

# วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2

[Journal of Medical and Public Health Region 2]



ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2556  
Vol.3 No.1 January - April 2013

ISSN: 2229 - 0117

# วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 เป็นวารสารวิชาการ จัดพิมพ์ฟรีโดย  
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนางานวิชาการระดับเขต
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงาน  
สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ  
การส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

## คณะกรรมการที่ปรึกษา

นายแพทย์จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์	หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์วิทยา ศุภรพันธ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
นายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
นายแพทย์นรินทร์รัชต์ พิชญคามินทร์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
นายแพทย์แสวง หอมนาน	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก
นายแพทย์ทรงวุฒิ หุตามัย	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

## บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี  
หัวหน้ากลุ่มของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

## บรรณาธิการ

นายแพทย์ปวีชา เปรมปรี

## กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ปวีชา เปรมปรี	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร	ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน
นายแพทย์พราน ไพรสุวรรณ	แพทย์หญิงณัฐพร ประกอบ	ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยภิติ
นายประสพ ลิ้มดุลย์	ดร.พรเจริญ บัวพุ่ม	นางสาววิไล วิชาการ
นางสุภาภรณ์ วัฒนารธร	นางฐานิญา แสนศรี	

## ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางสาววิภาศิริ อังประทีป	นายยุทธนา กลิ่นจันทร์	นายณัฐพล ผลามผล
--------------------------	-----------------------	-----------------

## กำหนดออก

ราย 4 เดือน (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

## สำนักงาน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี  
ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธบาท อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120  
โทรศัพท์ 036-239302, 036-239302 โทรสาร 036-239301



## คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เป้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

## หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ, กลุ่มที่ 2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ "บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกพร้อมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในทันที มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

## 2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

### 2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับ ให้อ่านเข้าใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### 2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิธานต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงาน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### 2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

### 2.4 บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมนุกรมและเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

## 2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

## 2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

## 2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

## 2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

## 2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

## 3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

### 3.1 การอ้างอิงบทความจากวารสาร

#### ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์ ; เล่มที่ของวารสาร : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. ในกรณีที่มีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

#### ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257: 640-4.

#### ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

#### ตัวอย่าง

2. อีระ รามสูต, นิวัติ มนต์วีรสวัสดิ์, สุศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของมิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-2.

### 3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

#### ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์.



## ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

## ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์. ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

## ตัวอย่าง

1. ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การติดยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หนะรินสุด, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมธรรมส์; 2533. น. 115-20.

## 4. การส่งต้นฉบับ

การส่งเรื่องลงตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับโดยใช้เอกสารขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวจำนวนไม่เกิน 8 หน้า 1 ชุด หรือ แผ่น CD. พร้อมระบุชื่อ File ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

## 5. การรับเรื่องต้นฉบับ

- 5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ
- 5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
- 5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

## ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



## สารบัญ

## หน้า

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์แรกในวัยรุ่น อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ปี 2555  
(Factors Associated with Teenage Pregnancy, Sankhaburi District, Chainat Province)  
พัลลภ ยอดศิริจินดา 1
2. ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน  
ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง  
(The Relationship between Protection Motivation Theory and Diabetes Self-care Behaviors  
to Protect The Retinopathy Patients with Type 2 Diabetes, Samko District, Angthong Province.)  
ประเสริฐ เสถียรภิกขการชัย 14
3. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด โรงพยาบาลไชโย  
(Treatment of Diabetic Patients with Hypoglycemia at Chaiyo Hospital)  
ทวีโชค โรจนอาร์มกุล 21
4. การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี  
(Coronary Heart Disease Patient Treatment at Nongmuang Hospital )  
มณฑิยา คณาสิทธิ์ 27
5. การเสริมสร้างพลังภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้านจังหวัดชัยนาท  
(A Transformational Leadership Empowerment on Health Behavior  
for Village Health Volunteers in Chainat Province)  
อภิชัย คุณีพงษ์ 36
6. รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสระบุรี  
(A Model of Monks' Holistic Health Care by Community Participation in Saraburi Province)  
ดวงพร อรรถบวรพิศาล 47
7. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกัน  
ควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี  
(Factors Associated with TB Relapse in Area of The Office of Diseases Prevention  
and control 2<sup>nd</sup> Saraburi)  
จาววี สุขประเสริฐ 57

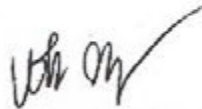


## บรรณาธิการแถลง

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเป็นปีที่ 3 เพื่อเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่

วารสารฉบับนี้มีงานวิจัยจำนวน 7 เรื่อง ประกอบด้วย บัณฑิตที่มีผลต่อการตั้งครรภ์แรกในวัยรุ่น อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ปี 2555 ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโรงพยาบาลไชโย การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี การเสริมสร้างพลังภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดชัยนาท รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสระบุรี บัณฑิตที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ซึ่งแต่ละเรื่องล้วนเป็นเรื่องที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งแก่ผู้ที่มีส่วนทำให้วารสารฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี หากมีข้อเสนอแนะประการใด ผู้จัดทำขอรับไว้ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง



(ดร.นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี)

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์แรกในวัยรุ่น  
อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท ปี 2555  
Factors Associated with First Gestation in Teenage Pregnancy,  
Sankhaburi District, Chainat Province

พัลลภ ยอดศิริจินดา  
โรงพยาบาลสรรคบุรี  
อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท

Punlop Yodsirajinda  
Sankhaburi Hospital  
Sankhaburi District, Chainat Province

### บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการชักนำให้เกิดการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร ผลของการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การดำเนินการควบคุมและป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรในอนาคต โดยทำการศึกษาระียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และหญิงตั้งครรภ์แรก ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาเดียวกัน

การศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า 20 ปี มีอายุที่ตั้งครรภ์แรกเฉลี่ย 17 ปี และมีอายุต่ำสุดที่ 13 ปี 8 เดือน ส่วนกลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีอายุมีอายุที่ตั้งครรภ์แรกเฉลี่ย 24 ปี 8 เดือน ทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ยต่ำกว่า 20 ปี คือ 15.66 ปี และ 19.68 ปี ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่มเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีการคุมกำเนิดในสัดส่วนที่ต่ำ คือ 35 และ 48 เปอร์เซ็นต์ตามลำดับ และ มีความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้องในสัดส่วนที่ต่ำ โดยในกลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า 20 ปี มีการใช้ยาคุมฉุกเฉินที่ถูกต้อง 24 เปอร์เซ็นต์ และ มีการใช้ถุงยางที่ถูกต้อง 54 เปอร์เซ็นต์ ปัจจัยที่พบว่า มีผลส่งเสริมต่อการตั้งครรภ์ขณะที่ อายุน้อยกว่า 20 ปี ได้แก่ มีมารดาที่มีสถานภาพเป็นหม้าย หรือหย่าร้าง มีโอกาสตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี 8.226 เท่า และปัจจัยป้องกันได้แก่ การที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดจาก หน่วยวางแผนครอบครัวโดยตรง การมีความเชื่อเรื่องการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมอาจทำให้ทารกที่เกิดมีระดับสติปัญญาลดลง และความเชื่อเรื่องไม่ยอมรับพฤติกรรมการจับมือ ควางแขน และการโอบไหล่หรือเอวกับแฟนจะทำให้ มีโอกาสตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี 0.080 เท่า 0.260 เท่า และ 0.252 เท่า ตามลำดับ

ในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในอำเภอสรรคบุรี กลุ่มเป้าหมายควรเป็นเด็ก ประถมปลาย และ มัธยมต้น โดยเฉพาะการเฝ้าระวังเด็กในกลุ่มที่ครอบครัวมีการหย่าร้าง เพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจในเรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน และ เน้นการสร้างทัศนคติในเรื่องการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมอาจทำให้ทารกที่เกิดมีระดับสติปัญญาลดลง และส่งเสริมการรักษานวลสงวนตัว ไม่ยอมรับพฤติกรรมการจับมือ ควางแขนและการโอบไหล่หรือเอวกับแฟน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการมีเพศสัมพันธ์ตามมา โดยตัวชี้วัดหลักในความสำเร็จ คือ ยึดเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกให้มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์แรกในวัยรุ่น , การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร



## ความเป็นมา

ปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร เป็นปัญหาที่กำลังได้รับความสนใจกับสังคมในปัจจุบัน และทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี<sup>(1,2,3)</sup> ทางวิชาการ ช่วงอายุที่เหมาะสมแก่การตั้งครรภ์ตามธรรมชาติทางสตรีของร่างกายสตรี คือ ช่วงอายุตั้งแต่ 18 ปี ถึง 25 ปี แต่ช่วงที่ร่างกายของ สตรีสมบูรณ์เหมาะแก่การเจริญพันธุ์มากที่สุด คือ ช่วงอายุระหว่าง 20 ปี ถึง 24 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัย ที่หญิงมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกายสมบูรณ์เต็มที่ มีโชตตกเกือบทุกเดือน จึงมีโอกาส การตั้งครรภ์สูง<sup>(4)</sup>

การมีบุตรในช่วงระยะเวลาที่ไม่พร้อม จะส่งผลให้บุตรที่คลอดออกมา มีสภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ อาจไม่เป็นที่ปรารถนาของพ่อและแม่ และครอบครัว ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโตได้อย่างเหมาะสม สิ่งที่จะตามมาประการสำคัญ ก็คือภาระความรับผิดชอบด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งหากพ่อแม่ยังไม่มีความพร้อม ยังไม่ได้สมรสกัน ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ หรือยังมีภาระต้องเรียนหนังสือ การมีบุตรย่อมเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัว ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม และกลายเป็นปัญหาของชุมชนและสังคมโดยรวมด้วยในที่สุด<sup>(5,6,7)</sup>

สถานการณ์ใน อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชัยนาท พบว่ามีแนวโน้มปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น โดย อัตราตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร ปี 2552 ปี 2553 และ ปี 2554 เท่ากับ 29.66 เปอร์เซ็นต์ 35.15 เปอร์เซ็นต์ และ 32.96 เปอร์เซ็นต์ ตามลำดับ แม้จะมีการทำโครงการต่าง ๆ หลายโครงการ ในหลาย ๆ ปีที่ผ่านมา แต่ไม่สามารถที่จะลดปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรได้ อาจเนื่องจากหน่วยงานอาจแก้ปัญหาไม่ตรงกับสาเหตุหรือปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหา ซึ่งอาจจะมีประเด็นเฉพาะพื้นที่ ซึ่งน่าที่จะมีการศึกษาอย่างจริงจังเพื่อนำมาสู่การวางแผนในการแก้ปัญหา สาธารณสุขที่ได้ประสิทธิภาพ

การศึกษานี้นำเสนอสถานการณ์การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรในพื้นที่ อำเภอสรรคบุรี พร้อมทั้งวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการชักนำให้เกิดสภาวะการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร ในอำเภอ

สรรคบุรี ผลของการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การดำเนินการควบคุมและป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควร ที่มีแนวโน้มของสถานการณ์ที่รุนแรงมากขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังสามารถที่จะลดปัญหาการทำแท้งในวัยรุ่นที่ตามมาในภายหลัง

## วิธีการดำเนินการวิจัย

เนื่องจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรมีอัตราเพิ่มขึ้นในประชากร และในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีเวลาจำกัด เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนในการแก้ปัญหา ปี 2556 ประกอบกับการศึกษานี้ไม่สามารถระบุชี้เฉพาะตัวบุคคลได้เนื่องจากอาจมีผลกระทบทางสังคมและจิตวิทยา จึงได้เลือกศึกษาแบบ Retropective Case-Control studies

ดำเนินการเก็บข้อมูลจาก ผู้มารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสรรคบุรี ในช่วง เดือน พฤษภาคม 2555 ถึง กรกฎาคม 2555 โดยการแจกแบบสอบถาม ข้อมูลและความคิดเห็น ให้แก่หญิงตั้งครรภ์แรก ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ทั้งหมดที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลสรรคบุรีและเลือกกลุ่มควบคุมโดยสุ่มจากหญิงตั้งครรภ์แรก ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป แบบ Simple random sampling ตาม รหัสการให้บริการคลินิกฝากครรภ์จำนวนเท่ากับ จำนวนผู้ที่หญิงตั้งครรภ์แรก ที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และแจกแบบสอบถามข้อมูล และความคิดเห็น โดยให้ให้ผู้ที่ตั้งครรภ์ทำแบบสอบถามเองโดยมีเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษาที่ได้มีการอบรมชี้แจงในการตอบแบบสอบถามเป็นที่เลี้ยง และตรวจสอบความถูกต้อง

ใช้ โปรแกรม Stata version 6 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการกระจาย ตาม บุคคล สถานที่ และ เวลา การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย และ ผลกระทบ โดยออกมาเป็นค่าเปอร์เซ็นต์ ODD's ratio p-value และ 95%CI (95% confidential interval) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายปัจจัยร่วม (Multi Variate Analysis) ใช้ Logistic regression model with Backward Elimination

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ที่ให้ข้อมูลมีจำนวน ทั้งหมด 62 ราย แบ่งเป็นผู้ที่ตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า 20 ปี 34 ราย และ เป็นผู้ที่ตั้งครรภ์ อายุ 20 ปีขึ้นไป 28 ราย โดย

ในกลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า 20 ปี มีอายุเฉลี่ย 17 ปี และมีอายุต่ำสุดที่ 13ปี 8 เดือน ส่วน กลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 20 ปี มีอายุเฉลี่ย 24ปี 8 เดือน รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

