิ่มเป็น 12 แห่ง)

1.2 อบต. รอบเมือง จังหวัดปราจีนบุรี

1.3 สำนักงานเครือข่ายลดอุบัติเหตุ

1.4 ชมรมคนห่วงหัว ภายใต้มูลนิธิเมาไม่ขับ

2. ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participatory) ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ที่มีประสบการณ์ดำเนินงานมาแล้ว โดยการจัดประชุมถอดบทเรียนจากประสบการณ์ที่เคยดำเนินการ แล้วร่วมกันการสร้างรูปแบบขงการดำเนินงานส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก การแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ

3. ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participatory) ได้แก่ ผู้ปกครอง คณะครู ผู้บริหาร โรงเรียน และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ที่ทดลองฯ ร่วมกันอภิปรายแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และร่วมกันวางแผนการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้น

ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์



ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์ ใช้การทดลอง (One group pretest-posttest design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้ง โดยวัดอัตราการสวมหมวกนิรภัย ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาที่เดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์ โดยเลือกโรงเรียนในวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมา 1 โรงเรียน

ขั้นที่ 4 ประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่โดยสารรถจักรยานยนต์ โดยมีการประเมินดังนี้

1. ประเมินประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบฯ โดยการประเมินประสิทธิผลในเชิงปริมาณในพื้นที่ทดลองฯ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ดังนี้

- 1.1 พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของเด็ก (Observation)
- 1.2 กลุ่มผู้ปกครองที่มาส่งบุตรหลานมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์
 - 1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
 - 1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
 - 1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัย
 - 1.2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก
 - 1.2.5 แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยให้เด็ก (Health Motivation)
 - 1.2.6 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก
- 1.3 กลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาที่เดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์
 - 1.3.1 ความรู้เรื่องการสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ
 - 1.3.2 การรับรู้อุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัย
 - 1.3.3 แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัย (Health Motivation)

2. ประเมินประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบฯ ในเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ คณะครู ผู้บริหารโรงเรียน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ใช้วิธีการศึกษาการสนทนากลุ่ม (Focus group) ร่วมกันอภิปราย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินรายการ และสร้างบรรยากาศแสดงความคิดเห็น และสรุปประเด็นประสิทธิผลของการดำเนินการวิจัยทั้งในเชิงกระบวนการตลาดเชิงสังคมและความคิดเห็นข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กก่อนและหลังการทดลอง
2. วิเคราะห์ความแตกต่าง pretest – posttest คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรต่อไปนี้ ในกลุ่มผู้ปกครองโดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test
 - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
 - 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
 - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก
 - 2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก
 - 2.5 แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยให้เด็ก (Health Motivation)
 - 2.6 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก
3. วิเคราะห์ความแตกต่าง pretest – posttest คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรต่อไปนี้ ในกลุ่มเด็กระดับประถมศึกษา โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-test
 - 3.1 ความรู้เรื่องการสวมหมวกนิรภัยเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ
 - 3.2 การรับรู้อุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัย



3.3 แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัย (Health Motivation)

4. วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยที่ได้จากการจัดสนทนากลุ่ม(Focus group) ในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มนักเรียน โดยการใช้การวิเคราะห์การจำแนกชนิดของข้อมูล(Typological Analysis) และใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบ วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล(Methodological Triangulation) คือ การเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน ซึ่งได้แก่ 1) ข้อมูลจากการจากการจัดสนทนากลุ่มในกลุ่มเด็กและผู้ปกครอง 2) ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาในเชิงปริมาณ 3) ข้อมูลที่ได้จากการจัดสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ครั้ง

งานวิจัยนี้ได้รับการให้คำยินยอมสำหรับงานวิจัยของผู้ถูกวิจัย หมายเลขอนุมัติใบรับรองผ่านความเห็นชอบที่ 60-35 จากคณะกรรมการจริยธรรมในงานวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ผลศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Need Assessment) สำหรับประเมินสภาพปัญหาความจำเป็น จำนวนตัวอย่างการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ปกครองนักเรียน 202 คน นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 147 คน นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 182 คน จำนวนนักเรียนที่สังเกตพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย จำนวน 349 คน

ในกลุ่มผู้ปกครอง ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ประกอบอาชีพ โรงงานอุตสาหกรรมและรับจ้างทั่วไป ยานพาหนะที่ใช้ประจำเป็นรถจักรยานยนต์ นักเรียนส่วนใหญ่การเดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์และเป็นผู้ปกครองมาส่ง ผู้ปกครองร้อยละ 80.7 ไม่มีหมวกนิรภัยสำหรับเด็กจากการสังเกตพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย(Observation)ในกลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 349 คน มีผู้สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 5.3 และไม่พบเด็กนักเรียนสวมหมวกนิรภัย คิดเป็นร้อยละ 0.0การจดสนทนากลุ่ม(Focus Group) เหตุผลของการไม่สวมหมวกนิรภัยของเด็ก พบว่า โรงเรียนตั้งอยู่ในซอยใกล้บ้าน รถไม่พลุกพล่าน และใช้ระยะเวลาในการเดินทางไม่นาน, ไม่มีระเบียบของโรงเรียน ผู้ปกครองเข้าใจว่าไม่มีหมวกกันนิรภัยสำหรับเด็กชายหรือถ้ามีขายก็หาซื้อได้ยาก ทุกคนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นด้วยที่ควรมีกิจกรรมส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก ปัญหาที่สำคัญที่ทำให้เด็กไม่สวมหมวกนิรภัย คือการเข้าถึงหมวกนิรภัยสำหรับเด็กซึ่งหาซื้อได้ยากและมีราคาแพงและในตัวผู้ปกครองยังไม่เห็นความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังให้ความสำคัญของความปลอดภัยในเด็กน้อย

2. การสร้างรูปแบบ (Product design) การสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์ โดยรูปแบบนั้นประยุกต์มาจากทฤษฎีการตลาดเชิงสังคมของ Philip Kotler and Nancy R. Lee. (2011) นำมาสร้างแผนการดำเนินการการตลาดเชิงสังคมในการสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์

3. การทดลองใช้รูปแบบ (Experiment) การสร้างเสริมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์ ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) โดยมีการทดลองใช้รูปแบบตามแผนการสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารรถจักรยานยนต์ ดังนี้

ตารางที่ 2 แผนการสร้างเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนที่โดยสารรถจักรยานยนต์

ขั้นตอน	แผนการตลาดเชิงสังคม	กิจกรรม
1. ศึกษากลุ่มเป้าหมายและวางแผนการตลาด	วิเคราะห์สิ่งแวดล้อมทางการตลาด วางแผนการตลาดเชิงสังคม	เก็บข้อมูล แบบสอบถาม, จัดสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์
2. การจัดหาหมวกนิรภัย	Product การสรรหาสินค้าเลือกรูปแบบ และราคาของหมวกนิรภัย ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	การสรรหาหมวกนิรภัยให้ตรงความต้องการ ของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด คำนึงถึงรูปแบบ, ราคาหมวกนิรภัย, จำนวนความต้องการ, แหล่งทุนหรือหน่วยงานสนับสนุน



ขั้นตอน	แผนการตลาดเชิงสังคม	กิจกรรม
3. การส่งเสริมการมีหมวกนิรภัยเด็ก	Price การกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีการซื้อสินค้าโดยใช้กลยุทธ์ทางการตลาดในด้านราคาและคัมค่าต่อการซื้อ	กิจกรรมการกระจายหมวก ได้แก่ แจก, การให้ยืม, การเช่าซื้อผ่อนชำระ, การจำหน่าย ** ในกาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกการจำหน่ายหมวกนิรภัยราคาถูก 99 บาท/ใบ
4. การสื่อสารการตลาดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โดยใช้ช่องทางและสื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด	Place การสื่อสารการตลาดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ โดยใช้สื่อ วิธีการ ช่องทางการส่งข่าวสาร ความรู้ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุด และสร้างการรับรู้ต่อความ เสี่ยงและความรุนแรงต่ออุบัติเหตุทางถนน และรับรู้ประโยชน์ของหมวกนิรภัย	3.1 กิจกรรมประกาศนโยบาย รณรงค์ 3.2 ติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ แจกเอกสาร แผ่นพับเสียงตามสาย 3.3 การสอนให้ความรู้แก่ผู้เรียน 3.4 การให้ความรู้ผู้ปกครองในวันประชุมผู้ปกครอง หรือโอกาสต่างๆเช่น 3.5 กิจกรรมอบรมสร้างวินัยจราจรโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ 3.6 กิจกรรมอบรมความปลอดภัยและการปฐมพยาบาลโดยโรงพยาบาลในพื้นที่
5. สร้างแรงจูงใจ กระตุ้นให้เกิดการสวมหมวกนิรภัยในเด็กอย่างต่อเนื่อง (Promotion)	Promotion การสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้เกิดการสวมหมวกนิรภัยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กลยุทธ์การส่งเสริมการขาย	4.1 กิจกรรมแจกคู่มือ แจกของรางวัลสำหรับเด็กที่สวมหมวกนิรภัย 4.2 กิจกรรมมีส่วนร่วมของนักเรียน - ประกวดที่มรณรงค์ส่งเสริมความปลอดภัยทางถนน - ประกวดวาดภาพ, คำขวัญ - ประกวดเต้นประกอบหมวกกันนิรภัย
6. ประเมินผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	ประเมินประสิทธิผลการดำเนินงาน รูปแบบการส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัยในเด็กที่ซ่อนท้าย	5.1 เก็บข้อมูล (แบบสอบถาม, สัมภาษณ์, จัดสนทนากลุ่ม) 5.2 สสำรวจการสวมหมวกนิรภัยก่อนและหลังการวิจัย

4. ผลการประเมินประสิทธิผลการทดลองใช้รูปแบบ (Evaluation) การประเมินโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

4.1 การสังเกตพฤติกรรม (Observation) การสวมหมวกนิรภัยของนักเรียนก่อนและหลังการทดลองเก็บข้อมูลแบบนับซ้ำ พบว่า ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 349 คน ไม่พบนักเรียนสวมหมวกนิรภัย หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน พบว่า มีนักเรียนสวมหมวกนิรภัยร้อยละ 55.83

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในพื้นที่เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร

พื้นที่สำรวจ	พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักเรียน					
	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	จำนวนที่สำรวจ(คน)	จำนวนที่สวม	ร้อยละ	จำนวนที่สำรวจ(คน)	จำนวนที่สวม	ร้อยละ
1. โรงเรียนสุเหร่าสามอิน	167	0	0	156	83	53.21



2. โรงเรียนสวัสดิศึกษา	182	0	0	170	99	58.24
รวม	349	0	0	326	182	55.83

4.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มผู้ปกครอง พบว่า คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.86 เป็น 4.17 หลังการทดลอง, การรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัยในเด็กก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.79 เป็น 4.12 หลังการทดลอง, การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยในเด็กก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.39 เป็น 3.66 หลังการทดลอง, แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยให้เด็กก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.66 เป็น 4.01 หลังการทดลอง และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็กก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 0.37 เป็น 0.71 หลังการทดลอง และจากการทดสอบความแตกต่างทางสถิติในตัวแปรข้างต้น (Dependent t-test) ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มนักเรียนระดับชั้น ป.1 – ป.3 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัยก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 0.83 เป็น 0.93 หลังการทดลอง และแรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.30 เป็น 2.51 หลังการทดลอง และจากการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ (Dependent t-test) ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มนักเรียนระดับชั้น ป.4 – ป.6 พบว่า คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 0.70 เป็น 0.82 หลังการทดลอง การรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัยและอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยในเด็กก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.41 เป็น 1.67 หลังการทดลอง และแรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 1.47 เป็น 1.70 หลังการทดลองและจากการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ (Dependent t-test) ก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังดำเนินโครงการของกลุ่มผู้ปกครองในกลุ่มเด็กนักเรียนระดับชั้น ป.1 – ป.3 และ ป.4 – ป.6

ตัวแปร	Pre-Promotion (\bar{X})	Post-Promotion (\bar{X})	P-value
กลุ่มผู้ปกครอง (n=133)			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ	3.86	4.17	.001*
2. การรับรู้ประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก	3.79	4.12	.000*
3. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก	3.39	3.66	0.32
4. แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัยให้เด็ก	3.66	4.01	.001*
5. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก	0.37	0.71	.000*
กลุ่มนักเรียน ป.1-ป.3 (n=120)			
1. การรับรู้เกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัย	0.83	0.93	.000*
2. แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัย	2.30	2.51	.001*
ตัวแปร	Pre-Promotion (\bar{X})	Post-Promotion (\bar{X})	P-value
กลุ่มนักเรียน ป.4 – ป.6 (n=77)			
1. การรับรู้เกี่ยวกับการสวมหมวกนิรภัย	0.70	0.82	.000*



2.การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของการสวมหมวกนิรภัย	1.41	1.67	.001*
3.แรงจูงใจในการสวมหมวกนิรภัย	1.47	1.70	0.00*

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผล

รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่โดยสารถจกรยานยนต์ จากผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ (Need Assessment) ส่วนใหญ่นักเรียนเดินทางมาโรงเรียนโดยรถจักรยานยนต์โดยผู้ปกครองมาส่ง ผู้ปกครองร้อยละ 80.7 ไม่มีหมวกนิรภัยสำหรับนักเรียน และจากการสำรวจไม่พบนักเรียนสวมหมวกนิรภัย ผู้ปกครองมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารการสวมหมวกนิรภัยในเด็กยังรับรู้น้อย กลุ่มเป้าหมายที่ควรที่จะดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัย คือ ผู้ปกครองและเด็กนักเรียน ปัญหาสำคัญคือการไม่มีหมวกนิรภัย การเข้าถึงหมวกนิรภัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารน้อยและไม่มีกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก และไม่มีการบังคับใช้กฎหมายในเด็กที่ไม่สวมหมวกนิรภัย ทำให้เด็ก ๆ ในพื้นที่วิจัยไม่สวมหมวกนิรภัย

รูปแบบการดำเนินงานการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยในนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยที่มาตรการทางกฎหมายใช้ไม่ได้ผล โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจและการตอบสนองความต้องการหรือการแก้ปัญหาอุปสรรคของการสวมหมวกนิรภัยในเด็ก เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีกระบวนการตลาดเชิงสังคม เริ่มด้วยศึกษากลุ่มเป้าหมายและวางแผนการตลาด ต่อด้วยการกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีหมวกนิรภัยสำหรับเด็ก จะเห็นว่าสัดส่วนการครอบครองเป็นเจ้าของหมวกนิรภัยสำหรับเด็กมีน้อย จะทำอย่างไรจะให้ผู้ปกครองซื้อหมวกนิรภัยให้เด็ก ซึ่งเป็นลูกหลานของตน และการแก้ปัญหาการเข้าไม่ถึงของหมวกนิรภัยของผู้ปกครองได้อย่างไร โดยใช้แนวคิดส่วนผสมทางการตลาด(4 P's) ได้แก่ ผลิตภัณฑ์(Product) ราคา(Price)สถานที่(Place)และการส่งเสริมการตลาด(Promotion) โดยการคำนึงถึงการจัดหาสินค้าที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ราคาหมวกนิรภัยให้เหมาะสมกับรายได้ เพื่อการกระจายหมวกนิรภัยให้ทั่วถึง ความคุ้มค่าในการสวมหมวกนิรภัยให้แก่บุตรหลาน สถานที่และช่องทางที่จะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการสื่อสารประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ทั้งในกลุ่มเด็กนักเรียนและผู้ปกครอง ที่สำคัญการสร้างแรงจูงใจเชิงบวก การให้ประโยชน์และสร้างคุณค่าทางจิตใจต่อการสวมหมวกนิรภัยในเด็กนักเรียน เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งการมีมาตรการของโรงเรียน การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานท้องถิ่น สุดท้ายมีการประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินผลประสิทธิภาพของกิจกรรมและเพื่อจะนำไปสู่การดำเนินงานให้เกิดอัตราการสวมหมวกนิรภัยในเด็กนักเรียนที่มากขึ้นและเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมการขนส่งทางบก. (2559). **จำนวนรถที่จดทะเบียนสะสม ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2559**. กลุ่มสถิติการขนส่ง กองแผนงานกรมการขนส่งทางบก.
- [2] แท้จริง ศิริพานิช. (2554). **หมวกกันน็อค 1 ใบมีค่าต่อชีวิต**. (ออนไลน์) สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2560, จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/17231/
- [3] นันทวรรณ วิจิตรวาทการ. (2550). **รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาประเมินผลโครงการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ รักและห่วงใย...สวมหมวกนิรภัยให้ห้อง**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.



การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตในผู้ใช้สารเสพติด

*ภิรราช สิทธิรุ่ง

นักศึกษาระดับปริญญาโทสาขาวิทยาการเสพติด สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

*rafaelongfong@gmail.com

บทคัดย่อ

ทฤษฎีจิต (Theory of Mind) เกี่ยวข้องกับความสามารถในการรับรู้และเข้าใจทางสังคม (Sociocognitive) ในการอนุมานหรือการตีความถึงความคิดของผู้อื่น ซึ่งได้รับการคาดการณ์ว่าความสามารถนี้จะมีความบกพร่องในผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งสามารถอธิบายถึงผลกระทบด้านลบทางสังคม รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบของการวิจัยและความสัมพันธ์กันระหว่างทฤษฎีจิตและการใช้สารเสพติด

วิธีการวิจัยโดยค้นหาฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ประกอบด้วย MEDLINE, Web of Science, PsycINFO และ Embase เพื่อค้นหาการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตในผู้ใช้สารเสพติด

ผลการวิจัยจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีทางจิตในผู้ใช้สารเสพติดของต่างประเทศช่วงพ.ศ.2521 ถึงพ.ศ.2560 จำนวน 14 บทความ พบว่า เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเมทแอมเฟตามีน มีความเกี่ยวข้องกับการบกพร่องของทฤษฎีจิตที่มีความสัมพันธ์กันทางคลินิก ส่วนกัญชาและโคเคนไม่พบหลักฐานที่ชัดเจนทางคลินิก

แม้ว่าการศึกษาและกระบวนการวิจัยยังมีข้อจำกัดแต่ดูเหมือนว่าการใช้สารเสพติดจะมีบทบาทและความเกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิต ซึ่งต้องอาศัยการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม โดยเฉพาะในบริบทของสังคมไทยที่ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน เพื่ออธิบายถึงความบกพร่องทางทฤษฎีจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดได้

คำสำคัญ

Theory of Mind Substance Systematic review



บทนำ/ Introduction

ทฤษฎีจิต (Theory of Mind) เป็นความสามารถในการจัดการของสภาพจิต เช่น ความเชื่อ ความตั้งใจ ความต้องการ บทบาทสมมุติ และในการเข้าใจคนอื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดความรับรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ความต้องการของผู้อื่นนั้น ทฤษฎีจิตเรียกว่าเป็น "ทฤษฎี" เพราะว่า จิตไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง โดยผ่านกระบวนการพินิจภายใน (introspection) แต่ไม่มีใครที่สามารถเข้าถึงสภาพจิตใจของคนอื่นได้โดยตรง จึงต้องสมมุติว่าคนอื่นมีจิตเหมือนกับตนเอง โดยอาศัยเหตุต่าง ๆ คือ พฤติกรรมที่มีร่วมกันในสังคม การใช้ภาษา และความเข้าใจถึงอารมณ์และการกระทำของผู้อื่น การมีทฤษฎีจิตทำให้สามารถพยากรณ์และอธิบายการกระทำของผู้อื่น และสามารถเข้าใจถึงความตั้งใจของคนอื่นได้ นิยามดั้งเดิมก็คือ ทฤษฎีจิตทำให้สามารถเข้าใจว่า สภาพจิตอาจเป็นเหตุพฤติกรรมของผู้อื่น และดังนั้น จึงทำให้เราสามารถพยากรณ์และอธิบายพฤติกรรมของผู้อื่นได้ ความสามารถในการยกสภาพจิตว่าเป็นของผู้อื่น และในการเข้าใจว่าสภาพจิตนั้นเป็นสาเหตุของพฤติกรรม เป็นตัวชี้บ่งโดยส่วนหนึ่งว่าต้องเข้าใจว่าจิตเป็น "ตัวสร้างตัวแทนทางใจ" (generator of representations) การมีทฤษฎีจิตที่บกพร่องหรือไม่สมบูรณ์นั้น อาจจะเป็นอาการของความเสียหายที่เกิดขึ้นในช่วงพัฒนาการหรือจากการใช้สารเสพติด

ความบกพร่องของทฤษฎีจิตนั้นหมายถึงความยากลำบากในการมองจากมุมมองของผู้อื่น ซึ่งบางครั้งเรียกว่า mind-blindness (การบอดจิต) ผู้มีความบกพร่องอาจจะมีปัญหาในการเข้าใจความตั้งใจของคนอื่น ในการเข้าใจว่าพฤติกรรมของตนเองมีผลต่อผู้อื่นอย่างไร และในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ความบกพร่องของทฤษฎีจิตนั้นพบในคนไข้โรคออทิซึม (Autism Spectrum Disorder) โรคจิตเภท โรคสมาธิสั้น ในบุคคลที่เกิดพิษต่อประสาท (neurotoxicity) จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบุคคลที่นอนไม่พอ และในบุคคลที่กำลังประสบความเจ็บปวดทางกายหรือทางใจ

ทฤษฎีจิตมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับทางสังคม รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงได้มีศึกษาเพื่อนำเสนอถึงความเข้าใจเกี่ยวกับความบกพร่องทางสังคม การรู้คิดทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น รวมถึงกระบวนการรับรู้ข้อมูลทางสังคม เช่น Theory of Mind (ToM) หรือทฤษฎีจิตความสามารถในการตีความสภาพทางจิตใจ (เช่น ความเชื่อ และความตั้งใจ) ในบริบทที่มีข้อมูลสนับสนุนการอ้างอิงถึงความบกพร่องของสมรรถภาพของจิตในผู้ใช้สารเสพติด แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีพบบางการศึกษาที่มีบางข้อมูลซึ่งขัดแย้งกัน

กลไกทางสมองมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานทฤษฎีจิต สมองส่วนหน้าสุด (Pre-Frontal Cortex) และกลีบสมอง (Insula) พบว่ามีความเกี่ยวข้องในการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทในการใช้สารเสพติด ดังนั้นจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางประสาทวิทยาตามทฤษฎีของจิตจากการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของทฤษฎีจิต เช่น หน่วยความจำ ความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา และการทำงานของสมองด้านการจัดการ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติดอีกด้วย

ผู้วิจัยมีความสนใจในทฤษฎีจิตร่วมกับการศึกษาผู้ที่มีการใช้สารเสพติดซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทฤษฎีจิตเป็นผลกระทบที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ซึ่งพบข้อมูลเชื่อมโยงถึงการบกพร่องของทฤษฎีจิต รวมถึงในการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงทฤษฎีจิตของผู้ใช้สารเสพติดนั้นอาจเป็นไปได้ว่าเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ซึ่งอาจจะรวมไปถึงผลกระทบด้านอื่น ๆ ในหัวข้อของศึกษาค้นคว้านี้ จึงได้ดำเนินการการสังเคราะห์งานวิจัยซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตในผู้ใช้สารเสพติด

