



ปีที่ 9 ฉบับที่ 25 มกราคม - เมษายน 2564

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ISSN : 2286-9255

น้ำตกตาดวังน้ำ
อุทยานแห่งชาติถ้ำผาไท
อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดกาญจนบุรี
ภาพโดย : แพทย์หญิงกมลทิพย์



เจ้า๑ง ร๑งพ๑บาลพหลพลพ๑หเสนา

กา๑ญ๑นบุรีเวช๑าร

Kanchanaburi Medical Journal

ISSN : 2286-9255

ที่ปรี๑ษา

นายแพทย๑า๑าร๑สุข๑ง๑หว๑ดกา๑ญ๑นบุรี
ผู้๑า๑นวย๑การ ร๑งพ๑บาลมะการ๑ญ๑
สา๑าร๑นสุข๑า๑เภ๑ทุกแห่ง

ผู้๑า๑นวย๑การ ร๑งพ๑บาลพหลพลพ๑หเสนา
ผู้๑า๑นวย๑การ ร๑งพ๑บาล๑ุม๑น๑นทุกแห่ง
หัว๑น๑า๑ลุ่ม๑าน/๑าน ส๑า๑น๑านสา๑าร๑นสุข๑ง๑หว๑ดกา๑ญ๑นบุรี

บร๑ร๑ณา๑การที่ปรี๑ษา

ร๑ศ.นพ.สุร๑ง๑ย๑ ด๑น๑นศร๑ี๑ูล
ร๑ศ.นพ.ด๑ร.๑๑น๑ิต ๑ุมว๑ร๑า๑ย๑

นพ.๑น๑ส๑ โส๑ภ๑น๑ง๑ย๑
ภ๑ก.๑ย๑ย๑ท๑ ๑เ๑ต๑ยาน๑ว๑ต๑ร

บร๑ร๑ณา๑การ

นพ.๑๑นูล๑ย๑ ๑า๑น๑า๑บ๑ด๑ี๑ร๑น๑

บร๑ร๑ณา๑การผู้๑๑ด๑การ

น.ศ.ร๑๑น๑ ๑ล๑พิ๑ท๑๑ย๑

ร๑งบร๑ร๑ณา๑การ

พ๑ญ.๑น๑ง๑ค๑ ๑ย๑๑วิ๑สุ๑ท๑
นพ.๑ม๑ง๑ย๑ ๑ี๑ร๑๑ด๑น๑
นพ.๑ุม๑พล ๑ม๑๑ร๑๑๑ง๑ค๑
ด๑ร.นพ.สุ๑ท๑๑น๑ ๑๑๑ด๑น๑ะ๑น๑
พ๑ญ.๑ุง๑ร๑ว๑ ๑ย๑๑๑ด๑น๑
ภ๑ญ.๑๑น๑ดา ๑ร๑๑๑ศ๑ลา๑น๑ูล
ภ๑ญ. ๑ุร๑ส๑กร ๑ร๑๑ย๑สุ๑พ๑ร๑น

นพ.ร๑๑๑ย๑๑ง๑ศ๑ ๑ว๑๑ง๑๑ร๑๑
พ๑ญ.๑น๑น๑๑ดา ๑ร๑า๑๑น๑๑ง๑ศ๑
พ๑ญ.๑ร๑๑๑ง๑ค๑ศร๑ ๑ำ๑ร๑๑๑น๑
ทพ.๑ุ๑กร ๑ุ๑๑๑๑ม๑
ทพ๑ญ.๑๑๑๑๑ร๑น๑ ๑น๑น๑ลา๑ล๑ย
ด๑ร.๑เม๑๑น๑ ๑ร๑๑า๑๑ด๑ร
นาย๑ร๑ร๑น ๑ง๑๑ร๑๑

กา๑ญ๑นบุรีเวช๑าร๑น๑ว๑าร๑า๑การแพทย๑๑ร๑๑ 4 ๑เ๑น ๑ำ๑น๑๑๑ก๑น๑เ๑น๑มกร๑ม พ๑ญ๑ภ๑๑ม และ๑ัน๑า๑น
ส๑า๑น๑าน ๑ลุ่ม๑าน๑๑๑น๑าระ๑บ๑บ๑ร๑การ๑ุ๑๑า๑ ร๑งพ๑บาลพหลพลพ๑หเสนา โทร. 081-8562493

Website <http://www.kanpho.go.th>

E-mail address kmj.kan@gmail.com

๑๑ม๑ที่ ๑เ๑๑ร๑๑๑ม๑การ๑๑ม๑

18/49 ๑.๑ร๑พล ด.๑ำ๑ยา ๑.๑เ๑๑ง ๑.๑น๑ร๑๑๑ม 73000

บรรณาธิการแถลง



กาญจนบุรีเวชสาร ฉบับปีที่ 25 ยังคง
อัดแน่นด้วยผลงานการศึกษาจากบุคลากร
ทางสาธารณสุข ทั้งแพทย์, พยาบาล,
นักวิชาการสาธารณสุข มาเผยแพร่จาก
บุคลากรในจังหวัดกาญจนบุรีและจาก
ต่างจังหวัด ช่วงนี้เริ่มเข้าสู่ฤดูร้อน พร้อมๆ
กับการผ่อนคลายมาตรการต่างๆทางสังคม
ของทางรัฐบาลเพื่อให้เศรษฐกิจของประเทศ
ได้มีการขับเคลื่อนต่อไปได้ สิ่งสำคัญ
อีกด้านคือการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำ
โดยยึดมาตรการของทางกระทรวงสาธารณสุข
รวมถึงการเข้าถึงวัคซีนของประชาชน
น่าจะทำให้สถานการณ์ของการแพร่ระบาด
ของโควิด19 มีแนวโน้มดีขึ้น พวกเราชาว
สาธารณสุข คงต้องร่วมมือร่วมใจ เป็น
แบบอย่างที่ดีให้กับประชาชน แสดงให้
เห็นถึงการป้องกัน แม้จะมีวัคซีนแล้ว การ
สวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ
การรักษาระยะห่างทางสังคม โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในช่วงที่ใกล้เทศกาลสงกรานต์

ซึ่งทาง ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 มี
มติให้จัดเทศกาลสงกรานต์ปีนี้ตามประเพณี
ทางศาสนา ประชาชนสามารถเดินทาง
ท่องเที่ยว และเดินทางข้ามจังหวัดได้
แต่งดกิจกรรมรวมกลุ่ม สาดน้ำ งดจัด
คอนเสิร์ต งดกิจกรรมสัมผัสใกล้ชิด
งดประแป้ง ปรับระดับควบคุมสมุทรสาคร
ที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 5 ด้วยกัน ลงเป็นสัปดาห์
ลดวันกักตัวคนมาจากต่างประเทศเหลือ
10 วัน เริ่ม 1 เม.ย.2564 รวมถึงการระมัดระวัง
โรคที่มากับฤดูร้อน เช่น โรคอุจจาระร่วง,
ภาวะฮีทสโตรก หรือลมแดด

ก่อนจากกันในฉบับนี้ ผมขออนุญาต
กล่าว สวัสดีปีใหม่ของไทย เนื่องในโอกาส
เทศกาลวันสงกรานต์ ขออำนาจคุณ
พระศรีรัตนตรัย กุ้มครองให้พวกเรา
แคล้วคลาดปลอดภัยโควิด-19 มีสุขภาพ
สมบูรณ์แข็งแรงทั้งกายและจิตใจ มีความสุข
ตลอดปี 2564 ครับ

ด้วยรักและเคารพ

นายแพทย์วิบูลย์ ภัณฑาภิรักษ์

ต่อคนต่อปี[5] นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจและคุณภาพชีวิต เพราะเด็กที่มีภาวะหัดกำเริบบ่อย มักมีความกลัวการออกกำลังกาย หรือการเข้าร่วมกิจกรรม ขาดเรียน ทำให้รู้สึกแตกต่างจากเด็กอื่น มีปัญหาบุคลิกภาพ แยกตัว เข้าสังคมไม่ได้ บางรายมีภาวะซึมเศร้า[6]

จากการศึกษาเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหืดกำเริบรุนแรง[7] และต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ โรคอ้วน การสัมผัสควันบุหรี่ สารก่อภูมิแพ้หรือมลพิษในบ้าน มลพิษทางอากาศและสิ่งแวดล้อม ความเครียด การใช้ยาควบคุมอาการไม่สม่ำเสมอ และการติดเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจ[8,9] นอกจากนี้ยังพบว่า การรักษาภาวะหืดกำเริบที่แผนกฉุกเฉิน มีความสัมพันธ์กับอัตราการนอนโรงพยาบาล โดยมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบที่ติดเชื้อไวรัสร่วมด้วย มีอัตราการรักษาภาวะหืดกำเริบที่แผนกฉุกเฉินล้มเหลวสูงกว่า ได้แก่ มีอัตราการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษาในแผนกฉุกเฉิน หรือการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่พบการติดเชื้อไวรัส[10] และมีการศึกษาที่พบว่า การรักษาภาวะหืดกำเริบในเด็กที่ปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาสเตียรอยด์มากขึ้นและรวดเร็ว และได้รับยาพ่นขยายหลอดลมในห้องฉุกเฉินมากขึ้น สัมพันธ์กับอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ลดลง[11] สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัด

นครศรีธรรมราช ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กภาวะหืด
กำเริบเฉียบพลันที่ต้องนอนโรงพยาบาล ใช้
ระยะเวลาระหว่างการพ่นยาขยายหลอดลม
ชนิด Beta2- agonist แต่ละครั้งในห้องฉุกเฉิน
นานกว่ากลุ่มที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล[12]
ซึ่งเป็น การรักษาในห้องฉุกเฉินที่ไม่
สอดคล้องกับแนวทางการวินิจฉัยและรักษา
โรคหืดสำหรับเด็กในประเทศไทยปี 2555

จากข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคหัดในโรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบ ปัญหาอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัดกำเริบใน ปีงบประมาณ 2562 สูงขึ้นมากกว่า 30 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลังกับปี 2561 (ร้อยละ 8.57 และ 0.28)[13] ซึ่งเป็นการเพิ่มภาระงาน ในแผนกผู้ป่วยใน และงบประมาณการรักษา จากเดิมมาก ดังนั้นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหัด กำเริบที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล กับ ผู้ป่วยที่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญเพื่อใช้หาสาเหตุและ วางแนวทางปรับปรุงการดูแลรักษาภาวะหัด กำเริบให้มีประสิทธิภาพ และลดอัตราการ นอนโรงพยาบาลในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะหืดกำเริบ
ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีระหว่างกลุ่มที่ต้อง
รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลกับกลุ่มที่รับ
การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

วิธีดำเนินงานวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบตัดขวางย้อนหลัง (Cross-sectional retrospective study) โดยการทบทวนเวชระเบียน เกณฑ์ในการเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหืดกำเริบ และเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 30 กันยายน พ.ศ. 2562 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา (study group) คือ กลุ่มผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด และกลุ่มควบคุม (control group) คือ กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหืดกำเริบแต่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยทำการสุ่มเลือกในอัตราส่วน 1:1 กับกลุ่มศึกษา และมีเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเลือด โรคหัวใจ โรคพิการทางสมอง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือมีข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งสองกลุ่มจะทำการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อายุที่เริ่มรักษาโรคหืด ประวัติโรคหืดในครอบครัว โรคร่วม ข้อมูลระดับความรุนแรง และประวัติการรักษาโรคหืดในอดีต อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยขณะที่มีภาวะหืดกำเริบ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหืดกำเริบ และการรักษาภาวะหืดกำเริบที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก

ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS 23.0 statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL) โดยข้อมูล

เชิงพรรณนาจะแสดงจำนวนเป็นร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณแสดงด้วยค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบระหว่างข้อมูล 2 กลุ่มใช้ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลต่อเนื่องที่เป็นค่ามัธยฐาน และใช้ Chi-square สำหรับข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง คิดค่าความน่าจะเป็นที่ระดับต่ำกว่า 0.05 สำหรับสรุปว่าค่าตัวแปรที่นำมาเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหืดกำเริบและเข้าเกณฑ์การวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 100 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบที่เข้ารับการักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาและต้องรับไว้รักษาตัวต่อในโรงพยาบาลจำนวน 50 คน และกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหืดกำเริบแต่ให้รักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 50 คน จากข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยสองกลุ่ม ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย อายุที่เริ่มรักษาโรคหืด ประวัติโรคหืดในครอบครัว โรคภูมิแพ้ เชื้อไวรัส โปรงจมูกอักเสบ และโรคร่วมอื่นๆ การสัมผัสควันบุหรี่และมลพิษภายในบ้านพบว่าไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ประวัติการรักษาโรคหืดและภาวะหืดกำเริบในอดีต

ประวัติการรักษาโรคหืดในอดีต	ผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล, % (n=50)	ผู้ป่วยที่รักษา แบบผู้ป่วยนอก, % (n=50)	p-value
เป็นผู้ป่วยเดิมในคลินิกโรคหืดเด็ก			0.955
ใช่	37 (74)	38 (76)	
ไม่ใช่	13 (26)	12 (24)	
ได้รับยาควบคุมอาการ	37 (74)	38 (76)	0.955
เข้ารับการรักษภาวะหืดกำเริบในแผนก ฉุกเฉินช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	31 (62)	36 (72)	0.288
ได้รับยาสเตียรอยด์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	23 (46)	18 (36)	0.309
นอนโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหืดกำเริบใน ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	20 (40)	16 (32)	0.405
เคยใส่ท่อช่วยหายใจ	2 (4)	1 (2)	0.558

เมื่อศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบที่เป็นผู้ป่วยเดิมในคลินิกโรคหืดเด็กของโรงพยาบาลในงานวิจัยนี้พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 75 คน จากผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบที่เข้ารับการรักษในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 37 คน และเป็นกลุ่มที่รักษาแบบผู้ป่วย

นอกจำนวน 38 คน จากข้อมูลความรุนแรงและการรักษาโรคหืดในอดีตของทั้งสองกลุ่มพบว่าส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคหืดระดับปานกลางถึงมาก ควบคุมโรคได้บางส่วน ใช้จ่ายนควบคุมอาการไม่สม่ำเสมอ และติดตามการรักษาไม่สม่ำเสมอ ไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบภาวะที่ดื้อกำเริบระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในงานวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะที่ดื้อกำเริบในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากที่สุด (ร้อยละ 74) แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.001$) และกลุ่มเด็กที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีอาการที่ดื้อกำเริบก่อนเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินค่ามัธยฐานที่ 12 ชั่วโมง (0.5,72) ต่ำกว่ากลุ่มที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ 18 ชั่วโมง (0.3,96) ($p=0.045$) ส่วนการได้รับยาขยายหลอดลมก่อนมาโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมงและระดับความรุนแรงของภาวะที่ดื้อกำเริบในงานวิจัยนี้ไม่แตกต่างกัน แม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยเด็กที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีจำนวนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะที่ดื้อกำเริบระดับปานกลางถึงมาก มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แต่เมื่อเปรียบเทียบอาการแสดงของภาวะที่ดื้อกำเริบและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า (136 ครั้ง/นาที IQR 83,174 vs 130 ครั้ง/นาที IQR 88,163, $p=0.002$) ค่ามัธยฐานอัตราการหายใจมากกว่า (36 ครั้ง/นาที IQR 24,60 vs 34 ครั้ง/นาที IQR 16,60, $p=0.001$) ค่ามัธยฐานความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO2) น้อยกว่า (94% IQR 81,100 vs 96% IQR 91,100, $p=0.022$) และภาวะพร่องออกซิเจนที่ SpO2 น้อยกว่า ร้อยละ 94 (hypoxia) มากกว่า (ร้อยละ 34 vs 10, $p=0.004$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สิ่งกระตุ้น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบ

ปัจจัย	ผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาล, % (n=50)	ผู้ป่วยที่รักษา แบบผู้ป่วยนอก, % (n=50)	p-value
ปัจจัยกระตุ้น (%)			0.001
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	37 (74)	18 (36)	
ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	3 (6)	18 (36)	
ไข้หวัดใหญ่	3 (6)	5 (10)	
ไซนัสอักเสบ	1 (2)	3 (6)	
ไม่ทราบ	6 (12)	6 (6)	
ระยะเวลาที่มีอาการหืดกำเริบก่อนเข้ารับ การรักษา, ชั่วโมง (median,IQR)	12 (0.5,72)	18 (0.3,96)	0.045
ได้รับยาขยายหลอดลมก่อนมาโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง (%)	33 (66)	31 (62)	0.677
ระดับความรุนแรงของภาวะหืดกำเริบ (%)			
น้อย	16 (32)	25 (50)	0.078
ปานกลาง	29 (58)	24 (48)	
มาก	5 (10)	1 (2)	
อุณหภูมิกาย, องศาเซลเซียส (median,IQR)	36.9 (35.9,39.3)	37.0 (36.0,38.6)	0.564
อัตราการเต้นของหัวใจ, ครั้ง/นาที (median,IQR)	136 (83,174)	130 (88,163)	0.002
อัตราการหายใจ, ครั้ง/นาที (median,IQR)	36 (24,60)	34 (16,60)	0.001
ค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจน, % (median,IQR)	94 (81,100)	96.5 (91,100)	0.022
มีภาวะพร่องออกซิเจน (SpO ₂ < 94%), คน	17 (34%)	5 (10%)	0.004

จากข้อมูลการรักษาภาวะหืดกำเริบ
ที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอกใน
งานวิจัยนี้พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการรักษา
โดยการยาพ่นขยายหลอดลมหลังพบแพทย์
ระยะห่างระหว่างการพ่นขยายหลอดลม
แต่ละครั้ง จำนวนยาพ่นขยายหลอดลมชนิด
short acting beta₂- agonist (SABA) ที่ได้รับ
ในห้องฉุกเฉินและภายใน 1 ชั่วโมง และการ
ได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิด Ipratropium

bromide ในแผนกฉุกเฉิน ไม่มีความแตกต่างกัน
ผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบทั้งกลุ่มที่รับไว้รักษา
ในโรงพยาบาลและกลุ่มที่รับการรักษาแบบ
ผู้ป่วยนอกมีจำนวนไม่ถึงหนึ่งในสี่ที่ได้รับยา
สเตียรอยด์ในแผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ 22 และ
12, p=0.183) และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาใน
1 ชั่วโมง (ร้อยละ 26 และ 34, p=0.648) อย่าง
ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5

ที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มที่ต้องนอนโรงพยาบาลมีอาการที่ดกดำเรื้อรังที่รุนแรงกว่า ผู้ปกครองจึงมีความตระหนักมากกว่า และแม้ให้การรักษาเบื้องต้นที่บ้านแล้วก็อาจล้มเหลว จึงอาจทำให้ผู้ปกครองพาผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลเร็วกว่า

จากข้อมูลการศึกษาข้างพบว่า กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะหืดกำเริบจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่ากลุ่มที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าของ Maffey และคณะ[14] ที่พบว่าผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 78 ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ โดยพบการติดเชื้อไวรัส RSV (Respiratory syncytial virus) และ Rhinovirus มากที่สุด นอกจากนี้ยังพบการติดเชื้อกลุ่ม Atypical bacteria ได้แก่ M.pneumoniae และ C. pneumoniae ด้วย โดยกลุ่มที่ติดเชื้อ RSV จะสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลนานกว่า ได้รับออกซิเจนมากกว่าและพบในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อยกว่า การติดเชื้อ Rhinovirus เช่นเดียวกับการศึกษา Ducharme และคณะ[10] ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหืดกำเริบความรุนแรงระดับปานกลางถึงมาก ที่ติดเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจ และมีไข้ มีอัตราการรักษาหืดกำเริบที่แผนกฉุกเฉินล้มเหลวมากกว่า โดยพบว่ากลุ่มที่พบการติดเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจสัมพันธ์กับการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์ ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้รักษา

ภาวะหืดกำเริบและช่วยลดอัตราการนอน
โรงพยาบาล[2] นอกจากนี้ยังมีการศึกษา
ของ Merckx และคณะ[15] ที่ทำการศึกษา
ต่อจากขอดจากการศึกษาของ Ducharme
และคณะ[10] ที่พบว่า ไวรัสที่สัมพันธ์กับ
การรักษาหืดกำเริบล้มเหลวที่แผนกฉุกเฉิน
เป็นกลุ่ม nonrhinovirus โดยเฉพาะ RSV
Influenza และ Parainfluenza virus (PIV)
ซึ่งเป็นสาเหตุการติดเชื้อทางเดินหายใจ
ส่วนล่างในเด็กมากกว่าการติดเชื้อ Rhinovirus
ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อทางเดิน
หายใจส่วนบน สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่พบว่า
ผู้ป่วยกลุ่มที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
สัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
และเมื่อพิจารณาข้อมูลสุขภาพกระทรวง
สาธารณสุขของประเทศไทย Health Data
Center (HDC)[16] ในระหว่างปี 2560-2562
พบผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ
เฉียบพลัน และกลุ่มอาการติดเชื้อระบบ
ทางเดินหายใจเฉียบพลันที่ไม่ใช่ไข้หวัดใหญ่
มากที่สุดช่วงเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม โดย
เฉพาะในปี 2562 ทั้งสิ้นจำนวน 8,446 ราย
คิดเป็นอัตราป่วย 12.74 ต่อแสนประชากร
และในปี 2560-2563 จำนวนผู้สงสัยติดเชื้อ
ไวรัส RSV กลุ่มอายุพบว่า กลุ่ม 0-5 ปี พบการ
ระบาดมากที่สุด (ร้อยละ 67.76) และจาก
ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคทางห้องปฏิบัติการ
ย้อนหลัง กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ปี
2560-2562 (ข้อมูล ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2562)
ตรวจพบเชื้อ RSV จำนวน 335 รายใน
โรงพยาบาล 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.45 ส่วน
สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2562[17]

ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม–4 ตุลาคม 2562 มีรายงานผู้ป่วยทั่วประเทศจำนวน 285,142 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 430.07 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 19 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.01 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยสะสมในภาพรวม สูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลังและสูงกว่าในปี 2561 จึงอาจสันนิษฐานได้ว่าการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ในปี 2562 ในประเทศไทยที่มากขึ้น ทั้งการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ และ RSV อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหืดกำเริบในเด็กและทำให้อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในปี 2562 ของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาสูงขึ้นแม้ว่าโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากไข้หวัดใหญ่จะมียารักษาจำเพาะ แต่ควรจัดให้มีการรณรงค์ให้มีการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันเพื่อลดการแพร่เชื้อและลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ ส่วนการติดเชื้อไวรัส RSV นั้น แม้ว่าในประเทศไทยจะไม่มี palivizumab ที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ RSV ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงซึ่งพบว่าช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและความรุนแรงของโรคได้[18] รวมถึงไวรัสระบบทางเดินหายใจอื่น ที่ไม่มียารักษาจำเพาะ แต่การใช้มาตรการป้องกันการติดเชื้อโรคระบบหายใจทั้งในชุมชน โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กหรือแม้แต่บุคลากรในโรงพยาบาลจะช่วยลดการติดเชื้อและลดการเกิดภาวะหืดกำเริบและอัตราการนอนโรงพยาบาลในที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ป่วยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบจากการศึกษาของ Gasper และคณะ[19] ที่ทำการศึกษา

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีภาวะหืดกำเริบที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลกับกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืดในคลินิกผู้ป่วยนอกพบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีอาการหืดกำเริบและเคยรักษาตัวในโรงพยาบาล สัมผัสควันบุหรี่ สัมผัสสารก่อภูมิแพ้ มีประวัติมารดาเป็นโรคหืด และอายุที่เริ่มมีอาการหืดน้อยกว่า 12 เดือน มีความเสี่ยงที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมากกว่า ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษานี้อาจเป็นเพราะการศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบกันภายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหืดกำเริบ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้หืดกำเริบ กับหืดกำเริบรุนแรงที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีความคล้ายคลึงกันและการศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยน้อย จึงอาจไม่พบความแตกต่างส่วนปัจจัยด้านการรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีงานวิจัยทั้งจาก Bekmezian และคณะ[11] ที่พบว่าการรักษาตามแนวทางมาตรฐานการรักษาภาวะหืดกำเริบเฉียบพลันทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลลดลง เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยได้รับยาสเตียรอยด์และขยายหลอดลมใน 1 ชั่วโมงมากขึ้นเช่นเดียวกับ GINA guideline 2020[2] ที่แนะนำให้ขยายหลอดลมชนิด SABA ให้เร็วทุก 20 นาที หรือ 3 ครั้งใน 1 ชั่วโมง และการให้ยาสเตียรอยด์ให้เร็วภายใน 1 ชั่วโมงช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลในเด็กได้ แต่จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มที่ส่วนใหญ่มีอาการหืดกำเริบระดับรุนแรงปานกลางถึงมาก แต่กลับได้รับยาพ่นขยายหลอดลมชนิด SABA เฉลี่ยเพียง 2 ครั้งใน 1 ชั่วโมงและได้รับยาสเตียรอยด์



ไม่ถึงหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยหืดกำเริบทั้งหมด และส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาทั้งยาสเตียรอยด์ และยาขยายหลอดลมชนิด Ipratropium bromide ภายใน 1 ชั่วโมงขณะให้การรักษา ที่แผนกฉุกเฉิน ทั้งสองกลุ่มจึงไม่ได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานการรักษา หืดกำเริบในเด็ก และไม่พบความแตกต่างกัน จากข้อมูลการรักษา

ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง การเก็บข้อมูลอาจไม่ละเอียดครบถ้วน มีจำนวนผู้ป่วยน้อย และพบการรักษาที่แผนกฉุกเฉินที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จึงควรทำการศึกษาวิจัยแบบ prospective เพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้มากขึ้น และศึกษา

เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังจากปรับ แนวทางการรักษาภาวะหืดกำเริบในเด็กที่ แผนกฉุกเฉินที่ได้ตามมาตรฐาน เพื่อนำมา พัฒนาการรักษาภาวะหืดกำเริบในเด็กที่ แผนกฉุกเฉินและลดอัตราการนอน โรงพยาบาลในผู้ป่วยเด็กภาวะหืดกำเริบ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เด็กล่างและคลินิกโรคหืดเด็ก แผนกผู้ป่วย นอกกุมารเวชกรรม หน่วยเวชสถิติที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูล และ คณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพหลพล พยุหเสนา ที่ให้คำแนะนำในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Reddel HK, Taylor DR, Bateman ED, Boulet LP, Boushey HA, Busse WW, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: Asthma control and exacerbations - Standardizing endpoints for clinical asthma trials and clinical practice. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180(1):59–99.
2. GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION Updated 2020 [Internet]. 2020. Available from: www.ginasthma.org
3. National Center for Environmental Health. Data, statistic, and surveillance [Internet]. 2017 [cited 2018 May 15]. Available from: https://www.cdc.gov/asthma/archivedata/2017/2017_archived_national_data.html
4. Nurmagambetov T, Kuwahara R, Garbe P. The economic burden of asthma in the United States, 2008-2013. Ann Am Thorac Soc. 2018 Mar 1;15(3):348–56.

5. Puranitee P, Kamchaisatian W, Manuyakorn W, Vilaiyuk S, Laecha O, Pattanapratchee O, et al. Direct medical cost of thai pediatric asthma management: A pilot study. *Asian Pacific J Allergy Immunol*. 2015;33(4):296–300.
6. หฤทัย กมลาภรณ์. Smart Care for Pediatric Uncontrolled Asthma. ใน: คุสิต สภาวรร, ณัฐชัย อนันตสิทธิ์, เกลิมไทย เอกศิลป์.(บรรณาธิการ). 4.0 Smart Care for Critically Ill Children. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก; 2562. หน้า 189–99.
7. Puranik S, Forno E, Bush A, Celedón JC. Predicting severe asthma exacerbations in children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2017;195(7):854–9.
8. Orellano P, Quaranta N, Reynoso J, Balbi B, Vasquez J. Effect of outdoor air pollution on asthma exacerbations in children and adults: Systematic review and multilevel meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):1–15.
9. Murray CS, Poletti G, Kebabdz T, Morris J, Woodcock A, Johnston SL, et al. Study of modifiable risk factors for asthma exacerbations: Virus infection and allergen exposure increase the risk of asthma hospital admissions in children. *Thorax*. 2006;61(5):376–82.
10. Ducharme FM, Zemek R, Chauhan BF, Gravel J, Chalut D, Poonai N, et al. Factors associated with failure of emergency department management in children with acute moderate or severe asthma: a prospective, multicentre, cohort study. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2016;4(12):990–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(16\)30160-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(16)30160-6)
11. Bekmezian A, Fee C, Weber E. Clinical pathway improves pediatrics asthma management in the emergency department and reduces admissions. *J asthma*. 2015;52(8):806-14.
12. ธาริณี สหจรรุพัฒน์. ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการรับไว้รักษาตัว ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2557-2558.วารสารวิชาการแพทยเขต 11 2558;29:459-465
13. หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
14. Maffey AF, Barrero PR, Venialgo C, Fernández F, Fuse VA, Saia M, et al. Viruses and atypical bacteria associated with asthma exacerbations in hospitalized children. *Pediatr Pulmonol*. 2010;45(6):619–25.
15. Merckx J, Ducharme FM, Martineau C, et al. Respiratory viruses and treatment failure in children with asthma exacerbation. *Pediatrics* 2018;142(1):e20174105

16. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (RSV) Available from <https://dep.go.th/images/uploads/files/15989.pdf>
17. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สำนักโรคติดต่อทั่วไป:สถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่รายสัปดาห์ที่ 39 ปี 2562. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/973120191007031852.pdf>
18. พนิดา ศรีสันต์. RSV bronchiolitis: what you need to know?. ใน: สนิตรา ศิริธาทกุล, กนกพร อุดมอิทธิพงศ์, ประวิทย์ เจตน์ชัย. (บรรณาธิการ) Sharpen your practice in pediatric respiratory disease พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก;2563. หน้า 105-13
19. Gaspar AP, Morais-Almeida MA, Pires GC, Prates SR, Câmara RA, Godinho NM, Arêde CS, Rosado-Pinto JE. Risk factors for asthma admissions in children. Allergy Asthma Proc. 2002 Sep-Oct;23(5):295-301. PMID: 12476538.



ต่ออุปสรรคในการมารับการตรวจต้องกล้องปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมาเข้ารับการตรวจต้องกล้องปากมดลูกตามนัดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติมีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจต้องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไปประยุกต์ใช้ในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจต้องกล้องปากมดลูกตามนัดต่อไป

ABSTRACT

This research was a quasi-experimental research. To study the effectiveness of cervical cancer prevention programs on women perceptions and monitoring in women with abnormal cervical mucosa. By applying Rogers' conceptual framework, health beliefs and theories of motivation for disease prevention, the sample was women with abnormal cervical endometrial cells. From receiving a cervical colposcopy at the gynecological department, Khon Kaen Hospital amounted 66 people. The samples were selected according to the criteria. The specified procedure was divided into a simple randomized randomized controlled trial group and a control group of 33 participants each. The trial group participated in the program 2 times, the first time for receiving a cervical colposcopy and the second appointment date. Cervical colposcopy While waiting for the colposcopic examination, there will be calls to follow up and inquire about problems, including urging them to come and check on an appointment. Data collection during September Until November 2020, data collected before and after the program with questionnaires. Data were analyzed by statistical numbers, percentage, mean, Paired t-test, Independent t-test and Z -test.

The results showed that the effectiveness of the cervical cancer prevention program on the perception of women and monitoring in women with abnormal cervical mucosa cells. Of the experimental group had an average score of perceived risk of cervical cancer occurs. Perception of cervical cancer, Perception of benefits of cervical colposcopy results, The perception of obstacle to cervical colposcopy was significantly higher than that before the experiment and was significantly higher than that of the comparison group. ($p < 0.000$) and came to have cervical colposcopy more on appointment than the comparison group

พร้อมทั้งตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการตรวจค้นหาและรักษาตั้งแต่พบว่ามีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติและการมาตรวจติดตามอาการตามนัด ก็จะทำให้อัตราการเกิดโรค, อัตราการป่วยและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง

สภาพปัญหาปัจจุบันในการดำเนินงานของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2560 ปี 2561 และ ปี 2562 มีจำนวน 1618, 1626, 1664 ราย ตามลำดับ และจากสถิติการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลขอนแก่นตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 มีผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10,226 คน ในจำนวนนี้พบความผิดปกติ ต้องได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกจำนวน 530 คน (ร้อยละ 5.18) และตรวจพบความผิดปกติที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวังจำนวน 162 คน (ร้อยละ 30.51) จากการดำเนินงานของแผนกนรีเวช โรงพยาบาลขอนแก่นพบว่าเมื่อผู้รับบริการมีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ทางแผนกนรีเวช จะทำการนัดส่องกล้องคอลโปสโกปีให้กับผู้รับบริการกลุ่มนี้ และให้ผู้รับบริการมารับไบแนตส่องกล้องคอลโปสโกปีที่แผนกนรีเวช จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่า สถิติผู้มารับบริการส่องกล้องปากมดลูกในปี 2560, 2561 และ 2562 มีจำนวน 623, 570 และ 530 รายตามลำดับ ไม่มาตามนัด 74, 62 และ 53 ราย ในปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ และผลขึ้นเนื้อที่ตัดส่งตรวจทาง

พยาธิวิทยาผ่านการส่องกล้องคอลโปสโกปีพบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูก 28, 32 และ 15 ราย ในปี 2560, 2561 และ 2562 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ในปี 2562 มีการเลื่อนนัดเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 20 ต่อเดือน เนื่องจากติดธุระ ลืมวันนัด มีประจำเดือนมาในช่วงวันนัด ทำให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้มาตรวจติดตามล่าช้าไปจากนัดเดิม อาจส่งผลให้มาพบแพทย์ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไปแล้ว ซึ่งทำให้แผนการรักษาเปลี่ยน เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น จากงานวิจัยของนางนภัสวรรณ โอภาส ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์ มาเป็นกรอบแนวคิดกลุ่มเป้าหมายคือ สตรีที่เซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพสตรี โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2560

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ

ร้อยละของการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติมีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไปประยุกต์ใช้ในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการรับรู้และการตรวจติดตามในสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ แผนกนรีเวช โรงพยาบาลขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์มาเป็นกรอบแนวคิด และพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเดิมมาปรับใช้ในสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ แผนกนรีเวช โรงพยาบาลขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของการมาตรวจติดตามในสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) รวมทั้งแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ของโรเจอร์ มาเป็นกรอบในการจัดทำโปรแกรม[2]เพื่อให้สตรีมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดโดยการนำองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีทั้งหมด 4 ด้าน มาใช้ โดยการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ในเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) ซึ่งหากบุคคลใดรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มักจะมีพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การที่บุคคลนั้นจะรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อโรคหรือไม่ยังเกี่ยวข้องกับการมีความรู้ที่ปัจจัยใดเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมด้วยในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) บุคคลที่ประเมิน ความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อตนเองมาก เช่น อาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน การทำ หน้าที่

ในบทบาทในครอบครัว ย่อมทำให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อการป้องกันโรค มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อความรุนแรงหรือผลกระทบของโรคต่อตนเองต่ำ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา ป้องกันโรค (perceived benefits) จะทำให้ตัดสินใจปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดีเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ(perceived barriers) การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรค และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้และจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ของโรเจอร์ มีแนวคิดในการสร้างแรงจูงใจโดยมีพื้นฐานของการกระตุ้นให้เกิดความกลัวเป็นการโน้มน้าวใจให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร่วมกับการสร้างความรู้ความเข้าใจให้รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทำให้เกิดการรับรู้ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการเกิดโรค จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผลการวิจัยที่สนับสนุนว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคการป้องกันโรค จะช่วยเพิ่มระดับความรู้แก่สตรี และส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการนำเสนอต่างมาประกอบการให้ความรู้ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพต่อการรับรู้เนื้อหาที่สอน และเพิ่มระดับคะแนนความรู้ มากกว่าการสอนที่พูดเพียงอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่ม ใช้แบบแผน การทดลอง ชนิดวัดก่อนและหลัง (Two groups pre - post test design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการรับรู้ของสตรีและการตรวจติดตามในสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติตั้งแต่พฤษภาคมถึง ตุลาคม พ.ศ.2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์นำมาวิเคราะห์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. สตรีที่มีผลการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ จากการตรวจแป็บสเมียร์และต้องได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติม ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยการตรวจส่องกล้องปากมดลูกอายุ 25 ปีขึ้นไป
2. ไม่เคยได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก (colposcopy) มาก่อน
3. ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

ได้แก่

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดกิจกรรม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) คือ สลับประชากรที่มารับบริการ

ต้องกลืนปากมดลูกสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน ขนาคกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยในครั้งนี้ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณี ที่เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง ประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน [3] ซึ่งได้จากการศึกษาของมะลิวัลย์ บางนันทน้อย และคณะ[4] เรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษา ด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐานเพื่อ ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง วารสารวิชาการ สถาบัน เทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ หน้า 406 -415 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น มะเร็งปากมดลูก กลุ่มละ 39 คน หลังการ ทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 26.97 (SD =2.56) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย 24.03 (SD =4.75) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการ ทดลองของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 2.94 (SD =4.07) เมื่อคำนวณแล้วได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่ม ละ 32.7คน ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้คำนวณง่ายเป็นกลุ่มตัวอย่างละ 33คนรวม 66 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม
จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัย
บัณฑิตเอเซียโดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศ
ของวิทยาลัยบัณฑิตเอเซีย และแนวทางการ
ปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี ลงวันที่
28กันยายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยโปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดทฤษฎีการจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากนั้น กำหนดเนื้อหาประกอบด้วยในขั้นตอนที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษาโดยใช้วิธีทัศนคติโดยเน้นเพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยง ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) เป็นกิจกรรมเสริมความสามารถของสตรีในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก โดยการให้พูดคุยกับผู้ที่ได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกมาก่อนถึงผลดีของการส่องกล้องปากมดลูก การปฏิบัติตัวก่อน หลัง วิธีการตรวจ และให้ชมวิดีโอถึงประโยชน์ของการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดและพามาห่องส่องกล้องและอุปกรณ์ที่ใช้เพื่อเสริมความมั่นใจในการ

เข้ารับการส่องกล้อง แยกแผ่นพับเรื่อง มะเร็งปากมดลูกและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ที่ได้รับการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและเสริมแรงจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมคือการส่งรายชื่อผู้ที่ได้รับการนัดหมายให้มาส่องกล้อง คอลโปสโคปีที่คลินิกส่องกล้องคอลโปสโคปี โรงพยาบาลขอนแก่น ไปที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลสตรีกลุ่มนี้ เพื่อกระตุ้นเตือนให้มาตรวจตามนัด และ โทรศัพท์ไปหาเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค เสริมแรงใจอย่างต่อเนื่องในการมารับการ ตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด โดย โทรศัพท์ก่อนวันนัดส่องกล้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล และแบบ สอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งจำแนกเป็นรายด้าน ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของ มะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ประโยชน์ของการมาตรวจส่องกล้อง ปากมดลูกคอลโปสโคปีตามนัด การรับรู้ ต่ออุปสรรคของการเข้ารับการมาตรวจ ส่องกล้องปากมดลูกคอลโปสโคปีตามนัด ผ่านการตรวจสอบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 0.8, 0.85, 0.97 และ 0.89 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าที่คำนวณ ได้มีค่ามากกว่า 0.8 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มี

ความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี [5] หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและ ปรับปรุงตามผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลอง ใช้กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลขอนแก่น และนำมาวิเคราะห์ ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ > 0.70 จึงถือว่าเป็น เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้[6]

ขั้นตอนการดำเนินวิจัยและเก็บข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (วันที่มารับใบนัดส่องกล้อง ปากมดลูก)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยการสัมภาษณ์ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (pre-test) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูก

2. ให้กลุ่มตัวอย่างชมวิดีโอทัศนศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของคำว่าผลตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ ของสตรี สถานการณ์มะเร็งปากมดลูก ในประเทศไทย สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก อาการของมะเร็งปากมดลูก ระยะของมะเร็ง

ปากมดลูก การดูแลรักษาและติดตามผล การป้องกันมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นให้ ชมวิดิทัศน์เรื่องการมาตรวจส่องกล้อง ปากมดลูก มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมาย การตรวจส่องกล้องปากมดลูกคอลโปสโคป ประโยชน์ของการตรวจส่องกล้องปากมดลูก คอลโปสโคป การเตรียมตัวก่อนมาส่องกล้อง คอลโปสโคป การปฏิบัติตัวก่อนตรวจการปฏิบัติ ตัวขณะตรวจ การปฏิบัติตัวหลังตรวจ การ ปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้านและการมาตรวจติดตาม หลังส่องกล้องคอลโปสโคปและให้พูดคุยกับ ผู้ที่มีประสบการณ์ในการตรวจส่องกล้องปาก มดลูกมาก่อน หลังจากนั้นพาชมห้องส่อง กล้องและอุปกรณ์ที่ใช้เพื่อเสริมความมั่นใจ ในการเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูก

3. มอบแผ่นพับโรคมะเร็งปากมดลูก และแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวผู้ที่ได้รับ การส่องกล้องตรวจปากมดลูก พร้อมบัตรนัด การมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

4. การโทรศัพท์เพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรค และเสริมแรงจูงใจซ้ำเดือนใน การมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัด การปฏิบัติตัวเพื่อการมารับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูกตามนัดโดยการโทรศัพท์ 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 2 ก่อนวันนัดและ 1 วันก่อนวันนัด

ครั้งที่ 2 (วันที่มารับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูก)

1. เก็บรวบรวมข้อมูล (post-test) จากแบบสอบถามการรับรู้การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก

2. บันทึกการมารับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูก

กลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 1 (ให้การพยาบาลตามปกติ วันที่มาใบนัดส่องกล้องปากมดลูก)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดย การสัมภาษณ์ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (pre - test) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูก

ครั้งที่ 2 (วันที่มารับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูก)

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล (post - test) จาก แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและ ให้โปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เหมือนกลุ่มทดลองหลังตอบแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยบันทึกการมารับการตรวจส่อง กล้องปากมดลูก

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ด้านอายุ กลุ่มทดลองอายุส่วนใหญ่อยู่ ในช่วง 40-50 ปี (13 คน ร้อยละ 39.29) กลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี (11 คน ร้อยละ 33.33) ด้านการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับ มัธยม ศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช (10 คน ร้อยละ 30.30) กลุ่มควบคุม ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถม ศึกษา 10 คน (ร้อยละ 30.30) ด้านสถานภาพสมรส ทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส แต่งงาน (20 คน ร้อยละ 60.61 และ 20 คน ร้อยละ 72.73 ตามลำดับ) ด้านอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพ

รับจ้าง (11 คน ร้อยละ 33.33) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างและเกษตรกรรม (18 คน ร้อยละ 54.54) ด้านรายได้กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท (14 คน ร้อยละ 42.42) และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท เช่นกัน (12 คน ร้อยละ 36.36) จำนวนบุตรทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 2 คน (13 คน ร้อยละ 39.39 และ 19 คน ร้อยละ 57.58 ตามลำดับ) การคุมกำเนิดในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คุมกำเนิดทั้งในแบบใช้ยาคุมกำเนิดและทำหมัน (วิธีละ 8 คน ร้อยละ 24.24) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คุมกำเนิดด้วยการใช้ยาคุมกำเนิดอย่างเดียว (10 คน ร้อยละ 30.30) ส่วนระยะเวลาที่คุมกำเนิดโดยการใส่ยาคุมกำเนิดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่

ใช้เวลาน้อยกว่า 1 ปี (15 คน ร้อยละ 45.45 และ 11 คน ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ) การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่เคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (29 คน ร้อยละ 87.88 และ 30 คน ร้อยละ 90.91 ตามลำดับ) การสูบบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่สูบ (30 คน ร้อยละ 90.91 และ 29 คน ร้อยละ 87.88 ตามลำดับ) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มี (29 คน ร้อยละ 87.88 และ 31 คน ร้อยละ 93.94 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการรับรู้ของสตรีที่มีเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t- test

	n	$\bar{x}$	SD	mean difference	SD difference	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	68.97	3.03	33.21	0.85	31.48-34.94	<0.001
หลังการควบคุม	33	102.18	3.21				