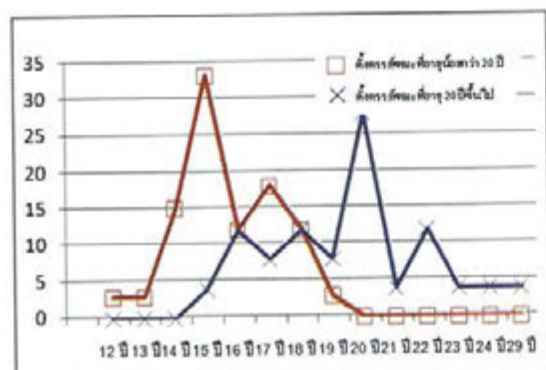
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการกระจายตามกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับอายุเปรียบเทียบกลุ่มศึกษา ได้แก่สตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป

ตัวแปรเรื่องอายุ	ค่าเฉลี่ย(means)		ค่าเบี่ยงเบน(SD)		อายุต่ำสุด		อายุสูงสุด	
	ต่ำกว่า 20 ปี		ต่ำกว่า 20 ปี	ปกติ	ต่ำกว่า 20 ปี	ปกติ	ต่ำกว่า 20 ปี	
อายุคนตั้งครรภ์	17.03	24.74	1.78	3.47	13.75	20.33	20	33.58
อายุบิดา	45.96	53.7	7.28	6.59	33.00	35	65	67
อายุมารดา	43.81	49.26	6.93	5.19	33.00	42	58	63
อายุสามี	20.75	25.96	4.03	4.14	16.00	20	35	34
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	15.66	19.68	1.61	3.03	12.00	15	19	29

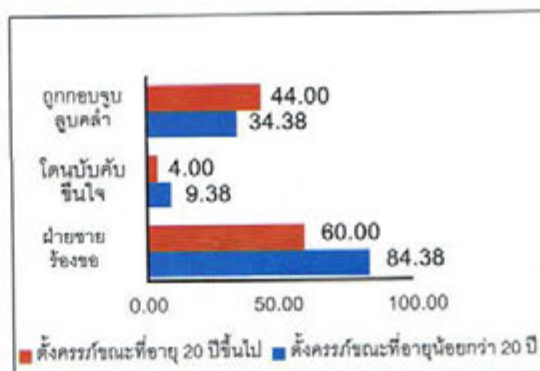
อายุเฉลี่ยของ บิดา มารดา และสามี ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี จะต่ำกว่า ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผลมาจากอายุของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ต่ำกว่าอายุของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ก่อนหน้านั้นสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปีอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เฉลี่ยต่ำกว่า สตรี

ที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป แต่ทั้ง 2 กลุ่มก็ยังมีอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเฉลี่ยต่ำกว่า 20 ปี นอกจากนั้น ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ใช้เวลาประมาณ ไม่ถึง 2 ปีจึงจะมีการตั้งครรภ์แรก แต่ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ใช้เวลาถึง 5 ปี จึงจะมีการตั้งครรภ์แรก

แผนภูมิที่ 1 แสดงสัดส่วนของอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเปรียบเทียบ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป



แผนภูมิที่ 2 แสดงสัดส่วนเหตุการณ์ช่วงที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเปรียบเทียบ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป



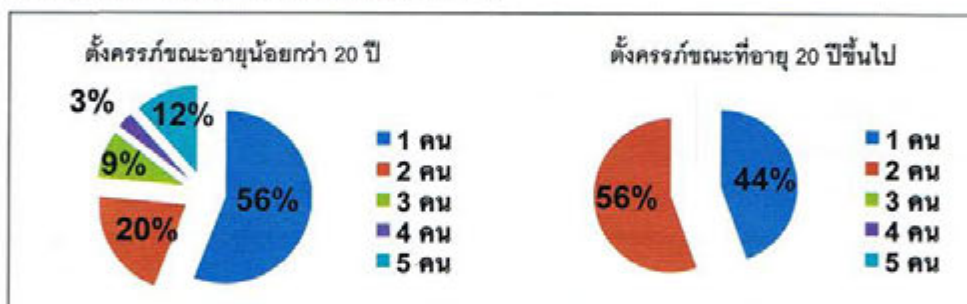


จากแผนภูมิที่ 1 และ 2 ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังต่ำกว่า 20 ปี มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 15 ปี เป็นส่วนใหญ่ ส่วนในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมากกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุประมาณ 20 ปี แต่ก็ยังมีเกือบ 40 เปอร์เซ็นต์ ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อน อายุ 20 ปี โดยเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องเนื่องส่วนใหญ่ว่าจะคล้ายกันทั้ง 2 กลุ่ม คือ ฝ่ายชายร้องขอรองลงมาคือ ถูกกอดจูบลูบคลำ

ในส่วนของการสถานภาพสมรสของบิดา และมารดาของผู้ตั้งครรภ์ ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังน้อยกว่า 20 ปี มีสถานภาพหย่าร้างหรือแยกทางของบิดา (32.35%)และมารดา (35.29%) มีสัดส่วนสูงกว่า ในกลุ่ม สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยัง 20 ปีขึ้นไป

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรม

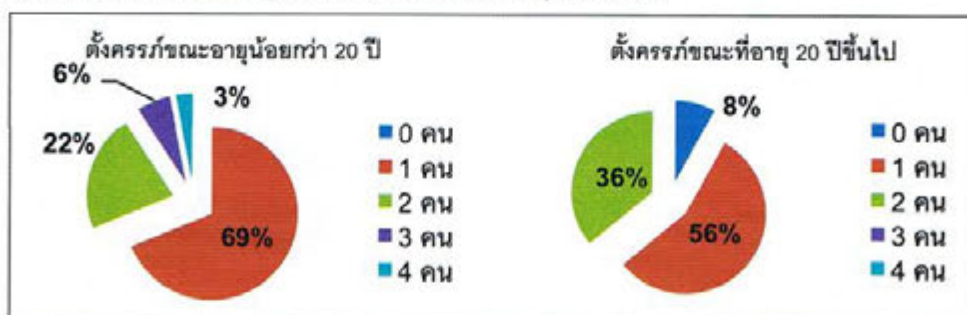
แผนภูมิที่ 3 สัดส่วนของจำนวนแฟนที่เคยมีมาในอดีต เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังน้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังอายุ 20 ปีขึ้นไป



จากแผนภูมิที่ 3 ในกลุ่มผู้ที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังน้อยกว่า 20 ปี พบว่ามี 24 เปอร์เซ็นต์ ที่มีแฟน

มาแล้วตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป แต่ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังอายุ 20 ปีขึ้นไป จะมีแฟนมาแล้วไม่เกิน 2 คน

แผนภูมิที่ 4 สัดส่วนของจำนวนแฟนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาในอดีต เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังน้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังอายุ 20 ปีขึ้นไป



จากแผนภูมิที่ 4 ทั้งกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุ 20 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จะผ่านการมีเพศสัมพันธ์

กับแฟน ตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป แต่จะพบว่ามียู 8 เปอร์เซนต์ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนเลย

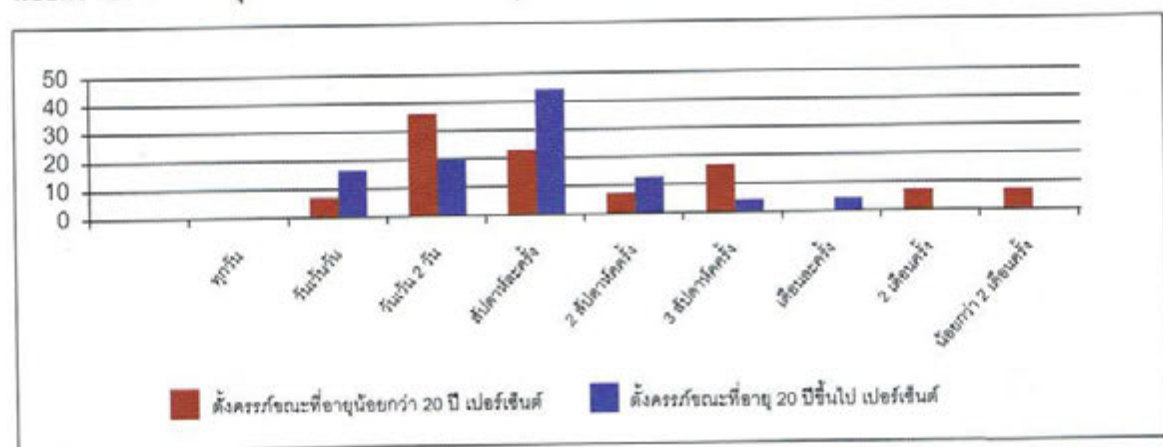
**แผนภูมิที่ 5** สัดส่วนของวิธีการคุมกำเนิดขณะที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุ 20 ปีขึ้นไป



จากแผนภูมิที่ 5 ทั้งกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุ 20 ปีขึ้นไปมากกว่า 75 เปอร์เซนต์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนแต่งงาน นอกจากนี้ยังพบว่าในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีการคุมกำเนิด ต่ำกว่า 75 เปอร์เซนต์คือ 74.19 ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมี

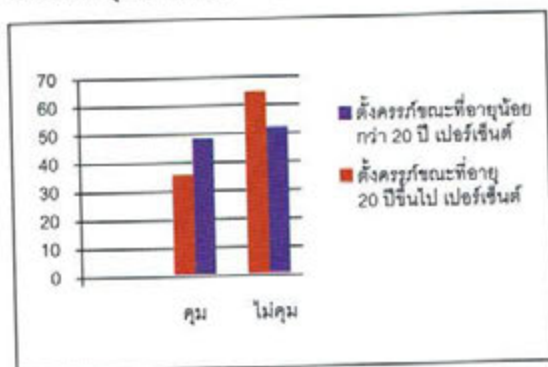
น้อยกว่า 20 ปี และ 57.69 ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุ 20 ปีขึ้นไป วิธีที่ใช้ในการคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มากที่สุดคือยาเม็ดคุมกำเนิดแบบปกติ รองลงมาคือถุงยางอนามัย และ มีอยู่ 5 - 7 เปอร์เซนต์ ที่ใช้การหลังภายนอก โดยไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม

**แผนภูมิที่ 6** สัดส่วนความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันเปรียบเทียบกับ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุ 20 ปีขึ้นไป

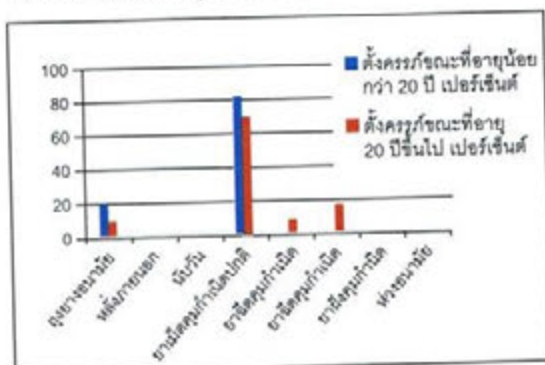




**แผนภูมิที่ 7** เปรียบเทียบสัดส่วนของการคุมกำเนิดในปัจจุบันของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ขณะที่ยังมีอายุน้อยกว่า 20 ปี เปรียบเทียบกับ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป



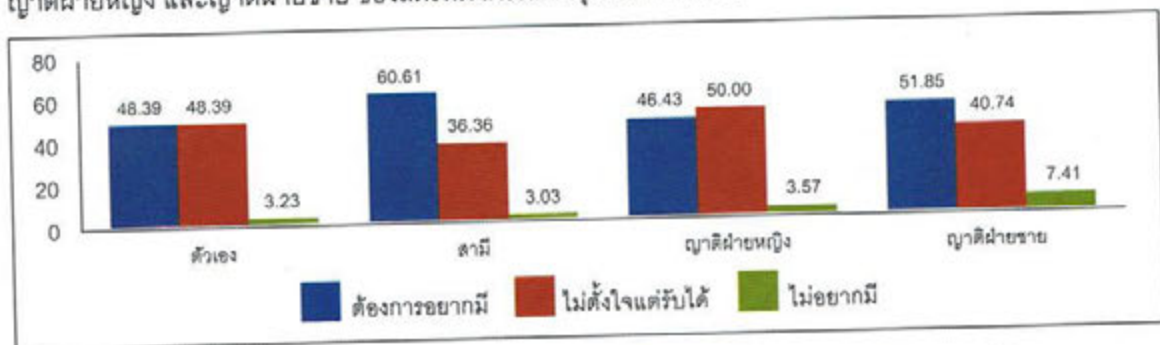
**แผนภูมิที่ 8** เปรียบเทียบสัดส่วนของวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบันของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ขณะที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เปรียบเทียบกับกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป



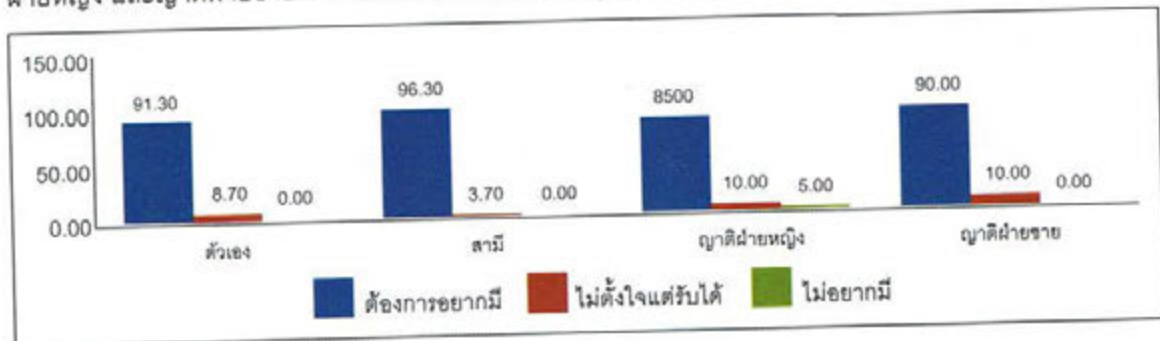
จากแผนภูมิที่ 6, 7 และ 8 พบว่า ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน บ่อยกว่าในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุมากกว่า 20 ปี โดยที่ การคุมกำเนิดในทั้งสองกลุ่มยังไม่ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ และในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์