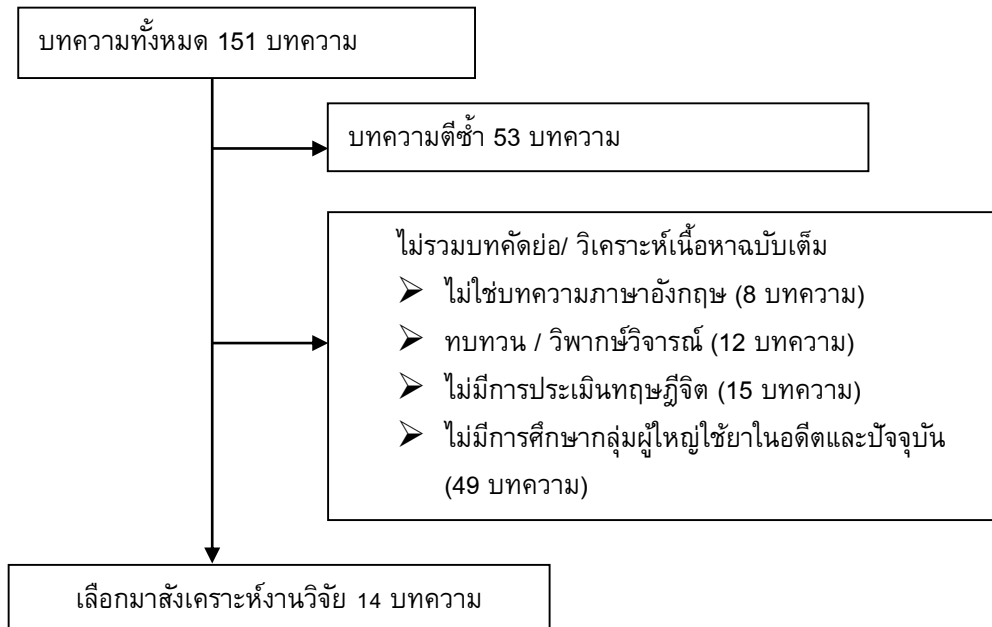
วิธีการวิจัย/ Research methodology

โดยการค้นหางานวิจัยด้วยโปรแกรม The PRISMA 2009 checklist ในการการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีจิตในผู้ใช้สารเสพติดเพื่อศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย รูปแบบของการศึกษา แบบทดสอบและการวัดที่ใช้ และผลการของศึกษาความสัมพันธ์กันระหว่างทฤษฎีจิตและการใช้สารเสพติด

การค้นหางานวิจัยโดยใช้คำว่า "Drug use" และ "Theory of mind" ใช้เกณฑ์คือเป็นบทความที่เป็นภาษาอังกฤษ เป็นข้อมูลต้นฉบับ การศึกษาโดยใช้การวัดทฤษฎีจิตเป็นตัวแปรตาม ในรูปที่ 1 แสดงรายละเอียดในการค้นหา โดยพิจารณาจากการประเมินทฤษฎีจิต ที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบสภาพจิตของผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้เกณฑ์โดยหลีกเลี่ยงการประเมินที่ไม่ได้ประเมินทฤษฎีจิตที่แท้จริง ตัวอย่างเช่น การเข้าใจอารมณ์ขั้นพื้นฐาน การจับผิดการโกหก และการเข้าใจคำอุปมาอุปมัย



การศึกษาได้คำนึงถึงประเด็นอคติและลำเอียง ได้สรุปเกณฑ์การพิจารณาว่า : (1) เป็นการทดสอบสารเสพติด (2) สภาวะเงื่อนไขในการใช้สารเสพติด (เช่น เพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ การใช้ที่ไม่เหมาะสม หรือภาวะพึ่งพา) และ (3) ระยะเวลาตั้งแต่การใช้ครั้งล่าสุดและยิ่งไปกว่านั้นศึกษากระบวนการทัศน เพราะมีกระบวนการทัศนในการประเมินทฤษฎีจิตที่แตกต่างกัน (ดูตารางที่ 1 สำหรับข้อมูล) ซึ่งได้วิเคราะห์ผลสรุปตามแต่ละประเภท



รูปที่ 1 แผนผังงานของการสังเคราะห์งานวิจัย การศึกษาวิจัยดำเนินการโดยค้นหาในฐานข้อมูลต่อไปนี้: Medline, Web of Science, PsycINFO และ EMBASE โดยการค้นหาคำว่า "drug use conditions" หรือ "theory of mind" หรือ "drug addiction" หรือ "drug dependence" หรือ "substance addiction" หรือ "substance abuse" หรือ "drug abuse" หรือ "substance use disorders" หรือ "organic mental disorders" หรือ "drug habituation" หรือ "drug effects" และ "theory of mind" หรือ "mentalizing" หรือ "mind reading" หรือ "psychology" โดยจำกัดบทความที่ตีพิมพ์ในครั้งแรกตั้งแต่ปีพ.ศ. 2521 ตามทฤษฎีของจิตที่ถูกอธิบายโดย Peemack and Woodruff (2521) จนถึงเดือนมกราคม ปี 2560 และคัดกรองชื่อเรื่อง บทความย่อย รวมถึงการอ้างอิงของบทความที่มีอยู่คัดกรอง และค้นหาการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมแต่ก็ไม่พบการศึกษาวิจัยอื่นๆ

ตารางที่ 1 ทฤษฎีจิตและการประเมินกระบวนการทัศน

กระบวนการทัศน	ความหมาย	ตัวอย่างแบบทดสอบ
การตรวจสอบ การเข้าใจผิดและการรับรู้เนื้อหาบริบทข้อมูล	ประเมินความสามารถของ ผู้เข้าร่วมวิจัย ในการตีความคน อื่น ๆ ในสถานการณ์แตกต่างกัน อาจประกอบด้วยความไม่เข้าใจ ในกฎของผู้อื่น หรือเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นก่อนหน้าซึ่งทำให้ ความคิดของพวกเขาแตกต่าง จากความจริง	Happe's story task, ToM Stories, Faux PasTask, Wason's Task.



กระบวนทัศน์	ความหมาย	ตัวอย่างแบบทดสอบ
ความเข้าใจ ความรู้ความเข้าใจในภาษา	ประเมินว่าผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถรับรู้สภาพจิตใจคนอื่นแม้ว่าจะไม่ได้พูดโดยตรงก็ตาม	HintingTask; irony comprehension; indirect speech comprehension; Joke Stems. ความเข้าใจผิดประชด; ความเข้าใจในคำพูดโดยอ้อม
เหตุผล เหตุผลเชิงอนุมานในอวัจนภาษา	ให้ผู้เข้าร่วมการทดสอบทำเครื่องหมายในช่องที่แสดงถึงการแสดงออกต่อสังคมโดยนัย (เช่น กรอบจากตาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง) ซึ่งจะแสดงถึงสภาพจิตใจ	RMET; The Awareness of Social Inference Test III; tasks with geometric figures การรับรู้ถึงการทดสอบการอนุมานทางสังคม

ผลการวิจัย

จากการสังเคราะห์งานวิจัยนั้นหลังจากคัดกรองทั้งหมด 151 บทความ ได้ 14 บทความที่ตรงตามเกณฑ์ พบว่าข้อมูลทั่วไปคือกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด 26 ราย และกลุ่มควบคุม 29 ราย โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และการศึกษาทั้งหมดไม่มีการศึกษาในการจับคู่เรื่องเพศเดียวกัน หรือการศึกษาทางด้านความแตกต่างทางเพศ พบว่าสำหรับการศึกษาผู้ใช้กัญชา มีจำนวนผู้เข้าร่วมการทดสอบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การศึกษาทั้งหมดควบคุมช่วงอายุ และโดยค่าเฉลี่ยของอายุผู้เข้าร่วมอยู่ระหว่าง 19 ปี ถึง 49 ปี (ตารางที่ 2)

พบว่าแบบทดสอบ "Reading the Mind in the Eyes Test" (RMET) หรือแบบทดสอบวัดความสามารถของคนในการอ่านใจคน อื่นจากดวงตานั้นได้ถูกนำมาใช้มากที่สุด โดยมีการใช้ศึกษาอื่น ๆ อีก 8 รายการ ได้แก่ การตรวจจับการรับรู้ข้อมูลบริบท 4 แบบ และการวัดความเข้าใจในการพูดโดยอ้อม 4 แบบ โดยเฉพาะการทดสอบ Faux Pas Recognition Test ถูกใช้ศึกษามากกว่าหนึ่งครั้ง และมีการศึกษา 6 ครั้งที่มีการวัดที่แตกต่างกันของทฤษฎีจิต ซึ่งเมื่อพิจารณาพบว่าผลการวิจัยโดยรวมแสดงให้เห็นว่าคนกลุ่มควบคุมสุขภาพทำคะแนนได้ดีกว่าผู้ใช้สารเสพติด (ตารางที่ 3)

ประเภทของสารเสพติดและลักษณะการใช้ที่ต่างกัน เช่น การใช้เพื่อผ่อนคลาย หรือภาวะพึ่งพา รวมถึงระยะเวลาตั้งแต่การใช้สารเสพติดครั้งล่าสุด พบว่ามีความสัมพันธ์ที่จะส่งผลกระทบต่อความบกพร่องด้านการทำงานในรูปแบบที่ต่างกันไป โดยการสรุปผลคำนึงถึงปัญหาอคติและลำเอียงที่เป็นไปได้ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการพึ่งพาเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ซึ่งข้อมูลดังกล่าวนั้นสนับสนุนถึงการบกพร่องของทฤษฎีจิต การพึ่งพาสารเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน พบว่ามีความบกพร่องในระบบประสาทวิทยาช่วงระยะเวลาสั้นจากใช้ครั้งล่าสุด รวมทั้งผู้ใช้เพื่อความผ่อนคลายได้พบความบกพร่องในการรับรู้และเข้าใจทางสังคม (Sociocognitive) และการรับรู้ความรู้สึกทางอารมณ์ แต่ก็พบผลการวิจัยที่ต่างกันสำหรับการติดตามสารเสพติดประเภทโคเคนซึ่งมีการศึกษาทดลองเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

จากงานวิจัยทั้งหมดนั้น พบว่าความสามารถตามทฤษฎีจิตมีความเชื่อมโยงกับผลกระทบด้านลบทางคลินิกและการกระบวนกรคิด รวมถึงอาการซึมเศร้า ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระยะเวลาของการพึ่งพาเครื่องตีพิมพ์แอลกอฮอล์ ประสิทธิภาพการทำงานของทฤษฎีจิตสัมพันธ์กับความคล่องแคล่วในการใช้ภาษา การทำงานของสมองด้านการจัดการ (Executive Function) และความจำเชิงอัตชีวประวัติ (Autobiographical Memory)



ตารางที่ 2 คุณลักษณะงานวิจัย

เอกสาร	ผู้วิจัย	ปี	ประชากร (การใช้สารเสพติด / เพศ / อายุ)	เครื่องมือ (แบบทดสอบ/ แบบสอบถาม)	ผลการศึกษา
1	Bosco et al.	2556	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 22 คน เพศชาย 15 คน เพศหญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 49.64 ปี - กลุ่มควบคุม 22 คน อายุเฉลี่ย 49.32 ปี เพศชาย 15 คน เพศหญิง 7 คน	1. Theory of Mind Assessment Scale (Th.o.m.a.s) 2. The Strange Stories test	ผลการทดสอบกลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ
2	Gizewski et al.	2556	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 12 คน เพศชาย 12 คน อายุเฉลี่ย 37 ปี - กลุ่มควบคุม 12 คน เพศชาย 12 คน อายุเฉลี่ย 36.6 ปี - กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการพึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 24 คน เพศชาย 12 คน อายุเฉลี่ย 37.2 ปี - กลุ่มควบคุมผู้ป่วยจิตเภท 12 คน เพศชาย 12 คน อายุเฉลี่ย 37.8 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Interpersonal Reactivity Index	ผลการทดสอบทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการพึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ
3	Henry et al.	2552	- กลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีน 20 คน เพศชาย 12 คน เพศหญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 27.5 ปี - กลุ่มควบคุม 20 คน เพศชาย 12 คน เพศหญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 28.2 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Pictures of Facial Affect Recognition Task 3. National Adult Reading Test 4. Rey Auditory Verbal Learning Test 5. FAS Oral test	ผลการทดสอบกลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีนได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ
4	Homer et al.	2556	- กลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีนเพศชาย 8 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี - กลุ่มควบคุมผู้มีเชื้อ HIV แต่พึ่งพาเมทแอมเฟตามีน 13 คน	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Faux Pas Recognition Task	ผลการทดสอบทั้งสองกลุ่มคือกลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีนและกลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีนซึ่งมีเชื้อ HIV ได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่ม



เอกสาร	ผู้วิจัย	ปี	ประชากร (การใช้สารเสพติด / เพศ / อายุ)	เครื่องมือ (แบบทดสอบ/ แบบสอบถาม)	ผลการศึกษา
			เพศชาย 13 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี - กลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีนซึ่งมีเชื้อ HIV เพศชาย 19 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี - กลุ่มควบคุม 16 คน เพศชาย 16 คน อายุเฉลี่ย 40 ปี	3. Timeline Follow-Back Interview 4. Barratt Impulsiveness Scale	ควบคุมอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ
5	Kemmis et al.	2550	- กลุ่มผู้ใช้โคเคนเป็นครั้งคราว 30 คน เพศชาย 16 คน เพศหญิง 14 คน อายุเฉลี่ย 22.56 ปี - กลุ่มผู้ใช้โคเคนเพื่อผ่อนคลาย 48 คน เพศชาย 27 คน เพศหญิง 19 คน อายุเฉลี่ย 24.08 ปี - กลุ่มควบคุม 21 คน เพศชาย 11 คน เพศหญิง 10 คน อายุเฉลี่ย 21.40 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Faux Pas Recognition Task 3. Symptom checklist	จากผลการทดสอบของทั้ง 3 กลุ่มคือผู้ใช้โคเคน และกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
6	Kim et al.	2554	กลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีน 28 คน เพศชาย 28 คน อายุเฉลี่ย 40.21 ปี - กลุ่มควบคุม 27 คน เพศชาย 27 คน อายุเฉลี่ย 38.93 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Hinting Task Social 3. Face Emotional Recognition based on Eckman database 4. Wisconsin Card Sorting Test 5. Beck Depression Inventory	ผลการทดสอบของกลุ่มผู้พึ่งพาเมทแอมเฟตามีนได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างน้อยสำคัญทางสถิติ
7	Kornreich et al.	2554	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 25 คน เพศชาย 17 คน เพศหญิง 8 คน อายุเฉลี่ย 49.4 ปี - กลุ่มควบคุม 25 คน เพศชาย 17 คน เพศหญิง 8 คน อายุเฉลี่ย 46.30 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Trait Emotional Intelligence Questionnaire 3. Wason Selection 4. Beck Depression	ผลการทดสอบของกลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



เอกสาร	ผู้วิจัย	ปี	ประชากร (การใช้สารเสพติด / เพศ / อายุ)	เครื่องมือ (แบบทดสอบ/ แบบสอบถาม)	ผลการศึกษา
				5. Temperament and Character	
8	Mátyásy et al.	2549	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 30 คน เพศชาย 18 คน เพศหญิง 12 คน อายุเฉลี่ย 37.6 ปี - กลุ่มควบคุม 30 คน เพศชาย 20 คน เพศหญิง 10 คน อายุเฉลี่ย 36.3 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Wechsler Adult Intelligence Scale 3. Beck Depression Inventory	จากผลการทดสอบของกลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
9	Maurage et al.	2554	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 24 คน เพศชาย 15 คน เพศหญิง 9 คน อายุเฉลี่ย 48.63 ปี - กลุ่มควบคุม 24 คน เพศชาย 15 คน เพศหญิง 9 คน อายุเฉลี่ย 24 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Wechsler Adult Intelligence Scale subscale vocabulary 3. State-Trait Anxiety Inventory 4. Beck Depression Inventory 5. Inventory of Interpersonal Problems 6. Toronto Alexithymia Scale	ผลการทดสอบกลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ
10	Nandriano et al.	2557	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 50 คน เพศชาย 42 คน เพศหญิง 8 คน อายุเฉลี่ย 45 ปี - กลุ่มควบคุม 30 คน เพศชาย 27 คน เพศหญิง 3 คน อายุเฉลี่ย 43.77 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Versailles-situational intention reading 3. Autobiographical memory assessment 4. Hospital Anxiety and Depression Scale 5. fast alcohol consumption evaluation	ผลการทดสอบกลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ



เอกสาร	ผู้วิจัย	ปี	ประชากร (การใช้สารเสพติด / เพศ / อายุ)	เครื่องมือ (แบบทดสอบ/ แบบสอบถาม)	ผลการศึกษา
11	Platt et al.	2553	- กลุ่มผู้ใช้กัญชา 28 คน เพศชาย 26 คน เพศหญิง 2 คน อายุเฉลี่ย 19.25 ปี - กลุ่มควบคุม 27 คน เพศชาย 12 คน เพศหญิง 15 คน อายุเฉลี่ย 21.22 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Pictures of Facial affect Recognition Task 3. Beck Depression Inventory	ผลการทดสอบของกลุ่มผู้ใช้กัญชาและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
12	Preller et al.	2557	- กลุ่มผู้ใช้โคเคน 69 คน เพศชาย 49 คน เพศหญิง 20 คน อายุเฉลี่ย 28.09 ปี - กลุ่มผู้พึ่งพาโคเคน 31 คน เพศชาย 24 คน เพศหญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 34.81 ปี - กลุ่มควบคุม 68 คน เพศชาย 47 คน เพศหญิง 21 คน อายุเฉลี่ย 29.81 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Multifaceted Empathy Test 3. Movie for assessment of Social Cognition 4. Social Network Questionnaire 5. Beck Depression Inventory 6. Fagerström test of nicotine dependence 7. Cocaine Craving Questionnaire	ผลการทดสอบพบกลุ่มใช้โคเคนและกลุ่มพึ่งพาโคเคนได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในการทดสอบบางส่วน
13	Thoma et al.	2556	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 20 คน เพศชาย 13 คน เพศหญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 47.35 ปี - กลุ่มควบคุม 20 คน เพศชาย 9 คน เพศหญิง 11 คน อายุเฉลี่ย 45.65 ปี	1. Reading the Mind in the Eyes Test 2. Faux Pas Recognition Task 3. Interpersonal Reactivity Index 4. Scale for the Assessment of the Severity of Alcohol Dependence 5. Beck Depression Inventory 6. Letter-Number-Sequencing 7. Trail Making Test	ผลการทดสอบกลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



เอกสาร	ผู้วิจัย	ปี	ประชากร (การใช้สารเสพติด / เพศ / อายุ)	เครื่องมือ (แบบทดสอบ/ แบบสอบถาม)	ผลการศึกษา
14	Uekermann et al.	2556	- กลุ่มผู้พึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 29 คน เพศชาย 23 คน เพศหญิง 6 คน อายุเฉลี่ย 41.79 ปี - กลุ่มควบคุม 29 คน เพศชาย 19 คน เพศหญิง 10 คน อายุเฉลี่ย 42.69 ปี	1. Joke Stem 2. Letter-Number-Sequencing 3. Trail Making Test 4. Stroop Color and Word Test 5. Wechsler Adult Intelligence Scale subscale picture completion 6. Beck Depression Inventory	ผลการทดสอบกลุ่มผู้พึ่งพาสुरาได้คะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้สารเสพติดในทฤษฎีของจิต

สภาวะเงื่อนไขของการใช้ยาและสารเสพติด	ระยะเวลาสั้นตั้งแต่ใช้ครั้งล่าสุด	ระยะเวลานานตั้งแต่ใช้ครั้งล่าสุด
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - ภาวะพึ่งพา	บกพร่อง (4/5)	บกพร่อง (2/3)
เมทแอมเฟตามีน - ภาวะพึ่งพา - ใช้ในทางที่ผิด	- บกพร่อง (2/2)	บกพร่อง (1/1) -
กัญชา - ใช้เพื่อผ่อนคลาย	ปกติ (1/1)	-
โคเคน - ภาวะพึ่งพา - ใช้เพื่อผ่อนคลาย	ได้ผลทั้งสองแบบ "(1/1) ก" ปกติ "(1/1) ข"	- ปกติ "(1/1)บ"

ก คือมีการศึกษาครั้งเดียวกันพบผลการบกพร่องทางทฤษฎีจิตในการทดสอบบางส่วน

ข คือมีการศึกษาแบบเดียวกันที่ได้ทำการทดสอบผู้ที่ใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายภายในช่วงระยะเวลานับตั้งแต่ที่ใช้สารเสพติดครั้งล่าสุดและผู้ที่ใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายซึ่งระยะเวลานานนับตั้งแต่การใช้ครั้งล่าสุด

หมายเหตุ: ช่วงระยะเวลานับตั้งแต่ใช้สารเสพติดครั้งล่าสุดหมายถึงการงดเว้นในช่วง 0-8 สัปดาห์ ช่วงระยะเวลานานนับตั้งแต่การใช้ครั้งล่าสุดหมายถึงการงดเว้นการใช้สารเสพติดมากกว่า 8 สัปดาห์ และช่องว่างที่ทำเครื่องหมายว่างเปล่าหมายถึงไม่มีการศึกษาใดๆ



อภิปรายผล

จากการศึกษาโดยการสังเคราะห์งานวิจัยจากต่างประเทศนั้นพบว่าผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดนั้นมีความสัมพันธ์กับการบกพร่องของทฤษฎีจิต แต่ผลการศึกษาวินิจฉัยนั้นยังคงต้องได้รับการศึกษายืนยันเพิ่มเติมต่อไป เนื่องจากมีปัญหาลำเอียงอคติหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ซึ่งเกี่ยวกับรูปแบบของการศึกษาผู้ใช้สารเสพติด

มีประเด็นที่น่าสนใจของการบกพร่องตามทฤษฎีจิต ในการพึ่งพาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการพึ่งพาเมทแอมเฟตามีนซึ่งมีความเชื่อมโยงถึงความผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น การสังเคราะห์งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็น ความผิดปกติของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่อการทำงานของทฤษฎีจิต สำหรับการพึ่งพาโคเคนนั้นผลการวิจัยมีแตกต่าง โดยพบว่าเมื่อวัดการบกพร่องของทฤษฎีจิต ด้วยการวัดการใช้ภาษา แม้ว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะชี้ให้เห็นถึงความบกพร่องของทฤษฎีจิต แต่ข้อมูลเหล่านี้ไม่สนับสนุนผลกระทบเช่นเดียวกันกับการใช้เพื่อความผ่อนคลาย มีหลักฐานการบกพร่องในการรับรู้อารมณ์ในผู้ใช้สารเสพติดเพื่อการผ่อนคลาย ซึ่งพบได้ในกลุ่มผู้ใช้ยาที่มีพยาธิวิทยา ซึ่งพิจารณาว่าการรับรู้อารมณ์เป็นความสามารถในการรับรู้ความสามารถขั้นพื้นฐานในการรับรู้และเข้าใจทางสังคม (Sociocognitive) ความบกพร่องดังกล่าวอาจเป็นสัญญาณของการบกพร่องการรับรู้และเข้าใจทางสังคม (Sociocognitive) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเพียงครั้งเดียวที่ศึกษาทั้งผู้ใช้แบบพึ่งพา และใช้เพื่อผ่อนคลาย โดยไม่พบการศึกษาอื่น ๆ สนับสนุนผลการศึกษาดังนี้