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยการรับรู้ของทั้งสอง

กลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่ค่าเฉลี่ยการรับรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการรับรู้ของสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t- test

	n	$\bar{x}$	SD	mean difference	SD difference	95% CI	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	68.67	3.03				
				0.06	0.78	1.50-1.60	0.94
กลุ่มควบคุม	33	69.03	3.30				

ตารางที่ 2 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อการรับรู้ของสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ t- test

	n	$\bar{x}$	SD	mean difference	SD difference	95% CI	p-value
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	33	102.18	3.21				
				32.67	0.87	30.98-34.40	<0.001
กลุ่มควบคุม	33	69.52	3.80				

ส่วนที่ 4 ร้อยละของการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม การมาตรวจตามนัดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ (P-value = 0.21) (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของสตรีในการมารับการตรวจส่องกล้องมะเร็งปากมดลูกตามนัดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Z – test

	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	Z-test	P-value
การมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	31 (91.18)	27 (79.41)	1.28	0.21

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกคอลโปสโคปตามนัด การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเข้ารับการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกคอลโปสโคปตามนัดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของรุ่งอรุณ กามล[7] ได้ศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกุใต้ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนทดลองและมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาค้นพบว่าเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกคอลโปสโคปตามนัด การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเข้ารับการมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกคอลโปสโคปตามนัด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรือง วิทมาสิงห์ และช่อผกา จันประดับ [8] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรค มะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่า ร้อยละของการมารับการตรวจติดตามของสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่การมาตรวจตามนัดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างทางสถิติ

ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 คือผลการเปรียบเทียบร้อยละของสตรี

ในการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 91.18 และ 79.41 ตามลำดับ) แต่การมาตรวจตามนัดของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ $P\text{-value} = 0.21$ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนักสววรรณ โอภาส [9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติพบว่า กลุ่มทดลองมาตรวจตามนัดแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ และจากการสอบถามพบว่า สตรีที่ไม่มารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกตามนัด 7 รายในกลุ่มควบคุมแจ้งเหตุผลว่า คิดว่ารอให้มีอาการก่อนค่อยมา 4 ราย ไม่สามารถหยุดงานได้ 2 ราย และไม่สะดวกเดินทาง 1 ราย สำหรับในกลุ่มทดลองที่ไม่สามารถมาตามนัด 3 ราย เพราะมีประจำเดือนมาในวันนัด

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและนำทฤษฎีแรงจูงใจต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติส่งผลให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจกล้องปากมดลูกคอลโปสโกปี

ตามนัด การรับรู้ต่ออุปสรรคของการเข้ารับการมาตรวจกล้องปากมดลูกคอลโปสโกปีตามนัดสูงขึ้น ดังนั้นการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการส่งเสริมแรงจูงใจ สามารถเพิ่มการรับรู้ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ทำให้สตรีมารับบริการตรวจสอบกล้องปากมดลูกเพิ่มขึ้นจึงควรนำไปใช้ประยุกต์ใช้ในการรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกเพิ่มขึ้นในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนัดสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติมารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูกควรถามวันเวลาที่ประจำเดือนมา และหลีกเลี่ยงการนัดในช่วงนั้น
2. กระบวนการให้สุขศึกษาควรเป็นการบรรยายโดยมีภาพแสดงประกอบมากกว่าการใช้สื่อที่เป็นวิทัศน์ เพราะสามารถสื่อสารกันได้สองทางจะเพิ่มความสนใจให้กับกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจ ไปประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ
2. การศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ ใช้เวลาเพียง 12 สัปดาห์ ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก ควรมีการศึกษาติดตามต่อเนื่องเพื่อดูผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเข้ารับการตรวจติดตามในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. ไพฑูรย์ ออบเชย. **อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย.**(ออนไลน์): สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; มปป]. ค้นจาก: https://stri.cmu.ac.th/article_detail.php?id=17.(7 มิถุนายน 2563)
2. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (health belief model). (2559). (ออนไลน์).ค้นจาก <http://myblogcomnurse.blogspot.com/> (12 มกราคม 2563).
3. อรุณ จิรวัดนกุล.(2547). **ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ/อรุณ จิรวัดนกุล.** มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น.
4. มะลิวัลย์ บางนันทน้อย, กวี ไซศิริ, ชาลินี ปลัดพรหม.(2562).ผลของโปรแกรมสุขศึกษาด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมองเป็นฐาน เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง.วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ,5(1),406 -415.
5. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพฯ, พิมพ์ครั้งที่ 5. ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
6. ปราณี มีหาญพงษ์และกรรณิการ์ นัตถดอกรัไม์ไพร.(2561).การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์.วารสารพยาบาลทหารบก,19 (1),9-15.
7. รุ่งอรุณ กามล. (2559). **ผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ตำบลกุดใต้จ่อ อำเภอกันทรวิชัยจังหวัดมหาสารคาม.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) ภาคพิเศษ มหาวิทยาลัยมหิดล.
8. บุญเรือง วิทมาสิงห์ และ ช่อผกา จันประดับ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบ่อพลอย อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารหัวหินสุขภาพไกลกังวล,3 (2), 73-88.
9. นกัศวรรณ โอภาส. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ. วารสารพยาบาลทหารบก 2562, 19 (ฉบับพิเศษ); 339-347.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจก
เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต้อกระจก**

: กรณีศึกษาโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

The effective of Informative and pre-operative practice program

for anxiety releasing of patients before cataract surgery

: a case study of Bang Bua Thong Hospital, Nonthaburi

พนิดา อยู่ชัชวาล

Panida Yoochadchawal

งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบางบัวทอง

Nok19758@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต้อกระจกกรณีศึกษาโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่นัดรับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ในระยะเวลาไม่เกิน 30 วัน ณ โรงพยาบาลบางบัวทอง จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย ระยะเวลาในการทำวิจัยระหว่าง 1 มกราคม 2563– 30 เมษายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1.โปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต้อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและ 2.แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และแบบสอบถามความวิตกกังวล เครื่องมือดังกล่าวได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ Unpaired t-test และ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ นัดรับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ต้อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p\text{-value}=0.00$) และมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p\text{-value}=0.00$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ต้อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต้อกระจก สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ นัดรับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม มีความรู้และการปฏิบัติตัวดีขึ้น และลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดได้ดีขึ้น

Abstract

The quasi-experimental research aimed to study the effective of learning and pre-operative practice program for anxiety releasing of patients before cataract surgery: a case study of Bang Bua Thong Hospital, Nonthaburi Province. The sample groups were cataract patients who appointed for intraocular lens replacement surgery within 30 days at Bang Bua Thong Hospital. There were 40 cases, 20 cases were controlled and the remained were observed from 1 January 2020 to 30 April 2020. The target patients received pre-cataract knowledge promotion and practice program to reduce anxiety before cataract surgery. Afterward, they were interviewed and filled out the questionnaire regarded to the mentioned knowledge and practice program. These research methodologies have been approved by 3 experts. The validity of the questionnaire was obtained by finding the alpha coefficient of Cronbach's alpha equal to 0.87. The Unpaired t- test and Paired t-test determined the correlation coefficient of frequency, percentage, mean and standard deviation.

As a result, the patient groups who received the knowledge and pre- operative practice program had a higher average score than before receiving the program significantly ($p\text{-value} = 0.00$) and had a lower mean anxiety score than the usual care group ($p\text{-value} = 0.00$). In conclusion, the pre-cataract knowledge promotion and action program to reduce anxiety before cataract surgery benefit to cataract patients who made an appointment for surgery.

หลักการและเหตุผล

ต้อกระจกเป็นปัญหาที่สำคัญทางจักษุ ศาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดภาวะสายตาสั้นหรือตาบอด สาเหตุหลักของต้อกระจกร้อยละ 95 เกิดจากการเสื่อมของแก้วตาตามวัย[1] จากการศึกษา ข้อมูลจาก National Eye Health Center

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การคัดกรองอัตราตาบอด/อัตราตาบอดจาก ต้อกระจกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี 2559- 2562 จำนวน 8,463,592,8,621,983, 7,998,769, 7,878,863 ราย พบอัตราตาบอด จากต้อกระจก ร้อยละ1.47,1.76,1.95,1.94

ซึ่งแนวโน้มจากปี 2559-2561 มีแนวโน้มสูงขึ้นและเริ่มลดลงในปี 2562 สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ในการมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสภาวะตาบอดและสายตาเลือนรางของประชากรในพื้นที่ทั้ง 12 เครือข่ายบริการสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิด vision 2020 ขององค์การอนามัยโลก และ Seamless Health Care Network ในการดำเนินการของโรงพยาบาลบางบัวทอง พบว่า อัตราตาบอด/อัตราตาบอดจากต้อกระจก พบร้อยละ 0.54, 0.9, 0.4, 1.7 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น และเพื่อลดอัตราตาบอด/อัตราตาบอดจากต้อกระจก กระทรวงสาธารณสุขจึงมีการกำหนดตัวชี้วัดหลักให้ผู้ป่วย Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกภายใน 30 วัน (ร้อยละ 80) ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกในโรงพยาบาลบางบัวทองมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2559-2562 มีจำนวนผู้ป่วยนัดผ่าตัด 180, 258, 30 (ห้องผ่าตัดปิดบริการเนื่องจากปรับปรุงสถานที่) และ 283 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่นัดผ่าตัดสามารถผ่าตัดได้ ในปี 2559-2562 มีจำนวน 156, 236, 22 และ 275 ราย ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ อันดับ 1 มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อน จำนวน 3 ราย และ อันดับ 2 การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดไม่พร้อม จำนวน 2 ราย ส่วนหลังการผ่าตัดในปี 2559-2562 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพได้นำมาศึกษา วิเคราะห์ในเรื่อง การขาดความรู้ในการเตรียมตัว

ก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัด ทำให้เสียเวลา และโอกาสในการรอคอยการผ่าตัด มีความวิตกกังวล ส่วนการขาดความรู้ขณะทำการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด ยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ปัจจุบันการรักษาต้อกระจกยังไม่มียาที่มีการศึกษาชัดเจนและยืนยันว่าสามารถป้องกันหรือยับยั้งการเกิดโรคต้อกระจกได้ แต่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยกลับมามีความสามารถในการมองเห็นปกติได้ด้วยการผ่าตัดเท่านั้น การผ่าตัดต้อกระจกเป็นการผ่าตัดนำแก้วตาที่เสื่อมออก และใส่แก้วตาเทียมเข้าแทนที่ด้วยวิวัฒนาการของเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ทำให้ภายหลังจากผ่าตัดผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดขนาดเล็ก นำมาซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกมักจะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียงวันที่ทำการผ่าตัดและในวันต่อมาหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนแพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ซึ่งในการผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง จากการศึกษาของ วารุณี กุลราช[2] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา เนื่องจากการผ่าตัดในขณะที่มีการรอในห้องผ่าตัดเป็นอีกช่วงเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงและสูงกว่าในระยะหลังผ่าตัดเนื่องจาก สิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัดที่แปลกไป และต้องแยกจากบุคคลใกล้ชิด นอกจากนี้ปัจจัยในเรื่องความต้องการข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาล

และระยะเวลาการผ่าตัด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และบุคลากร ทีมสุขภาพสามารถที่จะจัดการปัจจัยเหล่านี้ เพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ต้อกระจก

ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัด ควรได้รับการให้ความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ต้อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัด ต้อกระจกที่ถูกต้อง ซึ่งเป็น สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเกิดภาวะ แทรกซ้อนหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ต้อกระจกจาก การศึกษาตำราเอกสาร วารสารต่างๆ โดยผล จากการพัฒนาในครั้งนี้ ได้โปรแกรมการ ส่งเสริมความรู้ และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ต้อกระจก ของโรงพยาบาลบางบัวทอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ต้อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัด ต้อกระจก : กรณีศึกษาโรงพยาบาล บางบัวทองจังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง

รูปแบบของการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม

ที่โรงพยาบาลบางบัวทอง ครั้งแรก จำนวน 40 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563-30 เมษายน 2563 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (purposive sampling) ตาม คุณสมบัติที่กำหนดโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ลำดับที่ในการเข้ารับบริการ ผ่าตัดลำดับเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ลำดับที่ในการเข้ารับบริการผ่าตัด ลำดับเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมเป็น กลุ่มละ 20 คน เพื่อให้ ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายตัว เข้าใกล้โค้งปกติและมีความเป็นตัวแทนของ ประชากร[3]

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคต้อกระจก ที่รอรับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และ การปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ต้อกระจกเพื่อลด ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต้อกระจก ส่วน กลุ่มควบคุมนั้นได้รับการดูแลตามปกติของ โรงพยาบาล

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ต้อกระจก เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต้อกระจก สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริม ความรู้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง โดยมีคู่มือ เรื่อง ความรู้และ การปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ต้อกระจก และ

แผนการสอน เรื่องความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูก ภาพนิ่ง และวิดีโอ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย, แบบสอบถามความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูก และแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ทดลองใช้ (Try out) กับ ผู้ป่วยโรคต่อกระดูกจำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbachalpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกรายโดยจัดทำหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย เป็นหนังสือที่พิทักษ์สิทธิแนบกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำแบบสอบถาม บอกชื่อเรื่องของการทำวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติพรรณนา และสถิติเชิงวิเคราะห์

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม คำนวณโดยใช้สถิติพรรณนาแจกแจงเป็นความถี่ และนำเสนอในรูปร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลองด้วยสถิติ Unpaired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างภายในกลุ่มเดียวกัน ก่อน และหลังการทดลองด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคต่อกระดูก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ที่โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุ 65-70 ปี พบร้อยละ 50.00 และ 40.00 อายุเฉลี่ย 68.9 และ 71.3 ปี ตามลำดับ อาชีพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่น ๆ (ไม่ได้ทำงาน) ร้อยละ 55.00 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้านระดับการศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 50.00 รายได้ของครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 55.00 และ 65.00 ซึ่งเพียงพอ กับรายจ่าย สถานภาพสมรสทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็น ร้อยละ 45.00 และ 40.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 55.00 ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและรองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ไม่มีประวัติการแพ้ยา

และอาหารทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 100.00 และ 100.00 และในการเจ็บป่วยในครั้งนี้มีผู้ดูแลช่วยเหลือหลังผ่าตัดทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 100.00 และ 100.00 และ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 65.00 และไม่ดื่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55.00 และ 55.00 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ(ปี)				
60-65 ปี	4	20.00	1	5.00
65-70 ปี	10	50.00	8	40.00
70-75 ปี	4	20.00	7	35.00
75 ปีขึ้นไป	2	10.00	4	20.00
2. เพศ				
ชาย	11	55.00	9	45.00
หญิง	9	45.00	11	55.00
3. อาชีพ				
รับจ้าง	0	0.00	0	0.00
รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	0	0.00
ค้าขาย	0	0.00	0	0.00
แม่บ้าน	9	45.00	11	55.00
รับราชการ	0	0.00	0	0.00
เกษตรกร	0	0.00	0	0.00
อื่นๆ	11	55.00	9	45.00
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาปีที่	12	60.00	9	45.00
มัธยมศึกษาปีที่	6	30.00	9	45.00
อนุปริญญา	1	5.00	1	5.00
ปริญญาตรี	1	5.00	1	5.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม
โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามลักษณะประชากร

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๕. รายได้ของครอบครัว				
5,000-10,000 บาท	11	55.00	13	65.00
10,001-20,000 บาท	7	35.00	5	25.00
20,001 บาทขึ้นไป	2	10.00	2	10.00
เพียงพอกับรายจ่าย	15	75.00	16	80.00
มีหนี้สิน	3	15.00	2	10.00
เหลือเก็บ	2	10.00	2	10.00
๖. สถานภาพสมรส				
คู่	8	40.00	7	35.00
หม้าย	7	35.00	7	35.00
โสด/ไม่ได้แต่งงาน	5	25.00	6	30.00
อื่นๆ	0	0.00	0	0.00
๗. ท่านมีโรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	8	40.00	9	45.00
มีโรคประจำตัว	12	60.00	11	55.00
๘. ประวัติการแพ้ยาและอาหาร				
แพ้ยาและอาหาร	0	0	0	0
ไม่แพ้ยาและอาหาร	20	100.00	20	100.00
๙. ผู้ดูแลช่วยเหลือ				
มี	20	100.00	20	100.00
ไม่มี	0	0	0	0
๑๐. ประวัติการสูบบุหรี่และดื่มสุรา				
สูบบุหรี่	8	40.00	7	35.00
ไม่สูบบุหรี่	12	60.00	13	65.00
ดื่มสุรา	10	50.00	9	45.00
ไม่ดื่มสุรา	10	50.00	11	55.00

เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ก่อนการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับ ดี เท่ากับ 24.30 และ 25.45 คะแนนตามลำดับ ส่วนคะแนนความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 46.30 และ 42.65 คะแนนตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value}=0.45$) ส่วนคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value}=0.07$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ก่อนได้รับโปรแกรม

ก่อนการทดลอง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง	20	24.30	2.25	2.0738	38	0.45
	กลุ่มทดลอง	20	25.45	1.05			
คะแนนความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง	20	46.30	2.45	1.88	38	0.07
	กลุ่มทดลอง	20	42.65	1.92			

เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง หลังการได้รับโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระดูก พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับดี เท่ากับ 26.75 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวของกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับดี เท่ากับ 25.25 เมื่อนำมาทดสอบ

ทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.00$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลองลดลงอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 42.70 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 41.80 คะแนนเมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล หลังได้รับโปรแกรม

หลังการทดลอง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง	20	26.75	1.94	2.77	38	0.00
และการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง	20	25.25	1.45			
คะแนน	กลุ่มทดลอง	20	42.70	1.72	5.24	38	0.00
ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง	20	41.80	1.28			

เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระดูก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับ ดี เท่ากับ 24.30 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อลดความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว เพิ่มขึ้น อยู่ในระดับ ดี เท่ากับ 26.75 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว สูงกว่าก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.00) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระดูกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล อยู่ในระดับ ต่ำเท่ากับ 46.30 คะแนนหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระดูกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระดูกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ลดลงอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 42.70 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value=0.00)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

กลุ่มทดลอง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง	20	24.30	2.25	-7.86	19	0.00
และการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง	20	26.75	1.94			
คะแนน	กลุ่มทดลอง	20	46.30	2.45	-5.91	19	0.00
ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง	20	42.70	1.72			

เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการได้รับโปรแกรมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระเจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระเจก พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว อยู่ในระดับ ดี เท่ากับ 25.45 คะแนน หลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระเจกเพื่อลดความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดต่อกระเจกกุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวลดลง อยู่ในระดับ ดี เท่ากับ 25.25 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวของกลุ่มควบคุมแตกต่างกันจากการทดลอง

อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.29$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระเจกเพื่อลดความวิตกกังวล ก่อนผ่าตัดต่อกระเจกกุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล อยู่ในระดับ ต่ำเท่ากับ 42.65 คะแนนหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระเจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระเจกกุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ลดลงอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 41.80 คะแนน เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}=0.07$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง		n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
คะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง	20	25.45	1.05	10.07	19	0.29
และการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง	20	25.25	1.45			
คะแนน	กลุ่มทดลอง	20	42.65	1.93	-1.89	19	0.07
ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง	20	41.80	1.28			

อภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการปฏิบัติตัว คะแนนความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว

ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}=0.00$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ย

ความวิตกกังวล ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value}=0.00$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุสดี บรมชนรัตน์[4]ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการการลดความวิตกกังวลและการลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดสลายต่อกระชกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัวคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว หลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.00$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร อริยวงษ์[5] ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระชก โรงพยาบาลสุโขทัย ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัดต่อกระชกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระชกกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.00$)

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต่อกระชกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระชก : กรณีศึกษาโรงพยาบาล

บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรีโดยการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสอนแนะนำนอกจากจะทำให้ทราบผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต่อกระชกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระชกยังทำให้ทราบถึงปัญหาอุปสรรค ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะบางประการในการแก้ไขการดูแลผู้ป่วยโดยเป็นระบบดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด มักพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีญาติมาด้วยจะสามารถให้ญาติช่วยในการดูแลและการทวนซ้ำ การรับความรู้และการปฏิบัติตัวจะดีกว่า ดังนั้น พยาบาลในหอผู้ป่วยควรให้ความสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติให้การดูแล

2. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวขณะผ่าตัด พบว่าภายในห้องผ่าตัดเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากที่สุด(จากการสอบถาม) ดังนั้นในหน่วยงานห้องผ่าตัดอาจจัดโปรแกรมการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดตาได้เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่หายาเฉพาะที่

3. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจากผลการประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ในหน่วยงานหอผู้ป่วยควรมีการสอนทวนซ้ำเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดในเรื่องการจดจำบางครั้งหลงลืม อาจทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงควรมีคู่มือให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้านเสมอ

4. การศึกษาค้นคว้าดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดต่อกระจก ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาจขยายขอบเขตการศึกษาเฉพาะเรื่องความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นได้รับการผ่าตัดในลักษณะการให้ยาเฉพาะที่

5. ควรมีการพัฒนสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

6. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดต่อกระจกเพื่อลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่อกระจก ในระดับเขตบริการสุขภาพ

7. การพัฒนา Service plan สาขาจักษุ ควรนำข้อมูลจากโปรแกรม National Eye Health Center กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข มาวิเคราะห์และพิจารณาพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ประพุทธ ลีลาพฤทธิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง กรุณา แพทย์หญิง วรภา ลีลาพฤทธิ และแพทย์หญิงชญาณี อิงคากุล จักษุแพทย์ประจำโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี และคณะเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลขอขอบคุณผู้ป่วยโรคต่อกระจกที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อมราภรณ์ ลาภสุรัตน์. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561;32(3):1099-112.
2. วารุณี กุลราช วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ; มกราคม - มิถุนายน 2560 :1-12.
3. Burns, N. and Grove, S.K. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization. 5th Edition, Elsevier Saunders, Missouri: 2005
4. ผุสดี บรมธนรัตน์.ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการลดความวิตกกังวลและการลดภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2559;30:129-137
5. กนกพร อริยวงษ์.ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2562;3:17-30

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ในการจัดกิจกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ABSTRACT

Diabetes is a chronic disease that affects the quality of life of the patient. This quasi-experimental research aimed to study the effect of a behavior modification program to control blood sugar levels applying the The Four Noble Truths of type 2 diabetes patients, in Kanchanaburi province. The sample was composed of 72 type 2 diabetic patients, 36 each in the experimental group and the comparison group. The experimental group received a program developed by applying the Four Noble Truths principles and Self-efficacy theory for ten weeks. The activities comprised of knowledge by lecture with slide, learning through Mastery experience, Modeling, Verbal persuasion, Emotion arousal, demonstration and practice, analyzing and discussing problems and finding solutions with the Noble Truths and home visits. The comparison group received regular health education service. Data was collected before and after experimentation by self-administer questionnaire and analyzed by percent, mean, standard deviation, Paired samples t-test, Independent t-test.