ขณะที่อายุ ต่ำกว่า 20 ปี จะมีสัดส่วนการคุมกำเนิดที่ต่ำกว่าในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ส่วนวิธีที่ใช้พบว่าทั้งสองกลุ่มเหมือนกันคือส่วนใหญ่เป็นยาเม็ดคุมกำเนิด

**แผนภูมิที่ 9** สัดส่วนของความคาดหวังในการตั้งครรภ์ ของ ผู้ที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี สามี ญาติฝ่ายหญิง และญาติฝ่ายชาย ของสตรีที่ตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี



**แผนภูมิที่ 10** สัดส่วนของความคาดหวังในการตั้งครรภ์ ของผู้ที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป สามี ญาติฝ่ายหญิง และญาติฝ่ายชาย ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป

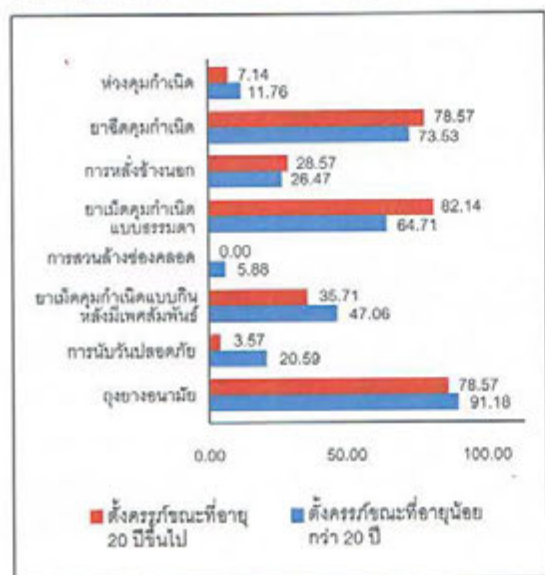


จากแผนภูมิที่ 9 และ 10 พบว่า ผู้ที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20 ปีขึ้นไป สามี ญาติฝ่ายหญิง และญาติฝ่ายชาย ของสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20 ปีขึ้นไป มีความต้องการเด็กในครรภ์ในสัดส่วนที่สูงกว่า 85 เปอร์เซ็นต์ คือ 85 ถึง 96.30 เปอร์เซ็นต์

แต่ในผู้ที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี สามี ญาติฝ่ายหญิง และญาติฝ่ายชายจะมีความต้องการเด็กในครรภ์ในสัดส่วนที่ต่ำกว่ามาก คือ 46.43 ถึง 60.61 เปอร์เซ็นต์

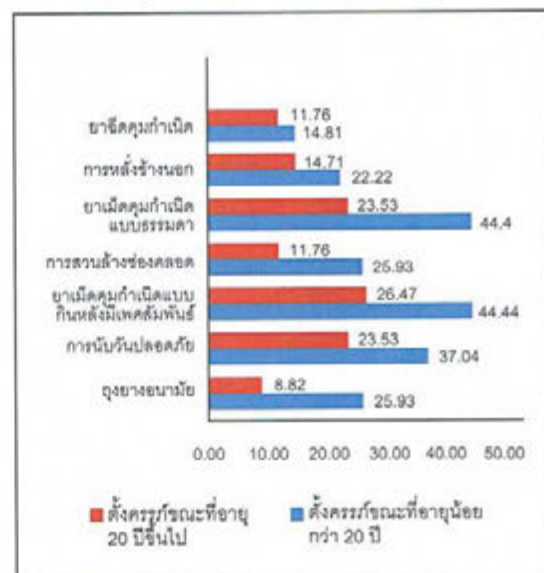
### ส่วนที่ 3 เรื่องความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิด

แผนภูมิที่ 11 วิธีการคุมกำเนิดที่รู้จัก เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป



จากแผนภูมิที่ 11 และ แผนภูมิที่ 12 ทั้งในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไปการคุมกำเนิดที่รู้จักในสัดส่วนที่สูงที่สุดได้แก่ ถุงยางอนามัย รองลงมาคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และ ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบกินหลังมีเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ แต่ก็พบว่า มีเกือบ 30 เปอร์เซ็นต์ที่คิดว่า การหลังข้างนอกเป็นวิธีการคุมกำเนิด ทั้งในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มสตรีที่ตั้ง

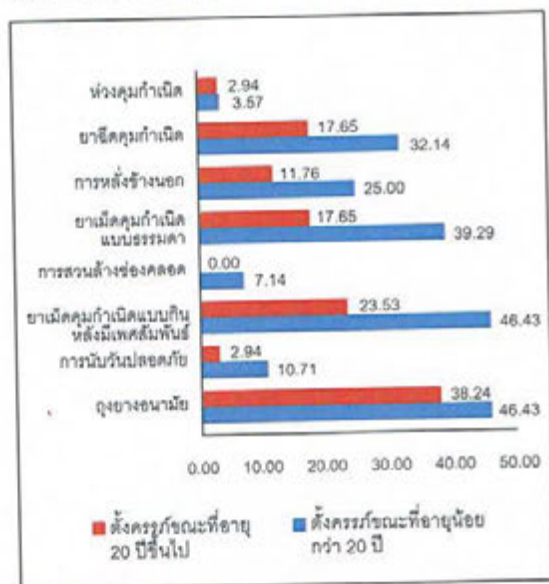
แผนภูมิที่ 12 วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป



ครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป และเมื่อคิดที่จะเลือกใช้ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไปเลือกวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง คือการหลังข้างนอก และการสวนล้างช่องคลอดในสัดส่วนที่ต่ำ คือน้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ แต่เมื่อเทียบกับพบว่า ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีสัดส่วนการเลือกทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ ต่ำกว่า กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป

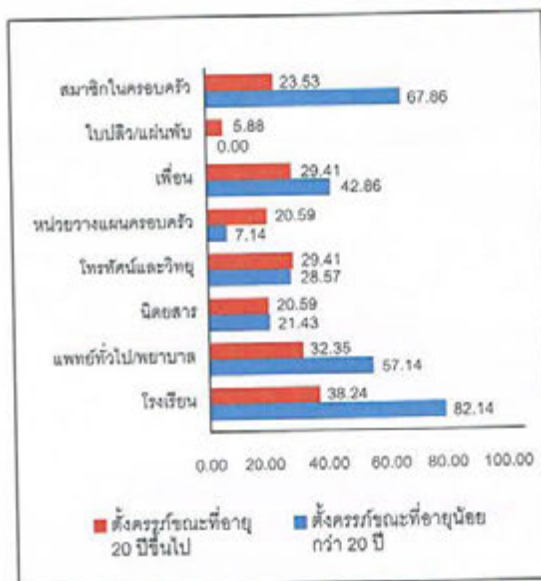


**แผนภูมิที่ 13** วิธีการคุมกำเนิดที่เลือกใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์แบบฉุกเฉิน เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุ 20 ปีขึ้นไป



จากแผนภูมิที่ 13 กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุ 20 ปีขึ้นไปมีการเลือก การใช้ถุงยางอนามัย และ ยาคุมกำเนิดกินหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างต่ำ คือน้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ โดย ทั้งสองวิธีเป็นวิธีการคุมกำเนิดในสถานการณ์ฉุกเฉินที่ถูกต้อง และ เปรียบเทียบกันพบว่าในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุต่ำกว่า 20 ปี มีสัดส่วนการเลือกทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาก่อนหน้านี้ ต่ำกว่ากลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยามากกว่า 20 ปี

**แผนภูมิที่ 14** ช่องทางการได้รับความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิด เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุ 20 ปีขึ้นไป



จากแผนภูมิที่ 14 ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุ 20 ปีขึ้นไปได้รับความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดจากโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ รองมาคือจากสมาชิกในครอบครัว แพทย์ พยาบาล และเพื่อน ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุต่ำกว่า 20 ปี ได้รับความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดจากโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ รองลงมา คือจากแพทย์ พยาบาล เพื่อน และสมาชิกในครอบครัว ตามลำดับในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

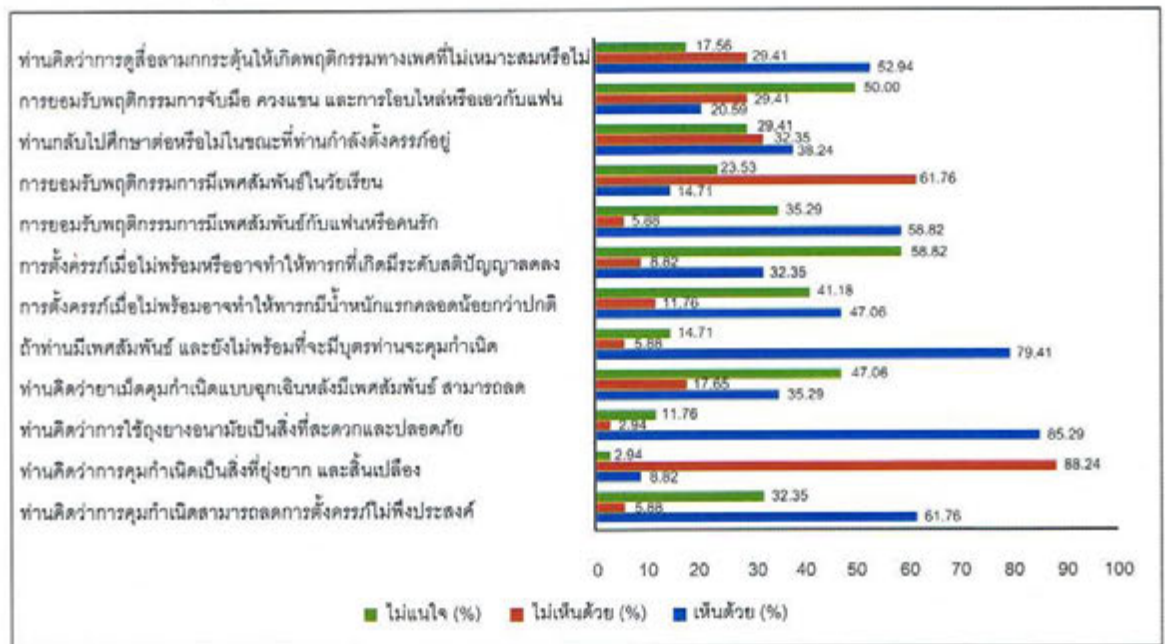
**ตารางที่ 2** แสดงความรู้เรื่องการคุมกำเนิด เปรียบเทียบในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุต่ำกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุ 20 ปีขึ้นไปปกติ

ความรู้ในการคุมกำเนิด	สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุต่ำกว่า 20 ปี		สตรีที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยาอายุ 20 ปีขึ้นไป	
	เปอร์เซ็นต์ ถูกต้อง	เปอร์เซ็นต์ ไม่ถูกต้อง	เปอร์เซ็นต์ ถูกต้อง	เปอร์เซ็นต์ ไม่ถูกต้อง
การใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน	24.24	75.76	28.57	67.86
การใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบกินหลังมีเพศสัมพันธ์	0	100	3.57	96.43
การใช้ถุงยางอนามัย	54.55	48.48	42.86	57.14
การนับวันปลอดภัย	6.06	93.94	3.57	96.43

จากตารางที่ 2 พบว่า ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่ยุ่่น้อยกว่า 20 ปี และ กลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่ยุ่่น 20 ปีขึ้นไปมีความรู้ในการใช้ถุงยาง อนามัยที่ถูกต้อง ในสัดส่วนที่ปานกลาง คือมากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ มีความรู้ในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

แบบกินหลังมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่ต่ำ คือน้อยกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ แต่มีความรู้ในการใช้การนับวัน ปลอดภัย และ ความรู้ในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด แบบธรรมดาที่ถูกต้อง ในสัดส่วนที่ต่ำมาก คือน้อยกว่า 10 เปอร์เซ็นต์

**แผนภูมิที่ 15** สัดส่วนการยอมรับทัศนคติเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จำแนกตามข้อคำถาม ในกลุ่มสตรี ที่ตั้งครรภ์ขณะที่ยุ่่น้อยกว่า 20 ปี



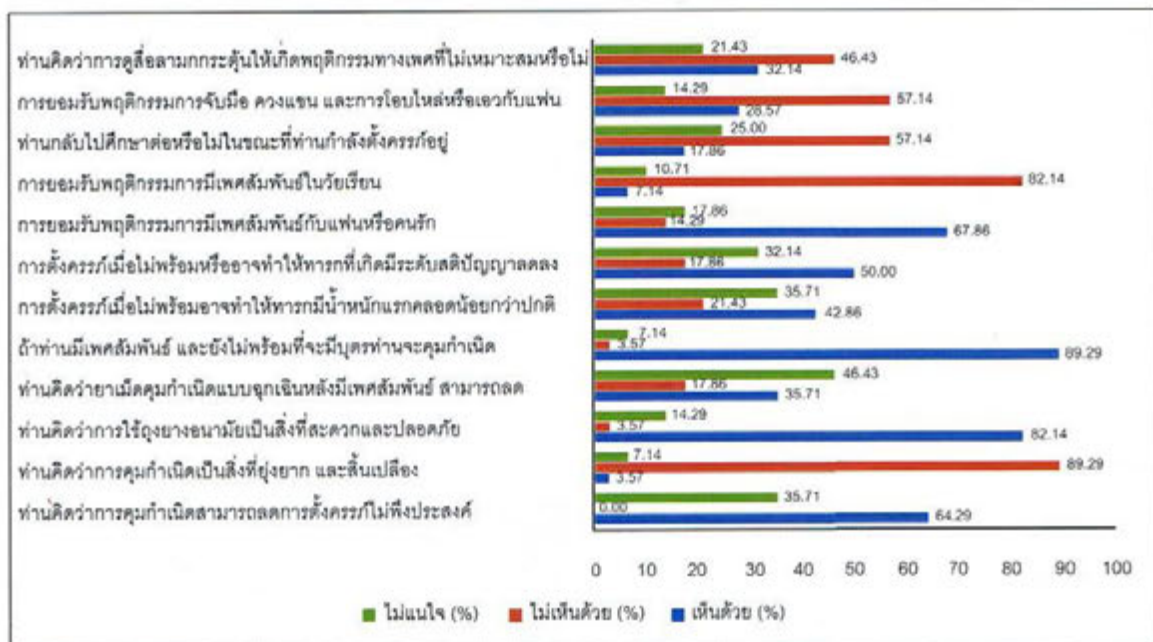
จากแผนภูมิที่ 15 ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ ขณะที่ยุ่่น้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับ เรื่องการคุมกำเนิดสามารถลดการตั้งครรภ์ไม่พึง ประสงค์และลดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ถ้ามี เพศสัมพันธ์ และยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรจะคุมกำเนิด แต่ยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือ คนรัก การดูสื่อลามกกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทาง เพศที่ไม่เหมาะสม และ การใช้ถุงยางอนามัยเป็น สิ่งที่สะดวกและปลอดภัย