ความเป็นไปได้ที่จะมีการบกพร่องของทฤษฎีจิต ในผู้ใช้สารเสพติดนั้นสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ และยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสมองรวมถึง สมองส่วนหน้าสุด (Pre-Frontal Cortex) และกลีบสมอง (Insula) ในบางส่วนของผลของการศึกษาบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องระหว่างความบกพร่องของทฤษฎีจิต และปริมาณของการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้นโดย โดยเฉพาะระยะเวลาการใช้สารเสพติดที่เป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถเข้าใจได้ว่าเปลี่ยนแปลงของทฤษฎีจิตที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ในความเข้าใจผู้ป่วยถึงการเริ่มต้นการใช้สารเสพติด และการคงอยู่ของการใช้สารเสพติดแต่อย่างใด มีผลการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างผลการทำงานของทฤษฎีจิต ทั้งอาการซึมเศร้า และปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น การวิจัยเพิ่มเติมในหัวข้อนี้อาจช่วยสำหรับการวางแผนแทรกแซงในการบำบัดรักษาที่ดีขึ้น โดยใช้การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial) และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรับรู้และเข้าใจทางสังคม (Sociocognitive) เป็นสำคัญ ซึ่งหมายความว่า การเปลี่ยนแปลงทฤษฎีจิตและการใช้สารเสพติดอาจสามารถอธิบายถึงการมีความสัมพันธ์ทั้งสองทิศทาง

นอกจากนี้สิ่งสำคัญคือต้องคำนึงถึงและพิจารณาความเป็นไปได้ว่าถึงความบกพร่องทางสังคม และความผิดปกติของผู้ใช้สารเสพติดร่วมกัน ตัวอย่างเช่น มีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงตามทฤษฎีจิต และระดับความรุนแรงของการใช้และพึ่งพาสารเสพติด หรือการศึกษาอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ขนาดความยาวของยีนส์ในการรับสารสื่อประสาทโดปามีน (D4 receptor) การได้รับบาดเจ็บทางจิตใจในวัยเด็ก (Trauma) ที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องของทฤษฎีจิต อาการที่เพิ่มขึ้นของผู้ใช้สารเสพติด การแสดงถึงประวัติของครอบครัวที่สามารถแสดงบทบาทตามทฤษฎีของจิต รวมถึงการเริ่มการใช้สารเสพติดและพัฒนาการของการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยอีกด้วย

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สารเสพติดมีผลกระทบและอิทธิพลต่อการรับรู้ของสมองซึ่งมีความเกี่ยวข้องในทางทฤษฎีจิต การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ามีการบกพร่องหรือหยุดชะงักของทฤษฎีจิตเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด โดยยังไม่มีการศึกษาในบริบทสังคมไทย แต่จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมขึ้น อีกทั้งอาจพิจารณาประเด็นข้อจำกัด รวมถึงการศึกษาประเภทของยาและสารเสพติด ตัวอย่างและส่วนผสมของเมทแอมเฟตามีน ซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมรูปแบบของการใช้สารเสพติดที่มีความแตกต่างกันปริมาณ และระยะเวลาตั้งแต่การใช้ครั้งล่าสุด รวมถึงการควบคุมตัวแปรการใช้สารเสพติดเนื่องจากอาจเป็นปัญหาอคติลำเอียงในงานวิจัยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาเพิ่มเติมในความแตกต่างทางเพศ นอกจากนี้แล้วยังต้องมีการศึกษาและควบคุมผู้เข้าร่วมวิจัยในเรื่องของการใช้บุหรี่ยังอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีข้อบ่งชี้แสดงถึงปัจจัยรบกวนที่ส่งผลต่อทฤษฎีจิต การศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบจากการใช้สารเสพติดซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดความบกพร่องในการรับรู้และเข้าใจทางสังคม (Sociocognitive) ผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีความเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ใช้สารเสพติดต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- Alduncin, N., Huffman, L. C., Feldman, H. M., & Loe, I. M. (2557). Executive function is associated with social competence in preschool-aged children born preterm or full term. *Early Human Development*, 90(6), 299–306. doi:10.1016/j.earlhumdev.2014.02.011
- Bosco, F. M., Capozzi, F., Colle, L., Marostica, P., & Tirassa, M. (2556). Theory of mind deficit in subjects with alcohol use disorder: An analysis of mind reading processes. *Alcohol and Alcoholism*, 49, 299–307.
- Gizewski, E. R., Muller, B. W., Scherbaum, N., Lieb, B., Forsting, M., Wiltfang, J., & Schiffer, B. (2556). The impact of alcohol dependence on social brain function. *Addictive Biology*, 18, 109–120. doi:10.1111/j.1369-1600.2012.00437.x
- Henry, J. D., Mazur, M., & Rendell, P. G. (2552). Social cognitive difficulties in former users of methamphetamine. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 323–327. doi:10.1111/j.2044-8260.2009.tb00487.x
- Homer, B. D., Halkitis, P. N., Moeller, R. W., & Solomon, T. M. (2556). Methamphetamine use and HIV in relation to impaired social cognition. *Journal of Health Psychology*, 18, 900–910. doi:10.1177/1359105312457802
- Kim, Y. T., Kwon, D. H., & Chang, Y. (2554). Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers. *Psychiatry Research*, 186, 80–84. doi:10.1016/j.psychres.2010.06.027
- Kornreich, C., Delle-Vigne, D., Knittel, J., Nerinx, A., Campanella, S., Noel, X., ... Ermer, E. (2554). Impaired conditional reasoning in alcoholics: A negative impact on social interactions and risky behaviors? *Addiction*, 106, 951–959. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03346.x
- Mátyássi, A., Kelemen, O., Sárközi, Z., Janka, Z., & Kéri, S. (2549). Recognition of complex mental states in patients with alcoholism after long-term abstinence. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 512–514. doi:10.1093/alcalc/agl045
- Maurage, P., Grynberg, D., Noël, X., Joassin, F., Hanak, C., Verbanck, P., & Philippot, P. (2011). The “Reading the Mind in the Eyes” test as a new way to explore complex emotions decoding in alcohol dependence. *Psychiatry Research*, 190, 375–378. doi:10.1016/j.psychres.2011.06.015
- Nandrino, J. L., Gandolphe, M. C., Alexandre, C., Kmiecik, E., Yguel, J., & Urso, L. (2557). Cognitive and affective theory of mind abilities in alcohol-dependent patients: the role of autobiographical memory. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 65–73. doi:10.1016/j.drugalcdep.2014.07.010
- Platt, B., Kamboj, S., Morgan, C. J., & Curran, H. V. (2553). Processing dynamic facial affect in frequent cannabis users: evidence of deficits in the speed of identifying emotional expressions. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 27–32.
- Preller, K. H., Hulka, L. M., Vonmoos, M., Jenni, D., Baumgartner, M. R., Seifritz, E., & Quednow, B. B. (2557). Impaired emotional empathy and related social network deficits in cocaine users. *Addictive Biology*, 19, 452–466. doi:10.1111/adb.12070
- Premack, D., & Woodruff, G. (2553). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515–526. doi: 10.1017/s0140525x00076512
- Thoma, P., Winter, N., Juckel, G., & Roser, P. (2556). Mental state decoding and mental state reasoning in recently detoxified alcohol-dependent individuals. *Psychiatry Research*, 205, 232–240. doi:10.1016/j.psychres.2012.08.042
- Uekermann, J., Channon, S., Winkel, K., Schlegel, P., & Daum, I. (2550). Theory of mind, humour processing and executive functioning in alcoholism. *Addiction*, 102, 232–240. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01656.x



การศึกษาความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติดในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 สังกัดกรุงเทพมหานคร

*ปณิดา มงคลสวัสดิ์¹ ดวงใจ บรรทัด² และ จุฑาธิป ศีลบุตร³^{1,2}หลักสูตรวิทยาการเสพติด สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ³ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

* panida_nuy@hotmail.com

บทคัดย่อ

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญของเด็กและเยาวชน การป้องกันก่อนที่จะเริ่มใช้ยาเสพติดจึงเป็นวิธีการที่ดีในการแก้ไขปัญหาหรือลดผลกระทบที่เกิดจากยาเสพติด ซึ่งการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเป็นเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรกับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 1,300 คน จาก 25 โรงเรียนโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามโดยให้นักเรียนตอบด้วยตนเองที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Chi-square test ที่กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่านักเรียน 57.6% ยังไม่เคยทดลองใช้ยาและสารเสพติด นักเรียนส่วนใหญ่ (89.0%) มีความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด กับปัจจัยด้านเพศ ประวัติการใช้ยา กลุ่มเพื่อนที่ใช้ยา พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรไม่มีสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด ($P > 0.05$)

โดยผลจากศึกษาครั้งนี้ จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรไม่ส่งผลต่อความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด แต่ควรปรับรูปแบบและเนื้อหาของกิจกรรมที่จะเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยาเสพติดมากขึ้น เพื่อไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด และขอเสนอแนะสำหรับการศึกษานี้ ควรศึกษาขยายไปถึงกลุ่มเยาวชนในทุกระดับการศึกษาทั้งสายสามัญและอาชีว

คำสำคัญ/

ความตั้งใจ, ยาและสารเสพติด, กิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตร

แหล่งทุน

ไม่มี



บทนำ/ Introduction

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพเสพติดเป็นปัญหาที่เด็กและเยาวชนเข้าไปยุ่งเกี่ยวมากขึ้น จากสถานการณ์ยาเสพติด พบว่า กลุ่มอายุของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรักษา เป็นกลุ่มอายุระหว่าง 15-19 ปี (ร้อยละ 45-47) จะมีสัดส่วนมากเป็นอันดับหนึ่งแทนที่กลุ่มอายุ 20-24 (ร้อยละ 21-24) และพบว่าในกลุ่มนักเรียน/นักศึกษาที่เข้ารับการรักษาบำบัดจะมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 41-47) ระดับชั้นมัธยมปลาย (ร้อยละ 16-19) และประถมศึกษา (ร้อยละ 12-16) ตามลำดับ โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากขึ้น¹ และข้อมูล ยาเสพติดจากระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพเสพติด (บสต.3) ระหว่างปี 2555 -2557 พบว่า มีผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทุกระบบรวมกันลดลงอย่างต่อเนื่องในทุกปี แต่กลุ่มอายุ 15 – 19 ปี ที่เข้ารับการรักษาบำบัด มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ในปี 2555-2557 คิดเป็นร้อยละ 13.6 16.1 และ 11.3² ซึ่งในการใช้ยาเสพติด มีผลกระทบต่อสารสื่อประสาทในสมองซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมที่เป็นทางด้านลบ และเมื่อสมองถูกทำลายด้วยยาเสพติดต่างๆ แล้ว สามารถที่จะฟื้นฟูให้กลับมาทำงานได้ แต่ไม่สามารถกลับคืนเหมือนเดิมก่อนการใช้ยาเสพติดได้ ดังนั้นการป้องกันจึงเป็นวิธีการที่ดีในการแก้ไขปัญหหรือผลกระทบอันเนื่องมาจากการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กและเยาวชนหันไปใช้ยาเสพติด³ ได้มีการศึกษาไว้ 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล ความรู้ความเข้าใจเรื่องยาเสพติด ความเชื่อ บรรทัดฐาน เจตคติเกี่ยวกับยาเสพติด ทักษะชีวิต 2) ปัจจัยครอบครัว ประกอบด้วยแบบแผนการเลี้ยงดู ลักษณะความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว/สถานภาพของครอบครัว ระดับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ระดับความคาดหวังต่อสมาชิกในครอบครัว สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย กลุ่มเพื่อน โรงเรียน ชุมชนและลักษณะสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สังคม วัฒนธรรม ค่านิยมที่เน้นการบริโภคนิยม วัตถุนิยม ทุนิยม รวมถึงสื่อและเทคโนโลยี และการที่นักเรียนจะสามารถป้องกันตนเองจากยาและสารเสพติดได้นั้น ต้องมีความรู้ความเข้าใจ โดยได้จากการเรียนการสอนในชั้นเรียน หรือการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดต่างๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมนักเรียน มีการปฏิบัติตนโดยไม่ไปเผชิญกับความเสี่ยง และไม่การเข้าไปยุ่งเกี่ยวหรือทดลองใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม⁶ (TPB) เป็นการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดจากเจตนาที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น โดยมีองค์ประกอบสำคัญ คือ ทศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

ซึ่งมีรายงานการศึกษาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพเสพติด ทั้งภาครัฐบาล เอกชน สถาบันการศึกษา และเครือข่ายต่างๆ ได้มีการศึกษาและพัฒนาชุดกิจกรรมเพื่อป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน อายุระหว่าง 18-25 ปี พบว่า ได้มีการสร้างชุดกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมหลักจำนวน 8 กิจกรรม เพื่อให้เยาวชนแกนนำต้นแบบ ใช้เป็นเครื่องมือในการจัดกิจกรรมให้กับเยาวชนกลุ่มอื่นๆ ในการเป็นต้นแบบที่ดีและเปิดพื้นที่จัดกิจกรรมสร้างสรรค์เพื่อป้องกันเยาวชนให้ห่างไกลยาเสพติดและพัฒนาทักษะชีวิตด้านต่างๆ⁴ และการศึกษาในรูปแบบการทำงานป้องกันในเยาวชนกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง โดยการศึกษาจากแนวทางการปฏิบัติที่ดีขององค์กรที่มีการปฏิบัติที่ดีด้านการทำงานกับเยาวชนกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและในภูมิภาคต่างๆ จำนวนทั้งสิ้น 10 องค์กร พบว่า แนวทางการป้องกันยาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยง มี (1) การเข้าถึงเยาวชนกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง คือต้องเข้าใจในอัตลักษณ์ ตัวตน ความคิดของเยาวชน ฯลฯ (2) คุณสมบัติและแนวคิดของพี่เลี้ยง หรือคนทำงาน ต้องมีจิตใจอาสาสมัคร จิตอาสาอยากช่วยเหลือ ฯลฯ (3) แนวทางการจัดกิจกรรมกับเยาวชน มีการสร้างพื้นที่พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ หรือปรึกษาปัญหาของเยาวชนแบบไม่เป็นทางการ ฯลฯ⁵ ล้วนแล้วแต่เป็นการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมให้กับเด็กและเยาวชน เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ ความสามารถต่างๆ ให้กับเด็กและเยาวชนให้ห่างไกลจากยาเสพติด

ดังนั้น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรกับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร

วิธีการวิจัย/ Research methodology

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเป็นเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และใช้การวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) ด้วยการใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร 108 โรงเรียน จาก 38 สำนักงานเขต จำนวน 12,995 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามสัดส่วน 10% ของ



จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ทั้งหมด ได้จำนวน 1,300 คน จาก 25 โรงเรียนโดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนขยายโอกาสสังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งนักเรียนต้องผ่านชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ของโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานคร และสามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดยนักวิจัยมีทั้งหมด 3 ตอน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป กิจกรรมการป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรและการเข้าร่วม และความตั้งใจการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด โดยมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแบบสอบถาม จำนวน 3 ท่าน และการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สาขาสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 2019/144.1204

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงบรรยาย เช่น ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ สถิติ Chi-square tests ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด

ผลการวิจัย/ Results

ผลการศึกษา จากแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1,300 ชุด พบว่ามีแบบสอบถามตอบกลับมาและสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 1,060 ชุด ในตารางที่ 1 พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 550 คน (51.9%) เพศหญิง จำนวน 510 คน (48.1%) สถานะภาพของครอบครัว พบว่า พ่อแม่อยู่ด้วยกัน 63.0% ประวัติการใช้ยาเสพติด พบว่า นักเรียน 57.6% ยังไม่เคยทดลองใช้ยาเสพติด อีกทั้งมีบุคคลในครอบครัวใช้ยาเสพติด (42.8%) ไม่ใช้ยาเสพติด (57.2%) และมีเพื่อนใช้ยาเสพติด (31.9%) ไม่ใช้ยาเสพติด (68.1%) การเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตร (ตารางที่ 2) พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรมากกว่า 1 กิจกรรม โดยเข้าร่วมกิจกรรมการสอนทักษะชีวิตป้องกันยาเสพติด ร้อยละ 63.8 เข้าร่วมกิจกรรมอบรมให้ความรู้โรงเรียนปลอดบุหรี่ ร้อยละ 62.3 และเข้าร่วมกิจกรรมโครงการตำรวจ D.A.R.E. ร้อยละ 57.3 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษานี้ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ (89.0%) มีความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติดของนักเรียนกับการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตร (ตารางที่ 4) พบว่าจำนวนครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด ($P=0.149$)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 1,060)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	550	51.9
- หญิง	510	48.1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 1,060) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานะภาพของครอบครัว		
- อยู่ด้วยกัน	668	63.0
- หย่าร้าง/แยกกันอยู่	391	37.0
(Missing = 1)		
ประวัติการใช้ยาเสพติดของนักเรียน		



- ไม่เคยใช้	607	57.6
- เคยใช้	446	42.4
(Missing = 7)		
ประวัติการใช้ยาเสพติดของบุคคลในครอบครัว		
- ไม่ใช้	605	57.2
- ใช้	453	42.8
(Missing = 2)		
ประวัติการใช้ยาเสพติดของเพื่อน		
- ไม่ใช้	717	68.1
- ใช้	336	31.9
(Missing = 7)		

ตารางที่ 2 การเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตร

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมการป้องกันยาเสพติดที่นักเรียนเข้าร่วมในปีการศึกษาที่ผ่านมา		
- กิจกรรมการสอนทักษะชีวิต ป้องกันยาเสพติด	676	63.8
- โครงการตำรวจ D.A.R.E.	607	57.3
- การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในโรงเรียน	254	24.0
- การอบรมให้ความรู้โรงเรียนปลอดบุหรี่	660	62.3
- อื่นๆ (กิจกรรมแตกต่างกันในแต่ละโรงเรียน)	21	2.0

หมายเหตุ : ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3 ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติดของนักเรียน

ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ใช้	944	89.0
ใช้	116	11.0
- จะลองใช้	56	5.3
- จะใช้	60	5.7

ตารางที่ 4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติดของนักเรียนกับการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตร

การเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกัน ยาเสพติดนอกหลักสูตร	ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยง		χ^2 (df)	p-value
	ยาและสารเสพติด			
	ไม่ใช้ N (%)	ใช้ N (%)		
1 ครั้ง	340 (90.9)	34 (9.1)	2.079 (1)	0.149



การเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกัน ยาเสพติดนอกหลักสูตร	ความตั้งใจในการหลีกเลี่ยง		χ^2 (df)	p-value
	ยาและสารเสพติด			
	ไม่ใช้ N (%)	ใช้ N (%)		
2 ครั้งขึ้นไป	602 (88.0)	82 (12.0)		

Missing = 2

อภิปรายผล/ Discussions

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ไม่เคยใช้สารเสพติดและครอบครัวยุคส่วนใหญ่ก็ไม่ใช้สารเสพติดแต่พบว่ามีความเสี่ยงที่มีเพื่อนใช้ยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่ และนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรมากกว่า 1 กิจกรรม ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้ จากการศึกษาของมานพ คณะโต (2551)⁷ พบว่า กิจกรรมการป้องกันยาเสพติดที่นักเรียนส่วนใหญ่รับรู้ คือ การให้ความรู้ การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคม การตรวจค้นและสอดส่อง ฯลฯ ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ Cuijpers P, Jonkers R, de Weerd I & Jong A (2001)⁸ พบว่า โรงเรียนที่มีการดำเนินโครงการโรงเรียนดูแลสุขภาพและยาเสพติด ช่วยลดจำนวนวัยรุ่นที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และยาเสพติดอื่นๆ ได้ และจากการศึกษาของจันทร์พอง ก้อนคำ (2547)⁹ พบว่า รูปแบบของกิจกรรม เพื่อการป้องกันปัญหาเสพติดแก่นักเรียนของครูสังคมศึกษา โดยครูใช้รูปแบบกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ ได้แก่ การสอดแทรกความรู้ในวิชาที่สอน และการจัดป้ายความรู้ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด ได้แก่ การจัดเดินรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด การประกวดบทความ สำหรับกิจกรรมเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันยาเสพติด ได้แก่ การเข้าค่ายคุณธรรมจริยธรรม และการจัดทัศนศึกษา และผลที่เกิดหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติด มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากยาเสพติด และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม คือ ได้ความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงโทษและพิษภัยของยาเสพติด และรู้จักแนวทางการป้องกันตนเองจากยาเสพติด นอกจากนี้ผลการศึกษาของ วราวัลย์ ธรรมเขตต์ (2550)¹⁰ จากการศึกษาโครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน (D.A.R.E.ประเทศไทย) พบว่า ประสิทธิภาพสำเร็จในระดับมาก โดยนักเรียนมีความรู้ เกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของยาเสพติดได้เป็นอย่างดี มีทักษะและวิธีการตัดสินใจที่ถูกต้อง กล้าปฏิเสธเมื่อถูกเพื่อนชักชวนให้ลอง และเสพยาเสพติด รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

นักเรียนใช้เวลาส่วนใหญ่ในโรงเรียน ผู้ปกครองต้องคาดหวังให้โรงเรียนมีบทบาทในด้านความรู้การป้องกันและทักษะในการดูแลตัวเอง ดังนั้นกิจกรรมในชั้นเรียนและนอกชั้นเรียนมีความสำคัญสำหรับการป้องกันยาเสพติด โรงเรียนควรสนับสนุนกิจกรรมและการมีส่วนร่วมของเด็ก สำหรับผลกระทบในระยะยาวที่นักเรียนจะได้รับขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่จัดอย่างต่อเนื่องและตลอดทั้งปี

ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการเข้าร่วมกิจกรรมป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการหลีกเลี่ยงยาและสารเสพติด (p-value = 0.149) เนื่องจากกิจกรรมส่วนใหญ่ที่จัดให้กับนักเรียนเป็นกิจกรรมระยะสั้นและขาดความต่อเนื่อง ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมกำหนดให้นักเรียนทุกระดับ หรือร่วมกันระหว่างชั้นประถม 5-6 ทำให้กิจกรรมไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงที่เริ่มใช้ยาได้จริง

อย่างไรก็ตาม จากการวิจัยของสภาการศึกษา (2548)¹¹ เกี่ยวกับกิจกรรมต่อต้านยาเสพติดในโรงเรียน พบว่า ลักษณะของกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพต่อการป้องกันยาเสพติด คือ การปฏิเสธยาเสพติด ไม่ชักชวนให้เพื่อนมาติดยาเสพติด และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และการศึกษาของจุฑารัตน์ ทิพย์บุญทรัพย์ (2553)¹² พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างด้านบันเทิงอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา และด้านการเรียน ตามลำดับ คล้ายกับการศึกษาของ รัตเกล้า สายหรั่ง (2548)¹³ พบว่า นักเรียนต้องการทำกิจกรรมนันทนาการมากที่สุด (35.2%) รองลงมาคือกิจกรรมกีฬา (26.6%)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาของ มนต์นันธ์ ทองสิมา (2557)¹⁴ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมุ่งใจในการใช้ยาเสพติดในระดับมากที่สุด คือ สื่อมวลชน การศึกษาระดับความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ในระดับมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมออกแบบโปสเตอร์รณรงค์ต่อต้านยาเสพติดของนักเรียน ช่วยลดปัญหาเสพติดในเยาวชนกลุ่มเสี่ยงได้ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ไม่เคย



และเคยเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด ต่อพฤติกรรมมุ่งใจในการใช้ ยาเสพติด พบว่าทั้ง 7 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวเอง, ครอบครัว, เพื่อน, โรงเรียน, ชุมชน, เศรษฐกิจ และสื่อมวลชน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม มากกว่ากลุ่มที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม ($p < 0.05$) โดยปัจจัยที่มีระดับความเสี่ยงต่อกลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุด คือ ปัจจัยเกี่ยวกับสื่อมวลชน

สรุปผลและข้อเสนอแนะ/ Conclusion and Recommendations

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการปรับกิจกรรมการป้องกันยาเสพติด หรือกำหนดแนวทางการให้ความรู้ที่จะเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องยาเสพติดมากขึ้น โดยจะเป็นการป้องกันไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดโดยอาจจะไม่ต้องมีจำนวนของกิจกรรมที่มาก สำหรับข้อเสนอแนะของการศึกษานี้ ควรขยายการศึกษาเรื่องของการป้องกันการป้องกันยาเสพติดนอกหลักสูตรไปถึงกลุ่มเยาวชนในระดับมัธยมศึกษา และเปรียบเทียบในประเภทสามัญ และสายอาชีพ

กิตติกรรมประกาศ/ Acknowledgement

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการสำนักการศึกษา ผู้อำนวยการสถานศึกษา ครู และบุคลากรในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยในการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง/References

1. ป.ป.ส., ส. สถานการณ์ปัญหาเสพติดและแนวโน้มของปัญหาช่วงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2553. การพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559), 2554 : 28.
2. สำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด. ข้อมูลด้านการบำบัดยาเสพติดของสถานบำบัดยาเสพติดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร, 2558
3. วารสาร นพท. "ปัจจัยและแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเด็กและ เยาวชน" ส่วนวิชาการด้านยาเสพติด สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส, 2554 : 121-125.
4. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. "รายงานการประเมินการพัฒนาชุดกิจกรรมเพื่อการป้องกันยาเสพติดในกลุ่มเยาวชน", 2552:69.
5. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. "รูปแบบการทำงานป้องกันในเยาวชนกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง". 2550.
6. Ajzen I. (2013). The Theory of Planned Behavior. Retrieved Sep 26, 2015. From <http://sphweb.bumc.bu.edu/otit/MPH-Modules/SB/SB721-Models/SB721-Models3.html#thetheoryofplannedbehavior>
7. มานพ คณะโต. การวิจัยโครงการการศึกษาและการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานการวิจัย. 2551.
8. Cuijpers P, Jonkers R, de Weerd I & de Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Healthy School and Drug' project. *Addiction*, 97, 2001 : 67-73.
9. จันทร์ฟอง ก้อนคำ. กิจกรรมเพื่อการป้องกันปัญหายาเสพติดแก่นักเรียนของครูสังคมศึกษาในโรงเรียนพร้าววิทยาคม จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.
10. วราวัลย์ ธรรมเขตต์. ผลการดำเนินงานโครงการการศึกษาเพื่อต่อต้านการใช้ยาเสพติดในเด็กนักเรียน (D.A.R.E. ประเทศไทย) ในโรงเรียนบ้านริมใต้ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
11. สภาการศึกษาไทย. ผลการศึกษาวิจัยเชิงลึก (Focus Group) การศึกษาหาแนวทางจัดกิจกรรมต้านยาเสพติดในสถานศึกษาและผลการสำรวจแนวความสามารถพิเศษ. รายงานการวิจัย, 2548.