Results of the study found that after experimentation, the experiment group had significantly higher mean scores on knowledge about food consumption, perceived self-efficacy, perceived expectation outcome for the results of a suitable dietary intake, and proper dietary behavior than before the experiment and higher than that of the comparison group ($p < 0.05$). The experimental group had lower level of fasting blood sugar than before the experiment and the comparison group, but not statistically significant ($p > 0.05$). Suggestions from research results, this program can be applied to blood sugar control activities for type 2 diabetic patients to have appropriate dietary habits and to prevent complications.

หลักการและเหตุผล

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (IDF: International Diabetes Federation) ในปี พ.ศ. 2560 มีการประเมินว่ามีผู้ป่วยเบาหวาน รวม 425 ล้านรายทั่วโลก แบ่งเป็นกลุ่ม

ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 98 ล้านราย และช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 327 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วย เบาหวานจำนวน 629 ล้านรายทั่วโลก โดย แบ่งเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 191 ล้าน ราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ที่ร้อยละ 94.8

และในช่วงอายุ 20-64 ปี จำนวน 438 ล้านราย หรือมีอัตราการเพิ่มอยู่ร้อยละ 33.9 ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุจะสูงกว่าช่วงวัยทำงาน โดยพบประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน [1] สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น [2] ยิ่งกว่านั้นประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมาจากวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน และอายุที่มากขึ้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษาเพียงร้อยละ 35.6 หรือเพียง 2.6 ล้านคน บรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 คน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน [3] ผู้ป่วยโรคเบาหวานหากไม่มีการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใกล้เคียงปกติได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ได้รับคำแนะนำและการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างรวดเร็วและรุนแรง เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานขึ้นตา และแผลที่เท้า นอกจากนี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการทำงาน สูญเสียคุณภาพชีวิตและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากมาย หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเสียชีวิตได้ มีการศึกษาพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยเบาหวานจะเสียชีวิตจาก

โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ
โรคแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน
มักเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานาน
อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะในผู้ที่ควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตามเกณฑ์
ที่กำหนด[4]

สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานใน จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบอัตรา ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับ สถานการณ์ระดับประเทศและจังหวัดอื่นๆ โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมืองกาญจนบุรีพว จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกปีโดยปี 2559-2562 มีจำนวน 6,821 7,001 7,440 และ 7,555 ราย ตามลำดับ และพบอัตรา ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานในอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรีเพิ่มขึ้นทุกปีดังนี้ 295.81 (105ราย), 577.0 (48ราย) 500.39 (54ราย) และ 614.46 (1,013 ราย) ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดอัตราป่วย รายใหม่ลดลงร้อยละ 5.0 ต่อปี สำหรับผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 % หรือระดับ น้ำตาลในเลือด FBS/FCG70-130 มก./ดล.2.2 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40) พบเพียงร้อยละ 13.11 (894 ราย), 18.03 (1,262 ราย), 31.75 (2,362 ราย) และ ร้อยละ 34.30 (2,591ราย) ตามลำดับ และในปี 2562 พบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็น ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ถึง 383 รายและจากการศึกษาข้อมูล นำร่องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วย เบาหวานที่มารับบริการ ที่คลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง

ในพื้นที่อำเภอเมืองกาญจนบุรี ที่มีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป จำนวน 15 ราย ระหว่าง 55-65 ปี พบผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ยังคงบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูงและดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และไม่ค่อยมั่นใจว่าจะควบคุมการบริโภคอาหารได้เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาและควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง โดยประยุกต์แนวทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ที่พัฒนาขึ้นโดย แบนดูรา[5] กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเองมีผลต่อการกระทำของบุคคลหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ย่อมจะส่งผลให้บุคคลนั้นกระทำพฤติกรรมเป้าหมายได้สำเร็จ และประยุกต์หลักการทางพุทธในการแก้ไขปัญหา คือหลักอริยสัจ 4 ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และค่อนข้างสูงอายุ การใช้หลักอริยสัจ 4 จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและเรียนรู้ได้ง่ายและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยหลักอริยสัจ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi – Experimental with two-group pretest-posttest design) ประชากรที่ใช้ศึกษาคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

โดยใช้การศึกษาวิจัยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[7] กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n1) 38 คน กลุ่มเปรียบเทียบ (n2) 40 คน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (μ_1) เท่ากับ 16.7, sd1 เท่ากับ 1.6 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (μ_1) เท่ากับ 15.3, sd2 เท่ากับ 1.4

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ

5.1 แบบสัมภาษณ์

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยหลักอริยสัจ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกาญจนบุรี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเอกสารเลขที่ EC.NO.5/2563 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง และการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นระยะเวลา 3 เดือน ดังนี้

กลุ่มทดลอง มีกิจกรรมดังนี้

ก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยแบบสอบถาม

กิจกรรมที่ 1 (เดือนที่ 1) กลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้โดยได้รับความรู้เรื่องการลดแป้ง และการลดหวาน และฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทแป้งผลไม้และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน รวมทั้งการเติมเครื่องปรุงรสประเภทน้ำตาลอย่างเหมาะสม จัดกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery Experience) โดยให้ผู้ป่วยดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาจากการ

บริโภคอาหาร การมีระดับน้ำตาลเลือดสูง โดยใช้หลักอริยสัจ 4 เป็นวิถีจัดการเรียนรู้ เริ่มจากขั้นรับรู้ปัญหา (ขั้นทุกข์) ให้กลุ่มวิเคราะห์ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขึ้นหาสาเหตุ (ขั้นสมุทัย) โดยให้วิเคราะห์สาเหตุของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ขั้นกำหนดเป้าหมาย (ขั้นนิโรธ) ให้กำหนดเป้าหมายการบริโภคอาหารประเภทแป้งอาหารรสหวาน รวมทั้งการเติมเครื่องปรุงรสประเภทน้ำตาล ขั้นกำหนดแนวทางบรรลุเป้าหมาย (ขั้นมรรค) เลือกตัวแทนออกมานำเสนอแนวทางบริโภคอาหารประเภทแป้ง ผลไม้ และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน รวมทั้งการเติมเครื่องปรุงรสประเภทน้ำตาล ผู้วิจัยสรุปแนวทางบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตประเภทแป้งผลไม้และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน รวมทั้งการเติมเครื่องปรุงรสประเภทน้ำตาลที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 2 (เดือนที่ 2) การติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอบถามปัญหาอุปสรรค การให้คำแนะนำและกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 (เดือนที่ 1) เรียนรู้เรื่องการลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม และการลดการบริโภคอาหารไขมันสูง ขั้นการรับรู้ปัญหา (ทุกข์) ให้กลุ่มวิเคราะห์ระบุปัญหาจากการบริโภคอาหารที่มีรสจัด เค็มจัด หรืออาหารที่มีไขมันสูง ขึ้นหาสาเหตุ (สมุทัย) กลุ่มวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่ทำให้บริโภคอาหารประเภทเกลือโซเดียมและอาหารไขมันสูง ขึ้นระบุเป้าหมาย (นิโรธ)

กลุ่มคิดแนวทางและกำหนดเป้าหมาย การแก้ไขการบริโภค ขึ้นกำหนดแนวทาง บรรลุเป้าหมาย(มรรค) เลือกว่าแทนนำเสนอ แนวทางการบริโภคอาหารประเภทเกลือ โซเดียมและไขมัน ผู้วิจัยสรุป การชมเชย

กิจกรรมที่ 4 (เดือนที่ 2) เรียนรู้เรื่อง อาหาร 4 กลุ่มที่ผู้ป่วยเบาหวานควรระมัดระวัง ในการรับประทานได้แก่อาหารประเภทแป้ง อาหารหวาน เค็มจากเกลือโซเดียม และ ไขมันสูงด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ และให้เรียนรู้จากวิดีโอตัวแบบ และให้ ร่วมกันเรียนรู้หาแนวทางแก้ไขปัญหาดัง ด้วยหลักอริยสัจ 4 ขึ้นรับรู้ปัญหา (ทุกข์) ให้ แต่ละคนวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภค อาหารกับค่าน้ำตาลในเลือด และระบุปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ค้นหา สาเหตุ (สมุทัย) วิเคราะห์สาเหตุ ขึ้นระบุ เป้าหมาย (นิโรธ) กำหนดแนวทางและ เป้าหมายการบริโภคอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล เกลือโซเดียมและไขมัน ขึ้นกำหนด แนวทางบรรลุเป้าหมาย(มรรค) เลือกว่าแทน นำเสนอแนวทางการบริโภคอาหารประเภท แป้ง น้ำตาล เกลือโซเดียมและไขมัน ผู้วิจัย สรุปบทวน

กิจกรรมที่ 5 (เดือนที่ 2) การติดตามเยี่ยม บ้านโดยอสม. เพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามเป้าหมาย ที่ตั้งไว้ สอบถามปัญหาอุปสรรค การให้ คำแนะนำและกำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรม

กิจกรรมที่ 6 (เดือนที่ 3) การสะท้อนผล การเรียนรู้ เป็นการสรุปบทวนการเรียนรู้

และผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การพูดกระตุ้น ทางอารมณ์ การให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม กิจกรรมหลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถาม

กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลก่อนและ หลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ใน สัปดาห์เดียวกับกลุ่มทดลอง ส่วนสัปดาห์ อื่นๆ ไม่มีกิจกรรมทดลองใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิง พรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์คะแนน เฉลี่ยของตัวแปรแต่ละตัวภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง โดยใช้ สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 อายุระหว่าง 49-76 ปี อายุเฉลี่ย 56.31 ปี ช่วงอายุที่พบบ่อย ที่สุด คือ มากกว่า 60 ปี 41-50 ปี ร้อยละ 41.7 และ 33.3 ปี ตามลำดับ สถานภาพคู่ ร้อยละ 77.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.4 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.2 มีรายได้เฉลี่ย ต่อเดือน 7,505.56 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท ร้อยละ 63.9 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุระหว่าง 43-84 ปี อายุเฉลี่ย

60.33 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ มากกว่า 60 ปี รองลงมา 51-60 ปี ร้อยละ 52.8 และ 30.6 ปีตามลำดับสถานภาพคู่ ร้อยละ 72.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 38.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	22.2	9	25.0
หญิง	28	77.8	27	75.0
อายุ				
25-30 ปี	1	2.8	0	0.0
31-40 ปี	1	2.8	2	5.6
41-50 ปี	12	33.3	4	11.1
51-60 ปี	7	19.4	11	30.6
> 60 ปีขึ้นไป	15	41.7	19	52.8
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย/หย่า/ แยกกันอยู่	8	22.2	10	27.8
คู่	28	77.8	26	72.2
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	3	8.3	0	0.0
ประถมศึกษา	25	69.4	30	83.3
มัธยมศึกษา/อนุปริญญา	8	22.3	4	11.1
ปริญญาตรี	0	0.0	2	5.6
อาชีพ				
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	7	19.4	5	13.9
รับจ้าง	17	47.2	9	25.0
ค้าขาย	7	19.4	3	8.3
เกษตรกร	2	5.6	18	50.5
ธุรกิจส่วนตัว	3	8.4	1	2.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
≤5,000	12	33.3	12	33.3
5,000 - 10,000	23	63.9	14	38.9
10,001 - 20,000	0	0.0	10	27.8
มากกว่า 20,000	1	2.8	0	0.0

2. ด้านข้อมูลประวัติการป่วย กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานอยู่ระหว่าง 2-12 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 9.28 ปี ช่วงระยะเวลาป่วยที่พบมากที่สุดคือ 6-10 ปี ร้อยละ 38.9 ส่วนใหญ่ไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอร้อยละ 72.2 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวานอยู่ระหว่าง 1-14 ปี ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 6.64 ปี ช่วงระยะเวลาป่วยที่พบมากที่สุด คือ 6-10 ปี ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่ไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอร้อยละ 83.3 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลประวัติป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาป่วยเป็นเบาหวาน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	10	27.8	13	36.1
6-10 ปี	14	38.9	22	61.1
มากกว่า 10 ปี	12	33.3	1	2.8
การไปรับบริการตรวจตามนัด				
สม่ำเสมอตามนัด	26	72.2	30	83.3
เคยขาดนัดบางครั้ง	10	27.8	6	16.7

3. ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเท่ากับ 7.80 และ 8.72 คะแนนตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ $p=0.089$ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 10.08 และ 9.11 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มหลังการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.006$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะการทดลองและ กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	7.80	2.10	1.727	70	0.089
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	8.72	2.38			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	10.08	1.15	2.834	70	0.006
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	9.11	1.70			

4. การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเท่ากับ 51.97 และ 52.30 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ $p=0.852$ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 58.77 และ 54.11 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.003$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะการทดลองและ กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	51.97	7.32	0.188	70	0.852
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	52.30	7.72			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	58.77	5.31	3.131	70	0.003
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	54.11	7.19			

5. ความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์การบริโภคอาหารที่เหมาะสม เท่ากับ 58.19 และ 58.47 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ $p=0.870$ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความ

คาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์เท่ากับ 62.83 และ 59.27 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p=0.013$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะการทดลองและ กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	58.19	6.44	0.164	70	0.870
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	58.47	7.87			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	62.83	4.41	2.556	70	0.013
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	59.28	7.08			

6. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเท่ากับ 48.38 และ 48.63 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการเพิ่มสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการเท่ากับ 52.55 และ 49.22ตามลำดับ ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $p\text{-value}=0.002$ ซึ่ง $p<0.05$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะการทดลองและ กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	48.38	6.21	0.175	70	0.862
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	48.63	5.93			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	52.55	3.76	3.212	70	0.002
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	49.22	4.95			

7. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเฉลี่ยเท่ากับ 162.39 และ 163.72 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ $p = 0.877$ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร

เช้าเฉลี่ยลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีค่าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเท่ากับ 147.86 และ 151.58 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ $p=0.228$ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ระหว่างกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

ระยะการทดลองและ กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	162.39	38.13	0.156	70	0.877
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	163.72	34.34			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	36	142.86	36.23	1.215	70	0.228
กลุ่มเปรียบเทียบ	36	151.58	23.27			

อภิปรายผลวิจัย

จากการทดลองจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยหลักอริยสัจ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

หลังการทดลองโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้วยหลักอริยสัจ 4 กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ซึ่งอภิปรายได้ว่า ความรู้ที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดตามโปรแกรม ซึ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสม

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควรบริโภค สิ่งสำคัญควรควบคุมการบริโภคอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล เกลือ โซเดียม และอาหารที่มีไขมันสูง โดยวิธีการจัดการเรียนรู้รูปแบบผสมผสาน ทั้งการบรรยายประกอบสไลด์ การเรียนรู้จากตัวแบบทางบวก การอภิปรายปัญหาในกลุ่ม และให้วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขตามหลักอริยสัจ 4 คือการให้กลุ่มทดลองรับรู้ปัญหา (ทุกข์) โดยวิเคราะห์ระบุปัญหาจากการบริโภคอาหารที่มีรสจัด เค็มจัด หรืออาหารที่มีไขมันสูง หาสาเหตุ (สมุทัย) โดยฝึกวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่ทำให้บริโภคอาหารประเภทเกลือ โซเดียม และอาหารไขมันสูง ระบุเป้าหมาย (นิโรธ) โดยการหาแนวทางและกำหนดเป้าหมายการแก้ไขการบริโภค และกำหนดแนวทางบรรลุเป้าหมาย (มรรค) ให้วางแผนหรือบอกว่าจะไปถึงเป้าหมายได้อย่างไร มีการพูดคุยอภิปรายในกลุ่มทดลองด้วยกันจนได้ข้อสรุป

จากนั้นผู้วิจัยสรุปการเรียนรู้ให้อีกครั้ง
กิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น
สอดคล้องกับการศึกษาของวรพล แวงนอก
และคณะ[8] และสอดคล้องกับการศึกษาของ
ศุภัชฌา สุดใจ มณีรัตน์ และคณะ[9] ที่ศึกษา
ผลโปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหาร
ที่ประยุกต์แบบจำลองข้าวสาร แรงจูงใจ
และทักษะพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน
จังหวัดนนทบุรี ซึ่งการวิจัยทั้งสองเรื่องพบว่า
หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน
เฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องตามสมมติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้เช่นเดียวกัน อภิปรายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสมดีขึ้น เป็นผลมาจากการเข้าร่วมโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านตัวแบบทางบวกที่เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีจากการควบคุมการบริโภคอาหารมาถ่ายทอดประสบการณ์การควบคุมตนเองเรื่องบริโภคอาหาร การไม่เติมเครื่องปรุงเพิ่มลงในอาหาร การรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง แทนอาหารผัด หรือทอด รับประทานผักมากกว่า

อาหารประเภทแป้ง ทำให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบเกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious experiences) นอกจากนี้ ให้กลุ่มได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์และแก้ปัญหา ตามหลักอริยสัจ 4 คือการรับรู้ปัญหา (ทุกข์) ให้แต่ละคนไ้วิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับ คำน้าตาลในเลือด และระบุปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม การสาเหตุ (สมุทัย) ของปัญหา และระบุเป้าหมาย (นิโรธ) หาวิธีการบริโภคอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล เกลือโซเดียมและไขมันที่เหมาะสม และรู้จักกำหนดแนวทางบรรลุเป้าหมาย (มรรค) คือให้คิดแผนปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล เกลือโซเดียม และไขมัน ผู้วิจัยสรุปบทวนการเรียนรู้ และเมื่อทุกคนกลับไปบ้านก็ให้มีการปฏิบัติตามแผนของตนเอง และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. เพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอบถามปัญหา อุปสรรค การให้คำแนะนำและกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง ที่พัฒนาขึ้นโดยเบนดูรา [5] ที่เสนอแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ความสามารถตนเองไว้ 4 วิธี คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) เบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุด ในการพัฒนาการเรียนรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็น ประสบการณ์โดยตรง การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious

experience) โดยใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ ได้ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และ การกระตุ้นอารมณ์ (Emotion arousal) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในกิจกรรมต่างๆ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรรพรรณ ม่วงวงษาและคณะ[10] และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สาริศา โตะหะ และคณะ[11] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชาวไทยมุสลิม จังหวัดนราธิวาส

พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพิ่มสูงกว่า ก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องตาม สมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่าเป็นผลมา จากที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม ที่ผู้วิจัยมีการสร้างเสริมทั้งความรู้เรื่อง การบริโภคอาหารที่เหมาะสม สร้างการรับรู้ ความสามารถตนเองและความคาดหวังใน ผลลัพธ์ของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และให้กลุ่มทดลองได้ไปทดลองทำ พฤติกรรมใหม่คือการควบคุมการบริโภค อาหารของตนเองที่บ้าน ให้คอยเตือนตนเอง เรื่องการบริโภคอาหารโดย ลดอาหาร ประเภทแป้ง อาหารรสหวาน อาหารไขมัน

สูงและมีเกลือโซเดียมสูง และมีได้รับ คำแนะนำเพิ่มเติมจากการติดตามเยี่ยม ของอสม จึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การบริโภคที่เหมาะสมมากขึ้นสอดคล้องกับ งานวิจัยของอุมาลี ธรศรี และคณะ[12]และ สุกาญจน์ อยู่คง และคณะ [13]

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้า ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลง กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่เมื่อ วิเคราะห์เปรียบเทียบทางสถิติพบว่ากลุ่ม ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความ แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้อง ตามสมมติฐานการวิจัย อภิปรายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่กลุ่มทดลองดีขึ้นเป็นผล มาจากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรม ได้เรียนรู้การปรับพฤติกรรมจากตัวแบบ ฝึกการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางการ แก้ปัญหาด้วยตนเองด้วยหลักอริยสัจ 4 แลได้ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสม จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองลดลง สอดคล้องกับการศึกษา ของ อรรพรรณ ม่วงวงษาและคณะ[10]

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ ควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ ควรเน้นที่ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็น อันดับแรกเนื่องจากการพฤติกรรม การบริโภคอาหารส่งผลโดยตรงต่อค่าน้ำตาล ในเลือดดังนั้นวิธีการปรับพฤติกรรมต้องเน้น

ที่การให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขด้วยตนเองซึ่งการใช้หลักอริยสัจ 4 เป็นหลักพุทธวิธีในการแก้ปัญหาที่ดีเหมาะสม เนื่องจากวิธีการไม่ยุ่งยาก และใช้ได้กับผู้ป่วยที่เป็นวัยผู้ใหญ่หรือสูงอายุ เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับหลักธรรมนี้

2. ควรมีการวิจัยทดลองโดยรูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดคือให้ผู้ป่วยจับคู่กันช่วยกันควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะทำให้มีกำลังใจ มีการพูดคุยแนะนำช่วยเหลือกัน อาจส่งผลให้การควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดได้ผลมากยิ่งขึ้นหรือการฝึกการเฝ้าระวังค่าน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์ หัวหน้าภาควิชา สุขศึกษาและพลศึกษา ศาสตราจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข งานวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านถ้ำมั่งกรทอง บ้านหนองหญ้า บ้านวังปลาหมู บ้านวังเย็น บ้านแก่งเสี้ยน และบ้านยาง ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมและเก็บข้อมูลการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ดังกล่าวทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. เจาะลึกสุขภาพ. สถานการณ์โรคเบาหวาน. [Internet]. [cited 2020 January 20]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท รมเย็น มิเดีย จำกัด
3. เจาะลึกสุขภาพ. ความชุกโรคเบาหวานในกลุ่มประเทศอาเซียน [Internet]. [cited 2020 May10]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18014>
4. โรคแทรกซ้อนเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน. [Internet]. [cited 2020 January 20]. Available :https://www.si.mahidol.ac.th/th/division/diabetes/admin/knownledges_files/4_44_1.pdf
5. Bandura A. (1977). Social Learning Theory, New Jersey: Prentice-Hall.
6. Lemeshow S, W D, Jr H, Klar J, Lwanga SK. (1990). Adequacy of sample size in health studied. New York: Wiley & Sons.
7. จันทิมา เนียมโก๊ะ และคณะ. (2552) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2552 2; 149-161.