ไม่เห็นด้วยในประเด็นที่ว่า การคุมกำเนิดเป็น สิ่งที่ยุ่งยากและสิ้นเปลือง และการยอมรับพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

นอกจากนั้นยังไม่แน่ใจในเรื่อง ผลกระทบ ของการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การยอมรับพฤติกรรม การจับมือ ควางแขน และการโอบไหล่หรือเอวกับ แฟน และ ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินกินหลังมีเพศ สัมพันธ์ สามารถลดการตั้งครรภ์ได้



**แผนภูมิที่ 16** สัดส่วนการยอมรับทัศนคติเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จำแนกตามข้อความ ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20 ปีขึ้นไป



จากแผนภูมิที่ 16 ในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ขณะอายุ 20 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ เห็นด้วยกับเรื่อง การคุมกำเนิดสามารถลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และลดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ถ้ามีเพศสัมพันธ์ และยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรจะคุมกำเนิดยอมรับพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก การใช้ถุงยางอนามัยเป็นสิ่งที่สะดวกและปลอดภัย และผลกระทบของการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

ไม่เห็นด้วยกับเรื่อง การคุมกำเนิดเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก สิ้นเปลือง และการยอมรับพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน การดูสื่อลามกกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม กลับไปศึกษาต่อ ในขณะที่ท่านกำลังตั้งครรภ์อยู่ การยอมรับพฤติกรรม การจับมือ ควางแขน และการโอบไหล่หรือเอวกับแฟน

นอกจากนั้นยังไม่แน่ใจในเรื่อง ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินกินหลังมีเพศสัมพันธ์ สามารถลดการตั้งครรภ์ได้

case	Odds Ratio	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]
msta_mom	8.226279	7.172253	2.417	0.016	1.489586 45.42985
k148	3.183493	2.102272	1.754	0.08	0.872567 11.61472
at_a10	3.381542	2.506238	1.644	0.1	0.7911244 14.45389
at_a12	2.510089	1.640982	1.408	0.159	0.6969671 9.039947
order_n2	0.2052544	0.1403061	-2.317	0.021	0.053757 0.7836996
k145	0.0802526	0.0831665	-2.434	0.015	0.0105281 0.6117406
at_a7	0.2600445	0.1755751	-1.995	0.046	0.0692372 0.9766885
at_b11	0.252428	0.1664132	-2.088	0.037	0.0693399 0.9189506
fm_li0	0.2608143	0.1819115	-1.927	0.054	0.0664721 1.023348

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์อย่างละเอียด พบปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ผู้ที่มีมารดาที่มีสถานภาพเป็นหม้าย หรือหย่าร้าง มีโอกาสตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี 8.226 เท่า ของผู้ที่ไม่ม่ปัจจัยดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญแต่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงนี้คือ การที่บิดาและมารดาอยู่ด้วยกัน (ตัวแปร fm\_li0) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนปัจจัยป้องกันพบว่า การเป็นลูกคนที่ 1 (ตัวแปร Order\_n2) โอกาสตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี 0.205 เท่า ของผู้ที่ไม่ม่ปัจจัยเรื่องนี้ อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการ ที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ ในเรื่องการคุมกำเนิดจาก หน่วยวางแผนครอบครัวโดยตรง (ตัวแปร K145) มีโอกาสตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี 0.08 เท่า ของผู้ที่ไม่ม่ปัจจัยเรื่องนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนในเรื่องทัศนคติ ความเชื่อเรื่องการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมอาจทำให้ทารกที่เกิดมีระดับสติปัญญาลดลง(ตัวแปร At\_a7) และความเชื่อเรื่องไม่ยอมรับพฤติกรรมการจับมือ คางแขนและการโอบไหล่หรือเอวกับแฟน(ตัวแปร At\_b11) มีโอกาสตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี 0.260 เท่า และ 0.252 เท่า ของผู้ที่ไม่ม่ปัจจัยเรื่องนี้ ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา**

จากการผลการศึกษาดังกล่าวพบว่ากลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหา ได้มีการปรับเปลี่ยน จากกลุ่มมัธยมปลายมาเป็นในกลุ่มมัธยมต้นและประถมปลาย ในกลุ่มนี้ ถ้าในอำเภอสรรคบุรี มีการดำเนินการในเรื่องของครอบครัวเข้มแข็ง สามารถลดสถานะการหย่าร้างในครอบครัวดำเนินการเฝ้าระวังเด็กในกลุ่มที่ครอบครัวมีการหย่าร้าง เพิ่มเติมความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินที่ถูกต้อง และเน้นการสร้างทัศนคติ ในเรื่องการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมอาจทำให้ทารกที่เกิดมีระดับสติปัญญาลดลง และส่งเสริมการรักษานวลสงวนตัว ไม่ยอมรับพฤติกรรมการจับมือ คางแขน และการโอบไหล่หรือเอวกับแฟน ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการมีเพศสัมพันธ์ตามมาจะช่วยลดการตั้งครรภ์ ในหญิงที่อายุน้อยกว่า 20 ปีได้

ตัวชี้วัดหลักในความสำเร็จ คือ ยืดอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกให้เลยผ่านอายุ 17 ปี ก็จะช่วยลดการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ในอำเภอสรรคบุรี ลงได้กว่า 70 เปอร์เซ็นต์

เนื่องจากในการศึกษานี้ พบว่า ในกลุ่มที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี มีระยะห่างโดยเฉลี่ยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการตั้งครรภ์แรกประมาณ 2 ปี (หมายเหตุ: โดยเมื่อรวมกับส่วน



เบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าเฉลี่ยทั้ง 2 ค่าก็จะเกิน 20 ปี)

นอกจากนั้นในผู้ที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี สามี ญาติฝ่ายหญิง และญาติฝ่ายชาย ของสตรี ที่ตั้งครรภ์ขณะที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการเด็กในครรภ์ ทำให้อาจจะทำให้เกิดปัญหาในการดูแลเอาใจใส่เด็กที่จะเกิดตามมาในอนาคตได้รวมถึงอาจจะนำไปสู่การทำแท้งได้จึงต้องมีการดูแลและสร้างความเข้าใจในเรื่องการตั้งครรภ์ต่อ และการดูแลการตั้งครรภ์ จากเจ้าหน้าที่ และคนรอบข้างอย่างใกล้ชิดในกลุ่มนี้ต่อไป

#### ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะในการศึกษา

การศึกษานี้จำเพาะเจาะจงกับอำเภอสรรคบุรี เท่านั้นไม่สามารถที่จะนำไปใช้ในภาพรวมของจังหวัด หรือเป็นตัวแทนของสถานที่อื่นได้ มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อการแก้ปัญหาในอำเภอสรรคบุรี แต่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษาภาพรวมของจังหวัดชัยนาท ได้ในอนาคต กลุ่มประชากรในการศึกษา ยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มที่ตั้งครรภ์แล้วไปทำแท้งเถื่อน หรือไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนซึ่งมีจำนวนไม่มาก โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชนมักจะเป็นผู้ที่อายุครรภ์ ขณะที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งไม่มีผลต่อการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา มีจำนวนน้อย อาจทำให้บางปัจจัยที่ศึกษาไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าหากมีการเพิ่มขนาดของตัวอย่างอาจพบความสัมพันธ์ในเชิงสถิติได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา และงบประมาณจึงได้กำหนดช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลค่อนข้างน้อย จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างน้อย

ในการศึกษานี้ข้อคำถามมีมาก ใช้เวลาในการถามมากเกินไป ถ้าหากนำไปใช้ในการศึกษาระดับจังหวัดอาจต้องปรับปรุงให้กระชับตัดคำถามบางประเด็นที่มีความเกี่ยวข้องกับน้อยออกและชักจูงชี้แจงทำความเข้าใจในการสัมภาษณ์ให้มากกว่าในการศึกษานี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. เบญจพร ปัญญาียง. การทบทวนความรู้ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
2. Watcharasseranee N, Pinchantra P, Piyawan S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. J Med Assoc Thai. 2006; 89(suppl 4): s118-23.
3. Ingkathawornwong T, Kritcharoen S, Pol-in K, Charoonsak Y. Risk behaviour from sexual activity in female adolescents at vocational school. Songkla Med J 2007;25(6):511-20.
4. จันทราเจณณวาสนิน อายุของมารดานั้น สำคัญไฉน" นิตยสารใกล้หมอ ปีที่ 22 ฉบับที่ 1 พฤศจิกายน 2541.
5. Koravisarach E, Chairaj S, Tosang K, et al. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. J Med Assoc Thai. 2010; 93(1): 1-8.
6. Prasitlumkum M. Risk of low birth weight and adverse pregnancy outcomes in adolescent pregnancies at Chainat hospital. Thai J ObstetGynaecol. April 2009; 17: 93-7.
7. พีระยุทธ สานุกุล, เพ็ญจิตต์ ธารไพโรสานนท์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. Thai Pharm Health Sci J. 2008; 3(1): 97-102.

**Abstract**

This research aimed to determine causes and factors that contribute to teenage pregnancy. The study compares factors between group of teenage pregnancy and group of more than 20 years old pregnancy.

Teenage mothers get first time pregnant at average age of 17 years old with youngest age of 13 years old while more than 20 years old mothers get first time pregnant at average age around 24 years old. Both groups have sexual intercourse experiences since teenage at 15.66 years and 19.68 years. Both groups have low contraception rate at 35% and 48%. The Knowleges about birth control in teenage groups is low. Only 24% can use post-coital pill correctly and 54% can use condom correctly. Risk factor for teenage pregnancy is their mother marriage status; widow or divorce with RR of 8.226. Protective factors are receiving knowledge about birth control directly from family planning staff (RR 0.080), the believing that teenage pregnancy may cause dull offspring (RR 0.260), and the believing that physical contact with boyfriend is inappropriated manner (RR 0.252).

The results revealed target groups are school children of grade 4 to grade 9 or teenages of equal age. The key method to reduce teenage pregnancy are focus on surveillance for children from single parent family, teaching about appropriated birth control, expecially post-coital contraception, focus on promotion of the attitude that teenage pregnancy can cause dull offspring and attitude that physical contact is appropriated manner. The key indicator is to delay the first sexual intercourse.

**Keywords:** *Factor Associated to First Gestation in Teenager, Teenage pregnancy*



ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน  
ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง  
The Relationship between Protection Motivation Theory and Diabetes Self-care Behaviors to Protect  
The Retinopathy Patients with Type 2 Diabetes, Samko District, Anghong Province.