12. จุฑารัตน์ ทิพย์บุญทรัพย์. การเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความสัมพันธ์รูปแบบการใช้เวลาว่างของนักศึกษาวิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล. การค้นคว้าอิสระ สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2553.
13. รัตเกล้า สายหรั่ง. สถิติวิเคราะห์การใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง เชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระเชิงวิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.
14. มนต์นันท์ ทองสิมา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงและการรณรงค์ต่อต้านพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษา ตอนต้น เขตดุสิต กทม.. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 22(39), 2557 : 301-302.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*นางนภัส ช่วยขำ¹ สุปรีชา แก้วสวัสดิ์² นัยนา หนูนิล³

¹นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์²
³สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์³

*n.chuaykam@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 60 คนโดยการสุ่มคัดเลือกและแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คนกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ การฝึกทักษะ การเสริมสร้างการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ผ่านตัวแบบ ได้รับการโทรศัพท์ติดตามและเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งการซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกัน ดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย โดยมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความคาดหวังในผลลัพธ์ในการออกกำลังกายหลังการทดลองมีคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.520, p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.020, p < 0.05$) สรุปได้ว่าโปรแกรมนี้สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถลดภาวะอาการหอบเหนื่อยได้ รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังรายอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความคาดหวังในผลลัพธ์ พฤติกรรมการออกกำลังกาย

แหล่งทุน

ทุนอุดหนุนโครงการวิจัย สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (สัญญาเลขที่ 17/2559)

EC no.

หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 089/2559 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2559



บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งในระบบสาธารณสุขทั่วโลก ปัจจุบันถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของโลกจากโรคเรื้อรังทั้งหมด (GOLD, 2017) จากสถิติพบว่ามีอัตราการตายต่อประชากรแสนคนทั้งประเทศไทย 7.7 และ 9.8 ในปีพ.ศ.2555 และ พ.ศ.2558 ตามลำดับ และมีอัตราป่วย(สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) 89.61 ซึ่งจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีอัตราการเจ็บป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพลีธา, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์และ ธนวันต์ กาบภิรมย์, 2556) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือหลาย ๆ ปัจจัยก็ได้ (สมเกียรติ โพรธิสสัย และคณะ, 2557) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เป็นอันดับต้นๆของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของทั้งตัวผู้สูบบุหรี่เองและผู้ที่ไม่สูบบุหรี่จากสถิติการบริโภคยาสูบในปีพ.ศ.2556 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีการบริโภคยาสูบจำนวน 10.77 ล้านคน (19.94%) (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2557)

เนื่องจากโรคมีแนวทางการรักษาที่มีเป้าหมายหลักเพื่อลดอาการของโรครักษาภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตาย การรักษาจึงมีหลายวิธีด้วยกัน กล่าวคือ การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลตนเอง การรักษาทางยา เป็นต้น และนอกจากการการรักษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นนั้น ยังมีการรักษาเสริมที่มีประสิทธิภาพสูงมากที่สุด นั่นคือการออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (exercise rehabilitation) เพื่อลดภาวะหายใจหอบเหนื่อยและเพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงแต่การรักษาทางกายภาพของโรคเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องถึงการพัฒนาความสามารถของแต่ละบุคคลในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย (Dudley, Glaser, Jorgenson, & Logan, 1980)

การออกกำลังกายที่เหมาะสมและค่อยเป็นค่อยไปตามระยะของโรคและความสามารถของผู้ป่วยจึงเป็นแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดส่งผลให้สมรรถภาพปอดของผู้ป่วยดีขึ้น บรรเทาอาการหายใจหอบเหนื่อย โดยการออกกำลังกายจะต้องออกกำลังกายทั้งกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่าง ควรออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาที 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์เป็นอย่างน้อย แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการออกกำลังกายลดลง (พรณิศา สืบสุข, 2554; GOLD, 2017) แต่ทั้งนี้การสร้างความคิดหวังในผลลัพธ์ในการออกกำลังกายของผู้ป่วยให้สามารถมองเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจึงเป็นเรื่องที่ท้าทาย กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาการออกกำลังกายเพื่อบรรเทาอาการของโรคโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ว่าการออกกำลังกายสามารถช่วยลดอาการไม่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นจากโรค และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมที่ดีได้

ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งแนวคิดทฤษฎีนี้เป็นแนวทางที่ดีที่สามารถประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome-expectancy) ในการออกกำลังกาย ผู้ป่วยมีความเชื่อที่จะประมาณค่าถึงพฤติกรรมที่ตนได้ปฏิบัตินั้นว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้ (Bandura, 1977) จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อลดปัญหาของโรคได้อย่างยั่งยืน

โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านหัตถิวิทยุขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ในปีพ.ศ.2557 มีผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในคลินิก Easy Asthma & COPD จำนวน 180 คน มีอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 12.77 คิดเป็นค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 866,547 บาท และในปีพ.ศ.2558 มีจำนวน 190 คน และมีอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 23.16 คิดเป็นค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 770,926 บาทจะเห็นได้ว่ามีอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมเป็นจำนวนมาก

จากการศึกษาข้อมูลปัญหาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิก Easy Asthma & COPD ที่ผ่านมามีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมีเพียงการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค วิธีการดูแลตนเองเบื้องต้น การสอนใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ซึ่งยังไม่สามารถสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์จากการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้

ดังนั้นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย ทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น หากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรับรู้ผลของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีแนวโน้มสูงที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆและประสบความสำเร็จในที่สุด



วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Two – group pretest – posttest designs) ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับ 2 ขึ้นไป อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และไม่มีภาวะผิดปกติของระบบต่างๆ ที่เป็นข้อจำกัดหรือข้อห้ามในการออกกำลังกาย กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (effect size) จากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างถึงใน อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2556) คำนวณหาค่าอิทธิพลได้ขนาด 1.06 นำค่ามาเปิดตารางของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ที่ α 0.05 Power .80 (Cohen, 1992) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริงอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลอง จึงต้องมีการปรับเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 20% เป็น 30 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ในการออกกำลังกาย และส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย 2. เครื่องมือในการทดลอง โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ การถ่ายทอดประสบการณ์การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอดโดยบุคคลตัวแบบด้วยการปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อทรวงอกด้วยตนเอง พร้อมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงผลที่ได้รับจากการออกกำลังกายกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ระบายความวิตกกังวลและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการออกกำลังกาย มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.67 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ในการออกกำลังกาย และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในการออกกำลังกายก่อนและหลังการทดลอง

ระยะดำเนินการ

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุและเหมาะสมกับโรคเป็นเวลา 1 ชั่วโมงโดยผู้วิจัย พร้อมทั้งนำเสนอบุคคลตัวแบบและเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อทรวงอกด้วยตนเองเป็นเวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3-4 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับการออกกำลังกายกล้ามเนื้อทรวงอกด้วยตนเองที่บ้าน โดยผู้วิจัยจะโทรติดต่อสอบถามกับผู้เข้าร่วมวิจัยหรือญาติพร้อมทั้งสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกายและอาการที่เกิดขึ้นในขณะออกกำลังกายที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 5-7 ผู้วิจัยลงติดตามเยี่ยมบ้านผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายเพื่อติดตามการออกกำลังกาย และสอบถามถึงปัญหาและอาการที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกายที่บ้านพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนัดหมายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมาพบกัน เพื่อมาทบทวนการออกกำลังกายและมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน พร้อมทั้งพูดคุยกระตุ้นให้เกิดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน โดยสถิติ Independent T-test และ Paired T-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 089/2559 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2559 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจ



เกิดขึ้นในการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจเข้าร่วมและบอกเลิกการเข้าร่วมเมื่อใดก็ได้ และการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ ไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 68 ปี (SD 10.04) มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 33.3 เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.3 สูบมาเป็นเวลามากกว่า 21 ปี ร้อยละ 36.7 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ย 71 ปี (SD 12.09) มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.7 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 30 เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 80 และสูบมาเป็นเวลามากกว่า 21 ปี ร้อยละ 63.3

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.520, p < .05$ และ $t = -5.172, p < .05$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน ส่วนภายหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.020, p < .05$ และ $t = -4.520, p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	df	p-value
	n = 30			n = 30					
	\bar{x}	S.D.	ระดับ	\bar{x}	S.D.	ระดับ			
1. ความคาดหวังในผลลัพธ์									
กลุ่มทดลอง	12.60	2.061	ปานกลาง	14.03	2.977	สูง	-2.520	29	0.017*
กลุ่มควบคุม	12.23	2.029	ปานกลาง	12.07	1.964	ปานกลาง	0.358	29	0.723
2. พฤติกรรม									
การออกกำลังกาย									
กลุ่มทดลอง	15.93	2.463	ต่ำ	21.1	5.013	สูง	-5.172	29	0.001*
กลุ่มควบคุม	16.33	2.869	ต่ำ	16.33	2.869	ต่ำ	0.129	29	0.898

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p - value < 0.05$



ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา	n	\bar{x}	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
1. คาดหวังในผลลัพธ์						
กลุ่มทดลอง	30	12.60	2.061			
กลุ่มควบคุม	30	12.23	2.029	-0.694	58	0.490
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	30	15.93	2.463			
กลุ่มควบคุม	30	16.33	2.869	0.579	58	0.565
หลังการทดลอง						
1. คาดหวังในผลลัพธ์						
กลุ่มทดลอง	30	14.03	2.977			
กลุ่มควบคุม	30	12.07	1.964	-3.020	58	0.004*
2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย						
กลุ่มทดลอง	30	21.10	5.013			
กลุ่มควบคุม	30	16.33	2.869	-4.520	58	0.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p - value < 0.05$

อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 สอดคล้องกับข้อมูลสถิติและงานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมักเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Arora, P. et al., 2014) เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง (ศรีธัญญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ฐราตล เก่งการพานิช และ ดุสิต สุจิรารัตน์, 2557)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจเนื่องมาจากที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความคาดหวังในผลลัพธ์ของการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยการนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย โดยมีการเปิดโอกาสให้พูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวแบบ การพูดระบายซักถามเกี่ยวกับอุปสรรคและอาการที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลในการฝึกออกกำลังกายที่ผ่านมาโดยผู้วิจัยโทรสอบถามและลงติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน รวมถึงการพูดให้กำลังใจเพื่อเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จึงทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความมั่นใจในการออกกำลังกายมากยิ่งขึ้นเมื่อเจอปัญหาอุปสรรคต่างๆ ระหว่างออกกำลังกาย ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร และคณะ ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหอบหืด โดยใช้การบรรยาย สื่อวีดิทัศน์ การฝึกปฏิบัติ การนำเสนอตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ พบว่าการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์และพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติที่ระดับ .05 (ณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร, วีระศักดิ์ สืบเสาะและदनัย ชีวันดา, 2556) และสอดคล้องกับการศึกษาของอันวาร์ เบ็ญอุสมามาแอล และคณะ ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี กลยุทธ์ที่ใช้ประกอบด้วย การบรรยาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การชมสื่อวีดิทัศน์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (อันวาร์ เบ็ญอุสมามาแอล, กรรณิกา เรืองเดช, อภิรดี แซ่ลิ่มและไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, 2557)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนการส่งเสริมการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของเบนดูรา ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะปฏิบัติพฤติกรรมออกกกำลังกายต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกกำลังกาย โดยมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนอุดหนุนโครงการวิจัย สำหรับนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ (สัญญาเลขที่ 17/2559)

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐพงษ์ พิมพ์โคตร, วีระศักดิ์ สืบเสาะและदनัย ชีวันดา. (2556). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหอบหืด. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 8(2), 89-99.
- ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ฐราดล เก่งการพานิชและดุสิต สุจิรารัตน์. (2557). รายงานการพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพ : แนวโน้มการบริโภคยาสูบของประชากรไทย (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์ จำกัด.
- พรรณิกา สืบสุข. (2554). บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(2), 18-26.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). (2557). สรุปลักษณะการปัจจัยเสี่ยงหลักด้านยาสูบของประเทศไทย พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีนคองการพิมพ์.
- สมเกียรติ โพรสัตย์, เนติมา คูณีย์, รัชนิบูลย์ อุดมชัยรัตน์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, สุรีพร คนละเอียด, ศุภลักษณ์ มีรัตนไพรและ เกตุแก้ว สายน้ำเย็น. (2557). การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). รายงานประจำปี 2559 สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 1): สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อมรา ทองหงษ์, กมลชนก เทพสิทธา, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์และธนวันต์ กาบภิรมย์. (2556). รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี พ.ศ.2555. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์, 44(51), 801-808.
- อรุณจิรวรรณกุล. (2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด.
- อันวาร์ เบ็ญอุสมามาแอล, กรรณิกา เรืองเดช, อภิรดี แซ่ลิ่มและไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา โรงพยาบาลทุ่งยางแดง จังหวัดปัตตานี วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 21(2), 39-49.
- Arora, P., Kumar, L., Vohra, V., Sarin, R., Jaiswal, A., Puri, M. M., Rathee, D., Chakraborty, P. (2014). Evaluating the technique of using inhalation device in COPD and Bronchial Asthma patients. *Respiratory Medicine*, 108(7), 992-8.



-
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Dudley, D. L., Glaser, E. M., Jorgenson, B. N., & Logan, D. L. (1980). Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease* Part I. Psychosocial and Psychological Considerations. *chest*, 77, 413-420.
- GOLD. (2017). GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE 2017 REPORT Retrieved 23 December, 2017, from <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>



ผลของการลดความดันโลหิตด้วยวิธีการใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง ในชุมชนรอบ
มหาวิทยาลัยสยาม

*ชนิดา มัททวางกูร¹ และ รัฐกานต์ ขำเขียว¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

* nida.mat@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) เพื่อศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม ที่ได้รับการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคที่ 1 (SKT 1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกระหว่างก่อนฝึกกับหลังฝึกโดยติดตามวัด 6 ครั้ง คือ หลังฝึกทันที หลังฝึกวันที่ 3, 7, 14, 21 และ 28 รวม 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว ได้แก่ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท ค่าใดค่าหนึ่งหรือทั้งสองค่า ไม่ว่าจะเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ก็ตาม จำนวน 38 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ

Repeated measure One-way ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนฝึกเท่ากับ 143.9 มิลลิเมตรปรอท หลังฝึกวันที่ 28 เท่ากับ 119.1 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ก่อนฝึกเท่ากับ 82.3 มิลลิเมตรปรอท หลังฝึกวันที่ 28 เท่ากับ 70.3 มิลลิเมตรปรอท และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกระหว่างก่อนฝึกกับหลังฝึก 6 ครั้ง พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ซิสโตลิก $F = 51.72$, $df = 3.83$ และไดแอสโตลิก $F = 13.11$, $df = 6$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตเป็นรายคู่โดยวิธี Bonferroni ระหว่างหลังฝึกแต่ละครั้ง รวม 6 ครั้ง เปรียบเทียบกับก่อนฝึก พบว่าค่าเฉลี่ยหลังฝึกทั้ง 6 ครั้งลดลงจากก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ ทั้งความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก จากผลการวิจัยนี้จึงเสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพนำสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ไปใช้ในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยสามารถนำไปใช้ในการดูแลแบบผสมผสานร่วมกับการดูแลระบบการแพทย์ปัจจุบันแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ

ความดันโลหิตสูง, สมาธิบำบัดแบบ SKT 1

แหล่งทุน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



Abstract

This quasi – experimental research aimed to compare mean of blood pressure among hypertensions in nearby communities of Siam University who practiced SKT 1 Meditation. The comparison between before and after practice 6 times: instantly, after day 3, 7, 14, 21, and 28 total up 4 weeks. The data were collected from 38 hypertensions that had systolic blood pressure ≥ 130 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 85 mmHg. The data were analyzed by Repeated Measure One-Way ANOVA.

The results revealed: Mean of systolic blood pressure before and after practice were 143.9 and 119.1 mmHg respectively. Mean of diastolic blood pressure before and after practice were 82.3 and 70.3 mmHg respectively. The comparisons of both systolic and diastolic blood pressure between before and after practice 6 times were decreasing at level of significant 0.001 (systolic: $F = 51.72$, $df = 3.83$, and diastolic: $F = 13.11$, $df = 6$). The pairwise comparisons by Bonferroni method between after practice 6 times and before practice showed that mean of blood pressure were significant decreasing both systolic and diastolic. In conclusion, the findings indicate that health care providers should apply the SKT 1 meditation for controlling of blood pressure in hypertensions and integrating into conventional medicine.