8. วรพล แวงนอก, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, ณรงค์ชัย หนูสอน และ นงนุช โอบะ. (2553). รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานตามแนวอริยสัจสี่ โดยศูนย์สุขภาพชุมชน วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 4(1), 62-72.
9. ศุภัษมา สดใจ มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ สุปรียา ตันสกุล และนิรัตน์ อิมามิ (2559) โปรแกรมส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ประยุกต์แบบจำลองข้าวสาร แรงจูงใจ และ ทักษะพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดนนทบุรี วารสารสุขภาพศึกษา 39(132); 35-50.
10. อรรณณ ม่วงวงษา, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล และ นิรัตน์ อิมามิ. (2560). โปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนครปฐม. วารสารกรมการแพทย์, 42(5), 62-70.
11. สาริศา โต๊ะหะ ทรายดล เก่งการพานิช มณฑา เก่งการพานิช และ ศรีณญา เบญจกุล (2563). ศึกษาผลของโปรแกรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ ชาวไทยมุสลิม จังหวัดนราธิวาส. วารสารสุขภาพศึกษา 43(1); 113-129.
12. อุมาลี ธรศรี, พัชราณี ภัวตกุล, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์และ กานดาวิลี มาลีวงษ์. (2561). โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ: ลดหวาน มัน เค็ม ประยุกต์การกำกับตนเองและแรงสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 48(3), 284-295.
13. สุกาญจน์ อยู่คง, มลินี สมภพเจริญ, ทรายดล เก่งการพานิชและ ทศนีย์ รวีวรกุล. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. บทความวิจัยนำเสนอในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 17 วันที่ 14-16 พฤษภาคม 2558. โรงแรมจอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท จังหวัดชลบุรี.



การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข

ระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี

Study of Factors Affecting the Happiness in Work of Health Personnel

Primary level, Kanchanaburi Province.

สมโภช บุญวัน

Somphote Boonwan

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

somphoteboonwan@yahoo.com

บทคัดย่อ

ความสุขในการทำงาน ของบุคลากร ส่งผลโดยตรงกับผลสัมฤทธิ์งานขององค์กร การได้ทราบปัจจัยแห่งความสุขในการทำงานและมีเครื่องมือวัดความสุขที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดกาญจนบุรีและพัฒนาแบบจำลองของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน เป็นการวิจัยแบบสำรวจ เชิงปริมาณ ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 919 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน แล้วเลือกตัวแทนด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ จาก Google Form จำนวน 270 ชุดให้กับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ เชิงยืนยัน และแบบจำลองสมการ โครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ เรียกเป็นตัวแทนใหม่ ชื่อว่า “ตัวแปรสุขสม (SUGSOM variable)” ซึ่งพัฒนามาจากปัจจัยคุณลักษณะงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน แล้วนำมาพัฒนาแบบจำลองสุขสม (SUGSOM Model) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือวัดความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดกาญจนบุรี โดยพบว่าตัวแปรสุขสม ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน อย่างมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีค่าดัชนีทุกเกณฑ์ที่ผ่านการยอมรับทั้งหมด จึงสามารถนำแบบจำลองสุขสมมาเป็นเครื่องมือวัดความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการบริหารจัดการความสุขของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

การสุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Multi-Stage-Sampling) ขั้นที่ 1 เป็นการกำหนดขนาดประชากรในแต่ละสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 อำเภอ ใช้การจัดสรรขนาดของตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิแบบสัดส่วน (Proportional Allocation) ขั้นที่ 2 เป็นการเลือกตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) กับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี ทุกตำแหน่งทุกประเภทการจ้าง ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2563 ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) ใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยเป็นการเลือกตัวอย่างที่ให้แต่ละหน่วยในประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆ กันในแต่ละครั้งของการเลือก ซึ่งสามารถแสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 อำเภอ ปีงบประมาณ 2563 ตามการจัดสรรแบบสัดส่วน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนตัวอย่างที่เก็บข้อมูล
เมืองกาญจนบุรี	145	43
ไทรโยค	64	19
บ่อพลอย	64	19
ศรีสวัสดิ์	39	11
ท่ามะกา	125	37
ท่าม่วง	93	27
ทองผาภูมิ	90	26
สังขละบุรี	45	13
พนมทวน	72	21
เลาขวัญ	67	20
ด่านมะขามเตี้ย	40	12
หนองปรือ	40	12
ห้วยกระเจา	35	10
รวม	919	270

องค์ประกอบเชิงยืนยัน วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรด้วยวิธี Standardized solution และการประมาณค่าพารามิเตอร์แบบ Maximum likelihood (ML) และปรับโมเดลสมการโครงสร้างเฉพาะที่เป็นความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าที่เกิดจากการวัดเท่านั้น โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์คุณสมบัติลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 270 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.4 มีอายุอยู่ในช่วงเจนเนอเรชั่นวาย (Generation Y) คือช่วงอายุระหว่าง 22 - 39 ปี ร้อยละ 47.7 ภูมิลำเนาของบุคลากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดเดียวกับภูมิลำเนาเกิด ร้อยละ 88.5 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 78.1 บุคลากรส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 53

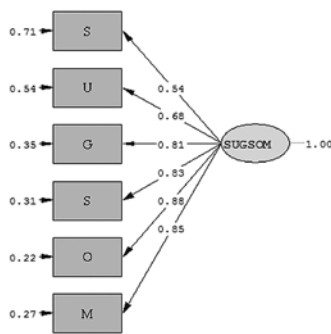
และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบุตร ร้อยละ 40 ลักษณะงาน ส่วนใหญ่ทำงานด้านบริการ ร้อยละ 47.8 ตำแหน่งงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิบัติงาน ร้อยละ 67.8 สภาพการทำงานส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 83 ลักษณะเวลาในการทำงาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานเป็นกะเป็นรอบ ร้อยละ 87.4 ระยะเวลาการทำงานในองค์กรปัจจุบัน พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43 และพบว่าส่วนใหญ่บุคลากรที่ไม่เคยลาออกหรือย้าย ร้อยละ 51.5 บุคลากรส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 32.6

2. องค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน	องค์ประกอบใหม่					
	S	U	G	S	O	M
1.ความพอใจในสภาพแวดล้อมการทำงาน (S: SATISFY-Work Environment) Cronbach's Alpha = 0.88						
1. องค์การสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดี (สถานที่ทำงานน่าอยู่ แสงสว่าง อากาศเหมาะสม เป็นต้น) (EG4)	.751					
2. การได้มีโอกาสทำหน้าที่ย่างหลากหลายในองค์กร (VR1)	.731					
3. ภาระงานในองค์กรไม่มากเกินไป จนทำให้เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จ (EG3)	.709					
4. ปราศจากความรู้สึกรู้สึกมีความเบื่อหน่ายต่องานที่รับผิดชอบ (VR2)	.676					

ว่างานที่สร้างอรรถประโยชน์(U: Utilization from Work) องค์ประกอบที่สามชื่อว่า คุณภาพของผู้นำที่ดี (G:Great Leadership Quality) องค์ประกอบที่สี่ชื่อว่าการสนับสนุนทักษะการทำงาน (S:Support Work Skill) องค์ประกอบที่ห้าชื่อว่าการมีส่วนร่วมในงานอย่างเหมาะสม(O: Optimized Participation) และองค์ประกอบที่หกชื่อว่าการสามารถในการจัดการด้านความเท่าเทียมในงาน(M: Manageable Work Equality) ซึ่งผลการตรวจสอบข้อมูลพบว่ามีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ โดย ค่าสถิติ



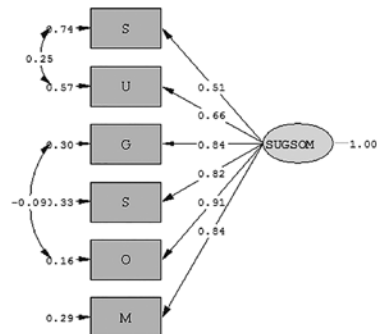
Chi-Square=55.89, df=9, P-value=0.00000, RMSEA=0.139

รูปที่ 1 แบบจำลองการวัดก่อนปรับ

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบจำลองการวัดก่อนปรับ ยังไม่ผ่านเกณฑ์โดย $\chi^2/df = 6.21$ CFI=0.97 GFI=0.94 AGFI=0.85 RMSEA=0.139 SRMR=0.053 ดังแสดงในรูปที่ 1 ผู้วิจัยจึงปรับแบบจำลองการวัดที่ความสัมพันธ์ของความคลาดเคลื่อน (Theta delta) 2 ครั้ง จนได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบจำลองการวัดผ่านเกณฑ์ที่ค่า $\chi^2/df = 0.82$ CFI=1.00 GFI=0.99 AGFI=0.98 RMSEA=0.00 SRMR=0.016 ดังแสดงใน

Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) เท่ากับ 0.939 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.80 แสดงว่าข้อมูลที่มีอยู่เหมาะสมที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบดีมาก และพบว่า ค่าสถิติ Bartlett's test of sphericity เท่ากับ 6623.214 ที่องศาความเป็นอิสระ (df) เท่ากับ 630 และ ค่า Sig. น้อยกว่า 0.05 แสดงว่า ตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน สามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบได้ดี

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำตัวแปรใหม่ที่ค้นพบ มาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งสามารถแสดงได้ดังรูปที่ 1 และรูปที่ 2 ดังนี้



Chi-Square=5.78, df=7, P-value=0.56514, RMSEA=0.000

รูปที่ 2 แบบจำลองการวัดหลังปรับ

รูปที่ 2 แบบจำลองการวัดหลังปรับ

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรีได้ว่าองค์ประกอบของปัจจัยดังกล่าว แบ่งเป็น 6 องค์ประกอบ ในปัจจัยที่เป็นตัวแปรใหม่ชื่อว่า “ตัวแปรสุขสม” โดยแบบจำลองการวัด มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กับบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี

3. การพัฒนาแบบจำลองปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี พบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardized Factor loading) ขององค์ประกอบทุกตัวมีค่ามากกว่า 0.5 ทั้งหมด ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมตามเกณฑ์ที่ใช้ประเมินและอ้างอิงที่ระดับไม่

น้อยกว่า 0.5 [6]

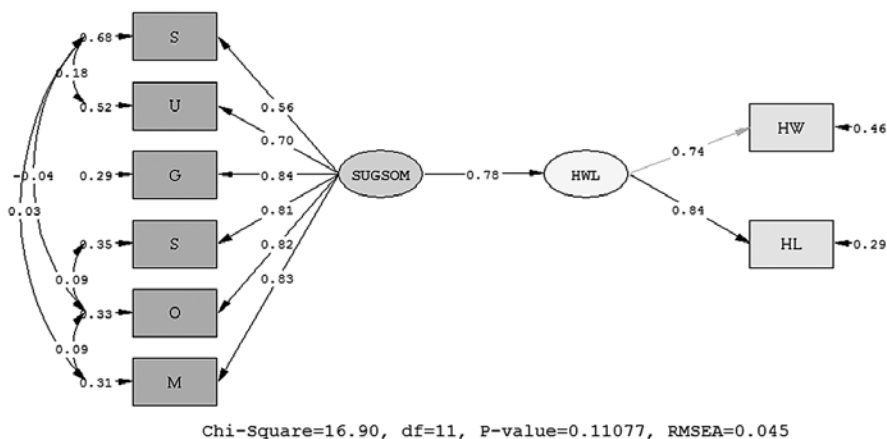
ผลการวิเคราะห์พบว่าข้อมูลมีความตรงเชิงสอดคล้องมีค่าความตรงเชิงคู่เข้า(AVE) ของตัวแปรแฝงทั้งสองตัวมีค่าสูงกว่า 0.5 การประเมินความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝง โดยดูจากค่า CR พบว่าผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีค่ามากกว่า 0.7 ส่วนค่า Cronbach's alpha ที่ใช้ตรวจสอบโมเดลการวัดพบว่ามีค่ามากกว่า 0.7 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องภายในของตัวแปรในระดับยอมรับได้ [6] ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงสอดคล้องและความเชื่อมั่นของตัวแปรในแบบจำลองสมการโครงสร้าง

ตัวแปร	AVE (Average Variance Extract)	CR (Composite Reliability)	Cronbach's alpha
SUGSOM	0.588	0.893	0.88
HWL	0.627	0.769	0.79

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์เส้นทาง (Path coefficient analysis) พบว่า ตัวแปรสุขสม(SUGSOM Variable) มีอิทธิพล

ทางตรงเชิงบวกต่อตัวแปรความสุขในการทำงาน (HWL Variable) มีค่าเท่ากับ 0.78 ดังแสดงในรูปที่ 3 และตารางที่ 4



รูปที่ 3 แบบจำลองสมการโครงสร้างสุขสม (SUGSOM Model) ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี (แบบจำลองสมการโครงสร้างหลังปรับ)

ตารางที่ ๔ ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของเส้นทางในแบบจำลองสมการโครงสร้าง

เส้นทางอิทธิพล	ขนาดอิทธิพล (GAMMA)	t-value	p-value	Squared Multiple Correlations	ผลสรุป
SUGSOM→HWL	0.78	9.72	0.000 **	0.60	ตัวแปร สุขสม(SUGSOM Variable) มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อตัวแปร ความสุขในการทำงาน(HWL Variable) ที่ขนาดอิทธิพล 0.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความสุขในการทำงานได้ ร้อยละ 60

**significance level 0.01

จากการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้างพบว่าแบบจำลองมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ กับบุคลากร สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของแบบจำลองสมการ โครงสร้าง

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์	ค่าดัชนีที่วัดได้ ก่อนปรับ	ผลการพิจารณา ก่อนปรับ	ค่าดัชนีที่วัดได้ หลังปรับ	ผลการพิจารณา หลังปรับ
χ^2/df	< 2.00	7.58 (143.20/19)	ไม่ผ่านเกณฑ์	1.53 (16.90/11)	ผ่านเกณฑ์
CFI	≥ 0.95	0.95	ผ่านเกณฑ์	1.00	ผ่านเกณฑ์
GFI	≥ 0.95	0.88	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.98	ผ่านเกณฑ์
AGFI	≥ 0.90	0.78	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.95	ผ่านเกณฑ์
RMSEA	< 0.05	0.16	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.045	ผ่านเกณฑ์
SRMR	< 0.05	0.072	ไม่ผ่านเกณฑ์	0.022	ผ่านเกณฑ์

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2. เพื่อพัฒนาแบบจำลองปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรีได้ว่าแบบจำลองสุขสม(SUGSOM Model) ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิง

ประจักษ์กับบุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งตัวแปรแฝงใหม่ ชื่อ ตัวแปรสุขสม (SUGSOM Variable) ประกอบด้วยตัวแปรสังเกตได้ 6 องค์ประกอบ พัฒนามาจาก 1.ปัจจัยด้านคุณลักษณะงาน 5 องค์ประกอบ[2] และ 2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน

สัดส่วนจากผู้รับบริการตามความเหมาะสม มีมุมหรือห้องสำหรับผ่อนคลาย มุมอาหารว่างและเครื่องดื่ม มุมหรือห้องพระสำหรับการฝึกจิต ทำสมาธิ ห้องออกกำลังกาย การสนับสนุนการแข่งขันกีฬาภายในหน่วยงาน รวมถึงการจัดแบ่งหน้าที่การงานให้ชัดเจน เท่าเทียมกัน และตามทักษะความสามารถของบุคลากร ส่งเสริมความสำคัญของบุคลากรต่อผู้ร่วมงาน ต่อองค์กร ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมหรือรูปแบบคณะกรรมการ เชิดชูเกียรติบุคลากร จากความสำเร็จของงาน ส่งเสริมความสามารถ และทักษะความชำนาญหลายๆ ด้านไม่ให้เกิดความจำเจเบื่อหน่าย บุคลากรต้องเลือกวิธีการปฏิบัติงานและสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในงานที่รับผิดชอบ ผู้บังคับบัญชาต้องมีที่มาอย่างชอบธรรม มีภาวะผู้นำ มีประชาธิปไตยในหน่วยงาน มีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการ ผู้บังคับบัญชามีความเสมอภาค มีความใส่ใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร เปิดโอกาสให้นำเสนอผลงานทำให้มีความภาคภูมิใจ ทำให้การปฏิบัติงานถูกต้องเป็นไปตามระเบียบ กฎหมาย บุคลากรได้รับรู้ข้อมูลในข้อดีหรือข้อบกพร่องในงานที่รับผิดชอบ จากการประเมินขององค์กรหรือการบอกเล่าของเพื่อนร่วมงาน มาพัฒนางาน ได้รับการส่งเสริมให้มีโอกาสพัฒนาทักษะความชำนาญในหน้าที่การงาน บุคลากรมีส่วนร่วมตัดสินใจในการกำหนดเป้าหมายขององค์กร มีระบบการพิจารณาความดีความชอบ การได้รับผลตอบแทน การเลื่อนเงินเดือน เลื่อนตำแหน่งที่เหมาะสม

สร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีความเกื้อกูล เห็นอกเห็นใจกันทั้งในเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากร สาธารณสุขระดับปฐมภูมิจังหวัดกาญจนบุรี มีความสุขในงานและความสุขในชีวิตต่อไปได้

การศึกษาวิจัยในอนาคต ควรศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม ได้แก่ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของหน่วยงานที่มีบริบทแตกต่างกันออกไป เช่น หน่วยงานภาคเอกชน ธุรกิจที่แสวงหากำไร สมาคมหรือหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร รวมถึงเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของผู้มีสถานภาพการทำงานที่แตกต่างกัน เช่น ข้าราชการ ลูกจ้างของรัฐ ลูกจ้างเอกชน เจ้าของกิจการ ธุรกิจส่วนตัว และนักลงทุน เป็นต้น รวมถึงการทำงานที่บ้าน หรือ Work from Home จากสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ Corona Virus 2019 (COVID-19) ว่ามีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการทำงานแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพื่อให้งานวิจัยออกมาสมบูรณ์มากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะงานวิจัย และการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือแบบสอบถาม ประกอบด้วย อาจารย์ชัยยุทธ เจริญานวัตร เกษักรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงาน เกษักรกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี และอาจารย์จรัส วรบุตร จากสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ที่แก้ไข
ข้อบกพร่องจึงขอขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้
ขอขอบคุณอาจารย์อนุชา รหาญรองนายแพทย์
สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี อาจารย์วิสิทธิ์
ปิ่นประจักษ์นันท์ รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรี ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่ม
เติมในงานวิจัยฉบับนี้ขอขอบคุณสาธารณสุข
อำเภอทุกท่านในจังหวัดกาญจนบุรี ที่ให้

ความร่วมมือในการประสานงานการตอบ
แบบสอบถามของบุคลากรในสังกัด และ
ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลทุกแห่ง ที่เป็นเป้าหมายในการ
เก็บข้อมูล ที่ให้ความช่วยเหลือผู้วิจัย
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้
เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม. HAPPINOMETER
นวัตกรรมของการวัดคุณภาพชีวิตและความสุขทางด้านสังคมศาสตร์. สถาบันวิจัยประชากร
และสังคมมหาวิทยาลัยมหิดลเข้าถึงได้จากhttps://www.wu-uacth/web/files_up/16f2015051111035491pdf.2555.
2. Hackman J R, Oldham GR. "Motivation through design of work: Test of a theory",
Organisational Behaviour and Human Performance, . Vol 16, pp 250-279 1976.
3. Chadi A, Hetschko C. The magic of the new: How job changes affect job satisfaction.
Journal of Economics & Management Strategy. 2018;27(1):23-39.
4. สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ.ปยุตโต). งานที่ได้ผล คนที่เป็นสุข. Forth Printed Bangkok
: Amarin Dhamma Priting. 2560.
5. สำนักสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิต(ความสุข) คนไทยปี 2558.
http://servicensogoth/nso/nsopublish/themes/files/mental-healthm_FullReport_58pdf.2559.
6. Hair JF, Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. Multivariate Data Analysis (5th ed).
Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. 1998.
7. Marsh HW, Hocevar D. Application of confirmatory factor analysis to the study of
self-concept: First- and higher-order factor models and their invariance across groups.
Psychological Bulletin,.1985; 97, 562–582.
8. Browne MW, Cudeck R. Alternative ways of assessing model fit. In Bollen, K.A. & Long,
J.S. [Eds.] Testing structural equation models. Newbury Park, CA: . 1993;Sage, 136–162.

9. Salas-Vallina A, Simone C, Fernandez-Guerrero R. The human side of leadership: Inspirational leadership effects on follower characteristics and happiness at work (HAW). *Journal of Business Research*. 2020;107:162-71.
10. Kawalya C, Munene JC, Ntayi J, Kagaari J, Mafabi S, Kasekende F. Psychological capital and happiness at the workplace: The mediating role of flow experience. *Cogent Business & Management*. 2019;6(1).
11. Haar J, Schmitz A, Di Fabio A, Daellenbach U. The Role of Relationships at Work and Happiness: A Moderated Moderated Mediation Study of New Zealand Managers. *Sustainability*. 2019;11(12).



**ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข
ในจังหวัดกาญจนบุรี**

**The Factors influencing on the Infectious Waste Management
in Kanchanaburi Provincial**

วรรณภา เฉลิมกุล

Wannapa Chalermkul

กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

p_rinrada@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรี รวม 157 คน ด้วยแบบวัดปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ 1. แบบวัดข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และ 4. แบบวัดพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในช่วงเดือนกันยายน-ธันวาคม 2562

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการคำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความเข้าใจ และการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.1 สถานภาพสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 61.8 จบระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.1 อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 อายุการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.9 เงินเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.3 ได้รับการอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อฯ คิดเป็นร้อยละ 64.97 และมีจำนวนครั้งในการอบรม อยู่ระหว่าง 0 – 5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 89.2

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.43, S.D.= 0.45) โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ความเข้าใจว่าควรล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากปฏิบัติหน้าที่รวบรวม มูลฝอยติดเชื้อเสร็จแล้ว (Mean= 4.80, S.D.= 0.51) การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean= 4.04, S.D.= 0.55) โดยพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หัวหน้าหน่วยงานของท่านได้แสดงความห่วงใย และเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเพื่อ ลดความเครียดจากการปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ (Mean= 4.39, S.D.= 0.63) และมีพฤติกรรมการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean= 4.27, S.D.= 0.50) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การปฏิบัติในหัวข้อท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด ไว้ในภาชนะที่แข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุ (Mean= 4.84, S.D.= 0.53)

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มากที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($r=.445$), จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม ($r=.242$) และความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ($r=.239$) โดยปัจจัยที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p=0.05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.439

ผู้วิจัยเสนอแนะการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานบริการสาธารณสุข ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยให้กำลังใจ สร้างแรงกระตุ้น และส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน โดยการจัดอบรมเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

Abstract

This descriptive research aims to study the factors influencing on the Infectious waste management in Kanchanaburi Provincial. The data was collected purposive sampling from 157 Health professionals working for the infectious waste management in all Public Health Facilities by using the questionnaires which divided into 4 aspects: 1. Individual factors 2. the perceiving of the Infectious waste management, 3. the social support of the Infectious waste management and 4. the working behaviors of the Infectious waste management. During September – December 2019.

Data were analyzed including basic statistics, mean, standard deviation. Pearson's product moment correction coefficient was used to determine the coefficient between the independent and the dependent variable to test the hypothesis of the research. The statistical analysis of

ในจังหวัดกาญจนบุรี จำนวนทั้งหมด 157 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเป็นตัวแทนจากสถานบริการสาธารณสุขกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คนต่อแห่ง เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ แบบสอบถามแบ่ง 4 ส่วนหลัก คือ ข้อมูลทั่วไป ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และพฤติกรรมกาปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลมาทำการตรวจสอบความถูกต้อง และความเรียบร้อยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์ในการประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัย ทางสังคมศาสตร์ เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้แก่ 1. ใช้การคำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน เพื่อบรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรต่างๆ เพื่อหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correction Coefficient) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย 3. ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุดเข้าเป็นสมการแรก และทดสอบ

ความมีนัยสำคัญเพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกาจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วย การคัดแยก และเก็บรวบรวม การเก็บขนและเคลื่อนย้าย และการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังปฏิบัติไม่ได้ตามมาตรฐาน ในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนการคัดแยกและเก็บรวบรวม พบว่าในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีการแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้อง

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.1 สถานภาพส่วนใหญ่สมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 61.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 61.1 ผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อส่วนใหญ่ มีอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.5 และมีอายุการปฏิบัติงานส่วนใหญ่น้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.9 เงินเดือนที่ผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อได้รับ ส่วนใหญ่น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.3 การอบรมหลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อฯ ส่วนใหญ่

เคชอบรม คิดเป็นร้อยละ 64.97 จำนวนครั้ง
ในการอบรมส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 0 -5 ครั้ง
คิดเป็นร้อยละ 89.2

2. ความรู้ความเข้าใจในการจัดการ
มลพิษยถิคติเชื่อ

ค่าเฉลี่ยความเข้าใจในการจัดการ
 มูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน มีค่า
 เท่ากับ 4.43 โดยค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ความเข้าใจ
 ว่าควรล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากปฏิบัติ
 หน้าที่รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ เสร็จแล้ว
 มีค่าเท่ากับ 4.80 รองลงมา คือ เข้มงวดยา
 ลำไย และสารคัดหลั่งต่าง ๆ จากร่างกาย เช่น
 น้ำเลือด น้ำหนองทั้งหมด จัดเป็นมูลฝอย
 ติดเชื้อ มีค่าเท่ากับ 4.75 และมูลฝอยติดเชื้อ
 ประเภทวัสดุมีคม ควรแยกใส่กล่องหรือถัง
 ส่วนมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุไม่มีคม
 ควรแยกใส่ถุงพลาสติกสีแดง มีค่าเท่ากับ
 4.73 เมื่อพิจารณาตามประเภทสถานบริการ
 สาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลทั่วไป มีค่า
 เฉลี่ยความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ
 มากที่สุด มีค่าเท่ากับ 4.86 รองลงมา คือ
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่า
 เท่ากับ 4.42 และโรงพยาบาลชุมชน มีค่า
 เท่ากับ 4.12

3. การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมลพิษติดเชื้อ

การสนับสนุนทางสังคม ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ในภาพรวม พบว่ามีค่าเท่ากับ 4.04 โดยค่าเฉลี่ยการสนับสนุนด้านอารมณ์มากที่สุด คือ หัวหน้าหน่วยงานของท่านได้แสดงความห่วงใยและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นเพื่อลดความเครียด

จากการปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ มีค่าเท่ากับ 4.39 และการสนับสนุนด้านสิ่งของในหัวข้อ ท่านได้รับอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ถุงมือยาง รองเท้าบูท ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างเพียงพอ มีค่าเท่ากับ 4.36 เมื่อพิจารณาตามประเภทสถานบริการ สาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลทั่วไปมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 รองลงมา คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 และโรงพยาบาลชุมชน มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.76

4. พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติในการจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อ ในภาพรวม พบว่า มีค่าเท่ากับ
4.27 โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ
การปฏิบัติในหัวข้อท่านแยกมูลฝอยติดเชื้อ
ประเภทของมีคม เช่น เข็มฉีดยา ใบมีด ไว้ใน
ภาชนะที่แข็งแรง ทนต่อการแทงทะลุ มีค่า
เท่ากับ 4.84 รองลงมา คือ หัวข้อผ้าก๊อศ
ลำไส้แตกแผล ท่านทิ้งลง ในถังรองรับมูลฝอย
ติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.72 และในการทิ้ง
มูลฝอย ท่านทิ้งมูลฝอยตามประเภทของ
มูลฝอยลงในถังขยะ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67
ตามลำดับ

โดยผลการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม ความรู้ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอย ดัดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยดัดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการ

มูลฝอยติดเชื้อสูงสุด แสดงถึงว่าถ้าการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ผู้ปฏิบัติก็จะมีการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีขึ้นตามไปด้วย รองลงมาเป็นจำนวนครั้งที่ได้รับ

การอบรม และความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.445, 0.242 และ 0.239 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r)
อายุ	0.53
อายุการปฏิบัติงาน	-0.79
เงินเดือนที่ได้รับ	-1.93
จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม	0.242*
ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.239*
การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	0.445*

* ค่าสหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

และพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม (x_1) ($p < 0.05$) สามารถเขียนเป็นสมการความสัมพันธ์เชิงเส้นทำนายการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (Y) ดังนี้ $Y = 27.9 + 0.301$ (การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ: x_1)

โดยที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพล หรือมีประสิทธิผลการพยากรณ์การปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ที่ร้อยละ 19.7 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยเท่ากับ 0.439 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ตัวแปรอิสระ	b	S_b	Beta	t	P
การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (X_1)	0.301	0.061	0.439	4.9	<0.05
$R^2 = 0.197$ ค่าคงที่ = 27.9					

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาที่ได้รับจากการศึกษาค้นคว้านี้แสดงให้เห็นว่า สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาญจนบุรีส่วนใหญ่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังปฏิบัติไม่ได้ตามมาตรฐานในทุกขั้นตอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนการคัดแยกและเก็บรวบรวมพบว่า ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีการแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้อง

โดยในขั้นตอนการเก็บขนและเคลื่อนย้าย
มูลฝอยติดเชื้อ พบว่าเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
ในการรวบรวมเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่ง
ยังไม่ได้รับการอบรม เรื่องการป้องกันและ
ระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจาก
มูลฝอยติดเชื้อ รวมทั้งมีการสวมอุปกรณ์
ป้องกันตนเองขณะปฏิบัติหน้าที่น้อย อาจเกิด
จากการที่ไม่ได้การอบรมเรื่องดังกล่าว จึง
ทำให้มี ความตระหนักในการป้องกันตนเอง
น้อยตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ของปณณพัฒน์ ปริพร[3] ผู้ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคยได้รับ
การอบรมเรื่องการป้องกัน และปฏิบัติใน
การจัดการมูลฝอย ติดเชื้อ ร้อยละ 71.8
และการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วน
บุคคล ของผู้ปฏิบัติงานขณะเก็บขนมูลฝอย
ติดเชื้อ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ใส่รองเท้าบูท
ร้อยละ 31.69 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ของสาธิต สว่างแสง [4] ที่พบว่าสถานีนอนามัย
ทุกแห่งในจังหวัดยโสธร มีการใช้อุปกรณ์

ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แค่เพียงถุงมือ
 ยางหนา ขณะรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น
 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Deepak Pant
 [5] ที่พบว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กยังไม่มี
 ทักษะในการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดแยก
 มูลฝอยทางชีวการแพทย์ คนงานไม่มีการใช้
 อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น
 แว่นตา หน้ากาก ถุงมือ รองเท้าบูท

จากเหตุปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นเหตุผลสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เพื่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข ในจังหวัดกาญจนบุรีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Magda M. [6] ที่พบว่า การขาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่เหมาะสม การขาดการฝึกอบรม และความชัดเจนในความรับผิดชอบของแต่ละสาขางาน ระหว่างแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอย เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้การคัดแยกมูลฝอยจากแหล่งกำเนิด วิธีการเก็บรวบรวมที่ไม่เหมาะสม การกักเก็บ มูลฝอยที่ไม่ปลอดภัย ไม่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงาน มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ดี เป็นเพราะ ได้รับการอบรม และนำมาปฏิบัติจริง ตรงกับการศึกษาปัจจัยจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม ความเข้าใจในการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อ และการสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อ โดยเมื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติ
ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้ปฏิบัติงาน
เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ ในสถานบริการ

สาธารณสุข พบว่า ผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อที่มีตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานแตกต่างกัน มีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อในตำแหน่งผู้ช่วยหรือพนักงานการพยาบาล มีการปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสูงกว่าผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อในตำแหน่งวิชาการหรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังพบว่าผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อที่เคยได้รับการอบรมมีคะแนนการปฏิบัติที่สูงกว่าผู้ปฏิบัติงานเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่เคยได้รับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ในด้านความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล, ความรู้ความเข้าใจ, การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข พบว่าจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม ความเข้าใจในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติจัดการมูลฝอยติดเชื้อสูงสุด แสดงให้เห็นว่า หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ผู้ปฏิบัติก็จะมีการปฏิบัติจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีขึ้นตามไปด้วย รองลงมาเป็นจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมและความเข้าใจ

ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.445, 0.242 และ 0.239 ตามลำดับ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งขอ อันจะนำไปสู่การจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ อินทนาม. [7] ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสกนคร มีการจัดการ มูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องมากขึ้นเมื่อได้รับการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

และสัมพันธ์กับผลการศึกษาของ Da Silva et al.[8] และ Rasheed et al. [9] เสนอแนะว่าจำเป็นต้องมีการวางแผนที่เหมาะสมเพื่อการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาล อีกทั้งควรรวบรวมข้อกำหนดและมาตรฐานสำหรับการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการกำจัดมูลฝอยและจะต้องบูรณาการ ในการฝึกอบรมพนักงานเป็นงานประจำ โดยให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง และกระบวนการประเมินผล การจัดการระบบและบุคลากร

การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง การกำหนดความรับผิดชอบให้กับผู้เกี่ยวกับการพยาบาล และการนิเทศอย่างต่อเนื่องเป็นกุญแจสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการแยกมูลฝอยทางการแพทย์ ซึ่งสามารถ ลดค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของมูลฝอยทางการแพทย์ได้ [10] อย่างไรก็ตามปัจจัยหลายๆอย่างทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามความหลากหลายของบริบทการทำงาน

สิ่งแวดล้อม และสภาพเศรษฐกิจสังคมโดยรวม ซึ่งอาจเป็นข้อบกพร่องหรือจุดอ่อนในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขได้ [11]

ในขณะที่ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการจัดการมูลฝอย ดิบเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมของการปฏิบัติงาน ในการจัดการมูลฝอย ดิบเชื้อ แสดงให้เห็นว่า หากการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการ มูลฝอยดิบเชื้อเพิ่มขึ้น การปฏิบัติในการจัดการ มูลฝอยดิบเชื้อก็จะสูงขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของเกสกันต์ แส่นศรีมหาชัย [12] ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของ เจ้าของสถานพยาบาลเอกชน ในจังหวัด เชียงใหม่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการ มูลฝอยดิบเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Magda M [6] ที่พบว่าการจัดการโปรแกรม การจัดการมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีหลายภาคส่วนให้ความร่วมมือใน ทุกระดับ ทั้งรัฐบาลที่สามารถขับเคลื่อนได้ ในระดับชาติ และระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ที่สามารถผลักดัน ให้เกิดขึ้นได้กับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล

โดยสรุปจากผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดกาญจนบุรีข้างต้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ให้ได้มาตรฐาน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข ดังนั้นผู้บริหารหัวหน้างาน จึงควรเพิ่มการให้การสนับสนุนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ อาจจะเป็นการให้อุปกรณ์งบประมาณ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้เพียงพอและเหมาะสม และให้องค์ความรู้ ระบุแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ที่ถูกต้องและเป็นลายลักษณ์อักษร อาจจะมีหนังสือ ไปสเตอร์หรือแผ่นพับ ในเรื่องวิธีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างเคร่งครัดและถูกวิธี ทันสมัย เพื่อย้ำเตือนให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างเคร่งครัดและถูกวิธี

2. การจัดการอบรมอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการที่สามารถเพิ่มความเข้าใจต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข ที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความสำคัญของขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้ แต่ในความเป็นจริงยังมีเจ้าหน้าที่บางส่วนที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องผู้บริหารควรมีการแนะนำ ชี้แจง และสร้างความเข้าใจ ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา อันตรายและผลกระทบในเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นจึงควรจะมีการจัดอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้แนวทางใหม่ ๆ และพัฒนาสื่อความรู้วิทยากรด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ที่ทันสมัย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานเกิด
ความสำนึก สนใจ เอาใจใส่ และปฏิบัติตาม
หลักเกณฑ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสถานการณ์การจัดการ
มูลฝอยติดเชื้อของคลินิกเอกชน โรงพยาบาล
เอกชน โรงพยาบาลสัตว์และคลินิกสัตว์และ
นำข้อมูลมาวิเคราะห์กระบวนการจัดการมูลฝอย
ติดเชื้อของสถานพยาบาลเอกชนเพื่อนำไปสู่
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องตามกฎหมาย
กระทรวงสาธารณสุข
2. ควรมีการศึกษาปริมาณของมูลฝอย
ติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุขว่า มี
ปัจจัยใดที่มีผล ทำให้ปริมาณของมูลฝอยติด
เชื้อเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วย
ความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัย
ขอขอบคุณ นายแพทย์นิพนธ์ พัฒนกิจเรือง
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี นาย
อนุชา วรหาญ รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดกาญจนบุรี ที่กรุณาให้คำปรึกษาและ
ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดจนตรวจ
สอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เป็นอย่างดี ขอ
ขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบ
งานอนามัยสิ่งแวดล้อม สาธารณสุขอำเภอ
โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดกาญจนบุรี ที่กรุณา
ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอ
ขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลา
ในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). คู่มือการดำเนินงานตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วย
การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์,
กรุงเทพฯ.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา : [https://phdb.moph.go.th/main/index/
downloadlist/57/0](https://phdb.moph.go.th/main/index/downloadlist/57/0).
3. ปุญญพัฒน์ ปริพธ. (2551). การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัยในเขตอำเภอเมือง
จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
4. สาริต สว่างแสง. (2543). การจัดการขยะติดเชื้อของสถานอนามัยในจังหวัดยโสธร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
5. Deepak, P. (2012). **Waste Management in small Hospitals : trouble for environment.**
Environ Monit Assess 184 : 4449-4453.

6. Magda, M. (2010). **Hospital waste management in El-Beheira Governorate, Egypt.** Journal of Environmental Management 91 : 618-629.
7. สุวัฒน์ อินทนาม. (๒๕๕๐). การจัดการขยะมูลฝอยติดเชื้อของสถานอนามัยขนาดใหญ่ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดหนองบัวลำภู. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
8. Da Silva, C.E. and others. (2005). **Medical Waste Management in the South of Brazil.** Waste Management 25(6), 600-605.
9. Rasheed, S. and others. (2005). **Hospital Waste Management in the Teaching Hospitals of Karachi.** J Pak Med Assoc. 55(5), 192-5.
10. Vetrivel, C. (2014). **Segregation of biomedical waste in an South Indian tertiary care hospital.** Journal of Natural Science, Biology and Medicine 5(2) : 378-382.
11. Dasimah, O. and other. (2012). **Clinical Waste Management in District Hospitals of Tumpat, Batu Pahat and Taiping.** Social and Behavioral Sciences 68 : 134-145.
12. เกศน์กานต์ แสนศรีมหาชัย. (๒๕๔๒). การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเอกชนในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



ผลการพัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล ด้านการนิเทศ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

The results of developing supervision competency for the nurse supervisors

in Somdet Phrasangharaja 19th Hospital Kanchanaburi Province

วันเพ็ญ สร้อยทอง

Wanpen soithong

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

Wanpen_5379@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความรู้ ระดับสมรรถนะ และประสิทธิผลของการพัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ตรวจการพยาบาลและผู้เตรียมความพร้อมเป็นผู้ตรวจการพยาบาล จำนวน 33 คน ประกอบด้วย หัวหน้างาน รองหัวหน้างาน และ พยาบาล senior staff nurse เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะประชากร แบบสอบถามสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล แบบวัดความรู้ด้านการนิเทศทางการพยาบาล ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.95 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ใช้ Pair t - test และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากเนื้อหา(Content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.0 อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 48.5 อายุเฉลี่ย 49 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.8 ตำแหน่งงานระดับหัวหน้างาน ร้อยละ 39.4 รองหัวหน้างาน ร้อยละ 30.3 มีประสบการณ์ในตำแหน่ง อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5 ทั้งนี้ผู้มีประสบการณ์ในตำแหน่งน้อยที่สุด 1 เดือน คือ รองหัวหน้างานที่เพิ่งได้รับการคัดเลือกและมีคำสั่งแต่งตั้ง และผู้มีประสบการณ์ในตำแหน่งสูงสุด 26 ปี เฉลี่ยมีประสบการณ์ในตำแหน่ง 8.08 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 33.3 เฉลี่ย 16.64 ปี

This study was a quasi experimental research, one group pretest-posttest design. The objective was to study knowledge, competency level and the results of the developing supervision competency in nurse supervisors at Somdet Phra Sangharaja 19th Hospital, Tha Muang District, Kanchanaburi Province. The sample was 33 nurses who consisting of head division, sub-head division and senior staff nurses. Research instruments included 3 part questionnaire measuring of knowledge and competencies, and focus group meeting for perception of supervision competency. Reliability of Cronbach's alpha coefficient was 0.95. Collected data was between February to March 2021. Data were analyzed by using mean and standard deviation. The knowledge and competencies were analyzed using Paired t-test and content from focus group was content analysis.

Compared of the results in the developing supervision competency in supervision nurse in Pre-post intervention was significant in statistics (p-value < 0.001), although knowledge pre and post intervention was no-significant (p-value 0.096) . Recommendation for this research is must have preparing knowledge and developing in supervision competency for everyone who to promotion to nurse supervisors.