ประเสริฐ เสถียรกิจการชัย  
โรงพยาบาลสามโก้  
อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

Prasert Sathienkijakarnchai  
Samko Hospital  
Samko District, Anghong Province

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตาโดยใช้กล้องถ่ายภาพจอประสาทตา (Fundus camera) จำนวน 228 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 1 - 16 ตุลาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 56 - 65 ปี การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.017$ )

ข้อเสนอแนะบุคลากรรณรงค์สุขภาพควรประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในโปรแกรมดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรง และความเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา รวมถึงการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2, พฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

### บทนำ

เบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การประเมินภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ ข้อมูลจากการศึกษาของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554<sup>(1)</sup> ศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2549-2553) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะจอประสาทตาดำมืดปกติจากเบาหวาน ร้อยละ 23.71, 26.20, 26.73, 26.40 และ 25.55 ตามลำดับจากการศึกษาของสุรพงศ์ ออประยูร และคณะ<sup>(2)</sup> อนุพจน์ สมภพสกุล

และคณะ<sup>(3)</sup> และศุจดาว ศุภจิตกุลชัย<sup>(4)</sup> พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา คือ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จังหวัดอ่างทอง พบความชุกของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 23.6<sup>(5)</sup> โดยอำเภอสามโก้ พบผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 40.62 ซึ่งเป็นเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะแรก ร้อยละ 37.34 และเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง ร้อยละ 3.28 ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสูญเสียการมองเห็น การคัดกรองและการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดการสูญเสียการมองเห็นของผู้ป่วยได้

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา จำนวน 15 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกเฉย ๆ ไม่ได้ตกใจ หรือรู้สึกกลัวแม้เบาหวานจะขึ้นจอประสาทตาระยะแรกแล้วก็ตาม ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่มี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ รับประทานอาหารหวานหรือผลไม้ทุกวัน ต้มนมแม่เปรี้ยว ต้มเครื่องต้มยำกำลัง ด้านการออกกำลังกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ มีเพียง 4 รายที่ไม่สามารถรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากลืมรับประทานยาและตั้งใจไม่รับประทานยา

จากข้อมูลสนทนากลุ่มข้างต้นทำให้ทราบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาดำ รวมทั้งไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้สอดคล้องกับการป้องกันตนเองจากภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้ และจากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์<sup>(6)</sup> ที่เชื่อว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความคาดหวังในผลดีของการ

ปฏิบัติและเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา โรงพยาบาลสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง

## วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสามโก้ จังหวัดอ่างทอง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คือ ต้องเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยไม่ต้องกระเจกที่มองไม่เห็นจอประสาทตาทั้ง 2 ข้าง และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ตามผลการถ่ายภาพจอประสาทตา คือ 1. กลุ่มปกติ 2. กลุ่มเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะแรก และ 3. กลุ่มเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายของ Daniel<sup>(7)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 ราย ขั้นตอนที่ 3 คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วน (Proportional to size) ของแต่ละกลุ่มตามผลการตรวจคัดกรองจอประสาทตา และเพิ่มขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มอีก 5 % เพราะอาจมีแบบสัมภาษณ์ที่ไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มจอประสาทตาปกติ 139 ราย กลุ่มเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะแรก 87 ราย และกลุ่มเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง 9 ราย



## วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผลการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ซึ่งผลการตรวจคัดกรองจอประสาทตาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเบาหวานยังไม่ขึ้นจอประสาทตา จำนวน 326 ราย กลุ่มเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะแรก จำนวน 205 ราย และกลุ่มเบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง จำนวน 18 ราย
2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Ronald W. Rogers

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 6 ส่วน
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 ข้อ
  - ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 8 ข้อ
  - ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 8 ข้อ
  - ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 16 ข้อ
  - ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 17 ข้อ
  - ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน 13 ข้อ

## วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) และค่าไค-สแควร์ (chi-square test)

## ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.7) มีอายุอยู่ในช่วง 56 - 60 ปี ร้อยละ 21.9 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.2) รองลงมาเป็นหม้าย (ร้อยละ 15.4) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 77.6 มีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 43.0 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 3,001-6,000 บาท ร้อยละ 28.1 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ระหว่าง 5-10 ปี (ร้อยละ 50.4) ระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 7.36 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นอกจากเป็นโรคเบาหวานแล้วยังมีโรคร่วมอื่นถึงร้อยละ 86.4 และโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูงถึงร้อยละ 41.6 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 37.7 ส่วนการรับรู้ผลการตรวจจอประสาทตาของผู้ป่วย พบว่า รับรู้เบาหวานยังไม่ขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 63.1 เบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะแรก ร้อยละ 2.9 เบาหวานขึ้นจอประสาทตาระยะรุนแรง ร้อยละ 1.8 ไม่ทราบผลการตรวจจอประสาทตา ร้อยละ 9.2 รับรู้ผลการตรวจจอประสาทตาถูกต้อง ร้อยละ 78.1 ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 21.9
2. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา  
ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระดับค่อนข้างต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.05$ ) และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (n=228)

แรงจูงใจในการป้องกันโรค	พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	
	r	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	0.258	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	0.239	<0.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	0.130	0.05
การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	0.559	<0.001

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ผลการวิเคราะห์พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.017$ ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (n=228)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	
	r	p-value
อายุ	0.157	0.017

ส่วนตัวแปรเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรค รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน การมีโรคร่วม ผลการถ่ายภาพจอประสาทตา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ( $p>0.05$ ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (n=228)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	
	$X^2$	p-value
เพศ	1.304	0.521
สถานภาพสมรส	5.834	0.054
ระดับการศึกษา	2.384	0.304
อาชีพ	4.282	0.369
รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน	2.991	0.224
ระยะเวลาการเป็นโรค	0.007	0.997
การมีโรคร่วม	2.415	0.299
การรับรู้ผลการถ่ายภาพจอประสาทตา	11.517	0.051



## วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาพบว่า

**การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา** มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ ทวีพย์สมบูรณ์<sup>(8)</sup> ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ แซ่เตี๋ย<sup>(9)</sup> ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

**การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา** พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูง จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ ทวีพย์สมบูรณ์<sup>(8)</sup> ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

**ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา** พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.05$ ) แสดงว่าผู้ป่วย

เบาหวานที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของไมยรา เศรษฐมาศ<sup>(10)</sup> และลักษณะ ทวีพย์สมบูรณ์<sup>(8)</sup> ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา** พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) แสดงว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของมนตรีวิลาไชยแขวง<sup>(11)</sup> ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิจิตรา ทูลมาลา<sup>(12)</sup> ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสุขภาพควรประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในโปรแกรมดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการ เพื่อสร้างการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา รวมถึงการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และควรทำการศึกษาต่อโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.ทัศนีย์ รวีวรกุล ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข ร.ศ.ธราดล เก่งการพานิช ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ร.ศ.ดุสิต สุจิราวัฒน์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล และ พ.ญ.ปณิตดา เจนเจริญ อายุรแพทย์โรงพยาบาลพิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ที่ได้กรุณาให้การปรึกษา คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย และขอขอบคุณ นางสาววิรัตน์ เวลาดี นางสุกัญญา สุชีรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และนางสาวสุวภัทร คำโตนด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลสามโก้ ที่ให้ความร่วมมือในการวางแผนและดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ชุดโครงการวิจัยภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.

2. สุรพงศ์ ออประยูร, พิชาญ เมฆรัตน์วรากุล, มยุรี นิชกุล, ดาริน ยุวเลิศวานิช, เพ็ญจิต ม่านมุงศิลป์, ชไมพร ทวีขศรี และคณะ. ความชุกของโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดลำพูน (อินเตอร์เน็ต). 2552 [เข้าถึงเมื่อ 2555 กรกฎาคม 19]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.researchers.in.th/blogs/posts/2182>.

3. อนุพจน์ สมภพสกุล, ยุพเยาว์ เอื้ออารยาภรณ์, พนม สุขจันทร์, ปวีศิ หะย็อามะ, ฟาติละห์ เจ๊ะสนิ, กรชนก ตั้งภาคล และคณะ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสงขลา. มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2555; 4:29-43.

4. ดุจดาว ศุภจิตกุลชัย. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน(อินเตอร์เน็ต). 2548 [เข้าถึงเมื่อ 2555 กรกฎาคม 3]. เข้าถึงได้จาก: <http://hsc.buu.ac.th/hsc2/index.php/academic/research>.

5. งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. สรุปผลการดำเนินงานโครงการบูรณาการสร้างสุขภาพดีวิถีไทย ลดภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(โรคเบาหวาน) ปีงบประมาณ 2555.

6. Boer, H. & Seydel, E.R. Protection Motivation Theory. Predicting Health Behavior. 1998. 98-107.

7. Daniel, W.W. Biostatistics: a foundation for analysis in the health science. ใน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม และวสันต์ ศิลปสุวรรณ,บรรณาธิการ. วิจัยในงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: วิทยุการปก; 2538.น.175.

8. ลักษณะ ทรัพย์สมบูรณ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษา)).กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์,2551.

9. สมใจ แซ่เตีย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษา)). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2549.

10. ไมยรา เศรษฐมาต. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2552.

11. มนต์ริษาไชยแจ่ม.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุศึกษา)). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2548.

12. พิจิตรา ทูลมาลา. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลราชวิถี (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551.



**Abstract**

This is a descriptive study to examine association between perceptions of the Protection Motivation Theory and diabetic retinopathy prevention behaviors among 228 patients with type 2 diabetes in Samko District, Anghong Province, who had Fundus examination recorded. Data collection had been done between October 1<sup>st</sup> -16<sup>th</sup> 2012, Data analysis was performed by using percentage, mean, standard deviation, Chi-square and Spearman's rank correlation coefficient. The results reveal that majority of the sample was women , age 56 - 65 years old. All perceptions of the Protection Motivation Theory have positively associated with the diabetic retinopathy prevention behaviors ( $p<0.05$ ). In addition, age was the only one demographic data, which has a significant association with the target behaviors ( $p=0.017$ )

Recommendation is that Health personal could apply the Protection Motivation Theory to create a program raising perceived risk and severity from diabetic retinopathy and raising diabetic retinopathy prevention behaviors for patients with type 2 diabetes.

**Keywords:** *Type 2 diabetes, Diabetic Retinopathy Prevention Behavior, Protection Motivation Theory,*

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด โรงพยาบาลไชโย  
Treatment of Diabetic Patients with Hypoglycemia at Chaiyo Hospital

ทวีโชค โรจนอรัมภ์กุล  
โรงพยาบาลไชโย  
อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง

Taweechook Rojchanaarumkul  
Chaiyo Hospital  
Chaiyo District, Angthong province

**บทคัดย่อ**

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง ใช้นโยบายการดำเนินงานตาม แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554 ศึกษาผู้ป่วย จำนวน 22 ราย ที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเนื่องจากมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 30 กันยายน 2555 ผู้ป่วยร้อยละ 81.82 มีอายุมากกว่า 60 ปี ทุกรายมีโรคร่วม โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95.46 ได้รับการรักษาเบาหวานโดยยากกลุ่ม sulfonylurea ร่วมกับ Biguanide ร้อยละ 50.00 หลังการดำเนินงานตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554 พบว่า อัตราเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเนื่องจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.00 เป็น ร้อยละ 8.59 แต่อัตราการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำเนื่องจากภาวะดังกล่าวลดลงจากร้อยละ 6.25 เป็น ศูนย์พบว่าสาเหตุการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อยกว่า ปกติ ร้อยละ 59.09

**คำสำคัญ :** ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด, โรคเบาหวาน, โรงพยาบาลไชโย, แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับ โรคเบาหวาน

**บทนำ**

โรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญนั้นมีโรคเบาหวานอยู่ในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย โดยผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 เรื่องเบาหวาน พบความชุกของโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.0 ในชาย และ 7.7 ในหญิง (1)

ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานนั้นทางโรงพยาบาลไชโยปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2554 (2)

สำหรับในพื้นที่อำเภอไชโย จากจำนวนประชากรประมาณ 22,000 คน มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้น

ทะเบียนปี 2553, 2554, 2555 จำนวน 857, 933, 1,300 รายตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล จำนวน 193, 320 ราย ในปีงบประมาณ 2553, 2554 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าในปี 2553, 2554 มีผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 14, 16 รายตามลำดับ และมีการกลับมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน (Readmission) จำนวน 1, 1 ราย ในปี 2553, 2554 ตามลำดับ

โดยโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญภาวะหนึ่งคือ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด



โดยมีความสำคัญทางคลินิก<sup>(2)</sup> คือ

- ทำให้เกิดอาการไม่สบายซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตจากภาวะสมองขาดกลูโคส หรือโรคหัวใจและหลอดเลือด

- การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในแต่ละครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดซ้ำ การเกิดซ้ำมักเป็นภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดระดับรุนแรง และภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโดยไม่มีอาการเตือน ซึ่งเป็นอันตราย

- การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อย ทำให้รบกวนการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน

- การเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเป็นอุปสรรคที่แพทย์และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมเบาหวานอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน เนื่องจากเกรงอันตรายจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

จากความสำคัญของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่มีต่อผู้ป่วยเบาหวานดังกล่าว ทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลไซโย จึงประชุมค้นหาสาเหตุ และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประสบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดตามแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวานที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลไซโย จังหวัดอ่างทอง

### วิธีการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลไซโย จังหวัดอ่างทอง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2555 จำนวน 22 ราย โดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกาย รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ตามขั้นตอน ดังนี้

1. ประชุมวางแผนการดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ

2. นำเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด มาทบทวน

3. วางแผนสืบค้นปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน

4. กำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

5. ให้ความรู้เพิ่มเติม ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด โดยทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

6. ดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ทุกราย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2555

7. สรุปผลเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดทั้งหมด และผู้ป่วยเบาหวานที่กลับมาได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดก่อนและหลังดำเนินโครงการ

### ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ไซโย ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2555 มีผู้เข้ารับรักษาตัวทั้งหมด 22 ราย ข้อมูลผู้ป่วยมีรายละเอียด ดังนี้

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ ในเลือด

	ข้อมูล	ราย	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	31.82
	หญิง	15	68.18
อายุ (ปี)	40-60	4	18.18
	มากกว่า 60	18	81.82
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	20	90.91
	มัธยมศึกษา	2	9.09

จากตาราง 1 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.18 อายุที่พบภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 81.82 ระดับการศึกษา

พบว่าส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.91

ตาราง 2 โรคร่วมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

โรคร่วม	จำนวน	ร้อยละ
1. ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	6	27.27
2. ความดันโลหิตสูง	5	22.73
3. ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ	5	22.73
4. ความดันโลหิตสูงและโรคไต	5	22.73
5. ไขมันในเลือดสูง	1	4.54

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยทุกราย โดยพบว่ามีความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงร่วมมากที่สุดถึงร้อยละ 27.27 แต่ถ้ามองเป็น

รายโรคมี 21 ราย ที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยหรือมากถึงร้อยละ 95.46

ตาราง 3 ชนิดการรักษาและชนิดของยาของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

ชนิดของการรักษาและชนิดของยา	จำนวน	ร้อยละ
<b>ชนิดของการรักษา</b>		
ยารับประทาน	15	68.18
ยาฉีด	4	18.18
ยาฉีดและยารับประทาน	3	13.64
<b>ชนิดของยา</b>		
Sulfonylurea และ Biguanide	11	50.00
Insulin	4	18.18
Sulfonylurea และ Biguanide และ Insulin	3	13.64
Sulfonylurea	2	9.09
Biguanide	2	9.09