Keywords

Hypertension, SKT 1 Meditation for Healing

Source of funding

Faculty of Nursing, Siam University

บทนำ

องค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเกือบหนึ่งพันล้านคน ซึ่งสองในสามอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยพบว่าในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทยนั้นคนวัยผู้ใหญ่มีหนึ่งในสามคนที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการตายก่อนวัยอันควร (WHO, 2013 อ้างใน ธาริณี พงษ์จันทร์ และนิตยา พันธุเวชย์, 2558) จากรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงจำนวน 5,165 คน ซึ่งสูงกว่าปี 2555 ที่มีจำนวน 3,684 คน สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาคของประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างปี พ.ศ. 2546 กับ 2556 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 389.80 เป็น 1,621.72 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นกว่า 4 เท่า (สถิติสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556 อ้างใน ธาริณี พงษ์จันทร์ และนิตยา พันธุเวชย์, 2558) โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพ มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติ 3 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้มากกว่าคนปกติ 7 เท่า (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2550 อ้างใน อัมพร วรภมร, 2554) หากไม่ได้รับการรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่เกณฑ์ปกติอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายตามมา ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต โรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ เพราะหากเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้วอาจส่งผลให้เกิดความพิการทางร่างกายและปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาทางด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ เป็นต้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเทคนิคที่จะช่วยส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ปฏิบัติได้ง่าย ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดๆ ไม่มีค่าใช้จ่าย ไม่ขัดต่อแบบแผนการดำรงชีวิตของคนในชุมชน ผู้ฝึกสามารถฝึกได้ที่บ้านของตนเอง โดยใช้ระยะเวลาเพียงแค่ 15 - 20 นาทีต่อครั้ง จึงเป็นวิธีที่สะดวกและเหมาะสมที่จะใช้ส่งเสริมการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตราย ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงที่ได้รับการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

นิยามศัพท์

ผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่มีระดับความดันซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท ค่าใดค่าหนึ่งหรือทั้งสองค่า ไม่ว่าจะเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ก็ตาม

สมาธิบำบัดแบบ SKT 1 หมายถึง การฝึกปฏิบัติสมาธิเพื่อสร้างสมดุลในร่างกาย การกำหนดจิต การรับรู้ และการเคลื่อนไหว โดยอาศัยลมหายใจเข้าและออกเป็นตัวขับเคลื่อน ซึ่งเป็นเทคนิคที่ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี เติริยมชัยศรี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นผู้พัฒนาขึ้น สำหรับเทคนิคที่ 1 เป็นการปฏิบัติสมาธิด้วยการนั่งหรือนอนหายใจเพื่อการผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ทางจมูก กลั้นหายใจชั่วขณะ แล้วหายใจออกยาวๆ ช้าๆ ทางปาก ติดต่อกัน 30 – 40 รอบลมหายใจ ใช้ระยะเวลา 15 - 20 นาที

วิธีการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research design) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง แบบวัดซ้ำรวม 7 ครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 35 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงบวกเพิ่ม 10% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 38 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. เป็นผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูง คือ ผู้ที่ได้รับการวัดความดันโลหิตหลังจากนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที แล้วพบว่า มีค่าความดันซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท ค่าใดค่าหนึ่งหรือทั้งสองค่า ไม่ว่าจะเคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่ก็ตาม

2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

3. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยภายหลังได้รับการบอกกล่าวอย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีความบกพร่องทางการรับรู้ ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือมีปัญหาสุขภาพจิต

2. ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเริ่มโครงการผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ และขั้นตอนในการวิจัยทั้งหมด พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษรแล้วผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย และในระหว่างดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือต้องการยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ สามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว BMI สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตที่ได้จากการวัด โดยวัดก่อนเริ่มการทดลอง 1 ครั้ง และหลังการทดลอง 6 ครั้ง



2. เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) และหูฟัง (Stethoscope) ที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อถือจากแผนกสนับสนุนเครื่องมือแพทย์ โรงพยาบาลธนบุรี

3. สื่อประกอบการฝึกทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ของ รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี ได้แก่ แผ่นพับ และแผ่นซีดี (VDO clip) โดยจะแจกให้กลุ่มตัวอย่างไว้ดูเพื่อทบทวนด้วยตนเองภายหลังการสอน

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และวัดระดับความดันโลหิต (pre) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

2. สอนและสาธิตการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 จำนวน 30 รอบลมหายใจ ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที แล้วให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับจนมั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าหลังจากนี้ให้ฝึกปฏิบัติต่อเนื่องทุกวันในเวลาใดก็ได้ที่สะดวก วันละ 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินระดับความดันโลหิตเป็นเวลา 4 สัปดาห์ รวม 6 ครั้ง (post 1 - 6) โดยนัดหมายวันเวลาล่วงหน้า

3. หลังการสอน ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ SKT 1 ด้วยตนเองที่บ้านทุกวัน วันละ 1 ครั้ง (30 รอบลมหายใจ)

4. ผู้วิจัยติดตามวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินผลหลังการฝึก 6 ครั้ง (ทำการวัดในช่วงเวลาเดียวกันของวันทุกครั้ง โดยใช้ผู้วัดคนเดิม และอุปกรณ์การวัดความดันโลหิตชุดเดิมในการวัดทุกครั้ง) ดังนี้

post 1 = ระดับความดันโลหิตหลังฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 วันที่ 1

post 2 = ระดับความดันโลหิตหลังฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 วันที่ 3

post 3 = ระดับความดันโลหิตหลังฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 วันที่ 7

post 4 = ระดับความดันโลหิตหลังฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 วันที่ 14

post 5 = ระดับความดันโลหิตหลังฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 วันที่ 21

post 6 = ระดับความดันโลหิตหลังฝึกสมาธิบำบัด SKT 1 วันที่ 28

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าความเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ใช้สถิติ Repeated measure

One-way ANOVA

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.7 มีอายุอยู่ในช่วง 69 -77 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.7 ปี (SD=10.6 ปี) ส่วนใหญ่มี BMI อยู่ในช่วง 23 ขึ้นไป ร้อยละ 78.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.9 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 47.4 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่นๆ ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 55.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 36.8 และอื่นๆ ร้อยละ 18.4

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกระหว่างก่อนฝึกและหลังฝึก 6 ครั้ง ด้วยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure One-way ANOVA) พบว่าการทดสอบความแปรปรวนของการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีขนาดไม่เท่ากัน (ไม่เป็น Compound Symmetry) จึงอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีการปรับค่า Degree of freedom ของ Greenhouse-Geisser ซึ่งผลการศึกษพบว่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกก่อนฝึกและหลังฝึก 6 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 51.72, df = 3.83, p < 0.001) ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก พบว่าการทดสอบความแปรปรวนของการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็น Compound Symmetry การอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่าของ Sphericity Assumed ซึ่งผลการศึกษพบว่าระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกก่อนฝึกและหลังฝึก 6 ครั้งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F = 13.11, df = 6, p < 0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 และหลังฝึก 6 ครั้ง

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ความดันซิสโตลิก					
ภายในกลุ่ม (<i>Greenhouse-Geisser</i>)					
ช่วงเวลา	15000.36	3.83	3912.47	51.72	0.000
ความคลาดเคลื่อน	10732.21	141.86	76.66		
ความดันไดแอสโตลิก					
ภายในกลุ่ม (<i>Sphericity Assumed</i>)					
ช่วงเวลา	3264.15	6	544.03	13.11	0.000
ความคลาดเคลื่อน	9213.56	222	41.50		

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบระดับความดันซิสโตลิก ระหว่างก่อนฝึกกับหลังฝึก 6 ครั้งเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni พบว่าหลังการฝึกแต่ละครั้งค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก ก่อนฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 และหลังฝึก 6 ครั้ง

ความดันซิสโตลิก	Mean	SD	Mean Difference	p
ก่อนฝึก	143.9	2.1	12.1	0.000
หลังการฝึกทันที (post 1)	131.8	2.0		
ก่อนฝึก	143.9	2.1	15.5	0.000
หลังการฝึกวันที่ 3 (post 2)	128.4	1.5		
ก่อนฝึก	143.9	2.1	15.5	0.000
หลังการฝึกวันที่ 7 (post 3)	128.4	1.8		
ก่อนฝึก	143.9	2.1	16.5	0.000
หลังการฝึกวันที่ 14 (post 4)	127.4	1.7		
ก่อนฝึก	143.9	2.1	22.8	0.000
หลังการฝึกวันที่ 21 (post 5)	121.1	1.5		
ก่อนฝึก	143.9	2.1	24.8	0.000
หลังการฝึกวันที่ 28 (post 6)	119.1	1.2		

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบระดับความดันไดแอสโตลิก ระหว่างก่อนฝึกกับหลังฝึก 6 ครั้งเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni พบว่าหลังการฝึกแต่ละครั้งค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ก่อนฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 และหลังฝึก 6 ครั้ง

ความดันไดแอสโตลิก	Mean	SD	Mean Difference	p
ก่อนฝึก	82.3	1.6	5.7	0.017
หลังการฝึกทันที (post 1)	76.6	1.5		



ความดันโลหิตเฉลี่ย	Mean	SD	Mean Difference	p
ก่อนฝึก	82.3	1.6	6.8	0.000
หลังการฝึกวันที่ 3 (post 2)	75.5	1.2		
ก่อนฝึก	82.3	1.6	7.9	0.000
หลังการฝึกวันที่ 7 (post 3)	74.4	1.2		
ก่อนฝึก	82.3	1.6	7.6	0.000
หลังการฝึกวันที่ 14 (post 4)	74.7	1.3		
ก่อนฝึก	82.3	1.6	10.0	0.000
หลังการฝึกวันที่ 21 (post 5)	72.3	1.2		
ก่อนฝึก	82.3	1.6	12.0	0.000
หลังการฝึกวันที่ 28 (post 6)	70.3	1.0		

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่อยู่ในชุมชน ภายใต้สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิตตามปกติ มิได้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเป็นไปตามหลักการของ SKT โดยผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนการฝึกและหลังฝึก 6 ครั้ง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยก่อนฝึกค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกเท่ากับ 143.9 มม.ปรอท หลังฝึกวันที่ 28 เท่ากับ 119.1 มม.ปรอท (ลดลง 24.8 มม.ปรอท) ส่วนความดันไดแอสโตลิกก่อนฝึกเท่ากับ 82.3 มม.ปรอท หลังฝึกวันที่ 28 เท่ากับ 70.3 มม.ปรอท (ลดลง 12.0 มม.ปรอท) ซึ่งเป็นไปตามที่ สมพร กันทรชุกชี เตรียมชัยศรี (2557) อธิบายว่าการที่ความดันโลหิตลดลงในระหว่างการปฏิบัติสมาธิมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ Parasympathetic เนื่องจากการปฏิบัติสมาธิทำให้ Arterial baroreceptors มีความไวมากขึ้น มีผลต่อสมองบริเวณ Caudal ventral medulla ทำให้ปริมาณสารสื่อประสาท GABAergic ที่บริเวณ Supraoptic nucleus ของ Hypothalamus ลดลง โดยบริเวณ Supraoptic nucleus มีหน้าที่หลั่งสาร Arginine vasopressin (AVP) ถ้าปริมาณ AVP ลดต่ำจะทำให้หลอดเลือดหดตัว แต่ถ้า AVP มีปริมาณมากจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ซึ่งส่งผลให้ความดันโลหิตกลับเข้าสู่ระดับปกติ ฮอร์โมน AVP นี้จะไปกระตุ้น Baroreflex receptors ให้มีความไวมากขึ้น โดยทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด ให้ความดันโลหิตเพิ่มหรือลดได้ ในระหว่างการปฏิบัติสมาธิพบว่าสาร AVP ในน้ำเลือดมีปริมาณสูงขึ้นมาก จึงทำให้ความดันโลหิตลดลงได้

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ สุภาพร แนวนบุตร (2558) ที่ศึกษาผลของการปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังอิทก จังหวัดพิษณุโลก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองปฏิบัติเทคนิค SKT 2 เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับ ธิติสุดา สมเวที (2553) ที่ได้ศึกษาผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซิงก์ (SKT 7) ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นการวิจัยเชิงทดลองสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุจำนวน 68 รายที่มารับบริการที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ และจับคู่ให้มีความคล้ายคลึงกันในด้านเพศ อายุ การศึกษา ระดับความดันโลหิต และกลุ่มอายุควบคุมความดันโลหิต สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองปฏิบัติ SKT 7 เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ปฏิบัติสมาธิโดยวิธีใดๆ ผลการวิจัยพบว่าหลังการฝึกกลุ่มทดลองมีความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภาส จิบสมานบุญ และอุบล สุทธิเนียม (2552) ที่ศึกษาสมาธิบำบัด SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ทางเคมี ได้แก่ FBS, HbA1C และ Lipid profile ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบไม่สุ่มสองกลุ่ม วัด



ก่อนและหลัง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม (รักษาด้วยยา) 22 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 2 นาน 20 นาที และไปปฏิบัติที่บ้านวันละ 2 รอบ คือ ช่วงเช้าและเย็นทุกวัน ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง เพื่อวัดความดันโลหิตและเจาะเลือดตรวจตัวบ่งชี้ทางเคมี ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง 4 และ 8 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เทคนิคที่ 1 – 7 ทุกเทคนิคล้วนมีผลในการลดความดันโลหิตได้ แต่เทคนิคที่สูงขึ้นจะสามารถเยียวยาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนได้ดีกว่า ดังนั้น จึงพบว่างานวิจัยที่ผ่านมามักใช้ SKT ที่สูงกว่าเทคนิคที่ 1 เพื่อการเยียวยาและควบคุมโรคต่างๆ ให้ได้ผลดี ซึ่งรวมถึงโรคความดันโลหิตสูงด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ SKT 1 เพียงเทคนิคเดียวก็สามารถลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงหรือไม่ก็ตาม

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ก่อนฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 และหลังฝึก 6 ครั้ง ในเวลา 4 สัปดาห์ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างแบบวัดซ้ำ ใช้สถิติ Repeated measure One-way ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกก่อนการฝึกและระยะติดตามผลหลังฝึก 6 ครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($F = 51.72$ และ 13.11 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างก่อนฝึกกับหลังฝึกวันที่ 28 พบว่าความดันซิสโตลิกลดลง 24.8 มิลลิเมตรปรอท ส่วนความดันไดแอสโตลิกลดลง 12.0 มิลลิเมตรปรอท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลของการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT 1 ช่วยทำให้ความดันโลหิตลดลงทั้งความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิก จึงสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ควบคู่ไปกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อส่งเสริมการควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบบผสมผสาน ร่วมกับการดูแลระบบการแพทย์ปัจจุบันทั้งในคลินิกและในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายระยะเวลาในการติดตามวัดผลหลังฝึกอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อให้เกิดความคงทนของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ในเทคนิคต่างๆ ต่อระดับความดันโลหิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร. สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี อาจารย์พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้คิดค้นเทคนิคการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และอนุญาตให้ศิษย์นำมาใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ธาริณี พงษ์นันท์ และนิตยา พันธุ์เวชย์. (2558). สถิติสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2559

จาก http://www.phraehospital.go.th/ph11/index.php?pg=news_show&an_id=29&typepg=1&newstype=4.

ธิติสฐา สมเวที. (2553). การปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.

(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

ประภาส จิบสมานบุญ และอุบล สุทธิเนียม. (2556). สมาธิบำบัด SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตและตัวบ่งชี้ทางเคมี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร. 29(2), 122-133.



- สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2552). การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2557). การปฏิบัติสมาธิเอสเคทีเพื่อการเยียวยา. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย.
- สุภาพร แนนบุตร. (2558). ผลของการปฏิบัติเทคนิคสมาธิเพื่อการเยียวยา SKT 2 ต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
ชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพพิษณุโลก. 9(3), 14-22.
- อัมพร วรภมร. (2554). พฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา).



ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีวัดความแข็งของหลอดเลือดแดงหัวใจ-ข้อเท้า และความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

*รุชดา ศรีอาหมัด¹ ปิยะพงษ์ ประเสริฐศรี² พรพร ศรีวรรณวิทย์³ ฐาปนี เรืองฤทธิ์⁴

*ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,¹ สาขาวิชาชีวเวชศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,² ภาควิชากายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,³ ภาควิชาสรีรวิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์⁴

Ruchada.sri@gmail.com

บทคัดย่อ

ดัชนีวัดความแข็งของหลอดเลือดแดงหัวใจ-ข้อเท้า (CAVI) ใช้วินิจฉัยโรคหลอดเลือดแดงแข็ง ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง ปัจจุบันการศึกษาความสัมพันธ์ของ CAVI และความดันโลหิตในตำแหน่งอื่นนอกจากตำแหน่ง brachial artery ยังมีน้อย ดังนั้นการศึกษานี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ CAVI และความดันโลหิตที่วัดจากตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ในผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 42 คน ตรวจวัดระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิตในตำแหน่งต่างๆ และ CAVI ผลการศึกษาพบว่า CAVI ซีกขวา มีความสัมพันธ์กับ right brachial และ right ankle systolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ($r = 0.47$ และ 0.15 ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับ right brachial และ right ankle diastolic blood pressure และ CAVI ซีกซ้ายมีความสัมพันธ์กับ left brachial systolic blood pressure, left brachial diastolic blood pressure และ left ankle systolic blood pressure ($r = 0.60, 0.41$ และ 0.51 ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับ left ankle diastolic blood pressure ดังนั้น CAVI มีความสัมพันธ์กับ systolic blood pressure ในทุกตำแหน่ง ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลเพื่อสืบค้นผู้ป่วยที่มีสภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยพิจารณาจากความดันโลหิต ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

คำสำคัญ

ดัชนีวัดความแข็งของหลอดเลือดแดงหัวใจ-ข้อเท้า ความดันโลหิต ภาวะไขมันในเลือดสูง

แหล่งทุน

1. ทุนอุดหนุนการวิจัยประเภททั่วไป ประจำปี 2561 สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

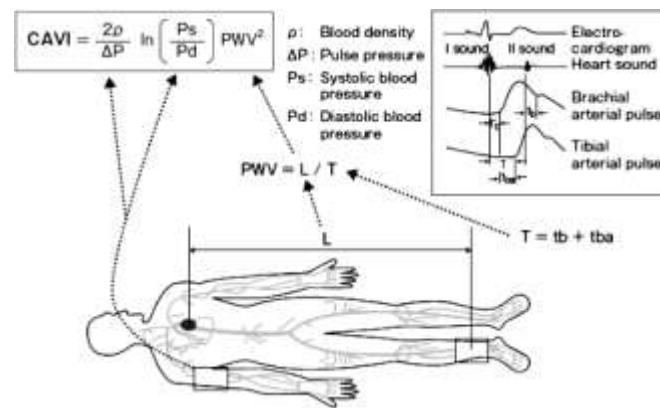


บทนำ

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (WHO) ที่มักพบอุบัติการณ์การเกิดโรคไขมันในเลือดสูง จากการลดลงของระดับกิจกรรมทางกาย และอัตราการเผาผลาญในร่างกาย (Manini et al., 2010) ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงในปริมาณมาก ร่างกายนำไปใช้ไม่หมด สะสมอยู่ในกระแสเลือด เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานขึ้นเกิดการตกตะกอนเกาะภายในผนังหลอดเลือด เรียกว่า ตะกรันไขมัน (plaque) ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นและสูญเสียความยืดหยุ่น (compliance) เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (arteriosclerosis) (Quin et al., 2012) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) (Cecelja et al., 2012) โดยความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงสามารถตรวจจากดัชนีวัดความแข็งของหลอดเลือดแดงหัวใจ-ข้อเท้า (cardio-ankle vascular index; CAVI) (Grillo et al., 2017; Miyoshi et al., 2016; Sun et al., 2013) CAVI เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้มาก เนื่องจากมีความแม่นยำ และเป็นการวัดชนิดไม่รุกราน (non-invasive) ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย มีการศึกษาความสัมพันธ์ของ CAVI กับความดันโลหิตที่วัดบริเวณต้นแขนตำแหน่ง brachial artery แต่การศึกษาความสัมพันธ์ของ CAVI กับความดันโลหิตในตำแหน่งอื่นยังมีน้อย และการเข้าถึงเครื่องมือชนิดนี้ของคนในชุมชนเป็นไปได้ยาก เพราะจะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ที่มักมาด้วยอาการความผิดปกติจากผลของความแข็งตัวของหลอดเลือดแดง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดในสมองตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น และเนื่องด้วยภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมักแสดงออกเมื่ออายุมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ของ CAVI และความดันโลหิตที่วัดจากตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ในผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะช่วยสืบค้นผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยพิจารณาจากความดันโลหิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

วิธีการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เป็นคนไทยสูงอายุที่มาเข้ารับบริการ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ หาดใหญ่ชีวาสุข ทั้งเพศหญิง และเพศชาย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 42 คน มีภาวะไขมันในเลือดสูง โดยประกอบด้วยปัจจัยเหล่านี้อย่างน้อย 1 อย่าง คือ cholesterol > 200 mg%, HDL-C < 32 mg%, triglyceride > 150 mg% และ LDL-C > 150 mg% ไม่มีประวัติ หรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ และโรคหลอดเลือดอักเสบ) การทำงานของไตไม่ผิดปกติ ไม่ใช้ยาที่ส่งผลต่อการควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต (เช่น ยาลดความดันโลหิต และยาลดไขมันในเลือด) ไม่มีสภาวะของความเจ็บป่วย (เช่น เป็นไข้ ปวดหัว มีน้มน้ำตาล อ่อนแรง) และสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การวิจัยจะดำเนินการ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ หาดใหญ่ชีวาสุข การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รหัสโครงการวิจัย REC 16-166-19-2 อาสาสมัครได้รับการนัดหมาย 3 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 อาสาสมัครได้รับใบชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยและเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นได้รับการตรวจสัญญาณชีพ (vital signs) ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก (resting heart rate; RHR) ด้วยเครื่อง pulse oximeter (Masimo, United States) ตรวจความดันโลหิต (blood pressure; BP) ด้วยเครื่อง Mercury sphygmomanometer (Riester, Germany) และได้รับการเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำประมาณ 4 มิลลิลิตร (ภายหลังงดน้ำ และอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง) เพื่อวิเคราะห์ระดับไขมันในเลือด (lipid profile) ได้แก่ triglyceride, high density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) และ cholesterol ครั้งที่ 2 อาสาสมัครได้รับการวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) ได้แก่ ความสูง น้ำหนักตัว แล้วคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยใช้สูตร BMI = น้ำหนักตัว[kg] / (ส่วนสูง[m])² ได้รับการตรวจเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (% fat mass) ด้วยเครื่องวัดไขมัน (UM-076 Tanita, Japan) โดยใช้หลักการ bioelectrical impedance analysis (BIA) และการตรวจการกระจายของไขมันในร่างกาย (body fat distribution) จากการวัดอัตราส่วนระหว่างรอบเอวต่อรอบสะโพก (waist to hip ratio: WHR) โดยใช้สูตร WHR = รอบเอว [in] / รอบสะโพก [in] ครั้งที่ 3 อาสาสมัครรับการตรวจวัด CAVI จากจุดเริ่มต้นของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ (aorta) จนถึงหลอดเลือดแดงที่ข้อเท้า (tibial artery) โดยเครื่อง VaSera VS-1500N แยกออกเป็นซีกซ้ายและซีกขวาของร่างกาย และวัดความดันโลหิตทั้งหมด 4 ตำแหน่ง คือ ต้นแขนทั้ง 2 ข้างที่เป็นตำแหน่งของ brachial artery และเหนือข้อเท้าทั้ง 2 ข้างที่เป็นตำแหน่งของ tibial artery



Ps: ความดันโลหิต systolic

Pd: ความดันโลหิต diastolic

ΔP : ความดันโลหิต systolic-ความดันโลหิต diastolic

PWV: ความเร็วคลื่นชีพจร

ln: ลอการิทึมธรรมชาติกับฐาน e

ภาพที่ 1 ดัชนีวัดความแข็งตัวของหลอดเลือดแดงหัวใจ-ข้อเท้า (CAVI) (Kubota et al., 2011)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลค่าตัวแปรแสดงเป็นค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean \pm SD) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับ CAVI ด้วยสถิติ Pearson correlation analysis โดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics กำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 42 คน (ตารางที่ 1) เป็นเพศชายจำนวน 9 คน (ร้อยละ 21.43) เพศหญิงจำนวน 33 คน (ร้อยละ 78.57) อายุเฉลี่ย 64.31 ± 4.14 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.27 ± 2.49 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร (จำนวน 42 คน)

Characteristic	Mean \pm SD
Male (%)	21.43
Female (%)	78.57
Age (year)	64.31 ± 4.14
Arterial blood pressure (mm Hg)	124 ± 13
Height (cm)	157.19 ± 6.99
Weight (kg)	60.12 ± 8.33
BMI (kg/m ²)	24.27 ± 2.49
WHR	0.89 ± 0.06
Fat mass (%)	32.33 ± 5.13
Cholesterol (mg%)	245.77 ± 43.38
HDL-C (mg%)	62.38 ± 15.87



Triglyceride (mg%)	103.67 ± 42.20
LDL-C (mg%)	170.61 ± 37.30
R-CAVI	8.73 ± 0.83
L-CAVI	8.72 ± 0.86

SD, standard deviation; BMI, body mass index; WHR, waist to hip ratio; HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; LDL-C, low-density lipoprotein cholesterol.