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ขนาด 143 เตียง ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยกลุ่มงานการพยาบาล มีพยาบาลทั้งหมด 135 คน แบ่งเป็นงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพยาบาลผู้คลอด งานการพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี การพยาบาลผู้ป่วยในซึ่งประกอบด้วยหอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยสูติรีเวช หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนัก ICU ทั้งนี้หัวหน้างานการพยาบาลแต่ละแผนกจะให้การนิเทศทางการพยาบาลในเวลาราชการเท่านั้น ต่อมาผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการมีผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการและได้เริ่มจัดให้มีผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา โดยผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการขึ้นปฏิบัติงานเวรบาย เวลา 16.00-24.00 วันละ 1 คน ทุกวัน ซึ่งแต่เดิมมาได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการไว้ว่าจะต้องเป็นหัวหน้างานการพยาบาลเท่านั้น แต่พบว่าอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ จึงให้พยาบาลรองหัวหน้างานที่เป็นหน่วยงานเวชผลัดเข้าช่วยขึ้นเป็นผู้ตรวจการ อีก 4 คน ซึ่งปัจจุบันมีผู้ตรวจการพยาบาลที่เป็นพยาบาลตรวจการทั้งหมด 26 คน และปรับเวลาการปฏิบัติงานเป็นเวลา 16.00 – 22.00 น.[1]

ที่ผ่านมาผู้ตรวจการพยาบาลไม่ได้ผ่านการพัฒนาให้เป็นผู้ตรวจการพยาบาล

อย่างเป็นรูปธรรม แต่อาศัยการสอนแบบรุ่นสู่รุ่น ทำให้พบความแตกต่างในการปฏิบัติงานอยู่ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ และจัดอบรมให้ความรู้กับพยาบาลหัวหน้างาน รองหัวหน้างานและพยาบาล Senior staff nurse เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้ตรวจการพยาบาล และให้มีแนวทางการปฏิบัติงานในฐานะผู้ตรวจการพยาบาลไปในทิศทางและมาตรฐานเดียวกัน[2] เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น มีความเหมาะสมต่อสภาพการณ์ปัจจุบัน และเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มงานการพยาบาล และโรงพยาบาลมากที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวัดความรู้และสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ
2. เพื่อวัดประสิทธิผลของการพัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อน-หลัง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน คือพยาบาลหัวหน้างาน รอง

หัวหน้างาน และพยาบาล senior staff nurse ที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 33 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

- คู่มือการนิเทศกลุ่มงานการพยาบาล พ.ศ. 2561 ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19[1]

- แนวปฏิบัติ การนิเทศของพยาบาล เวรตรวจการใน 1 สัปดาห์ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19[1]

- โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านการนิเทศทางการพยาบาล หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้ตรวจการพยาบาล ประกอบด้วย

1. ขั้นเตรียมการ

- 1.1 คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

- 1.2 เตรียมเนื้อหาด้านการนิเทศทางการพยาบาล

- 1.3 จัดหาวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อให้ความรู้

- 1.4 เตรียมคู่มือการนิเทศทางการพยาบาล เอกสารที่เกี่ยวข้อง

2. ขั้นดำเนินการ

- 2.1 จัดอบรม/ให้ความรู้ด้าน

สมรรถนะผู้ตรวจการทางการพยาบาลด้านการนิเทศจำนวน 2 ครั้ง

- ครั้งที่ 1 ความรู้เรื่องสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล

- ครั้งที่ 2 ความรู้เรื่องการบริหารอัตรากำลัง(Productivity) / ด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

2.2 จัดทำแผนการนิเทศทางการพยาบาลในแต่ละระดับ

2.3 ชี้แจงการใช้แผนการนิเทศทางการพยาบาล

3. ขั้นประเมินผล

- 3.1 จัดการสนทนากลุ่ม เพื่อรับฟังปัญหาและสะท้อนกลับ

- 3.2 ถอดบทเรียนเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 3.3 สรุปผลการดำเนินงาน

- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศทางการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานและประสบการณ์ในตำแหน่งนั้น และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ให้ตอบข้อมูลที่เป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม และเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านการนิเทศทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล

5 ด้านลักษณะคำถามเป็นแบบ มี 4 คำตอบ คือ ก-ง ให้ผู้ตอบเลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน

โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนเป็น ผ่าน เมื่อได้คะแนนคิดเป็น ร้อยละ 70 ขึ้นไป และไม่ผ่าน เมื่อตอบได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 70

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนตามเกณฑ์การแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	ได้คะแนน	5	คะแนน
มาก	ได้คะแนน	4	คะแนน
ปานกลาง	ได้คะแนน	3	คะแนน
น้อย	ได้คะแนน	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ได้คะแนน	1	คะแนน

รวม 30 ข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 150 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การแปลผลระดับสมรรถนะ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับ
4.50 – 5.00	ระดับสมรรถนะ อยู่ในระดับสูงมาก
3.50 – 4.49	ระดับสมรรถนะ อยู่ในระดับสูง
2.50 – 3.49	ระดับสมรรถนะ อยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	ระดับสมรรถนะ อยู่ในระดับต่ำ

1.00 – 1.49 ระดับสมรรถนะ
อยู่ในระดับต่ำมาก
ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง
จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา(Content validity) และปรับแก้ตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเชื่อมั่น(reliability) ของแบบสอบถามสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล และแบบสอบถามความรู้ด้านการนิเทศทางการพยาบาล โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลพยาบาล มะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยการแจกแบบสอบถามออนไลน์ จาก Google Form จำนวน 33 ชุด ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับกลับคืนทั้งหมด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ 100 % ของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วง กุมภาพันธ์-มีนาคม 2564

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร	n	%
ประสบการณ์ในตำแหน่งงาน (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	2	6.1
มากกว่า 20 ปี	3	9.1
ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ปี)		
5 – 10 ปี	7	21.2
11 – 15 ปี	7	21.2
16 – 20 ปี	11	33.3
มากกว่า 20 ปี	8	24.2

จากตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.0 อายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี ร้อยละ 48.5 อายุเฉลี่ย 49 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.8 ตำแหน่งงานระดับหัวหน้างาน ร้อยละ 39.4 รองหัวหน้างาน ร้อยละ 30.3 มีประสบการณ์ในตำแหน่ง อยู่

ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 51.5 เฉลี่ย 8.08 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 16 – 20 ปี ร้อยละ 33.3 เฉลี่ย 16.64 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ และสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดงระดับความรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ

	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้				
ผ่านเกณฑ์	23	69.7	29	87.9
ไม่ผ่านเกณฑ์	10	30.3	4	12.1

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการนิเทศ คิดเป็น 69.7 % ภายหลังการทดลอง กลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ผ่านเกณฑ์ คิดเป็น 87.90 %

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แยกรายด้าน (n= 33)

สมรรถนะ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	Mean	SD	ระดับ	Mean	SD	ระดับ
สมรรถนะด้านการนิเทศ	3.37	0.77	ปานกลาง	3.89	0.58	สูง
สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ	3.68	0.59	ปานกลาง	3.95	0.51	สูง
สมรรถนะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ	3.78	0.61	ปานกลาง	3.93	0.63	สูง
สมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร	3.74	0.69	สูง	3.90	0.59	สูง
สมรรถนะด้านการควบคุมคุณภาพบริการ	3.60	0.69	ปานกลาง	3.87	0.58	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่าในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.74 อยู่ในระดับสูง มีสมรรถนะด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง โดยสมรรถนะด้านการนิเทศมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3.37 ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทุกด้านในระดับสูง โดยสมรรถนะด้านการบริหารจัดการมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.95 และสมรรถนะด้านการนิเทศมีค่าเฉลี่ย 3.89 อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ จำแนกตามรายชื่อ

สมรรถนะ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	Mean	SD	Mean	SD
สามารถกำหนดเป้าหมายการนิเทศได้ถูกต้อง และครอบคลุม	3.24	0.93	3.76	0.61
สามารถวางแผนการนิเทศ ตามลำดับความสำคัญและความต้องการของผู้ปฏิบัติงานได้	3.36	0.86	3.91	0.72
นำภาระงานและปริมาณงานของแต่ละหน่วยงานมาใช้ประกอบในการวางแผนการนิเทศได้	3.45	0.87	3.97	0.64
สามารถปรับเปลี่ยนแผนการนิเทศให้เหมาะสมตามสถานการณ์	3.54	0.79	4.09	0.63
สามารถเลือกใช้เทคนิค รูปแบบ และกิจกรรมการนิเทศได้อย่างเหมาะสม	3.42	0.83	3.91	0.72
สามารถสรุปและประเมินผลการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาได้ถูกต้อง ครบคลุม	3.21	0.86	3.76	0.71

จากตารางที่ 4 พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง ข้อคำถามที่ 4. สามารถปรับเปลี่ยนแผนการนิเทศให้เหมาะสมตามสถานการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.54 และข้อคำถามที่ 6. สามารถสรุป และประเมินผลการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาได้ถูกต้อง ครอบคลุม ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3.21 หลังการทดลอง ข้อคำถามที่ 4. สามารถปรับเปลี่ยนแผน

การนิเทศให้เหมาะสมตามสถานการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 4.09 ส่วนข้อคำถามที่ 1 สามารถกำหนดเป้าหมายการนิเทศได้ถูกต้อง และครอบคลุม และข้อคำถามที่ 6 สามารถสรุป และประเมินผลการนิเทศทางการพยาบาลนอกเวลาได้ถูกต้อง ครอบคลุม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่าๆกันคือ 3.76

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านการนิเทศและสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test

	n	Mean	S.D.	t-value	df	p-value
ความรู้ด้านการนิเทศ	n = 33			-1.71	32	0.096
ก่อนทดลอง		7.60	1.54			
หลังทดลอง		8.00	1.17			
สมรรถนะด้านการนิเทศ	n = 33			-5.22	32	0.001
ก่อนทดลอง		3.37	0.77			
หลังทดลอง		3.90	0.58			

จากตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านการนิเทศ และสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความรู้

ด้านการนิเทศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.096) ส่วนสมรรถนะด้านการนิเทศ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p – value 0.001)

ส่วนที่ 4 การสนทนากลุ่ม โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง

หน่วยความหมาย (Meaning Unit)	การย่อหน่วย ความหมาย (Meaning Unit)	รหัส (Code)	หมวดหมู่ย่อย (Subcategories)	หมวดหมู่ (Category)	ประเด็น (Theme)
“ถ้าเต็ม 5 ก็ไม่ควรต่ำกว่า 3 ผู้ขึ้นตรวจการ ควรเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เพราะต้องสั่งสมความเชี่ยวชาญทั้งความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ถึงจะเป็นผู้ให้คำแนะนำได้”	ผู้ขึ้นตรวจการ ควรเป็นผู้เชี่ยวชาญ เพราะต้องสั่งสมความเชี่ยวชาญ ทั้งความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ถึงจะมาเป็นผู้ให้คำแนะนำได้	การจัดระดับสมรรถนะ	ระดับสมรรถนะ ที่ควรจะเป็น	ระดับสมรรถนะ	สมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาล

หน่วยความหมาย (Meaning Unit)	การย่อหน่วย ความหมาย (Meaning Unit)	รหัส (Code)	หมวดหมู่ย่อย (Subcategories)	หมวดหมู่ (Category)	ประเด็น (Theme)
“เป็นกันเอง คุยกัน ชวนกันดูหน้างาน เช่น การให้เลือด ก็ไปดูว่า ทำตามมาตรฐานที่วางไว้ ไหม ใช้เทคนิคเหมือนคุย กันเล่นๆ”	แสดงความ เป็นกันเอง คุยกัน ชวนกันดูหน้างาน ใช้เทคนิคสื่อสาร แบบไม่เป็นทางการ	การ เลียนแบบ พฤติกรรม ผู้ตรวจการ พยาบาล รุ่นพี่	การปฏิบัติ ตามแบบอย่าง ผู้ตรวจการ พยาบาล คนก่อนๆ	การมี ตัวแบบ ผู้ตรวจการ พยาบาล	ปัจจัยที่ สนับสนุน ให้การนิเทศ ทางการ พยาบาล สำเร็จ

ตารางที่ 7 แสดงผลของการวิเคราะห์ข้อมูล

ประเด็น (Theme)	หมวดหมู่ (Categories)	หมวดหมู่ย่อย (Subcategories)
ปัจจัยที่สนับสนุน ให้การนิเทศทางการ พยาบาลสำเร็จ	การมีตัวแบบผู้ตรวจการ พยาบาล	การปฏิบัติตามแบบอย่าง ผู้ตรวจการ พยาบาลคนก่อนๆ ประสบการณ์ที่เคยรับ การนิเทศจากผู้ตรวจการพยาบาล
	สิ่งที่เอื้อต่อการนิเทศ ทางการพยาบาล	การมีคู่มือการนิเทศทางการพยาบาลสำหรับ ผู้ตรวจการพยาบาลการได้รับความรู้ ฝึกอบรมก่อนขึ้นเป็นผู้ตรวจการพยาบาล แนวปฏิบัติ การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาล ใน 1 สัปดาห์
	สมรรถนะที่ผู้ตรวจการ พยาบาลควรมี	การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ การสอน การนิเทศงาน
สมรรถนะผู้ตรวจ การพยาบาล	ระดับสมรรถนะ ที่ควรจะเป็น	ระดับปานกลางขึ้นไป

จากตารางที่ 7 พบว่า

1. ปัจจัยที่สนับสนุนให้การนิเทศ
ทางการพยาบาลสำเร็จ
ปัจจัยที่สนับสนุนให้ผู้ตรวจการ
พยาบาลนิเทศทางการพยาบาลได้สำเร็จ
เกิดจาก

- 1.1 การปฏิบัติตามแบบอย่างผู้ตรวจ
การพยาบาลคนก่อนๆ
- 1.2 ประสบการณ์ที่เคยรับการนิเทศ
จากผู้ตรวจการพยาบาล
- 1.3 มีคู่มือนิเทศทางการพยาบาล
- 1.4 การได้รับความรู้ ฝึกอบรมก่อน
ขึ้นเป็นผู้ตรวจการพยาบาล

1.5 แนวปฏิบัติ การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลใน 1 สัปดาห์

2. สมรรถนะที่จำเป็นของผู้ตรวจการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 สมรรถนะที่ผู้ตรวจการพยาบาลควรมี ได้แก่ เป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ มีทักษะ การสอน การนิเทศ มีความรับผิดชอบ เป็น กลาง มองในภาพรวมองค์กร กล้าตัดสินใจ มีทักษะจัดการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การ สื่อสารเชิงบวก

2.2 ระดับสมรรถนะที่ควรจะเป็น ควรจะเป็นระดับปานกลางขึ้นไป

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจการ พยาบาลด้านการนิเทศ กลุ่มเป้าหมายคือ พยาบาลหัวหน้างาน รองหัวหน้างานทุกคน และพยาบาล Senior staff nurse ที่เตรียมเข้า สู่การเป็นผู้ตรวจการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.0 อายุอยู่ในช่วง 40–49 ปี ร้อยละ 48.5 อายุเฉลี่ย 49 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 81.8 ตำแหน่งงานระดับหัวหน้างาน ร้อยละ 39.4 รองหัวหน้างาน ร้อยละ 30.3 มีประสบการณ์ ในตำแหน่ง อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.5 ทั้งนี้ผู้มีประสบการณ์ใน ตำแหน่งน้อยที่สุด 1 เดือน คือ รองหัวหน้างาน ที่เพิ่งรับได้การคัดเลือกและมีค่าแต่งตั้ง และ ผู้มีประสบการณ์ในตำแหน่งสูงสุด 26 ปี คือ หัวหน้างานเฉลี่ยมีประสบการณ์ในตำแหน่ง 8.08 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 ส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วง 16-20 ปี ร้อยละ 33.3 เฉลี่ย 16.64 ปี ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าพยาบาลที่จะมาเป็นผู้ตรวจการ พยาบาลต้องสั่งสมความรู้ ทักษะ และ ประสบการณ์ในระดับ ผู้ชำนาญการ (Expert) โดยต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานใน ตำแหน่งงานเดิมมากกว่า 5 ปี เพราะจะเป็น ผู้ที่มีประสบการณ์มาก[4,5] มีความเข้าใจ ในระบบของโรงพยาบาล ระบบปฏิบัติงาน ของกลุ่มงานการพยาบาล สามารถตัดสินใจ และเลือกวิธี การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม

ในส่วนของการประเมินสมรรถนะ ผู้ตรวจการพยาบาล ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ รวบรวมสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับผู้ตรวจ การพยาบาล 5 ด้าน[5] คือ สมรรถนะด้าน การนิเทศ สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ สมรรถนะด้านการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ สมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์และการสื่อสาร สมรรถนะด้านการควบคุมคุณภาพบริการ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองผลการ ประเมินสมรรถนะด้านมนุษยสัมพันธ์และ การสื่อสาร ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3.78 อยู่ในระดับสูง ในขณะที่สมรรถนะด้าน การนิเทศ ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 3.37 อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลอง พบว่าสมรรถนะทั้ง 5 ด้าน ได้คะแนนเฉลี่ย อยู่ในช่วง 3.50–4.49 ซึ่งอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ สมรรถนะด้านการนิเทศมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูง ขึ้นเป็น 3.89 ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษา ระดับสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาล นอกเวลาราชการในโรงพยาบาลทั่วไป

ที่ศึกษาจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ จำนวน 400 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหมด 19 แห่งทั่วประเทศ พบว่าสมรรถนะด้านการนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลมีค่าเฉลี่ย 3.72 อยู่ในระดับสูง [4,5] ทั้งนี้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าผู้ตรวจการพยาบาลควรมีระดับสมรรถนะตั้งแต่ปานกลางขึ้นไป และควรเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป เพราะต้องสั่งสมความเชี่ยวชาญทั้งความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ถึงจะมาเป็นผู้นิเทศได้ เพราะต้องสอนสาธิต แนะนำพยาบาลระดับปฏิบัติการได้

เมื่อนำสมรรถนะด้านการนิเทศ มาวิเคราะห์รายข้อพบว่า หลังการทดลองข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ สามารถปรับเปลี่ยนแผนการนิเทศให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เฉลี่ย 4.09 ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่กลุ่มตัวอย่างบอกว่า ในการขึ้นปฏิบัติงานเป็นผู้ตรวจการ นั้นจะวางแผนและวัตถุประสงค์ไปก่อน แต่เมื่อไปจุดที่ปฏิบัติงานจริงที่หน้างาน ก็มีการปรับเปลี่ยนแผนการนิเทศได้ ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ขณะนั้น

ในส่วนความรู้ของผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการนิเทศผ่านเกณฑ์คิดเป็น 69.7% ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นคิดเป็น 87.90 % ซึ่งจากการสนทนา

กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่เป็น Senior staff nurse กล่าวว่าไม่มีความรู้เรื่องการนิเทศ เพราะที่ผ่านมามีบทบาทนิเทศจะเป็นวงเล็กๆ ในฐานะหัวหน้าเวร(Incharge) แต่คิดว่าถ้าเป็นผู้ตรวจการพยาบาลจะต้องได้รับการอบรมความรู้ การทำความเข้าใจเรื่องการนิเทศทางการพยาบาล ระเบียบแนวทางต่างๆทั้งองค์กร เพื่อมองภาพรวมในวงกว้างระดับองค์กรได้ จึงจะปฏิบัติงานในฐานะผู้ตรวจการพยาบาลได้[6]

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลและความรู้ด้านการนิเทศก่อนและหลังการทดลองพบว่าสมรรถนะด้านการนิเทศ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001) ส่วนความรู้ด้านการนิเทศมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.096) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นรองหัวหน้างานและพยาบาล Senior staff nurse จำนวน 20 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ตรวจการพยาบาลเพียง 6 คน อีก 14 คนยังอยู่ระหว่างเตรียมความพร้อมผู้ตรวจการพยาบาล ซึ่งยังไม่เคยรับการฝึกอบรมความรู้ด้านการนิเทศมาก่อน ดังนั้นหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างจึงมีความรู้ความเข้าใจสมรรถนะด้านการนิเทศเพิ่มขึ้น และจากการสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเพิ่มขึ้นในการที่จะปฏิบัติงานในฐานะผู้ตรวจการพยาบาล[6]

สรุปผล และข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาสมรรถนะผู้ตรวจการ

พยาบาล ด้านการนิเทศ ครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบหนึ่งกลุ่ม เปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้ง 5 ด้าน และมีความรู้ด้านการนิเทศเพิ่มขึ้น เป็น 80%

ทั้งนี้ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านการนิเทศกับสมรรถนะผู้ตรวจการพยาบาลด้านการนิเทศ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความรู้ด้านการนิเทศ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.096) ส่วนสมรรถนะด้านการนิเทศ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.001)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการต่อยอดโดย จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม คือ ตัวแทนจากกลุ่มหัวหน้างาน กลุ่มรองหัวหน้างาน กลุ่ม Senior staff nurse เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ตรวจการพยาบาลเทคนิค ทักษะต่างๆ และช่วยให้พยาบาลที่ยังไม่ได้เป็นผู้ตรวจการพยาบาลแต่กำลังเตรียมความพร้อม ได้รับคำแนะนำ ชักถามข้อมูลต่างๆ ซึ่งช่วยให้เกิดความมั่นใจในการเป็นผู้ตรวจการพยาบาลยิ่งขึ้น[6,7] และมีแผนจัดกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อยโดยกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมคือพยาบาลผู้รับการนิเทศเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากพยาบาลในระดับผู้ปฏิบัติ นำมาหาโอกาสพัฒนากระบวนการนิเทศทางการพยาบาล และการพัฒนา

ผู้ตรวจการพยาบาลในสถานการณ์ยุค 4.0 ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมผู้ตรวจการพยาบาล ก่อนขึ้นปฏิบัติงานเป็นผู้ตรวจการพยาบาลจริง
2. ควรมีการทบทวนรูปแบบของการตรวจการและปรับปรุงการตรวจการทางการพยาบาลทุกปีเพื่อให้ทันสมัยกับการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลและเทคโนโลยีการสื่อสาร
3. ควรสำรวจความต้องการของผู้ตรวจการพยาบาลและพยาบาลผู้รับการนิเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาส่วนขาดและโอกาสพัฒนา (gap analysis)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะงานวิจัยตลอดจนแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือแบบสอบถาม ประกอบด้วย อาจารย์ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง อาจารย์พยาบาลประจำวิทยาลัยบรมราชชนนี จักรีรัช ที่อาจารย์อรรพรรณ คณานุกูล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อาจารย์ทรรศนีย์ นาคราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย/แบบสอบถาม ขอขอบคุณ อาจารย์ชัยยุทธ เจริญานวัตร

เภสัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงาน
เภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาล
สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี
ที่ช่วยดูแลให้คำแนะนำทั้งด้านสถิติและ
การเขียนบทความวิชาการ ขอขอบคุณ
พว.นิภา เชื้อทอง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานสุขศึกษา ที่ช่วยเหลือและประสานงาน
ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอขอบคุณ
พยาบาลทุกท่านในโรงพยาบาลสมเด็จพระ
สังฆราชองค์ที่ 19 จังหวัดกาญจนบุรี ที่
ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
และให้ความช่วยเหลือผู้วิจัยในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ยุพิน บุญไมตรีสัมพันธ์. การพัฒนารูปแบบนิเทศทางการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19. การนำเสนอผลงานวิชาการ วิจัย/R2R/นวัตกรรม ปี 2562สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาญจนบุรี; 2562.
2. รัชตวรรณ ศรีตระกูล. แนวคิด หลักการ และการนิเทศทางการพยาบาล. เอกสารประกอบการสอน สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เข้าถึงได้จาก file:///C:/Users/win10/Downloads/reader_com_6%20(2).pdf.
3. U.H. Graneheim*, B. Lundman. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today (2004) 24, 105–112
4. จิราพร พันยะ, มณีนรัตน์ ภาณุรูป, อรนนท์ หาญยุทธ. สมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลตามความคาดหวังและการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. วารสารพยาบาลทหารบกปีที่ 17 ฉบับที่ 1 (ม.ค. - เม.ย.) 2559. 101-114.
5. อำไพ ขอพึง. ตัวประกอบสมรรถนะของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลทั่วไป. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์) : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2556.
6. สุดารัตน์ วรรณสาร, รัตนาดี ขอนตะวัน, สมใจ ศิริกมล. การพัฒนาการนิเทศการพยาบาลของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. Nursing Journal Volume 40 Supplement November (2013) 57 – 67.
7. Sabine Pohl., Maura Galletta. The role of supervisor emotional support on individual job satisfaction: A multilevel analysis. Applied Nursing Research 33 (2016) 61–66. journal homepage: www.elsevier.com/locate/apnr