จากตาราง 3 พบว่าผู้ป่วยก่อนเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดส่วนใหญ่ได้รับการรักษา โดยให้ยารับประทาน

ร้อยละ 68.18 ชนิดของยาที่ใช้รักษาเบาหวานเป็นยา sulfonylurea และ biguanide มากที่สุด ร้อยละ 50



ตาราง 4 การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

ประเภทของการรับการรักษา	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ
	2553	2554	2555
1. ผู้ป่วยเบาหวานรับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ราย)	193	320	256
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (ราย)	14	16	22
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลต่ำในเลือดเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล	7.25	5.00	8.59
4. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด (ราย)	1	1	0
5. ร้อยละของผู้ป่วย ที่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด	7.14	6.25	0

จากตาราง 4 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลดลงจากปี 2554 , 2555 คือ 320 ,256 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดเพิ่มขึ้นจาก 16 รายในปีงบประมาณ 2554 เป็น 22 รายในปีงบประมาณ 2555 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานน้ำตาลต่ำในเลือดเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 5.00 ในปีงบประมาณ 2554 เป็น 8.59 ในปีงบประมาณ

2555จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดที่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดลดลงจาก 1 ราย ในปีงบประมาณ 2554 เป็น 0 ราย ในปีงบประมาณ 2555 ร้อยละของผู้ป่วย ที่กลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด เทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่รับไว้ในโรงพยาบาล ด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดลดลงจาก 6.25 ในปีงบประมาณ 2554 เป็น 0 ในปีงบประมาณ 2555

ตาราง 5 สาเหตุการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด

สาเหตุ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ	13	59.09
2. ได้รับยาแต่ไม่รับประทานอาหารหลังได้รับยา	4	18.18
3. ใช้ยาเกินแผนการรักษา	3	13.64
4. ถ่ายอุจจาระเหลว	2	9.09

จากตาราง 5 พบว่าการรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติเป็นสาเหตุส่วนมากของผู้ป่วยเบาหวาน

ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดโดยสูงถึงร้อยละ 59.09

## วิจารณ์

สืบเนื่องจากความสำคัญของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่กล่าวมาแล้วในเบื้องต้นในการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะดังกล่าวในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลไซโย โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 81.82 โดยในกลุ่มผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมถอยของระบบประสาท มีความจำ สายตาที่บกพร่องไป มีความเสื่อมถอยของระบบย่อยอาหาร อาจมีผลทำให้เกิดทั้งปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ เรืองศรี<sup>(3)</sup> ที่พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดมักพบในผู้สูงอายุ

ในด้านชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของโรงพยาบาลไซโยได้รับ พบยากกลุ่ม sulfonylurea ร่วมกับ Biguanide มากที่สุด คือร้อยละ 50.00 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ เรืองศรี<sup>(3)</sup> แต่แตกต่างจากการศึกษาของ วราลี อภินิเวศ<sup>(4)</sup> ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ยา sulfonylurea ซึ่งผลการศึกษาที่พบดังกล่าว น่าจะมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานมานานจึงจำเป็นต้องได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหนึ่งชนิด แต่เนื่องจากโรงพยาบาลไซโยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีชนิดของยาให้เลือกใช้จำกัด ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยเบาหวานจึงมักเป็นยาสองชนิดดังกล่าวเป็นส่วนใหญ่

ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ประสบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานที่ปฏิบัติในโรงพยาบาลไซโย จังหวัดอ่างทอง ทำให้การรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจาก 16 รายในปีงบประมาณ 2554 เป็น 22 ราย ในปีงบประมาณ 2555 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ วัลลภ เกิดนวล<sup>(5)</sup> พบว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในลดลง แต่อัตราการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ เนื่องจาก

ภาวะดังกล่าวลดลง ร้อยละ 6.25 เป็นศูนย์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลภ เกิดนวล<sup>(5)</sup> คาดว่าเป็นผลมาจากกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยเบาหวานมักได้รับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีว่าควรปฏิบัติตนเช่นใด แต่อาจขาดความรู้ในการประเมินตนเองและเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด แต่หลังจากถูกปรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้จากทีมสหวิชาชีพ ทำให้ปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น จึงทำให้การกลับมาเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำลง

การศึกษานี้พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด คือ ร้อยละ 59.09 เกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นพรัตน์ เรืองศรี<sup>(3)</sup> ปัจจัยดังกล่าวทำให้ร่างกายได้รับน้ำตาลลดน้อยลง ในขณะที่ได้รับยาตามปกติ ทำให้ น้ำตาลต่ำในเลือดซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ปัจจัยอื่นที่พบ ได้แก่ ความเสี่ยงด้านการบริหารยา คือ การไม่รับประทานยาหลังได้รับยาและการใช้ยาเกินแผนการรักษา

## สรุป

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554 ในโรงพยาบาลไซโยที่รักษาด้วย sulfonylurea และ/หรือ biguanide และ/หรือ insulin สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดได้ และจากการศึกษานี้พบสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ในผู้ป่วย 22 รายนี้คือรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ ได้รับยาแต่ไม่รับประทานยาหลังได้รับยา ใช้ยาเกินแผนการรักษา การถ่ายอุจจาระเหลว



## เอกสารอ้างอิง

1) วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2553.

2) แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2554. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.

3) นพรัตน์ เรืองศรี. การศึกษาการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาล

พิจิตร. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร 2551; 133-141

4) วราลี อภินิเวศ. การศึกษาสาเหตุของภาวะน้ำตาลต่ำ ณ ห้องฉุกเฉิน รพ.ภูมิพลอดุลยเดช พอ. นบอ. แพทยสารทหารอากาศ 54; 3 (กันยายน-ธันวาคม 2551): 1-10

5) วัลลภ เกิดนวล. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานภาวะเลือดพร่องน้ำตาลโรงพยาบาลพูนศิริ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2551; 2: 596-603

**Abstract ;** Chaiyo Hospital implemented the standard procedure for diabetes care from The National Health Security Office's Clinical Practice Guideline for Diabetes<sup>1st</sup> edition 2011. This study focuses on diabetes complication of hypoglycemia among 22 inpatients that admitted during period from 1<sup>st</sup> October 2011 to 30<sup>th</sup> September 2012 at Chaiyo Hospital. 81.82 % of the patients are elders with age of above 60 years old. All of the patients have coincided disease that the dominated one is Hypertension of 95.46 %. Common drugs regimen is sulfonylurea combine with biguanide of 50.00 % . The outcome of year long practice resulted increasing of admission rate of diabetes complication of hypoglycemia patients from 5.00 % to 8.59% but strikingly decreases rate of readmission from 6.25 % to zero Other finding from the study reveals the prominent cause of hypoglycemia is due to poor intake of 59.09 %.

**Keywords.:** hypoglycemia , diabetes mellitus , Chaiyo Hospital.

การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลหนองม่วง  
อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี  
Coronary Heart Disease Patients Treatment at Nongmuang Hospital  
Lopburi Province

มณฑิเยร คณาสวัสดิ์  
โรงพยาบาลหนองม่วง  
อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี

Montien Kanasawadse  
Nongmuang Hospital  
Nongmuang District, Lopburi Province

**บทคัดย่อ**

โรงพยาบาลหนองม่วง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดลพบุรี ได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลปิยะเวท ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน จัดทำโครงการโรคหัวใจสัจจร โดยจัดตั้งคลินิกโรคหัวใจสัจจร นำแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจพร้อมด้วยทีมบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจและวินิจฉัยมาให้บริการตรวจรักษาและติดตามผู้ป่วยที่เข้าคลินิกโรคหัวใจสัจจร ณ โรงพยาบาลหนองม่วง เป็นการสนองความต้องการให้ผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลทางด้านโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างทั่วถึงและสามารถได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยในเขตพื้นที่อำเภอหนองม่วง จากการดำเนินงานระหว่างเดือนมีนาคม 2553 ถึง พฤษภาคม 2555 พบผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งสิ้นจำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 84.06 ของจำนวนผู้ที่มียาการเข้าได้ที่ส่งพบแพทย์ทั้งหมด 364 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการกับคลินิกโรคหัวใจสัจจร ร้อยละ 57.84 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.94 มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 3.27 มีอายุระหว่าง 30 ถึง 40 ปี ร้อยละ 77.45 มีโรคประจำตัวเดิมเป็นความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน หรือเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 78.10 จำเป็นต้องรับการบำบัดการเพื่อการวินิจฉัยหรือเพื่อการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง จากการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจพบผู้ป่วยด้วยโรค Ischemic Heart Diseases มากที่สุดร้อยละ 30.06 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในอำเภอหนองม่วงเท่ากับ 797 รายต่อประชากร 100,000 คน พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับ Class 3 และ Class 4 ตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Classification ร้อยละ 51.95

ผลจากการดำเนินโครงการนอกจากประโยชน์โดยตรงที่ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพแล้วยังช่วยให้ทราบข้อมูลด้านระบาดวิทยาของกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจที่มีประโยชน์ต่อการประเมินสถานการณ์และวางแผนการจัดการทรัพยากรเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องนี้ต่อไปในอนาคต

**คำสำคัญ :** โรคหลอดเลือดหัวใจ, การรักษา, คลินิกเฉพาะโรค



## บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชากรไทย และเป็นโรคที่คุกคามสุขภาพของประชากรโลกเป็นต้นเหตุที่ก่ออันตรายต่อชีวิตและประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างสูงในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ ตั้งแต่เริ่มพบว่าเป็นโรคจนกระทั่งเสียชีวิต<sup>(1)</sup> ในปัจจุบันพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจมีอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกในทุกประเทศโดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งรวมถึงประเทศไทย<sup>(1,2)</sup>

โรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้ว่าจะไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมโรคได้ถ้าได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้องและดูแลตัวเองให้มีสุขภาพที่ดี<sup>(1)</sup> โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่พบได้บ่อยและมีความรุนแรงได้แก่ ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการปวดเค้นหัวใจ อาการเจ็บแน่นหน้าอก<sup>(1,3)</sup> ปัญหาหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตทั้งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทย การตรวจคลื่นหัวใจเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอและพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ จะช่วยรักษาอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ รวมทั้งถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องก็จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม<sup>(4,5)</sup>

## โรคหัวใจที่พบบ่อย

**โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease; IHD)** คือ หลอดเลือดหัวใจแขนงใดแขนงหนึ่งมีการตีบตันทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดอาการเจ็บที่หน้าอกและอ่อนแรง ในระยะเริ่มต้นหลอดเลือดหัวใจจะมีอาการตีบตัวเพียงชั่วคราวกล้ามเนื้อหัวใจจะขาดเลือดไปเลี้ยงเพียงชั่วคราวจะเกิดเป็นอาการเจ็บปวดที่หน้าอกเพียงระยะสั้น ๆ ยังไม่เป็นอันตรายต่อชีวิต<sup>(2)</sup>

**โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction; Acute MI)** คือ ภาวะที่ลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและตายในที่สุด<sup>(2,3)</sup>

**ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure)** หรือเรียกว่า ภาวะหัวใจวาย คือภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการในขณะพัก หรือเมื่อต้องการออกกำลังกาย เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของโรคหัวใจทุกชนิด และยังเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆอีกหลายโรค<sup>(3)</sup>

**หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation)** คือ ภาวะใดๆ ที่เกิดความผิดปกติขึ้นในการนำไฟฟ้าของหัวใจ หัวใจอาจเต้นเร็วกว่าปกติ (Tachycardia) หรือช้ากว่าปกติ (Bradycardia) อาจมีจังหวะสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอก็ได้ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต ทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดและเสียชีวิตได้ทันที ชนิดอื่นซึ่งไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตนั้นอาจทำให้เกิดความรู้สึกใจสั่น หรือไม่สบายตัวเล็กน้อย ความรู้สึกใจสั่นนี้อาจเกิดจากภาวะหัวใจเต้นแผ่วระรัวไม่ว่าจะเป็นห้องบนหรือห้องล่าง หรือการนำสัญญาณไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ หรือภาวะอื่นๆ และบางชนิดอาจไม่มีอาการใดๆ เลย แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด<sup>(2)</sup>

ปัญหาหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญประการหนึ่งในผู้ป่วยและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้อง แพทย์จะสามารถให้การรักษาได้ทัน ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจให้อยู่ได้อย่างมีความสุข<sup>(6,7,8)</sup>

โรงพยาบาลหนองม่วง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ห่างจาก อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ประมาณ 50 กิโลเมตร ให้การดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มให้บริการแยกเป็นคลินิกเฉพาะโรคตั้งแต่ปี 2545 มีคลินิกเบาหวานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง คลินิกความดันโลหิตสูงสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ไม่มีคลินิกโรคหัวใจโดยเฉพาะ ซึ่งจากการให้บริการที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วย

ที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจกับแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจน้อยมาก

ในปี 2553 โรงพยาบาลหนองม่วงประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลปิยะเวท ได้จัดทำโครงการโรคหัวใจสัจจรขึ้น ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลปิยะเวท แต่พบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปพบแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจเพื่อรับการตรวจหรือรับการรักษาต่อเนื่องได้ เนื่องจากความไม่สะดวกในการเดินทาง จึงได้ติดต่อประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนรถรับส่งผู้ป่วยเพื่อเดินทางเข้ารับการตรวจรักษา และจัดแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจมาให้บริการตรวจรักษาและติดตามผู้ป่วยที่เข้าคลินิกโรคหัวใจ ณ โรงพยาบาลหนองม่วงโดยมีทีมบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจและวินิจฉัยมาให้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหนองม่วง เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ที่แพทย์สงสัยและตรวจติดตามผู้ป่วยที่แพทย์นัด ซึ่งทางโรงพยาบาลหนองม่วงได้ดำเนินกิจกรรมโครงการโรคหัวใจสัจจรขึ้น โดยคัดผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและมีอาการเข้าได้กับโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 364 ราย ส่งพบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 306 รายที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ หลังจากนั้นได้ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง การประสานงานขอรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลที่มีความพร้อม และการประสานงานขอความร่วมมือจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถชดเชยข้อด้อยของโรงพยาบาลชุมชนไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจให้สามารถให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) จำแนกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยมุ่งศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มเจาะจง คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ที่แพทย์รับเข้าคลินิกโรคหัวใจสัจจรระหว่างเดือนมีนาคม 2553 ถึง พฤษภาคม 2555 จำนวน 306 ราย โดยผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกโรคหัวใจสัจจร จะได้รับการตรวจติดตามจากแพทย์เฉพาะทางหัวใจทุกรายเป็นระยะตามแผนการรักษา