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง CAVI กับอายุ (age) ดัชนีมวลกาย (BMI) อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก (RHR) และความดันโลหิต (BP) (ตารางที่ 2) พบว่า CAVI ซีกขวา มีความสัมพันธ์กับ right brachial และ right ankle systolic blood pressure อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ ($r = 0.47$ และ 0.15 ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับ right brachial diastolic blood pressure และ right ankle diastolic blood pressure และ CAVI ซีกซ้ายมีความสัมพันธ์กับ left brachial systolic blood pressure, left brachial diastolic blood pressure และ left ankle systolic blood pressure ($r = 0.60, 0.41$ และ 0.51 ตามลำดับ) แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับ left ankle diastolic blood pressure ส่วน CAVI ทั้งซีกซ้ายและขวาไม่พบความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย และอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีวัดความแข็งของหลอดเลือดแดงหัวใจ-ข้อเท้า (CAVI) กับอายุ (age) ดัชนีมวลกาย (BMI) อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก (RHR) และความดันโลหิต (BP)

	Mean ± SD	CAVI	
		Correlation coefficient (r)	P-value
R-CAVI	8.73 ± 0.83		
Age (year)	64.31 ± 4.14	0.26	0.091
BMI (kg/m ²)	24.27 ± 2.49	- 0.07	0.677
RHR (bpm)	69 ± 10	- 0.09	0.574
RB-SBP (mm Hg)	124 ± 13	0.47	0.002**
RB-DBP (mm Hg)	75 ± 8	0.29	0.063
RB-PP (mm Hg)	49 ± 10	0.40	0.009**
RB-MAP (mm Hg)	92 ± 9	0.40	0.008**
RA-SBP (mm Hg)	140 ± 18	0.32	0.039*
RA-DBP (mm Hg)	74 ± 8	0.15	0.357
RA-PP (mm Hg)	65 ± 15	0.15	0.042*
RA-MAP (mm Hg)	96 ± 10	0.26	0.095
L-CAVI	8.72 ± 0.86		
Age (year)	64.31 ± 4.14	0.38	0.012*
BMI (kg/m ²)	24.27 ± 2.49	- 0.06	0.687
RHR (bpm)	69 ± 10	- 0.08	0.604
LB-SBP (mm Hg)	124 ± 13	0.60	<0.001**
LB-DBP (mm Hg)	76 ± 9	0.41	0.007**
LB-PP (mm Hg)	48 ± 10	0.44	0.004**
LB-MAP (mm Hg)	92 ± 9	0.54	<0.001**
LA-SBP (mm Hg)	142 ± 16	0.51	0.001**
LA-DBP (mm Hg)	76 ± 8	0.29	0.063
LA-PP (mm Hg)	67 ± 13	0.44	0.004**



	Mean ± SD	CAVI	
		Correlation coefficient (r)	P-value
LA-MAP (mm Hg)	98 ± 10	0.44	0.003**

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

** มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

R-CAVI, right cardio-ankle vascular index; L-CAVI, left cardio-ankle vascular index; BMI, body mass index; RHR, resting heart rate; RB, right brachial; RA, right ankle; LB, left brachial; LA, left ankle; SBP, systolic blood pressure; DBP, diastolic blood pressure; PP, pulse pressure; MAP, mean arterial pressure.

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 42 คน ที่เข้าร่วมโครงการอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักและเปอร์เซ็นต์ไขมันเกินมาตรฐานอ้างอิงจาก Asian criteria (Nuttal et al., 2015) เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ระดับการทำกิจกรรมทางกายและอัตราการเผาผลาญสารอาหารในร่างกายลดลง มีการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดงมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น เส้นผ่านศูนย์กลางและความยืดหยุ่นหลอดเลือดลดลง (Quin et al., 2012) แรงที่กระทำต่อผนังหลอดเลือดจึงสูงขึ้น ถ้าเกิดขึ้นเป็นเวลานาน จะทำให้เยื่อผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ เซลล์กล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดเพิ่มจำนวนขึ้น ส่งผลต่อกระบวนการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (arteriosclerosis) (Franklin et al., 2010; Payne et al., 2010) แม้ว่าการศึกษานี้ค่า arterial blood pressure เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติ การศึกษาพบว่า CAVI มีความสัมพันธ์กับ systolic blood pressure ในทุกตำแหน่ง ขณะที่หัวใจบีบตัว หลอดเลือดที่แข็งจะมีความสามารถในการยืดขยายเพื่อรับเลือดจากหัวใจลดลง (Sun et al., 2015) ส่งผลต่อค่า systolic blood pressure ที่สูงขึ้น โดยค่า CAVI ที่สูงบ่งชี้ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (arteriosclerosis) (Grillo et al., 2017; Miyoshi et al., 2016; Sun et al., 2013) การศึกษาในอดีตพบว่า CAVI มีค่าสูงในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Lim, J. et al., 2015) และค่า CAVI ซึ่งใช้ประเมินหลอดเลือดส่วนกลาง (central artery) มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่ข้อเท้า ผู้ที่มีความดันที่ข้อเท้าสูงจะมีแนวโน้มของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease) จึงควรตรวจวัดดัชนีวัดความดันโลหิตแขน-ข้อเท้า (ankle-brachial index; ABI) เพื่อประเมินหลอดเลือดส่วนปลาย นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ระหว่าง CAVI กับ mean arterial pressure และ pulse pressure เนื่องจากเป็นค่าที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของ systolic blood pressure และ diastolic blood pressure แต่ไม่พบความสัมพันธ์ของ CAVI กับดัชนีมวลกาย และอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก จึงควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อความชัดเจนในการระบุความสัมพันธ์ของตัวแปร

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

CAVI มีความสัมพันธ์กับ systolic blood pressure ทุกตำแหน่ง จึงสามารถสรุปได้ว่าผู้ที่มี systolic blood pressure สูงมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ดังนั้นผลการสะท้อนความสัมพันธ์ข้างต้น สามารถนำมาเป็นข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ในระยะเริ่มแรก จากการพิจารณาความดันโลหิต นำมาสู่การสร้างมาตรการในการดูแล ป้องกัน เพื่อลด



โอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต งานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งสูง แต่อย่างไรก็ตามควรศึกษาเพิ่มเติมในวัยกลางคนที่กำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคคลเหล่านั้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนสนับสนุนวิจัย ได้รับทุนอุดหนุนจากสำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สัญญาเลขที่ SCI610431S ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิธานิพนธ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอขอบคุณศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ หาดใหญ่ชีวเวช ตลอดจนเจ้าหน้าที่ บุคลากรภายในทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านครุภัณฑ์ สถานที่ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Cecelja, M., & Chowieczyk, P. (2012). Role of arterial stiffness in cardiovascular disease. *JRSM Cardiovascular Disease*, 1(4).
- Franklin, S. S. (2005). Arterial Stiffness and Hypertension: A Two-Way Street? *Hypertension*, 45(3), 349–351.
- Grillo, A., Lonati, L. M., Guida, V., & Parati, G. (2017). Cardio-ankle vascular stiffness index (CAVI) and 24 h blood pressure profiles. *European Heart Journal Supplements*, 19(suppl_B), B17–B23.
- Kubota, Y., Maebuchi, D., Takei, M., Inui, Y., Sudo, Y., Ikegami, Y., ... Momiyama, Y. (2011). Cardio-Ankle Vascular Index is a predictor of cardiovascular events. *Artery Research*, 5(3), 91–96.
- Lim, J., Pearman, M. E., Park, W., Alkatan, M., Machin, D. R., & Tanaka, H. (2015). Impact of blood pressure perturbations on arterial stiffness. *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 309(12), R1540-1545.
- Manini, T. M. (2010). Energy Expenditure and Aging. *Ageing research reviews*, 9(1), 1.
- Miyoshi, T., & Ito, H. (2016). Assessment of Arterial Stiffness Using the Cardio-Ankle Vascular Index. *Pulse*, 4(1), 11–23.
- Nuttall, F. Q. (2015). Body Mass Index. *Nutrition Today*, 50(3), 117–128
- Payne, R. A., Wilkinson, I. B., & Webb, D. J. (2010). Arterial Stiffness and Hypertension: Emerging Concepts. *Hypertension*, 55(1), 9–14. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.090464>
- Quinn, U., Tomlinson, L. A., & Cockcroft, J. R. (2012). Arterial stiffness. *JRSM Cardiovascular Disease*, 1(6).
- Sun, C.-K. (2013). Cardio-ankle vascular index (CAVI) as an indicator of arterial stiffness. *Integrated Blood Pressure Control*, 6, 27–38.
- Sun, Z. (2015). Aging, Arterial Stiffness and Hypertension. *Hypertension*, 65(2), 252–256.
- WHO | Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. (ม.ป.ป.). สืบค้น 19 มกราคม 2018, จาก <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>



หลักสูตรธรรมกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม กรณีศึกษา สถานปฏิบัติธรรมแห่งหนึ่ง

*กฤตพร บำรุงแจ่ม, รณภูมิ สามัคคีคารมณ, อติศักดิ์ สัตย์ธรรม

นักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*nankrittapornnan@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวคิดและหลักสูตรธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรมสถานปฏิบัติธรรมแห่งหนึ่งและเพื่อศึกษาความสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยศึกษาเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2560 ใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง จำนวน 15 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบสามเส้า ผลการศึกษา พบว่าแนวคิดการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรมคือ การนำบุคคลในพระไตรปิฎกมาเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต เช่น นางวิสาขา อานาถบิณฑิกะ อยู่ในฐานะฆราวาสที่ทุกคนนำมาปฏิบัติตามได้ โดยใช้หลักสูตรธรรมจากพระไตรปิฎก เช่น อุบาสกธรรม 5 อารยวัฑฒิ 5 เป็นต้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยประยุกต์แนวคิดและหลักสูตรธรรมเป็นกิจกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรม ซึ่งนำหลักสูตรธรรมในพระไตรปิฎกมาประยุกต์กับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้าน โดยไม่ขัดต่อการแพทย์กระแสหลักแต่มุ่งเน้นการรักษาโรคทางใจคือ ละเอียดเห็นแก่ตัว ความโลภ ความโกรธ ความหลงให้เบาบางเพื่อเข้าถึงอรรถ 3 คือ 1.ประโยชน์ตน 2.ประโยชน์ผู้อื่น 3.ประโยชน์ส่วนรวม การศึกษาเชิงคุณภาพต่อแนวคิดและหลักสูตรธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตทำให้ทราบถึงความลุ่มลึกในการเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่ประยุกต์จากพระไตรปิฎก ดังนั้นการนำการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมไปใช้ในโรงพยาบาล รพสต. หรือในบุคคลทั่วไป จึงควรเห็นความสำคัญในการรักษาโรคทางใจเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนมากขึ้น

คำสำคัญ

หลักสูตรธรรม, การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม, สถานปฏิบัติธรรม



บทนำ

ปัจจุบันสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ โรคใหม่ๆ จึงเกิดขึ้นตามมาอย่างต่อเนื่องไม่ขาดสาย อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาที่เน้นทางด้านวัตถุและการบริโภคนิยมที่มากขึ้น (พระมหาอัคร สุธธินาโณ, 2554, น.3) ซึ่งโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นนี้สามารถเป็นได้ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ โรคต่างๆ เหล่านี้ได้พัฒนาขึ้นเป็นเงาตามตัว (อ้างใน พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, 2557, น.3) โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเป็นสาเหตุของการเสื่อมสังขารก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกระบุว่า ในปี พ.ศ. 2548 ในจำนวนการตายของประชากรโลกทั้งหมดประมาณ 58 ล้านคน มีถึงร้อยละ 60 ที่ตายจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) จากสถิติยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยเพิ่มในอัตราที่สูงขึ้น แต่กลับพบว่าอายุของผู้ป่วยกลับลดลงจากอดีต เช่น ผลการสำรวจการตรวจสุขภาพคนไทยโดย ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนและลงพุงร้อยละ 34.7 และ 32.1 ตามลำดับ (ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ, 2554, น.11) ซึ่งปัญหาทั้งหมดนี้ล้วนมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นกับวัฒนธรรมแบบบริโภคนิยม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อร่างกาย เช่น ทำให้เกิดอาการเครียด นอนไม่หลับ ทั้งส่งผลในระยะยาวต่อสุขภาพ อันเป็นปัญหาของคนเมืองในยุคปัจจุบัน (ภินันท์ สิงห์กฤตยา, 2553, น.2)

ปัจจุบันแม้ว่ามาตรฐานการรักษาจะสูงขึ้น แต่กลับพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่หายขาดจากภาวะและอาการของโรคที่เกิดขึ้นได้ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการมองคนแบบแยกส่วนและรักษาคคนแบบแยกส่วน โดยให้ความสำคัญกับโรคและภาวะทางกายเท่านั้น (อุ้นเอื้อ สิงห์คำ, 2555, น.3) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพขององค์รวมเชื่อว่ากาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยยะสำคัญ การให้ความเข้าใจแต่เพียงด้านเดียวจึงเท่ากับได้เพียงส่วนเดียวและเป็นเพียงส่วนน้อยในการสร้างเสริมสุขภาพ (พระไพศาล วิสาโล, 2550) สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพปัจจุบันที่เน้นคำว่า สุขภาพ เป็นคำที่แปลตรงจากภาษาอังกฤษคือ คำว่า Health และคำว่า Health นี้ มาจากคำภาษาอังกฤษโบราณว่า hal หมายถึง whole แปลว่า ทั้งหมด (Churchill's illustrated medical dictionary, 1989) ซึ่งก็คือความเป็นองค์รวมของชีวิตมนุษย์ทั้งหมด

ในประเทศไทยมีทุนวัฒนธรรมที่ดี เช่น พุทธปรัชญา ระบบจริยธรรม และการมีลักษณะนิสัยที่เอื้อเพื่อผืนแผ่นดิน นับเป็นจุดแข็งของสังคมไทยที่ต่างจากโลกตะวันตก (อุ้นเอื้อ สิงห์คำ, 2555) ซึ่งการนำหลักพุทธปรัชญามาสร้างเสริมสู่กระบวนการดูแลสุขภาพให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในสภาพปกติ คือการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งแนวคิดเรื่องสุขภาพได้ปรากฏหลักฐานมากมายในพระไตรปิฎก (พระมหาอัคร สุธธินาโณ, 2554) การศึกษาถึงแนวคิดและหลักพุทธธรรมสำหรับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ปฏิบัติธรรม ณ สถานปฏิบัติธรรมแห่งนี้ จึงเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่บูรณาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและวัฒนธรรมชุมชนวิถีพุทธที่ให้ความสำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเพื่อนำประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่มีความสุขตามหลักพุทธธรรมในสังคมไทยอย่างยั่งยืนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องศึกษา

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวคิดและหลักพุทธธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรม ณ สถานปฏิบัติธรรมแห่งนี้
2. เพื่อศึกษาความสอดคล้องของแนวคิดและหลักพุทธธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรม ณ สถานปฏิบัติธรรมแห่งนี้กับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

นิยามศัพท์เฉพาะ

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประกอบกันโดยไม่ได้หมายเอาเฉพาะแต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น

การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลรักษาสุขภาพโดยวิธีการต่างๆ ในสภาพปกติด้วยไม่จำกัดเฉพาะการใช้เครื่องมือทางการแพทย์และยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรคเท่านั้น หรือแม้ในเวลาเจ็บป่วยก็สามารถนำวิธีการต่างๆ สอดประสานกันได้ใน การดูแลรักษาสุขภาพเพื่อให้สัมฤทธิ์ผล



หลักพุทธธรรม หมายถึง หลักธรรมที่เป็นคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าและเป็นข้อปฏิบัติอันเป็นแนวทางที่จะทำให้มนุษย์มีความประพฤติดี ปฏิบัติชอบและสามารถนำไปประยุกต์ ใช้ได้ตามความเหมาะสมตามฐานะและภาวะของแต่ละบุคคล เพื่อเข้าถึงสมดุลงของชีวิตทั้งทางกาย จิตและปัญญา

ความสอดคล้อง หมายถึง ความสมกัน, ความเป็นไปในทำนองเดียวกัน, การพ้องกัน, การประสานความเห็น

นิพพาน หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว ความโลภ ความโกรธ ความหลงให้เบาบางและหมดสิ้นไปตามฐานะและกำลังของตน

วิธีการวิจัย/ Research methodology

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นการออกแบบการวิจัยแบบ case study ซึ่ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน – พฤศจิกายน 2560 โดยการศึกษาจากเอกสารรวบรวมข้อมูลชั้นปฐมภูมิ (Primary Data) และข้อมูลชั้นทุติยภูมิ (Secondary Data) ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยใช้การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposeful Sample) ในผู้ปฏิบัติธรรมทั้งเพศชายและหญิงของสถานปฏิบัติธรรมแห่งนี้ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 15 คน และประธานผู้ก่อตั้งและเป็นผู้นำองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาของสถานปฏิบัติธรรมแห่งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบสามเส้าผ่านการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่ต่างกัน (Data triangulation) ผู้ศึกษาได้ขออนุญาตจากหน่วยงานต้นสังกัดในการเก็บข้อมูลได้แก่ การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ก่อนการลงเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ผู้ศึกษาจัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย (Information sheet) และหนังสือแสดงเจตนายินยอมด้วยความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) ให้แก่ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หมายเลขอนุมัติ ใบรับรอง COA No. 320/2560

ผลการวิจัย/ Results

ผลการศึกษา พบว่าแนวคิดการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลของสถานปฏิบัติธรรมแห่งนี้ จะมีวิธีการนำแนวคิดในการดำเนินชีวิตของอุบาสก อุบาสิกาอริยบุคคลในสมัยพุทธกาลที่มีปรากฏในพระไตรปิฎกมาใช้กับตนเองของผู้ปฏิบัติธรรมและเหตุผลการนำแนวคิดในการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรมไปใช้ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะนำอุบาสก อุบาสิกาที่ปรากฏในพระไตรปิฎกมาเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตคือ นางวิสาขา และท่านอนาถบิณฑิกเศรษฐี ซึ่งท่านอยู่ในฐานะของอุบาสก อุบาสิกาที่อยู่ครองเรือน ซึ่งทุกคนสามารถนำมาปฏิบัติตามได้ และท่านทั้งสองเป็นผู้ที่พระพุทธองค์ทรงยกย่องว่าเป็นอุบาสก อุบาสิกาที่ดีเลิศด้านการให้ทาน เป็นผู้มีศีลอันงดงาม มีศรัทธาในพระรัตนตรัยอย่างมั่นคง มีจาคะเสียสละ เกื้อกูลพระพุทธศาสนาสม่ำเสมอ ชักชวนผู้อื่นฟังธรรม สนทนาธรรม และลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต จนเป็นผู้ที่เข้าสู่ความเป็นอริยบุคคลขั้นต้น มุ่งสู่พระนิพพานคือสามารถละความโลภ ความโกรธ ความหลงให้เบาบางลงได้ ดังแสดงได้จาก

“ผมไม่ประมาทในการดำเนินใช้ชีวิต ผมจึงยึดตามหลักการดำเนินชีวิตตามแบบอย่างของอริยบุคคลในสมัยพุทธกาล เช่น ท่านอนาถบิณฑิกเศรษฐี นางวิสาขา เพราะท่านเป็นฆราวาสศีล 5 เหมือนเรา ดูว่าท่านใช้หลักอะไรในการดำเนินชีวิตเราก็ใช้ เพราะสิ่งเหล่านั้นท่านได้ทำมาหมดแล้ว”

กบ เพศชาย อายุ 39ปี ระยะเวลาปฏิบัติ 10 ปี

ผลการศึกษา พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะใช้หลักพุทธธรรมจากพระไตรปิฎกซึ่งเป็นหลักธรรมพื้นฐาน คือ อุบาสกธรรม 5 และ อารยวัฑฒิ 5 ในการดำเนินชีวิตมากที่สุด โดยผู้ให้ข้อมูลมีเป้าหมายในการนำหลักพุทธธรรมทั้ง 2 นี้ ไปใช้เป็นหลักพุทธธรรมพื้นฐานที่เหมือนกัน เพื่อที่จะพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืนไปสู่การประพฤติปฏิบัติตามหลักพุทธธรรมที่มีความลึกซึ้งมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดในการดำเนินชีวิตคือ พระนิพพาน คือการหลุดพ้น ซึ่งเป็นการรักษาโรคทางใจคือ การละความเห็นแก่ตัว ความโลภ ความโกรธ ความหลงให้เบาบางและหมดสิ้นไปตามฐานะและกำลังของตน ตามแบบอย่างการดำเนินชีวิตของอริยบุคคลต้นแบบในพระไตรปิฎก ดังแสดงได้จาก

“หลักพุทธธรรมเราสามารถนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตได้หลายหลัก แต่พื้นฐานเราต้องเริ่มจากหลักอุบาสกธรรม 5 เพราะมันคือคุณสมบัติของการเป็นอุบาสก อุบาสิกาที่ดีก่อน นอกจากนั้นแล้วเรายังต้องมีหลักอารยวัฑฒิ 5 ซึ่งเป็นหลักในการพัฒนาสู่ความ



เป็นอริยชน ทั้ง 2 หลักธรรมนี้เป็นหลักธรรมพื้นฐานของคนที่มีเป้าหมายไปสู่พระนิพพาน เพราะอริยบุคคลต้นแบบในพระไตรปิฎกก็มีคุณสมบัติตามหลักธรรมเหล่านี้เช่นกัน”

แอร์ เพศชาย อายุ 41ปี ระยะเวลาปฏิบัติ 5ปี

ผลการศึกษา ความสอดคล้องของแนวคิดและหลักพุทธธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรม ณ สถานปฏิบัติธรรมแห่งนี้กับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมพบว่า แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ 1.การประยุกต์แนวคิดและหลักพุทธธรรมของสถานปฏิบัติธรรมมาเป็นกิจกรรมต่าง ๆ 2.การนำแนวคิดและหลักพุทธธรรมมาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรม พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้นำแนวคิดในการดำเนินชีวิตตามแบบอย่างอุบาสก อุบาสิกาอริยบุคคลในสมัยพุทธกาลไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตัวเอง โดยผ่านการปฏิญาณตนเพื่อเข้าถึงพระรัตนตรัยอย่างตั้งมั่น ดังแสดงได้จาก

“เมื่อก่อนผิดศีลทุกอย่างโดยเฉพาะข้อ 5 กับข้อ 3 กินเหล้าทุกวัน เปลี่ยนแฟนตลอด ใจร้อนมาก แต่บังเอิญได้มาศึกษาหลักธรรมพื้นฐานจากที่นี่ มันทำให้พี่สลดใจจากเรื่องกฎแห่งกรรม พี่เลยมาปฏิบัติเรื่อยๆจนพี่ได้ปฏิญาณตน แล้วมีเป้าหมายมุ่งสู่พระนิพพาน หลังจากนั้นพี่ก็เริ่มรักษาศีลมาตลอดไม่ได้ข่มด้วยนะ สวดมนต์ นั่งสมาธิ กรวดน้ำ แผ่เมตตาที่บ้านทุกวัน ใส่บาตรทุกเช้า เกือบทุกครั้งที่มีโอกาส พี่รู้สึกได้เลยว่าความอยากได้ อยากมีมันลดลงนะ สติมันจะมีมากขึ้น ใจเย็นลงเยอะ จิตมันจะเบิกบาน”

แอร์ เพศชาย อายุ 41ปี ระยะเวลาปฏิบัติ 5ปี

พบว่ามีความสอดคล้องกับกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่กล่าวถึง ผู้ให้ข้อมูลว่าหลังจากปฏิญาณตนเพื่อเข้าถึงพระรัตนตรัยแล้ว ผู้ให้ข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมจริงนำแนวคิดในการดำเนินชีวิตตามแบบอย่างอุบาสก อุบาสิกาอริยบุคคลในสมัยพุทธกาลไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลจริง เช่น การรักษาศีล การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ศรัทธาในพระรัตนตรัยอย่างมั่นคง เป็นต้น ดังแสดงได้จาก

“เค้า(แอร์)ดีขึ้นกว่าเดิมมาก แต่ก่อนมีแต่เรื่องเมาหัวราน้ำทุกวัน เปลี่ยนแฟนตลอด ตอนแรกแทบไม่อยากจะเชื่อว่าจะเปลี่ยนไปจริงๆน่าจะประมาณ 4-5ปีละนะที่เค้าไม่กินเหล้าเลย ถือศีล สวดมนต์ นั่งสมาธิที่บ้านทุกวัน วันเสาร์ วันพระก็ไปร่วมกิจกรรม แม่ดีใจที่ลูกเค้าเปลี่ยนไปในทางที่ดี เค้าใจเย็นขึ้นมีเหตุมีผลมากขึ้น (หน้าตายิ้มแย้ม ภูมิใจ)”