การทดแทนตำแหน่งที่สูญเสียฟันด้วยการปลูกถ่ายฟันที่มีปลายรากเปิด

Autotransplantation of Teeth With an Open Apex

จิรวิชญ์ จิตโชตนันต์

Jirawit Titichoteanan, D.D.S.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 19

witmairoo@hotmail.com

บทคัดย่อ

การปลูกถ่ายฟัน (tooth autotransplantation) เป็นการย้ายฟันจากตำแหน่งหนึ่งไปปลูกอีกตำแหน่งหนึ่งในคนเดียวกัน โดยเป็นการรักษาเพื่อทดแทนตำแหน่งที่สูญเสียฟันบนสันเหงือกที่มีข้อดีทั้งในด้านการใช้งานบดเคี้ยว ความสวยงาม และมีอัตราการประสบความสำเร็จในระดับสูงเมื่อทำภายใต้ข้อบ่งชี้และพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่างๆอย่างรอบคอบ นอกจากนี้การปลูกถ่ายฟันที่มีปลายรากเปิดยังเพิ่มโอกาสการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน (Healing of dental pulp) ทำให้ลดโอกาสการรักษารากฟันที่ปลูกถ่าย และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

ในบทความนี้ได้นำเสนอกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายฟันซี่ 48 ที่มีปลายรากเปิดเพื่อทดแทนฟันซี่ 46 ที่ผุทะลุโพรงประสาท โดยจากการติดตามผล 1 ปีหลังการรักษาพบว่าประสบความสำเร็จ ฟันที่ปลูกถ่ายมีการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน ผู้ป่วยสามารถใช้ฟันปลูกถ่ายบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่ต้องรับการรักษารากฟันร่วมด้วย

หลักการและเหตุผล

การปลูกถ่ายฟันเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาเพื่อทดแทนตำแหน่งที่สูญเสียฟันบนสันเหงือก โดยเป็นวิธีการย้ายฟันจากตำแหน่งหนึ่งไปปลูกอีกตำแหน่งหนึ่ง[1] ซึ่งถือเป็นการรักษาที่ให้ผลการรักษาที่ดีทั้งในด้านการใช้งานบดเคี้ยว ความสวยงาม และมีค่าใช้จ่ายน้อย เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น รากฟันเทียม ฟันปลอมแบบติดแน่น หรือถอดได้ เนื่องจากฟันที่ปลูกถ่ายนั้นมีข้อดีคือ มีเอ็นยึดปริทันต์ (periodontal

ligament) และกระดูกล้อมรอบ (surrounding bone) จึงทำให้เกิดการปรับตัวในการใช้งาน (functional adaptation) และมีศักยภาพในการเจริญต่อไปของกระดูกเบ้าฟัน[1-5] ซึ่งจากการติดตามผลในระยะยาวแสดงให้เห็นถึงอัตราการอยู่รอดของฟันปลูกถ่ายถึงร้อยละ 90 และไม่พบความแตกต่างระหว่างฟันปลูกถ่ายกับฟันธรรมชาติในช่วง 20- 40 ปี ภายหลังการรักษา[6]

การปลูกถ่ายฟันแบบย้ายตำแหน่งกับการปลูกฟันโดยใส่กลับเข้าไปในกระดูกเข้าฟันเดิมในกรณีที่รากฟันปลูกถ่ายยังมีการพัฒนาของรากฟันไม่สมบูรณ์พบมีการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟันที่เกิดจากการคืนสภาพของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน (pulp regeneration) ซึ่งเป็นการกลับคืนมาของระบบไหลเวียนเลือดในโพรงประสาทฟัน (revascularization of the pulp) [1] โดยเกิดจากเยื่อหุ้มรากเฮอร์ตวิก (Hertwig's epithelial root sheath) ที่พบได้ในฟันที่กำลังมีการพัฒนา ซึ่งจะมีการเจริญกลับคืน (regeneration) ของเส้นเลือดฝอย (capillary vessels) เข้าไปในรูปลายรากฟัน ในขณะที่เนื้อเยื่อปริทันต์ (periodontal tissue) ภายในเยื่อหุ้มรากเจริญเข้าสู่คลองรากฟัน (pulp canal) จะส่งผลทำให้คลองรากฟันถูกเติมเต็มไปด้วยเนื้อเยื่อที่มีชีวิต (vital tissue) ภายในเวลาเพียงไม่กี่เดือน และสุดท้ายจะเกิดการติบตันของ

โพรงประสาทฟันและคลองรากฟัน (pulp obliteration)[6] โดยพบว่ามีการติบตันของโพรงประสาทฟัน และคลองรากฟันในฟันปลูกถ่ายเกือบทุกซี่ที่ตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าซึ่งสามารถตรวจพบลักษณะดังกล่าวจากภาพถ่ายรังสีได้ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 8 หลังการปลูกถ่ายฟัน และส่วนมากจะตรวจพบได้ที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังปลูกถ่ายฟัน[7]

จากการศึกษาของ Andreasen พบว่าระยะการพัฒนาของรากฟัน และขนาดของรูปลายรากฟันเป็นปัจจัยที่สามารถบอกถึงอัตราการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟันของฟันปลูกถ่าย[7] ดังแสดงในตารางที่ 1,2 โดยฟันปลูกถ่ายที่มีการพัฒนาของรากฟันระยะที่ 1-5 และในฟันปลูกถ่ายที่มีเส้นผ่านศูนย์กลางของรูปลายรากฟันมากกว่า 1 มิลลิเมตรขึ้นไปจะมีอัตราการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟันสูงอย่างมีนัยสำคัญ [7]

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของระยะการพัฒนาของรากฟันกับการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน

ระยะการพัฒนาของรากฟัน	การหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน (ร้อยละ)
ระยะที่ 1 เริ่มมีการพัฒนารากฟัน	100
ระยะที่ 2 มีการพัฒนารากฟัน 1 ใน 4 ของความยาวรากฟัน	100
ระยะที่ 3 มีการพัฒนารากฟัน 1 ใน 2 ของความยาวรากฟัน	96
ระยะที่ 4 มีการพัฒนารากฟัน 3 ใน 4 ของความยาวรากฟัน	96
ระยะที่ 5 มีการพัฒนาความยาวรากสมบูรณ์ รูปลายฟันรากกว้าง	93
ระยะที่ 6 มีการพัฒนาความยาวรากสมบูรณ์ รูปลายรากฟันปิดครึ่งหนึ่ง	40
ระยะที่ 7 มีการพัฒนาความยาวรากสมบูรณ์ รูปลายรากฟันเกือบปิดทั้งหมด	0

ต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที
อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส
การตรวจภายนอกช่องปาก ใบหน้าสมมาตร
ลักษณะผิวหนังปกติ ไม่มีอาการกดเจ็บ
ไม่ปวด ไม่มีอาการชา คลำไม่พบการบวม
ของต่อมน้ำเหลือง อ้าปากกว้างได้ระยะปกติ
การตรวจร่างกายทั่วไปปกติดังแสดงตามภาพ
ที่ 1a

การตรวจภายในช่องปาก มีหินน้ำลายโดย
ทั่วไป มีเหงือกอักเสบบางตำแหน่ง ฟันซี่ 46
มีรอยผุขนาดใหญ่ ตรวจด้วยการเคาะฟัน

(percussion) มีอาการเจ็บ ไม่มีการตอบสนอง
ต่อการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าไม่พบฟันซี่ 48
ขึ้นในช่องปาก ดังแสดงตามภาพที่ 1b

ภาพถ่ายรังสี ฟันซี่ 46 พบรอยโรคปลายราก
รากฟันมีลักษณะตรง พบฟันคุดซี่ 48 ที่มี
แนวฟันขึ้นตรง ไม่มีกระดูกคลุมบริเวณ
ตัวฟัน บริเวณรากฟันมีการสร้างประมาณ
2/3 ของความยาวรากฟันปกติและมีรูปลาย
รากฟันประมาณ 2 มิลลิเมตร ตัวฟันซี่ 48
มีขนาดใกล้เคียงกับตัวฟันซี่ 46 ดังแสดงตาม
ภาพที่ 2



ภาพที่ 1 : a ภาพถ่ายนอกช่องปากไม่พบการบวมของขากรรไกร
: b ภายในช่องปากพบฟันซี่ 46 มีรอยผุขนาดใหญ่ มีหินน้ำลายโดยทั่วไปไม่พบฟันซี่
48 ขึ้นใน ช่องปาก



ภาพที่ 2 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายราก พบฟันซี่ 46 มีรอยโรคปลายรากและฟันคุดซี่ 48 มีลักษณะ
ตั้งตรง รากฟันมีการสร้างประมาณ 2/3 ของความยาวรากฟันปกติ และมีรูปลายรากฟัน
ประมาณ 2 มิลลิเมตร

การวินิจฉัย

1. ฟันซี่ 46 pulp necrosis with symptomatic apical periodontitis
2. ฟันซี่ 48 soft tissue impacted tooth

แผนการรักษา

- ถอนฟันซี่ 46 (เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาฟันซี่ 46 ปฏิเสธการจัดฟัน)
 - ปลุกถ่ายฟันตำแหน่ง 46 ด้วยฟันคุดซี่ 48
- ## ขั้นตอนการรักษา

1. ซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจร่างกายภายนอกและภายในปากบันทึกรูปถ่ายแจ้งแผนการรักษาและขั้นตอนการรักษาให้ผู้รับทราบรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษารวมถึงระยะเวลาที่ต้องมาติดตามอาการเสนอแนวทางการรักษา และการพยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยโดยการประเมินฟันปลุกถ่ายต้องวิเคราะห์รูปร่างของฟัน ระยะการพัฒนารากฟัน ความยากง่ายในการถอนฟัน ส่วนการประเมินตำแหน่งรับฟันปลุกถ่ายนั้นต้องวัดความกว้างในแนวใกล้กลาง-ไกลกลาง (mesiodistal width) ระหว่างซี่ฟันบริเวณที่ปลุกถ่าย ความสูงของซี่ฟันที่ทำการปลุกถ่ายและความกว้างด้านแก้ม-ลิ้น (buccolingual width) ของสันกระดูกขากรรไกร (alveolar ridge) รวมถึงตำแหน่งของคลองขากรรไกรล่าง (mandibular canal) และโพรงอากาศขากรรไกรบน (maxillary sinus) [6]

2. ให้การรักษาดังนี้

- 2.1 ให้ยาปฏิชีวนะก่อนปลุกถ่ายฟัน โดยพิจารณาให้ครอบคลุมเชื้อโรคในปาก

- 2.2 ถอนฟันซี่ 46 และตกแต่งเบ้ากระดูกฟันให้สอดคล้องกับลักษณะรากฟันซี่ 48 ด้วยหัวกรอ ผ่าฟันคุดซี่ 48 โดยให้กระทบกระเทือนให้น้อยที่สุด ระหว่างเย็บปิดแผลให้นำฟันซี่ 48 แช่น้ำเกลือปราศจากเชื้อในอุณหภูมิห้องเพื่อป้องกันการแห้งของเอ็นยึดปริทันต์บนผิวรากฟัน จากนั้นนำฟันซี่ 48 ใส่ลงในตำแหน่งกระดูกเบ้าฟันซี่ 46 โดยเลียงการสัมผัสสบบริเวณรากฟันซี่ 48 ดังแสดงตามภาพที่ 3,4

- 2.3 ปรับการสบฟันให้ตำแหน่งตัวฟันปลุกถ่ายอยู่ต่ำกว่าระนาบสบ (occlusal plane) เล็กน้อย

- 2.4 ยึดฟันปลุกถ่ายเข้ากับกระดูกเบ้าฟันด้วยไหมขนาด 3-0 ผ่านห่วงออกไปพาดบนด้านบดเคี้ยวของฟันในแนวด้านแก้ม-ลิ้น (buccolingual) ดังแสดงตามภาพที่ 5 อาจพิจารณาใช้การยึดด้วยลวด (wire) ร่วมกับเรซินคอมโพสิต (composite resin) กับฟันข้างเคียงเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องการเพิ่มความเสถียรของฟันปลุกถ่ายในกระดูกเบ้าฟัน และเอาออกภายใน 1- 2 เดือนหลังปลุกถ่ายฟัน

- 2.5 ถ่ายภาพรังสีเพื่อประเมินตำแหน่งของฟันปลุกถ่ายในกระดูกเบ้าฟัน ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และสอนการดูแลแผลและสุขภาพช่องปาก



ภาพที่ 3 แสดงลักษณะเบ้ากระดูกฟันซี่ 46 หลังทำการถอนและตกแต่งแผล



ภาพที่ 4 ฟันซี่ 48 มีปลายรากที่ยังสร้างไม่สมบูรณ์



ภาพที่ 5 แสดงลักษณะฟันซี่ 48 ที่นำมาปลูกถ่ายตำแหน่งกระดูกเบ้าฟันซี่ 46 ทำการยึดด้วยไหมขนาด 3-0



ข้อควรระวังในการรักษา

1. ตำแหน่งควมจับตัวฟันที่จะนำมาปลูกถ่าย ไม่ควรจับบริเวณรากฟัน
2. ฟันที่จะนำมาปลูกถ่ายควรใช้ระยะเวลาที่อยู่นอกช่องปากให้น้อยที่สุด อาจพิจารณาเก็บตัวฟันซี่ 48 ในตำแหน่งเดิม แทนการแช่น้ำเกลือนอกปาก
3. ตัวฟันที่ปลูกถ่ายควรต่ำกว่าระนาบการสบฟันและตรวจสอบไม่ให้มีการสบกระแทก

การติดตามผลการรักษา

- 1 สัปดาห์หลังการรักษา แผลผ่าตัด

หายเป็นปกติ ไม่พบการติดเชื้อ ฟันที่นำมาปลูกถ่ายระดับ 2 ผู้ป่วยได้รับการตัดไหมและกระตุ้นการดูแลสุขภาพช่องปาก

1 เดือนหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ฟันปลูกถ่ายมีลักษณะโยกคลอนและอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมทั้งแนวตั้ง (vertical) และแนวนอน (horizontal) ไม่มีอาการเจ็บเมื่อเคาะฟัน (percussion) ไม่พบเหงือกอักเสบ ไม่พบร่องลึกปริทันต์ แต่พบว่ามีภาวะเหงือกอักเสบ จากภาพถ่ายรังสี ไม่พบพยาธิสภาพใดๆ บริเวณปลายรากฟัน ดังแสดงตามภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ภายหลังจากผ่าตัด 1 เดือน พบภาวะเหงือกอักเสบ ฟันที่ปลูกถ่ายอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

3 เดือน หลังผ่าตัด พบว่าเหงือกสภาพดีขึ้น ไม่มีร่องลึกปริทันต์ ไม่พบการละลายของรากฟันและมีการตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในโดยใช้ไฟฟ้า

(electric pulp test) จากภาพถ่ายรังสีไม่พบพยาธิสภาพใดๆ รอบปลายราก ปลายรากยังมีลักษณะเปิดกว้างเท่าเดิม ดังแสดงตามภาพที่ 7



ภาพที่ 7 ภายหลังจากผ่าตัด 3 เดือน ฟันปลูกถ่ายมีการสบฟันที่เหมาะสม ฟันปลูกถ่ายมีสภาพเหงือกที่ดีขึ้น ไม่พบร่องลึกปริทันต์ ภาพถ่ายรังสีไม่พบการละลายของรากฟันและกระดูกเบ้าฟัน

6 เดือน หลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยสามารถใช้ฟันปลูกถ่ายบดเคี้ยวได้ปกติ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จากการตรวจประเมินทางคลินิก ไม่พบร่องลึกปริทันต์และฟันปลูกถ่ายมีการตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในโดยใช้ไฟฟ้า จากภาพถ่ายรังสี

พบลักษณะของการติบตันของโพรงประสาทฟันและคลองรากฟันซึ่งแสดงถึงการคืนสภาพของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน (pulp regeneration)

1 ปี หลังผ่าตัด พบว่าฟันปลูกถ่ายมีลักษณะคงเดิม ภาพถ่ายรังสีพบมีการเจริญของรากฟันเพิ่มขึ้น ดังแสดงตามภาพที่ 8



ภาพที่ 8 ภายหลังผ่าตัด 1 ปี ฟันปลูกถ่ายมีการสบฟันที่เหมาะสม ฟันปลูกถ่ายมีสภาพเหงือกที่ดี ไม่พบร่องลึกปริทันต์ ภาพถ่ายรังสีพบมีการติบตันของโพรงประสาทฟันและคลองรากฟันร่วมกับการเจริญต่อของรากฟัน

บทวิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้หลังติดตามผลการรักษาพบการตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของเนื้อเยื่อในโพรงฟันโดยใช้ไฟฟ้าและลักษณะของการติบตันของโพรงประสาทฟันและคลองรากฟัน ซึ่งแสดงถึงมีการคืนสภาพของเนื้อเยื่อในโพรงฟัน และไม่พบการละลายของรากฟันร่วมกับการอักเสบซึ่งเป็นผลจากลักษณะของฟันที่นำมาปลูกถ่ายมีการพัฒนารากฟัน 2/3 ของความยาวรากฟัน และมีรูปลายรากฟันประมาณ 2 มิลลิเมตร สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าลักษณะดังกล่าวมีผลทำให้มีอัตราการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟันที่สูง [7] ลดการรักษารากฟันที่ปลูกถ่าย และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

จากการติดตามผล 1 ปีพบว่าผู้ป่วยสามารถใช้งานฟันที่ปลูกถ่ายได้อย่างปกติ (normal function) มีการคงสภาพความสัมพันธ์ของฟันและกระดูกเบ้าฟันที่ดี (healthy tooth-alveolar complex) มีการหายของเอ็นยึดปริทันต์โดยปราศจากการละลายของรากฟัน มีการหายของเหงือกโดยปราศจากร่องลึกปริทันต์ มีการหายของเนื้อเยื่อในและมีการพัฒนาต่อไปของรากฟัน

แต่ก็จำเป็นที่จะต้องติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินภาวะการอยู่รอดของฟันปลูกถ่ายต่อไป โดยมีการศึกษาของ Atala-Acevedo และคณะ [10] พบว่าการปลูกถ่ายฟันที่มีการพัฒนารากฟันไม่สมบูรณ์พบว่ามีอัตราการอยู่รอดร้อยละ 98.21 ที่ระยะเวลาติดตามผลเฉลี่ย 6 ปี 3 เดือน

บทสรุป

การปลูกถ่ายฟันถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าเชื่อถือในการรักษาเพื่อทดแทนตำแหน่งที่สูญเสียฟันบนสันเหงือก โดยฟันปลูกถ่ายที่มีระยะการพัฒนาของปลายรากไม่สมบูรณ์จะมีโอกาสเกิดการหายของเนื้อเยื่อในโพรงฟันที่สูง ซึ่งลดความจำเป็นในการรักษารากฟันหลังการปลูกถ่ายฟัน ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่การปลูกถ่ายฟันที่มีระยะการพัฒนาของปลายรากไม่สมบูรณ์ยังมีข้อจำกัดในเรื่องช่วงอายุของผู้ป่วยที่มีลักษณะของปลายรากฟันที่เหมาะสมกับการรักษาและความร่วมมือของผู้ป่วยในการติดตามผลการรักษาเพื่อสามารถให้การรักษาเพิ่มเติมได้ในกรณีที่พบมีความผิดปกติแม้มีอัตราประสบความสำเร็จของการรักษาที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. Tsukiboshi M. Autotransplantation of teeth: requirements for predictable success. *Dental Traumatology*. 2002;18:157-80.
2. Kim S, Lee SJ, Shin Y, Kim E. Vertical Bone Growth after Autotransplantation of Mature Third Molars: 2 Case Reports with Long-term Follow-up. *J Endod*. 2015;41(8):1371-4.
3. Paulsen HU, Andreasen JO. Eruption of premolars subsequent to autotransplantation. A longitudinal radiographic study. *European Journal of Orthodontics*. 1998;20:45-55.
4. Czochrowska EM, Stenvik A, Bjercke B, Zachrisson BU. Outcome of tooth transplantation: Survival and success rates 17-41 years posttreatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2002;121(2):110-9.
5. Zachrisson BU, Stenvik A, Haanaes HR. Management of missing maxillary anterior teeth with emphasis on autotransplantation. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004;126:284-8.
6. Tsukiboshi M. Autotransplantation of teeth. Japan: Quintessence Publishing Co, Ltd, Tokyo; 2001:57-131,151-167.
7. Andreasen JO, Paulsen HU, Yu Z, Bayer T, Schwartz O. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part II. Tooth survival and pulp healing subsequent to transplantation. *Eur J Orthod*. 1990;12:14-24.
8. ไวกกุล อ. การปลูกถ่ายฟัน: การวางแผนการผ่าตัดและการประเมินผล. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง; 2545:135-153.
9. Andreasen JO, Paulsen HU, Yu Z, Ahlquist R, Bayer T, Schwartz O. A long-term study of 370 autotransplanted premolars. Part I. Surgical procedures and standardized techniques for monitoring healing. *Eur J Orthod*. 1990;12:3-13.
10. Atala-Acevedo C, Abarca J, Martinez-Zapata MJ, Diaz J, Olate S, Zaror C. Success Rate of Autotransplantation of Teeth With an Open Apex: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(1):35-50



กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี



กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

ปีที่ 9 ฉบับที่ 25 มกราคม – เมษายน 2564