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่แพทย์รับเข้าคลินิกโรคหัวใจสัจจร โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม 2553 ถึง พฤษภาคม 2555 จำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 84.06 จากจำนวนผู้ที่มีอาการเข้าได้ซึ่งส่งพบแพทย์ทั้งหมด 364 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.84 กลุ่มอายุที่พบมากอยู่ในช่วง 61-70 ปี และ 71-80 ปี รวมกันเป็นร้อยละ 59.81 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ตารางที่ 1) โรคประจำตัวเดิมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.60 (ตารางที่ 2) หน้ดถการเพื่อการวินิจฉัยที่ได้ทำมากที่สุด คือ การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiography) ร้อยละ 51.96 หน้ดถการเพื่อการรักษาที่ได้ทำมากที่สุด คือ การถายขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention) ร้อยละ 19.93 (ตารางที่ 3) การวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจที่พบมากที่สุด คือ Ischemic Heart Diseases ร้อยละ 30.07 (ตารางที่ 4) ระดับความรุนแรงก่อนเข้าคลินิกโรคหัวใจสัจจรที่พบมากที่สุด คือ รุนแรงระดับ class 3 ร้อยละ 28.43 (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับบริการในคลินิกโรคหัวใจสัจจร จำแนกตามกลุ่มอายุ และเพศของผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี เดือนมีนาคม 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม 2555

กลุ่มอายุ (ปี)	จำนวน (ราย)			ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
30 - 40	3	7	10	0.98	2.29	3.27
41 - 50	16	15	31	5.23	4.90	10.13
51 - 60	24	38	62	7.84	12.42	20.26
61 - 70	45	48	93	14.71	15.69	30.40
71 - 80	37	53	90	12.09	17.32	29.41
> 80	4	16	20	1.31	5.22	6.53
<b>รวม</b>	<b>129</b>	<b>177</b>	<b>306</b>	<b>42.16</b>	<b>57.84</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่พบในพื้นที่ อำเภอหนองม่วง เป็นผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย คือ ร้อยละ 57.84 ต่อ 42.16 และ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่พบในพื้นที่อำเภอหนองม่วง ส่วนมากอยู่ใน

กลุ่มอายุระหว่าง 61- 70 ปี ร้อยละ 30.40 รองลงมาคือ กลุ่มอายุและ 71-80 ปี ร้อยละ 29.41 ส่วนผู้ป่วยโรคหัวใจที่พบน้อยที่สุดคือผู้ป่วยกลุ่มอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 3.27

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับบริการในคลินิกโรคหัวใจสัจจร จำแนกตามโรคประจำตัว ที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี เดือน มีนาคม 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม 2555

โรคประจำตัวเดิม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Hypertension	164	53.59
Diabetic mellitus	19	6.21
Chronic renal failure	2	0.65
Asthma	1	0.33
Epilepsy	1	0.33
Thyroid	1	0.33
Hypertension with Diabetic mellitus	54	17.65
No underlying	64	20.91
<b>รวม</b>	<b>306</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจในพื้นที่ อำเภอหนองม่วงเมื่อจำแนกตามโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคความดัน

โลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 53.60 และความดันโลหิตสูงร่วมกับเบาหวาน ร้อยละ 17.65 พบ ร้อยละ 20.92 ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจอย่างเดียว

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับบริการในคลินิกโรคหัวใจสัจจร จำแนกตามการได้รับการทำหัตถการของผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี เดือนมีนาคม 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม 2555

ประเภทหัตถการ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>หัตถการเพื่อการรักษา</b>	75	24.51
- Percutaneous Coronary Intervention	61	19.93
- Coronary Artery Bypass Grafting	7	2.29
- Pacemaker Implantation	7	2.29
<b>หัตถการเพื่อการวินิจฉัย</b>	164	53.59
- Coronary Angiography	159	51.96
- Renal Angiography	5	1.63
<b>ไม่ได้ทำหัตถการใดๆ</b>	67	21.90
<b>รวม</b>	<b>306</b>	<b>100.00</b>

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการวินิจฉัยจากโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจจากผู้ป่วยจำนวน 306 ราย ได้รับการทำหัตถการเฉพาะเพื่อการวินิจฉัยโดยไม่ได้ทำหัตถการเพื่อการรักษามากที่สุด คือ การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiography) ร้อยละ 51.96 ของผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนการทำหัตถการเพื่อการรักษาประกอบด้วย การถ่างขยาย

หลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneous Coronary Intervention) ร้อยละ 19.93 การผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Grafting) ร้อยละ 2.29 และการใส่เครื่องกำหนดการเต้นของหัวใจ (Pacemaker Implantation) ร้อยละ 2.29 และร้อยละ 21.90 ไม่ได้รับการทำหัตถการใดๆ



ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับบริการในคลินิกโรคหัวใจสัจจร จำแนกตามผลการวินิจฉัย โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี เดือนมีนาคม 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม 2555

โรคประจำตัวเดิม	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Ischemic Heart Diseases (I24, I25)	92	30.06
Atrial Fibrillation (I48)	53	17.32
Unstable Angina (I20.0)	48	15.69
Mitral Regurgitation, Mitral Stenosis (I05, I34)	31	10.13
Myocardial Infarction (I21, I22, I23)	28	9.15
Angina Pectoris (I20.1, I20.8, I20.9)	24	7.84
Bradycardia (R00.1)	13	4.25
Trachycardia (R00.0)	10	3.27
Congestive Heart Failure (I50.0)	7	2.29
รวม	306	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจได้รับการวินิจฉัยจากโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจจากผู้ป่วยจำนวน 306 ราย จำแนกตามผลการวินิจฉัยตามรหัสของ บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ได้ 9 กลุ่ม พบผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น Ischemic Heart Diseases (รหัส I24 และ I25)

มากที่สุดร้อยละ 30.06 รองลงมาคือ Atrial Fibrillation (รหัส I48) ร้อยละ 17.32 ส่วนน้อยที่สุดคือวินิจฉัยเป็น Congestive Heart Failure (I50.0) ร้อยละ 2.29 และพบร้อยละ 10.13 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้สัมพันธ์กับปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจโดยตรง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับบริการในคลินิกโรคหัวใจสัจจร จำแนกตามระดับความรุนแรงก่อนเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี เดือนมีนาคม 2553 ถึง เดือนพฤษภาคม 2555

ระดับความรุนแรง ตาม New York Heart Association Classification	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Class 1	84	27.45
Class 2	63	20.60
Class 3	87	28.43
Class 4	72	23.52

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยโรคหัวใจจำแนกตามระดับความรุนแรง ตาม New York Heart Association Classification ก่อนเข้ารับบริการในคลินิกโรคหัวใจสัจจร ที่พบมากที่สุดคือผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ

class 3 ร้อยละ 28.43 รองลงมาคือความรุนแรงระดับ class 1 และ class 4 ร้อยละ 27.45 และ 23.52 ตามลำดับ ส่วนระดับความรุนแรงที่พบน้อยที่สุดคือ class 2 ร้อยละ 20.60

## อภิปราย

การจัดตั้งคลินิกโรคหัวใจสำงจร เป็นการสนองความต้องการให้ผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทสามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลทางด้านโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างทั่วถึง และสามารถได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจากคณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยในเขตพื้นที่อำเภอหนองม่วง จากการดำเนินงานระหว่างเดือนมีนาคม 2553 ถึง พฤษภาคม 2555 มีผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งสิ้นจำนวน 306 คน คิดเป็นร้อยละ 84.06 ของจำนวนผู้ที่มีอาการเข้าได้ที่ส่งพบแพทย์ทั้งหมด 364 คน

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศหญิง ร้อยละ 57.84 ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มที่พบทั่วไปในประเทศอื่นๆ<sup>(9)</sup> ทั้งนี้อาจมีผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยแฝงอื่นๆ เช่น เพศหญิงมีค่าอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวกว่าเพศชาย และกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมของอวัยวะ ซึ่งอุบัติการณ์จะสูงขึ้นตามอายุของกลุ่มประชากรซึ่งพบในการศึกษานี้ว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ในช่วง 61 - 70 ปี ร้อยละ 30.40 และ 71 - 80 ปี ร้อยละ 29.41 โดยผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปรวมร้อยละ 65.94 ของผู้ป่วยทั้งหมด และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงสี่เท่า ขณะที่พบผู้ป่วยที่มีอายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 3.27 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการดำเนินการที่สามารถคัดกรองพบผู้ป่วยแต่เนิ่นๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมายระยะ 10 ปีที่ต้องการให้อายุคาดเฉลี่ยของประชาชนไทย ไม่น้อยกว่า 80 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชาชนไทย ไม่น้อยกว่า 72 ปี ตามวิสัยทัศน์ "ภายในทศวรรษต่อไปคนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้นเพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน" ของกระทรวงสาธารณสุข<sup>(10)</sup> โรคประจำตัวเดิมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 53.60 (ตารางที่ 2) แต่เมื่อพิจารณากลุ่มโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง คือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวานรวมกันแล้ว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเดิมเป็น

ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน หรือเป็นทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีถึงร้อยละ 77.45 ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการป่วยด้วยโรคหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนมากมีโรคประจำตัวเดิม คือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน<sup>(11, 12)</sup>

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 78.10 จำเป็นต้องรับการบำบัดการเพื่อการวินิจฉัยหรือเพื่อการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง (ตารางที่ 3) ซึ่งข้อมูลนี้น่าจะเป็นประโยชน์ในกรณีที่จะขยายขนาดโครงการในการให้บริการ ซึ่งต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องในการวางแผนการจัดการทรัพยากรสำหรับการตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และการรักษา ให้อยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม<sup>(13)</sup>

ส่วนการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ (ตารางที่ 4) ในรายละเอียดพบว่าผลการวินิจฉัยโดยแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ จากผู้ป่วยจำนวน 306 ราย จำแนกตามผลการวินิจฉัย ตามรหัสของบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) ได้ 9 กลุ่ม พบผู้ป่วยที่วินิจฉัยเป็น Ischemic Heart Diseases (รหัส I24 และ I25) มากที่สุดร้อยละ 30.06 รองลงมาคือ Atrial Fibrillation (รหัส I48) ร้อยละ 17.32 ส่วนน้อยที่สุดคือวินิจฉัยเป็น Congestive Heart Failure (I50.0) ร้อยละ 2.29 และพบร้อยละ 10.13 ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่ไม่ได้สัมพันธ์กับปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจโดยตรง แต่มีผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Bradycardia (รหัส R00.1) และ Tachycardia (รหัส R00.0) รวมกันอีกร้อยละ 7.52 อาการดังกล่าวเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามการวินิจฉัยของแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจแล้ว อัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในอำเภอหนองม่วงจะเท่ากับ 797 รายต่อประชากร 100,000 คน แต่ในการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในระดับจังหวัดจะไม่รวมข้อมูลในส่วนกลุ่มรหัส R แต่แม้จะมีปัญหาเรื่องโครงสร้างของข้อมูลที่จัดเก็บ แต่ยังสามารถเปรียบเทียบ เฉพาะข้อมูลในกลุ่มรหัสโรค I20 ถึง I25 ได้ ซึ่งพบว่า อัตราความชุก



ของอำเภอหนองม่วงจะเท่ากับ 557 รายต่อประชากร 100,000 คน ขณะที่อัตราความชุกของจังหวัดลพบุรีจะเท่ากับ 425 รายต่อประชากร 100,000 คน ในขณะที่ข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณว่ามีอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 8 คือ ไม่ต่ำกว่า 8,000 รายต่อประชากร 100,000 คน<sup>(14)</sup> ดังนั้นจึงควรปรับปรุงการจัดเก็บข้อมูลสถานการณ์ด้านโรคหลอดเลือดหัวใจให้สอดคล้องและสามารถรองรับกับการวินิจฉัยของแพทย์เฉพาะทางซึ่งเป็นผู้ดำเนินการทางคลินิก ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลด้านสถานการณ์โรคมีความถูกต้องมากขึ้น

ส่วนความรุนแรงก่อนเข้าคลินิกโรคหัวใจ ผู้ป่วยที่พบ (ตารางที่ 5) พบมากที่สุดคือผู้ป่วยที่มีความรุนแรงระดับ class 3 ร้อยละ 28.43 แต่เมื่อพิจารณาความรุนแรงระดับ class 3 และระดับ class 4 รวมกันแล้วมากกว่าครึ่ง คือ ร้อยละ 51.95 ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ด้านการจัดการดูแลสุขภาพของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอาจต้องการการปรับปรุงสภาพที่พักอาศัยให้เชื่อมต่อสมรรถภาพทางกายที่ลดลง