นี่ เพศหญิง อายุ 65ปี, ญาติผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ยังพบว่าที่นี่ยังมีการรักษาระบบนิเวศน์และปลูกผักอินทรีย์เพื่อบริโภคเองซึ่งเป็นส่วนช่วยเอื้อต่อสุขภาพกายเพื่อเข้าถึงอรรถ 3 คือ 1.ประโยชน์ตน 2.ประโยชน์ผู้อื่น 3.ประโยชน์ทั้งสองฝ่ายหรือประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้ให้ข้อมูลจะมีเป้าหมายมุ่งสู่พระนิพพานคือ การดับทุกข์ ปราศจากกิเลสตัณหาหรือโรคทางใจ คือความโลภ ความโกรธ ความหลง

อภิปรายผล/ Discussions

จากการศึกษาและการสังเกตของผู้ศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติตามแนวคิดของท่านอนาถบิณฑิกเศรษฐี และนางวิสาขา และนำไปประยุกต์ใช้กับการดำเนินชีวิตของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับหลักพุทธานุมัติ คือ ศึกษาแนวทาง มองดูแบบอย่าง เข้าถึงความคิดของพุทธชนเหล่าคนผู้เป็นบัณฑิต ซึ่งอยู่ในหลักพุทธธรรม วัฒนธรรม 6 หมายถึง ธรรมที่เป็นต้นทางสู่จุดหมาย (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), 2559, น.152-153) และมีการสร้างศูนย์เรียนรู้พระพุทธศาสนาและชุมชนวิถีพุทธ ซึ่งเป็นแนวคิดในการสร้างแหล่งเรียนรู้พระพุทธศาสนาตลอดชีวิตในชุมชนตามแบบอย่างในสมัยพุทธกาลขึ้นซึ่งเป็นแหล่งเรียนรู้พระพุทธศาสนาของชุมชนในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น ด้านทาน ด้านศีล ด้านสมาธิและวิปัสสนา เป็นต้น ตลอดจนการเรียนรู้นิเทศน์ในรูปแบบตามอัธยาศัย (ตามความประสงค์ของผู้เรียน) อาทิเช่น การฟังธรรม การสนทนาธรรม การเสนาธรรมและการถามตอบปัญหาธรรมะ เป็นต้น โดยมีผู้นำเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเพื่อเชื่อมโยงและสร้างผู้ปฏิบัติธรรมทุกคนให้เป็นกัลยาณมิตรที่ดี จนเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้อริยบุคคลต้นแบบตามแนวทางของที่นี่ คือ การปฏิญาณตนเป็น อุบาสก อุบาสิกาผู้มุ่งไปสู่ความเป็นอริยชนตลอดชีวิตและสามารถพัฒนาตนเป็นกัลยาณมิตรที่ดีให้กับผู้อื่นต่อไป เพื่อเข้าถึงอรรถ 3 คือ 1.ประโยชน์ตน 2.ประโยชน์ผู้อื่น 3.ประโยชน์ทั้งสองฝ่ายหรือประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับหลักกัลยาณมิตรตา (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), 2559, น.57) พระพุทธองค์จึงตรัสว่า กัลยาณมิตรเป็นทั้งหมดของพรหมจรรย์ คือ ความประพฤติอันประเสริฐ ดังเช่นชาวพุทธที่ได้พระองค์เป็นกัลยาณมิตรที่ประเสริฐ จึงรู้ธรรมต่างๆ ที่จะนำมาปฏิบัติในชีวิต ทั้งเพื่อให้เกิดความสงบสุขในสังคม และ ความสงบของจิตนาการ ซึ่งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมด้านกาย จิต ปัญญา สังคม



จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าหลักพุทธธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตในพระไตรปิฎกมีอยู่หลายหลักธรรมแต่ผู้ปฏิบัติธรรมส่วนใหญ่จะใช้หลักอุบาสกธรรม 5 และ อารยวัฑฒิ 5 เนื่องจากเป็นหลักพุทธธรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติ ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 4 ด้านของผู้ปฏิบัติธรรม ซึ่งด้านกายจะหมายถึงพฤติกรรมเป็นหลัก คือ การมีศีลที่ตรงตามฐานะของตนซึ่งจะช่วยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้านจิตใจหมายถึงการมีจาคะ คือการเสียสละ การเกื้อกูล ด้านปัญญาหมายถึงการมีเป้าหมายมุ่งสู่กระแสพระนิพพานและการพึ่งธรรมชาติ ด้านสังคมหมายถึง สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและชุมชน โดยเน้นการรักษาโรคทางใจซึ่งสอดคล้องกับหลักพุทธธรรมในพระไตรปิฎกอันเป็นทางดับทุกข์ คืออริยมรรคมีองค์ 8 เพื่อมุ่งสู่พระนิพพาน โดยอริยมรรคมีองค์ 8 สามารถแยกออกเป็น ทาน ศีล ภาวนาได้ จึงมีความสอดคล้องกับหลักอุบาสกธรรม 5 และ อารยวัฑฒิ 5

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าความสอดคล้องของแนวคิดและหลักพุทธธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีการสร้างกิจกรรมของสถานปฏิบัติธรรมและการประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับงานวิจัยพระมหาอุดร สุทธิญาโณ (2554 , น.78-81) พบว่ารูปแบบและกระบวนการเสริมสร้างสุขภาพองค์รวมในพระไตรปิฎกเป็นการเสริมสร้างสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิต เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง และมีจิตใจที่ผ่องใส บริสุทธิ์ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ คือ การสวดมนต์ การปฏิบัติธรรม และการสันทนาธรรม และมีปัญญาในการดำเนินชีวิตในระดับโลกียะ มีปัญญาในการรู้แจ้งแทงตลอดจนได้บรรลุมรรค ผล นิพพาน ซึ่งเป็นหลักหรือเป้าหมายสูงสุดในทางพระพุทธศาสนา

จากการสังเกตพบว่าสถานปฏิบัติธรรมยังมีการช่วยกันรักษาสิ่งแวดล้อมโดยให้พื้นที่ภายในสถานปฏิบัติธรรมเป็นเขตอินทรีย์คือเขตปลอดสารพิษ สารเคมี และมีการทำเกษตรอินทรีย์ปลูกผักไว้ทานเอง ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมในการสร้างเสริมสุขภาพด้านกายอีกด้วย

สรุปผลและข้อเสนอแนะ/ Conclusion and Recommendations

ผลการศึกษา พบว่าแนวคิดการดำเนินชีวิตของผู้ปฏิบัติธรรมคือ การนำบุคคลในพระไตรปิฎกมาเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต เช่น นางวิสาขาและอนาถบิณฑิกเศรษฐี เป็นต้น ซึ่งอยู่ในฐานะฆราวาสผู้ครองเรือนที่ทุกคนสามารถนำมาปฏิบัติตามได้โดยใช้หลักพุทธธรรมจากพระไตรปิฎกเช่น อุบาสกธรรม 5, อารยวัฑฒิ 5 เป็นต้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทั้ง 4 ด้าน คือ กาย จิต ปัญญา สังคม โดยไม่ขัดต่อการแพทย์กระแสหลัก แต่มุ่งเน้นการรักษาโรคทางใจคือ ละความเห็นแก่ตัว ความโลภ ความโกรธ ความหลงให้เบาบาง

การศึกษาเชิงคุณภาพต่อแนวคิดและหลักพุทธธรรมสำหรับการดำเนินชีวิตทำให้ทราบถึงความลุ่มลึกในการเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมที่ประยุกต์จากพระไตรปิฎก ดังนั้นการนำการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมไปใช้ในโรงพยาบาล รพสต. หรือในบุคคลทั่วไป จึงควรเห็นความสำคัญในการรักษาโรคทางใจเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ/ Acknowledgement

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณา และการแนะนำที่เป็นประโยชน์จากกรรมการวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกสร สำเภาทอง ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. พัฒนา นาคทอง ที่ให้ความกรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการและที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ภายนอก โดยเฉพาะรองศาสตราจารย์ ดร. อติศักดิ์ สัตย์ธรรม กรรมการและที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ภายในที่คอยแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และชี้แนะให้คำปรึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ รณภูมิ สามัคคีคารมย์ ที่คอยให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรณรัตน์ รัตนวราจ และอาจารย์ ดร. พิระพล รัตนะ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้คำแนะนำ ชี้แนะให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

หากผลการศึกษานี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้ศึกษาขอน้อมรับไว้เพื่อปรับปรุง แก้ไขในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

นางสาวกฤตพร บำรุงแจ่ม



เอกสารอ้างอิง/References

- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2554). สุขภาพคนไทย 2554: พฤติกรรมสุขภาพ(พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน). หน้า 16-17.
- นัवरรณ เอมนุกุลกิจ. (2552). ความหมายของสุขภาพ สุขภาวะคืออะไร. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://dsd.pbru.ac.th/health/index.php?option=com.id>. (วันที่ค้นข้อมูล 25 กันยายน2559).
- พระครูสุวิธานพัฒน์บัณฑิต. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2559). พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม(พิมพ์ครั้งที่ 34). กรุงเทพฯ: มูลนิธิการศึกษาเพื่อสันติภาพ พระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตโต). หน้า 57.
- พระไพศาล วิสาโล. (2550). สุขภาพองค์รวมกับสุขภาพสังคม. ใน ศูนย์การประชุม IMPACT เมืองทองธานี: การประชุมวิชาการประจำปีการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ครั้งที่ 8. นนทบุรี: เอ็นเอ็นเคที จำกัด.
- พระมหาอุดร สุทธิญาโณ. (2554). ศึกษาสุขภาพแบบองค์รวมวิถีพุทธในพระไตรปิฎก. (สารนิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, คณะพุทธศาสตร์, สาขาวิชาพระพุทธศาสนา.
- ภินันท์ สิงห์กฤตยา. (2553). ศึกษาการประยุกต์ใช้กระบวนการทัศน์และกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวพุทธศาสนา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, คณะพุทธศาสตร์, สาขาวิชาพระพุทธศาสนา.
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์(โรคเรื้อรัง). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hfocus.org/node/4655>. (วันที่ค้นข้อมูล 9 ธันวาคม 2559).
- อุ้นเอื้อ สิงห์คำ. (2555). กระบวนการและผลกระทบของการสร้างเสริมสุขภาวะองค์รวมวิถีพุทธ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, คณะบริหารศาสตร์, สาขาพัฒนบูรณาการศาสตร์.
- Churchill's illustrated medical dictionary. (1989). Churchill's Medical's dictionary. New York: Churchill Livingstone.



Antimicrobial Activity of *Thunbergia laurifolia* Leaves Extracts against Pathogenic Bacteria

* Ratchadaporn SAENSRI^{1,2} Chayaporn SARANPUETTI¹ Chanida HANSAWASDI³

¹Department of Microbiology, Faculty of Public Health, Mahidol University ²Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University ³Science Division, International College, Mahidol University

*annkajoojob@gmail.com

Abstract

Hospital acquired infections have become more virulent during the last decade. Antimicrobial resistant infections are difficult to treat using standard antibiotics. Infections typically result in high mortality rates and usually involve long lengths of hospitalization. In addition, infectious disease treatment is quite costly. Many plants have pharmacological properties including antimicrobial activity. This study aimed to determine the effects of leaves extracts from *Thunbergia laurifolia* on growth of *Escherichia coli* ATCC 35218, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 and *Staphylococcus aureus* ATCC 29213 in a 24 hour microdilution susceptibility test. Data were analyzed using ANOVA with a significance level of $\alpha = 0.05$. *T. laurifolia* leaves were extracted using distilled water, 50% methanol, 80% methanol or absolute methanol. The percentage yield of extracts were 16.5%, 13.0%, 9.7% and 15.2%, respectively. At 24 hours of treatment, all of *T. laurifolia* leaves extracts exhibited strong antimicrobial activity against *S. aureus* ATCC 29213 at a concentration of 40 mg per ml of extracts ($p < 0.05$). These finding indicated that *T. laurifolia* leaves, extracted by aqueous, aqueous-methanol, and methanol, effectively control growth of *S. aureus* ATCC 29213. Active compounds from *T. laurifolia* leaves extracts and inhibitory mechanisms of bacterial growth should be investigated that would help us to reveal more alternatives of antimicrobial agents.

Keywords:

Thunbergia laurifolia, *Staphylococcus aureus*, MRSA, antimicrobial activity



Introduction

Bacterial infections is one of important problems in global public health. Bacterial infections are more violent due to the development of antibiotic drug resistant in microbes. The antimicrobial resistant organisms lead to difficult treatment using standard types of antibiotics. In addition, treatments of antimicrobial resistant infections using the special antibiotic drugs are higher cost than the general antibiotic drugs. The effect of the antimicrobial resistant infection show higher mortality rate and longer length of stay than those of the normal infection. Besides infectious disease treatment is quite high cost (Danchaivijitr, Judaeng, Sripalakij, Naksawas, & Plipat, 2007; de Kraker et al., 2011). According to National Antimicrobial Resistance Surveillance Center, Thailand (NARST) in 2010, there were more than 100,000 cases and 38,481 deaths. Length of stay in hospital has greatly increases about 3.24 million days. Economic loss has been estimated at 2,539-6,084 million baht or 0.6-1.6 percent of total health expenditure in 2010. Previous studies revealed that many herbs and medicinal plants have pharmacological properties as antimicrobial activity. The study to find the effective antimicrobial compound from natural products is attractive. *Thunbergia laurifolia* is a tropical plant in tropical and mixed forest which is considered into climbing plants. *T. laurifolia* has various locally synonyms such as Rang-chuet, Rang-yen or Nam-nong. The plant is used to relieve fever and used as detoxifying substance in Thai traditional medicine. Photochemical constitutes of *T. laurifolia* are found i.e. phenolic, carotenoid chlorophyll, caffeic acid and apigenin compounds (Chivapat, Chavalittumrong, Attawish, Bansiddhi, & Padungpat, 2009). The properties of *T. laurifolia* are investigated in several studies. From previous study reported by Pukumpuang, Thongwai, & Tragoolpua (2012), the extract of *T. laurifolia* presented antioxidant property and antimicrobial property against *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes* and MRSA, as shown by agar disc diffusion susceptibility test, MIC and MBC values. Therefore, the aim of this study was to investigate the antimicrobial effect of *T. laurifolia* leaves extracts against *Escherichia coli* ATCC 35218, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 and *Staphylococcus aureus* ATCC 29213 by microdilution susceptibility test. The curve of growth rate and percent inhibition were determined for antimicrobial activity evaluation.

Research methodology

1. Bacterial culture

Pathogenic bacterial strains from ATCC used in this study were *Escherichia coli* ATCC 35218, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 and *Staphylococcus aureus* ATCC 29213. Bacteria were cultured on tryptic soy agar (TSA) and then incubated at 37°C for overnight. A colony was picked up and inoculated into tryptic soy broth (TSB) and incubated at 37°C in shaker for overnight. The level of CFU was adjusted to 10⁸ cells per ml by comparing the turbidity with 0.5 McFarland's number 0.5 (CLSI, 2012).

2. Crude extracts preparation of *Thunbergia laurifolia*

The method was modified from Mira, Tanaka, Tateyama, Kondo, & Shimizu (2013) and Pukumpuang, Thongwai, & Tragoolpua (2012). *T. laurifolia* leaves were washed, chopped into small pieces and dried in the hot air oven at 50°C for overnight. After the incubation, the dried plant were ground into powder and sieved to particle size less than 100 meshes. The dried powder of *T. laurifolia* leaves was extracted by maceration with four different solvent including distilled water, 50% methanol, 80% methanol and absolute methanol. For the aqueous extraction, 20 grams of *T. laurifolia* leaves powder was extracted with 300 ml distilled water at 45°C for 3 hours then the process was repeated twice. The aqueous extracts were filtered and the supernatant was dried by lyophilization. The different concentrations of each aqueous extract were prepared by using distilled water for antimicrobial susceptibility test. For the methanolic extraction, 20 grams of *T. laurifolia* leaves powder was extracted with 200 ml of 50% methanol, 80% methanol and absolute methanol, respectively, at 25°C for 48 hours and this process was



repeated twice. Each methanolic crude extracts was filtered. The supernatant were concentrated by rotary evaporator and then the viscous substance from each extracts were dried by lyophilization. The different concentrations of each methanolic extracts were prepared by using DMSO for antimicrobial susceptibility test.

3. Evaluation of antimicrobial activity of *T. laurifolia* extracts by microdilution susceptibility test

Antimicrobial activity of *T. laurifolia* leaves extracts were evaluated by curve of growth rate. The effective extract presents the lower bacteria growth rate. The method was performed in a sterile 96-well microtitration plate. Briefly, bacteria were adjusted turbidity to 0.5 McFarland before the dilution to 1:100 by tryptic soy broth (TSB). The extracts 50 μ l (40 mg/ml: final concentration) and the diluted bacteria 50 μ l ($\sim 5 \times 10^5$ CFU/ml: final concentration) were inoculated to well of microtitration plate. The mixtures were incubated at 37°C and were measured by microtiter plate reader at 600 nm every hour for 24 hours. The extracts without bacteria were used as blank. The mixtures of antibiotic drug (gentamicin 16 mg/ml) 50 μ l and the diluted bacteria 50 μ l were used as positive control. The mixtures of TSB 50 μ l and the diluted bacteria 50 μ l were used as negative control. All experiments were done in triplicate.

Results

T. laurifolia leaves were washed, chopped into small pieces and dried. The percentage yield of dry weight for *T. laurifolia* leaves were 17.4%. *T. laurifolia* leaves were extracted with distilled water, 50% methanol, 80% methanol and absolute methanol. The crude extracts are semisolid and sticky with brown color. From the result as shown in Table 1, the percentage yield of extracts from *T. laurifolia* leaves by distilled water (TLW), 50% methanol (TL50), 80% methanol (TL80) and absolute methanol (TL100) were 16.5%, 13.0%, 9.7 % and 15.2%, respectively.

Table 1 Percentage yield of extract from *Thunbergia laurifolia* leaves.

Solvents	Extract code	Weight of extract (g) ^a	% Yield of extract
Distilled water	TLW	3.30	16.5
50% methanol	TL50	2.60	13.0
80% methanol	TL80	1.93	9.7
Absolute methanol	TL100	3.04	15.2

^a 20.0 g of powdered sample was used in each extraction

Antimicrobial activity on growth of *E.coli* ATCC 35218, *P. aeruginosa* ATCC 27853 and *S. aureus* ATCC 29213, were evaluated using broth microdilution method. Pathogenic bacterial ATCC strains growth of 3 groups: 1) four extracts from *Thunbergia laurifolia* leaves (treatment group), 2) TSB, DMSO (negative control group), and 3) gentamicin (positive control group). There are 24 hours in total for the experiment. This study used one-way analysis of variance (ANOVA; assume α at 0.05) to compare growth of pathogenic bacterial ATCC strains every hour. The growth of *E.coli* ATCC 35218, *P. aeruginosa* ATCC 27853 and *S. aureus* ATCC 29213 did not revealed any significant differences during first 5 hours and showed significant differences of at least one pair (p -value < 0.05) during 6-24 hours as shown in Figure 1. The results revealed that four extracts of *T. laurifolia* leaves had inhibitory effect on growth of *E.coli* ATCC 35218 (Figure 1A), *P. aeruginosa* ATCC 27853 (Figure 1B) and *S. aureus* ATCC 29213 (Figure 1C) compared to negative and positive control group.



Effect of *T. laurifolia* leaves extracts on growth of *E. coli* ATCC 35218. At the end of treatment as shown in Figure 2A, growths of *E. coli* ATCC 35218 could be inhibited by all four extracts from *T. laurifolia* leaves, TLW, TL50, TL80 and TL100 at 40 mg/ml for 98.6±9.0%, 91.9±13.5%, 81.7±27.3% and 78.2±24.8%, respectively.

Effect of *T. laurifolia* leaves extracts on growth of *P. aeruginosa* ATCC 27853. Even though growths of *P. aeruginosa* ATCC 27853 at the end of treatment, 24 hours, could be only inhibited by all four extracts from *T. laurifolia* leaves, TLW, TL50, TL80 and TL100 at 40 mg/ml for 55.1±3.3%, 28.8±119.1%, 68.2±6.2% and 56.2±0.4%, respectively as shown in Figure 2B. But growths of *P. aeruginosa* ATCC 27853 at 12 hours of treatment could be inhibited by all four extracts from *T. laurifolia* leaves, TLW, TL50, TL80 and TL100 at 40 mg/ml for 89.3±2.2%, 109.1±19.5%, 99.7±2.8% and 99.2±0.9%, respectively.

Effect of *T. laurifolia* leaves extracts on growth of *S. aureus* ATCC 29213. At the end of treatment as shown in Figure 2C, growths of *S. aureus* ATCC 29213 could be inhibited by all four extracts from *T. laurifolia* leaves, TLW, TL50, TL80 and TL100 at 40 mg/ml for 95.9±28.9%, 99.4±6.0%, 92.8±13.5% and 93.4±1.9%, respectively.

Discussions

In this study, at the end of treatment, most of *T. laurifolia* leaves extracts exhibited strong inhibition more than 90% against *E. coli* ATCC 35218 and *S. aureus* ATCC 29213. Although at 24 hour of treatment antimicrobial activity against *P. aeruginosa* ATCC 27853 was less than 90% but at 12 hour of treatment all of extracts exhibited strong inhibition more than 90% which are similar to *E. coli* ATCC 35218 and *S. aureus* ATCC

29213. Previous study reported in same result that ethanolic extracts from *T. laurifolia* showed antimicrobial activity against *S. aureus* by agar disc diffusion susceptibility test, MIC and MBC values (Pukumpuang,

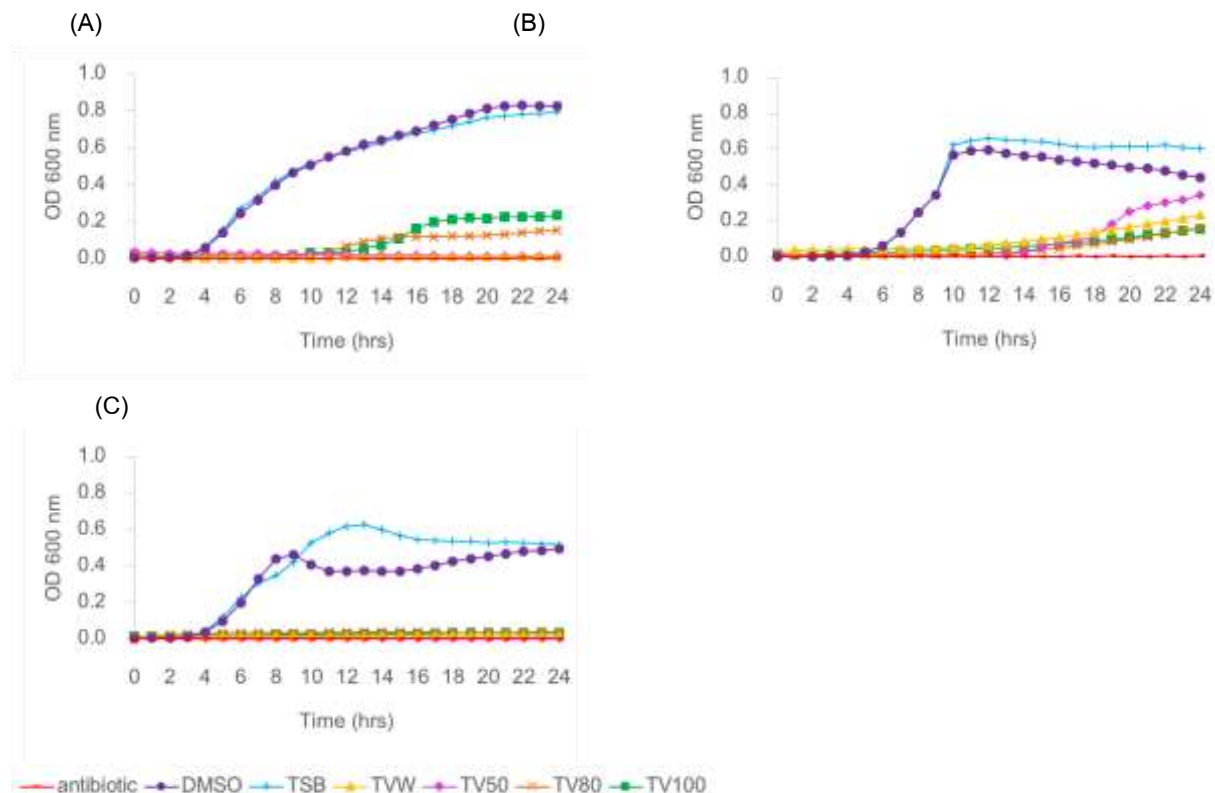


Figure 1 Antimicrobial activity of *Thunbergia laurifolia* leaves extracts on growth of (A) *E. coli* ATCC 35218, (B) *P. aeruginosa* ATCC 27853 and (C) *S. aureus* ATCC 29213. All experiments were done in triplicate.



Thongwai, & Tragoolpua, 2012). On the other hand, Cheeptham and Towers (2002) revealed the inhibition on *Bacillus subtilis* growth under UV light induction but not for *S. aureus*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *Candida albicans*, and *Aspergillus fumigatus*. The effectiveness of extracts for inhibition of pathogenic bacterial growth are different due to extracted solvent, method of antimicrobial activity test and pathogenic bacterial strain.

From the result in this study, the *T. laurifolia* leaves extracts revealed stronger inhibition on growth of *S. aureus* ATCC 29213 than those of *E. coli* ATCC 35218 and *P. aeruginosa* ATCC 27853 which consistent with another report. The reason for the different sensitivity between Gram-positive and Gram-negative bacteria could be described to the morphological differences. The most important function for the outer membrane in Gram-negative bacteria is to serve as a selective permeable barrier. Gram-negative bacteria having an outer phospholipidic membrane including the structural lipopolysaccharide components. This makes the cell wall impermeable to lipophilic solutes, while porins constitute a selective barrier to the hydrophilic solutes with an exclusion limit of about 0.6 kDa (Nikaido, 2003). The Gram-positive bacteria should be more susceptible having only an outer peptidoglycan layer which is not an effective permeability barrier (Scherrer and Gerhardt, 1971).

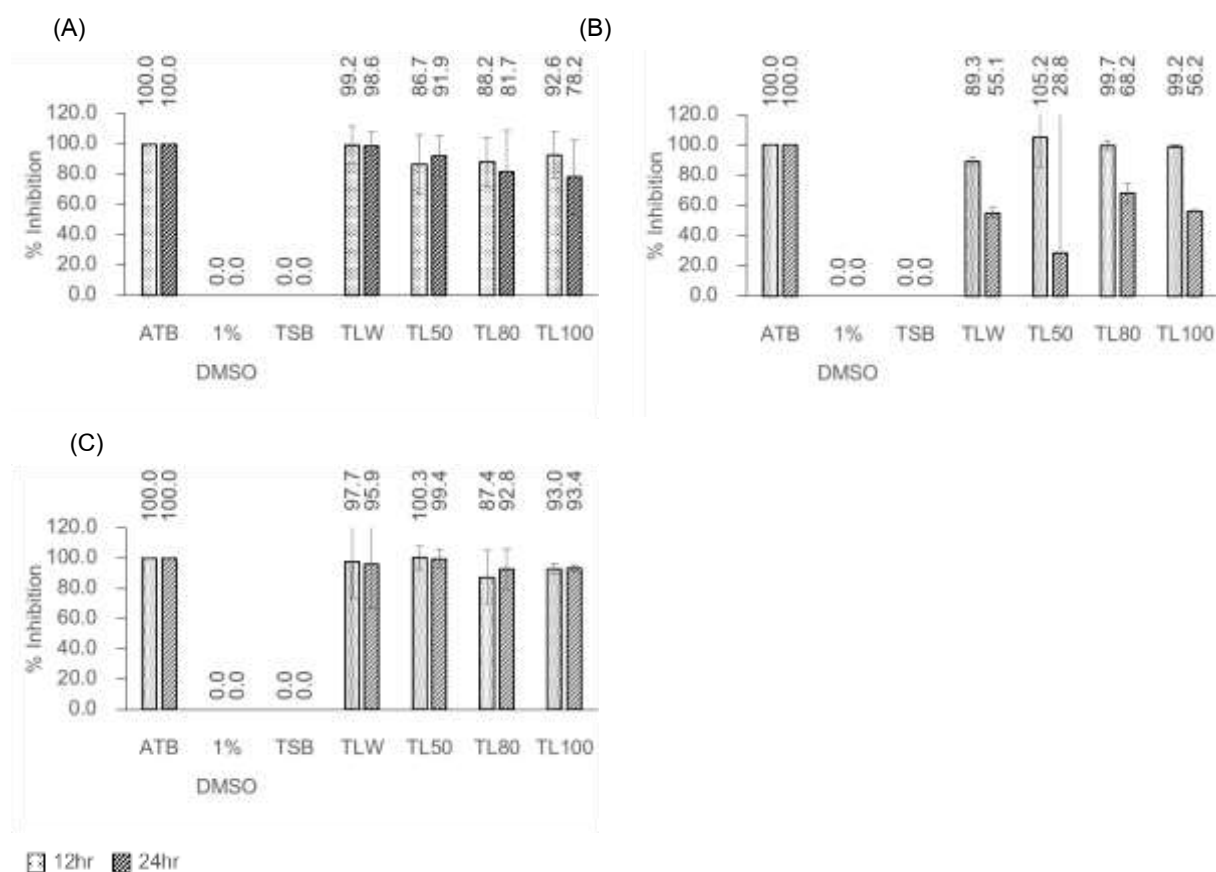


Figure 2 Percent inhibition of *T. laurifolia* leaves extracts on growth of (A) *E. coli* ATCC 35218, (B) *P. aeruginosa* ATCC 27853 and (C) *S. aureus* ATCC 29213. All experiments were done in triplicate.

Conclusion and Recommendations

All of *T. laurifolia* leaves extracts at 40 mg/ml showed effective controlling growth of *E. coli* ATCC 35218, *P. aeruginosa* ATCC 27853 and *S. aureus* ATCC 29213 within 24 hours ($p < 0.05$). The study in identification of active compounds from *T. laurifolia* leaves and its inhibitory mechanisms of bacterial growth would help us to reveal more alternatives of antimicrobial agents for infectious disease treatment in the future.



Acknowledgement

This study is partially supported by Graduate Studies of Mahidol University Alumni Association.

References

- Cheeptham, N., Towers, G.H.N. (2002). Light-mediated activities of some Thai medicinal plant teas. *Fitoterapia* 73, 651–662.
- Chivapat, S., Chavalittumrong, P., Attawish, A., Bansiddhi, J., Padungpat, S. (2009). Chronic toxicity of *Thunbergia laurifolia* Lindl. extract. *Journal of Thai traditional and alternative medicine* 7(1), 18-25.
- Clinical and laboratory standards institute. (2012). *Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically; Approved standard Ninth Edition*. Pennsylvania: Author.
- Danchaivijitr, S., Judaeng, T., Sripalakij, S., Naksawas, K., Plipat, T. (2007). Prevalence of nosocomial infection in Thailand 2006. *J Med Assoc Thai* 90(8), 1524-1529.
- de Kraker, M.E., Wolkewitz, M., Davey, P.G., Koller, W., Berger, J., Nagler, J., *et al.* (2011). Clinical impact of antimicrobial resistance in European hospitals: excess mortality and length of hospital stay related to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bloodstream infections. *Antimicrob Agents Chemother* 55(4), 1598-1605.
- Mira, A., Tanaka, A., Tateyama, Y., Kondo, R., Shimizu, K. (2013). Comparative biological study of roots, stems, leaves, and seeds of *Angelica shikokiana* Makino. *J Ethnopharmacol* 148(3), 980-987.
- National Antimicrobial Resistance Surveillance Center Thailand. (2013). *Situation of antimicrobial resistance in Thailand*. Retrieved Nov 9, 2017, from <http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>.
- Nikaido, H. (2003). Molecular basis of bacterial outer membrane permeability revisited. *Microbiol Mol Biol Rev* 67(4), 593-656.
- Pukumpuang, W., Thongwai, N., Tragoolpua, Y. (2012). Total phenolic contents, antibacterial and antioxidant activities of some Thai medicinal plant extracts. *J Med Assoc Thai* 6(35), 4953-4960.
- Scherrer, R., Gerhard, P. (1971). Molecular sieving by the *Bacillus megaterium* cell wall and protoplast. *J Bacteriol* 107(3), 718-735.



ภาคผนวก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิฝ่ายพิจารณาบทความและการประชุม

รองศาสตราจารย์ ดร.ไกรชาติ ตันตระการอาภา
รองศาสตราจารย์ ดร.จรววย สุวรรณบำรุง
รองศาสตราจารย์ ดร.จิรเนาว์ ทศศรี
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมลล์
รองศาสตราจารย์ ดร.เพียงจันทร์ เศวตศรีสกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
รองศาสตราจารย์ วิทยา อานามนารถ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กุสุมาลย์ น้อยผา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทน์ ณะภพ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ สติธิปัญญา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รพีพร ขวัญเชื้อ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จุ่งลก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิดา กวานเทียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ณะภพ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาโรจน์ เพชรมณี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา แก้วสวัสดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสมศิริ เดชารัตน์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พันธ์ชัย รัตน์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. อภิชัย วรรณนะพิศิษฐ์
อาจารย์ ดร.จิรา คงปราน
อาจารย์ ดร.จันจิรา มหาบุญ
อาจารย์ ดร.เชาวนา ยี่รงค์
อาจารย์ ดร.ดุชนีย์ สุวรรณคง
อาจารย์ ดร.นิรชร ชูดีพัฒนะ
อาจารย์ ดร.นุจรีย์ แซ่จิว
อาจารย์ ดร.ปนัดดา พิบูลย์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิฝ่ายพิจารณาบทความและการประชุม

อาจารย์ ดร.ประเสริฐ มากแก้ว
อาจารย์ ดร.ปัทมา เสนทอง
อาจารย์ ดร.พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์
อาจารย์ ดร.พิมาน อีระรัตนสุนทร
อาจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ วีรสกุล
อาจารย์ ดร.ศิริอุมา เจาะจิตต์
อาจารย์ ดร.สรัญญา มณีรัตนาศักดิ์
อาจารย์ ดร.สุปานดี มณีโลกย์
อาจารย์ ดร.สุภาพร เมฆสวีย์
อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ยิ้มเที่ยง
อาจารย์ ดร.อรทัย นนทเกท
อาจารย์ นพ.อุดมศักดิ์ แซ่โง้ว
อาจารย์ นพ.ธารินทร์ เพ็ญวรรณ
อาจารย์ชุตินา รอดเนียม
อาจารย์ณัฐจิต อันเมฆ
อาจารย์ธนาวัฒน์ รักกมล
อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล
อาจารย์ปัทมา รักแก้ว
อาจารย์พิชามญช์ อัครยศพงศ์
อาจารย์ลิเลียน วิวัฒน์
อาจารย์เสาวนีย์ สังข์แก้ว
อาจารย์อุไรวรรณ หมัดอำตัม



ประกาศมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ ๑

.....

เพื่อให้การจัดประชุมวิชาการระดับชาติ “สาธารณสุขวิจัย” ครั้งที่ ๑ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ของสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งกำหนดจัดขึ้นในวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๑ ณ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินงานไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ ดังปรากฏรายชื่อตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

คณะกรรมการอำนวยการจัดประชุมวิชาการ

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริท เจาะจิตต์	ประธานกรรมการ
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุทธพงศ์ เพ็ชรโรจน์	กรรมการ
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เชาวลักษ์ณ์ ฤทธิสรไกร	กรรมการ
๔. อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ยิ้มเที่ยง	กรรมการ
๕. อาจารย์ ดร.ประเสริฐ มากแก้ว	กรรมการ
๖. อาจารย์ ดร.จันจิรา มหาบุญ	กรรมการ
๗. อาจารย์ ดร.พิมาน ธีระรัตนสุนทร	กรรมการ
๘. อาจารย์ ดร.ดุชนีย์ สุวรรณคง	กรรมการ
๙. อาจารย์ ดร.ชำนาญ ชินสีห์	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ ดร.สุภาพร เมฆสวี่	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ ดร.จารุรัตน์ ปัญโญ	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ ดร.โสเมศรี เตชารัตน์	กรรมการ
๑๓. อาจารย์ ดร.กุสุมาลย์ น้อยผา	กรรมการ
๑๔. อาจารย์เสาวนีย์ โปษกะบุตร	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ศราวุธ อินทรพงษ์	กรรมการ
๑๖. นางสุริษา หาญใจ	เลขานุการ

ให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- กำหนดนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานของคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ รวมถึงการประสานงานกำกับดูแล สนับสนุนและการติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายและแนวทางที่กำหนดไว้
- ประสานงานกับสถาบันวิจัยและนวัตกรรมในการจัดการประชุม
- จัดทำกำหนดการประชุม
- คัดเลือก/ติดต่อองค์ปาฐก (Keynote Speaker) และผู้ดำเนินรายการร่วมในห้องประชุมกลุ่มย่อย
- คัดเลือก/ติดต่อชุมชนและหน่วยงาน เพื่อเชิญเข้าร่วมประชุม

คณะกรรมการฝ่ายพิจารณาบทความ และการประชุมกลุ่มย่อย

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ณะภาพ	ประธานกรรมการ
๒. รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สุวรรณบำรุง	กรรมการ
๓. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมลล์	กรรมการ
๔. รองศาสตราจารย์วิทยา อานามนารถ	กรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จำนงค์ ณะภาพ	กรรมการ
๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา แก้วสวัสดิ์	กรรมการ
๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาโรจน์ เพชรมณี	กรรมการ
๘. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษมาลย์ น้อยผา	กรรมการ
๙. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติ วรรณเดช	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ยิ้มเที่ยง	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ ดร.ศิริอุมา เจาะจิตต์	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ ดร.ดุชนีย์ สุวรรณคง	กรรมการ
๑๓. อาจารย์ ดร.สุภาพร เมฆสวี่	กรรมการ
๑๔. อาจารย์ ดร.โสมศิริ เดชารัตน์	กรรมการ
๑๕. อาจารย์ ดร.สุพานตี มณีโลกย์	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ ดร.วัลลภา เขยบัวแก้ว คชภักดี	กรรมการ
๑๗. อาจารย์ ดร.นุจรีย์ แซ่จิว	กรรมการ
๑๘. อาจารย์ ดร.ปัทมา เสนทอง	กรรมการ
๑๙. อาจารย์ธนาวัฒน์ รักกมล	กรรมการ
๒๐. อาจารย์บุญเรือง ขาวนวล	กรรมการ
๒๑. อาจารย์ธนาวัฒน์ รักกมล	กรรมการ
๒๒. อาจารย์ปัทมา รักแก้ว	กรรมการ
๒๓. อาจารย์พิริยลักษณ์ เพชรห้วยลึก	กรรมการ
๒๔. อาจารย์เกรียงไกร บรรจงเมือง	กรรมการ
๒๕. อาจารย์ลิเลียน วิวัฒน์	กรรมการ
๒๖. อาจารย์ณัฐจิรา อันเมฆ	กรรมการ
๒๗. อาจารย์ ดร.จิรา คงปราณ	กรรมการและเลขานุการ
๒๘. นางสุริษา หาญใจ	ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. ควบคุมคุณภาพบทความที่ส่งเข้าร่วมเสนอผลงาน และพิจารณาคัดเลือกบทความ
๒. ประสานจัดหา คัดเลือก/เชิญผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย ในการร่วมอ่านพิจารณาบทความ
๓. รวบรวมและสรุปผลการประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิและคัดเลือกบทความที่จะเผยแพร่ในเอกสารประกอบประชุมวิชาการ
๔. ประสานงานจัดหาประธานและเลขานุการ ดำเนินการประชุมของแต่ละกลุ่มย่อย
๕. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการอำนวยการ

คณะกรรมการฝ่ายประชาสัมพันธ์การประชุม

๑. อาจารย์ ดร.จันจิรา มหาบุญ	ประธานกรรมการ
๒. อาจารย์ ดร.อุดมรัตน์ วัฒนสิทธิ์	กรรมการ
๓. อาจารย์ ดร.ศิริลักษณ์ วีรสกุล	กรรมการ
๔. อาจารย์ ดร.กอบปรกมล ศรีภิรมย์	กรรมการ
๕. อาจารย์ ดร.สุภาพร เมฆสวี่	กรรมการ
๖. อาจารย์วีระพงษ์ เลิศรัตนเทวี	กรรมการ
๗. อาจารย์มัจฉินท์ อินทรเหมือน	กรรมการ
๘. นางสาวลักษณ์ ขาวเมือง	กรรมการ
๙. นางสาวอุทัยวรรณ สุทธิพงษ์	กรรมการ
๑๐. นางสาวอรนุช อิศระ	กรรมการ
๑๑. นางสาวสิรินทร ทองตั้ง	กรรมการ
๑๒. นายดิณณ สุวรรณศิริ	กรรมการ
๑๓. นายขจรศักดิ์ เพ็ชรรัตน์	กรรมการ
๑๔. อาจารย์จิตตาภรณ์ มงคลแก่นทราย	กรรมการและเลขานุการ
๑๕. นางสาวศศิธร เลาทกุล	ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- ร่วมกับสถาบันวิจัยและนวัตกรรมส่งหนังสือเชิญชวนเข้าร่วมนำเสนอผลงานและเข้าร่วมประชุมไปยังมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมถึงชุมชน หน่วยงานที่คณะกรรมการอำนวยความสะดวกการประชุมวิชาการคัดเลือก
- จัดทำแผนพับเพื่อประชาสัมพันธ์ รวมถึงการประชุมสัมพันธ์โครงการผ่านทางวิทยุ โทรทัศน์ E-mail และ Website และสื่อ Social media ต่าง ๆ
- ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการอำนวยความสะดวก

คณะกรรมการฝ่ายจัดนิทรรศการและกิจกรรมประชาสัมพันธ์สถาบัน

๑. อาจารย์ ดร.พิมาน ธีระรัตนสุนทร	ประธานกรรมการ
๒. อาจารย์ ดร.ปนัดดา พิบูลย์	กรรมการ
๓. อาจารย์ ดร.ศรัญญา มณีรัตนาศักดิ์	กรรมการ
๔. อาจารย์ ดร.นุจรีย์ แซ่จิว	กรรมการ
๕. อาจารย์ลิเลียน วิวัฒน์	กรรมการ
๖. อาจารย์ปาลีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์	กรรมการ
๗. อาจารย์ศิริพร ด่านคชาธาร	กรรมการ
๘. อาจารย์ราชนัน ฉ้วนเจริญ	กรรมการ
๙. อาจารย์เกรียงไกร บรรจงเมือง	กรรมการ
๑๐. อาจารย์ธนวรรณ บัวเจริญ	กรรมการ
๑๑. อาจารย์ดุสิต พรหมอ่อน	กรรมการ
๑๒. อาจารย์ปัทมา รักแก้ว	กรรมการ
๑๓. นายวิทวัส หมาดอี	กรรมการ
๑๔. นางสาวอรณี ศรียา	กรรมการ

๑๕. นางสาวอำภา มุณีนิม	กรรมการ
๑๖. อาจารย์ ดร.ศวรรรยา เลหาประภานนท์	กรรมการและเลขานุการ
๑๗. นายอาร์ฟ เจ๊ะเซ็ง	ผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. จัดนิทรรศการและกิจกรรมเสริมเกี่ยวกับสุขภาพบริเวณภายในบริเวณการจัดการประชุม เพื่อเพิ่มความน่าสนใจของการจัดงานประชุมวิชาการ
๒. จัดนิทรรศการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หน่วยวิจัย หน่วยบริการวิชาการ และหลักสูตร การเรียนการสอนต่าง ๆ ของสถาบัน
๓. งานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการอำนวยการ

คณะกรรมการฝ่ายพิธีการ ปฏิคม และต้อนรับ

๑. อาจารย์ ดร.ประเสริฐ มากแก้ว	ประธานกรรมการ
๒. อาจารย์ ดร.พิไลพัทธ์ ชูมาก	กรรมการ
๓. อาจารย์ ดร.จารุรัตน์ ปัญญาญ	กรรมการ
๔. อาจารย์มัตติกา ยงประเดิม	กรรมการ
๕. อาจารย์ภูวนินทร์ บัวเกษ	กรรมการ
๖. อาจารย์ชุตินา รอดเนียม	กรรมการ
๗. นางสาววิภาวรรณ อ่อนประเสริฐ	กรรมการ
๘. นางสาวอรนุช อิศระ	กรรมการ
๙. นางสาวสิรินทร ทองตั้ง	กรรมการ
๑๐. นายขจรศักดิ์ เพ็ชรรัตน์	กรรมการ
๑๑. อาจารย์อุไรวรรณ หมัดอำดัม	กรรมการและเลขานุการ
๑๒. นางปมาภรณ์ นาคถนอม	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๓. นายธัชพงศ์ คลิ่งเกล้า	ผู้ช่วยเลขานุการ
๑๔. นางสาวพุมรินทร์ ลือชา	ผู้ช่วยเลขานุการ

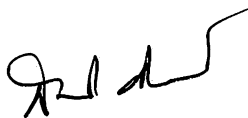
ให้คณะกรรมการฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. รับผิดชอบในเรื่องขั้นตอน พิธีการ ผู้ดำเนินรายการในการดำเนินการประชุม
๒. จัดเตรียมการลงทะเบียน เอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม (ประสานงาน ร่วมกับสถาบันวิจัยและนวัตกรรม)
๓. ประสานงานติดต่อประธานเปิดงาน องค์กรปาฐก (Keynote speaker) และผู้ทรงคุณวุฒิ
๔. จัดการต้อนรับประธานเปิดงาน องค์กรปาฐก (Keynote speaker) ผู้ทรงคุณวุฒิ ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม
๕. จัดหาของที่ระลึกให้แก่ องค์กรปาฐก (Keynote speaker) และผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมวิพากษ์ การนำเสนอผลงาน
๖. ประสานงานเรื่องการเดินทาง ที่พัก ขององค์กรปาฐก และ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วม วิพากษ์การนำเสนอผลงาน
๗. ประสานงานร่วมกับสถาบันวิจัยและนวัตกรรม ในการจัดสถานที่และระบบโสตทัศนูปกรณ์ ที่ใช้ในการประชุม และจัดนิทรรศการ

๘. ประสานงานร่วมกับสถาบันวิจัยและนวัตกรรม ในเรื่องอาหารว่าง อาหารเที่ยง และเครื่องดื่ม
๙. จัดทำแบบประเมินผลและรวบรวมผลการประเมิน

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๑



(ศาสตราจารย์ ดร.สมบัติ ชำรงธัญวงศ์)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์