โดยภาพรวมพบว่าผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงส่วนใหญ่จะพบว่าเป็นผู้ป่วยเพศหญิง และในกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีความเกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งจากการวิจัยการรักษาก่อนผู้ป่วยที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลหนองม่วงทำให้ทราบถึงกลุ่มเป้าหมายของประชาชนที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรงได้อย่างชัดเจน และสามารถนำผลการวิจัยมาดำเนินการวางแผนเพื่อป้องกันและสามารถดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วทันเวลา ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีสุขภาพดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยที่ทำการวิจัยกับกลุ่มประชากรในพื้นที่เขตชนบท ซึ่งอาจจะมีปัจจัยเสี่ยงหลาย ๆ ปัจจัยที่แตกต่างกับพื้นที่ในเขตเมือง ซึ่งจะต้อง

จำแนกออกให้ได้ถึงความแตกต่างระหว่างพื้นที่เขตชนบทและพื้นที่เขตเมือง เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้จะได้งานวิจัยที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ อย่างแพร่หลายทุกสภาพบริบทของพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลหลายอย่างที่ปรากฏในการศึกษานี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานและแนวทางสำหรับการดำเนินงานบริการรักษาพยาบาลด้านโรคหลอดเลือดหัวใจได้ในหลายประเด็น ได้แก่ ประโยชน์ของการคัดกรองที่สามารถค้นหาพบผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอายุน้อย ลักษณะทางระบาดวิทยาของกลุ่มผู้ป่วย ทั้งปัจจัยด้านบุคคลโรคที่เกิดร่วมระดับความรุนแรงของโรค ข้อมูลด้านความต้องการทรัพยากรเพื่อการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาทางหลอดเลือดหัวใจอย่างมีคุณภาพทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการดูแลในองค์กรวม รวมถึงแนวทางในการปรับปรุงระบบการรวบรวมข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์โรค เพื่อปรับปรุงบริการด้านสาธารณสุขให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยตรงต่อประชาชน

### เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ สุคนธธรรม. Essential Cardiology Review. เชียงใหม่: ทริคิงค์; 2550.
2. อภิชาติ สุคนธธรรม. Practice Guidelines in Cardiology. เชียงใหม่: ทริคิงค์; 2549.
3. อภิชาติ สุคนธธรรม. Selected Topics in Cardiac Emergency. เชียงใหม่: ไอแอมเออร์ทีในเซอร์แอ็ดเวอร์ทีฟ; 2549.
4. Marcus M. The Coronary Circulation in Health and Disease. New York: McGraw-Hill; 1983.
5. Vermani R, Burke A. Pathology of myocardial ischemia, infarction, reperfusion and sudden death. In: Fuster V et al., editors. Hurst's the heart. 11<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2004.
6. Hasdai D, Topol E, Califf M, Berger P, Holmes D. Cardiogenic shock complicating acute coronary syndromes. Lancet. 2000; 356: 749-56.

7. Carabello A, Gazes P. Cardiology pearls. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Hanley & Belfus; 2001.
8. Patel T, Bavry A, Kumbhani D, Ellis S. A meta-analysis of randomized trials to rescue percutaneous coronary intervention after failed fibrinolysis. *Am J Cardiol.* 2006; 97: 1685-90.
9. Gaziano T, Gaziano J. Epidemiology of cardiovascular disease. In: Longo Detal., editors. *Harrison's principle of internal medicine.* 18<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2012.
10. กรมควบคุมโรค. ทิศทางและกลไกการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
11. Badimon L, Fuster V, Corti R, Badimon J. Coronary thrombosis : local and systemic factors. In: Fuster V et al., editors. *Hurst's the heart.* 11<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2004.
12. Gershlick A, Stephens-Lloyd A, Hughes S, Abrams K, Stevens S, Uren N et al. Rescue angioplasty after failed thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2005; 353: 2758-68.
13. ไพบุลย์ โล่ห์สุนทร. ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
14. Antman E, Selwyn A, Loscalzo J. Ischemic heart disease. In: Longo D et al., editors. *Harrison's principle of internal medicine.* 18<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2012.

#### Abstract

As the result of cooperation between Nongmuang hospital, a community hospital in Lopburi province and Piyavate hospital, a private hospital the special clinic for heart disease was established at Nongmuang hospital. This special clinic was run by expert cardiologists along with personnel and materials support from private sector. During March 2010 to May 2012 this special clinic provided service for 306 heart patients. These patients consist of 57.84% female, 65.94% older than 60 years old, 3.27% younger than 40 years old, 77.45% have underlying diseases of hypertension or diabetic mellitus or both, 78.10% need at least one diagnostic or therapeutic intervention, 51.95% are classified in Class 3 or Class 4 of New York Heart Association Classification. The most common diagnosis is Ischemic Heart Diseases with 30.06%. And according to cardiologist diagnosis criteria, the prevalence of coronary heart diseases among population in Nongmuang district is 797 per 100,000 populations.

Not only direct benefit gain by patients who can easily access to services that provide by specialists, but also indirect benefit gain by public health staffs which can learn and collect value epidemiologic and other information about coronary heart disease from this activity.

**Keywords :** *Coronary Heart Disease, Treatment, Special Clinic*



การเสริมสร้างพลังภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดชัยนาท  
A Transformational Leadership Empowerment on Health Behavior  
for Village Health Volunteers in Chainat Province.

อภิชัย คุณิพงษ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท

Apichai Khuneepong

Chainat Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดชัยนาท ดำเนินการวิจัยโดย 1) ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. โดยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน 2) การสร้างหลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม. และ 3) การประเมินสัมฤทธิ์ผลของหลักสูตรวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัย ได้หลักสูตรที่สร้างขึ้นจากผลการยืนยันองค์ประกอบของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งสาระเป็น 6 หน่วย ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 2) พลังอุดมการณ์ อสม. 3) พลังใจแรงบันดาลใจผู้นำด้านสุขภาพ 4) พลังปัญญาพลังความคิดสร้างสรรค์สุขภาพดี 5) พลังแห่งความเป็นปัจเจกบุคคลสู่ชุมชนสุขภาพดี และ 6) อสม. ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยแต่ละหน่วยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้น ได้แก่ ขั้นการได้รับประสบการณ์ การระบุประสบการณ์ การวิเคราะห์ประสบการณ์ การวางแผน และการปฏิบัติ ผลการทดลองใช้หลักสูตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการอบรมทันทีกับภายหลังการอบรม 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังคงมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับหลังการอบรมทันที

**คำสำคัญ :** การเสริมสร้างพลังภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเป้าหมาย "สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี พ.ศ. 2543" (Health For All by 2000) โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขซึ่งประเทศสมาชิกได้มีข้อตกลงร่วมกันที่เมืองอัลมาอตา ประเทศสหภาพโซเวียต ในปี พ.ศ. 2521 และในฐานะสมาชิก

ประเทศไทยได้นำกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีดังกล่าวตั้งแต่นั้นมา<sup>(1)</sup> ทั้งนี้เนื่องจากการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ร่วมกับภาครัฐแก้ปัญหาสาธารณสุขและสามารถพึ่งตนเองในด้านการจัดการสุขภาพได้ ส่วนภาครัฐต้อง

ปรับบทบาททำหน้าที่ให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสอดคล้องกับนโยบายข้างต้นตั้งแต่ทศวรรษปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้านโดยเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมทุกหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 1 ล้านคน อสม. มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน

ระยะเวลากว่า 30 ปีที่ อสม. ได้ทำหน้าที่อาสาสมัครอย่างเข้มแข็ง โดยที่กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดการอบรมฟื้นฟูความรู้ต่อเนื่องให้ แต่จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า อสม. ยังมีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อยู่มาก ซึ่งปัญหาดังกล่าวจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ปัญหาด้านตัวบุคคล กล่าวคือ อสม. มีความรู้ไม่เพียงพอ ขาดความมั่นใจทำงานเฉพาะตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขขอหรือสั่งการ ไม่มีแผนการทำงานที่ชัดเจน เชื่อยथा ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีทีมงานจึงต่างคนต่างทำขาดการประสานงาน และยังเป็นที่ยังงักและยอมรับจากประชาชนค่อนข้างน้อย<sup>(2)</sup> ส่วนใหญ่มีความสามารถอยู่ในระดับเป็นผู้ให้บริการ 2) ปัญหาเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับอสม. พบว่า

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่มีแผนการอบรมและการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานให้แก่ อสม. อย่างเป็นระบบ ยังคงยึดติดแนวทางการปฏิบัติงานที่ถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง และยังคงเน้นให้ อสม. ปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขเร่งด่วนเป็นเรื่องๆ ตามสภาวะวิกฤติของบ้านเมือง<sup>(3)</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า อสม. ยังไม่สามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพอนามัย (Change agent) ได้ อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามที่กำหนดไว้ และจากการทบทวนกระบวนการพัฒนา อสม. ตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งการวิเคราะห์หลักสูตรที่ใช้ในการฝึกอบรมพบว่า มีการฝึกอบรมภาวะผู้นำให้แก่ อสม. น้อยมาก ทั้งที่ภาวะผู้นำเป็นคุณสมบัติที่จำเป็นสำหรับ อสม. ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทศวรรษที่ 4. ของการสาธารณสุขมูลฐานเป็นที่ยอมรับกันในระดับหนึ่งแล้วว่าภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational leadership) มีความจำเป็นต่อการพัฒนาอย่างยิ่ง ซึ่งภาวะผู้นำดังกล่าวมีองค์ประกอบ 4 ประการ คือ 1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ 2) การสร้างแรงบันดาลใจ 3) การกระตือรือร้นทางปัญญา และ 4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล<sup>(4)</sup>

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนาหลักสูตรเพื่อใช้อบรมพัฒนา อสม. ให้มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชนโดยนำแนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Transformational Leadership Theory) ร่วมกับนำแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรแบบอิงสมรรถนะหรืออิงเกณฑ์ความสามารถ (Competency - Based Curriculum) และแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังของเปาโล แฟร์<sup>(5)</sup> มาใช้เป็นฐานคิดในการพัฒนาหลักสูตร โดยการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม. ในการเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ และภาวะ



ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะนำแนวคิด ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับแนวคิด การพัฒนาหลักสูตรแบบอิงสมรรถนะหรืออิงเกณฑ์ ความสามารถ และแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง มาใช้เป็นฐานคิดในการเสริมสร้างพลังภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม. จังหวัด ชัยนาท ให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามบทบาทหน้าที่ที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการและ บริบทของชุมชน

### วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม. แบ่ง การดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของ อสม. (Existing competency) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยการสำรวจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน<sup>(6)</sup> (จาก ประชากรคือ อสม.ดีเด่นระดับจังหวัด ประจำปี 2548 - 2551 จำนวน 3,000 คน) ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้นอย่างครอบคลุมองค์ประกอบของภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาวิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) ด้วยการใช้โปรแกรม LISREL เพื่อ ยืนยันองค์ประกอบของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของ อสม.

2. ขั้นตอนการสร้างหลักสูตรการเสริมสร้าง พลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพสำหรับ อสม. นำข้อมูลที่ได้จากการทบทวน เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการพัฒนา หลักสูตรแบบอิงสมรรถนะ (Competency - Based Curriculum) และแนวคิดการศึกษาเพื่อสร้างพลังของ เปาโล แพร์ ร่วมกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิง ยืนยันจากขั้นตอนที่ 1 มาพิจารณากำหนดโครงสร้าง และองค์ประกอบของหลักสูตรการเสริมสร้างพลัง

อำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับ อสม. ดังนี้ 1) กำหนดจุดมุ่งหมายที่ต้องการ พัฒนา 2) กำหนดเนื้อหาสาระและมวลประสบการณ์ 3) กำหนดวิธีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยใช้แนว คิดหลักสูตรอิงสมรรถนะที่มุ่งเน้นความสามารถของ ผู้เรียนเป็นหลักร่วมกับขั้นตอนของการศึกษาเพื่อ สร้างพลังอำนาจ 4) การตรวจสอบความเหมาะสมและ ความสอดคล้ององค์ประกอบโครงสร้างหลักสูตรโดย ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน 5) รูปแบบการวัดและ ประเมินผล ใช้แบบวัดความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและแบบประเมิน ความคิดเห็นที่มีต่อหลักสูตรฯ

3. ขั้นตอนการทดลองใช้และประเมินสัมฤทธิ์ ผลของหลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม. ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experimental design) แบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและวัด หลังการทดลอง (one - group pre- posttest design) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในขั้นตอนนี้ซึ่งเป็นกลุ่มทดลองได้แก่ อสม. ของอำเภอหันคา จังหวัดชัยนาท จำนวน 30 คน ที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นประธานชมรม อสม. ระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ 2) ปฏิบัติงานติดต่อกันไม่ น้อยกว่า 5 ปี และ 3) มีความพร้อมและสมัครใจเข้ารับการอบรมตามที่หลักสูตรกำหนดไว้ ระหว่างวันที่ 10 - 12 พฤศจิกายน 2554 รวม 3 วัน ณ ห้องประชุมเทศบาล ตำบลหันคา จังหวัดชัยนาท ดังนี้

3.1 การอบรมเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสูตร ที่สร้างขึ้นดำเนินการโดยเริ่มจาก 1) วัดความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพก่อน การอบรม (Pretest) กับ อสม.กลุ่มทดลอง 2) จัดการ อบรมตามหลักสูตรฯ จนครบ เวลารวม 3 วัน และ 3) วัดความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเสร็จสิ้นการอบรม (post-test)

3.2 นำแบบประเมินความคิดเห็นที่มีต่อ การใช้หลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้อสม. กลุ่มทดลอง ประเมิน

3.3 หลังจากการอบรมแล้ว 1 เดือน ผู้วิจัย นำแบบวัดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ส่วนที่ 3 ฉบับเต็ม) มาวัดภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อีกครั้ง

3.4 นำข้อมูลที่ได้จากการข้อ 3.1 - 3.3 มาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาแสดงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต  $\bar{X}$  และใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

### ผลการศึกษา

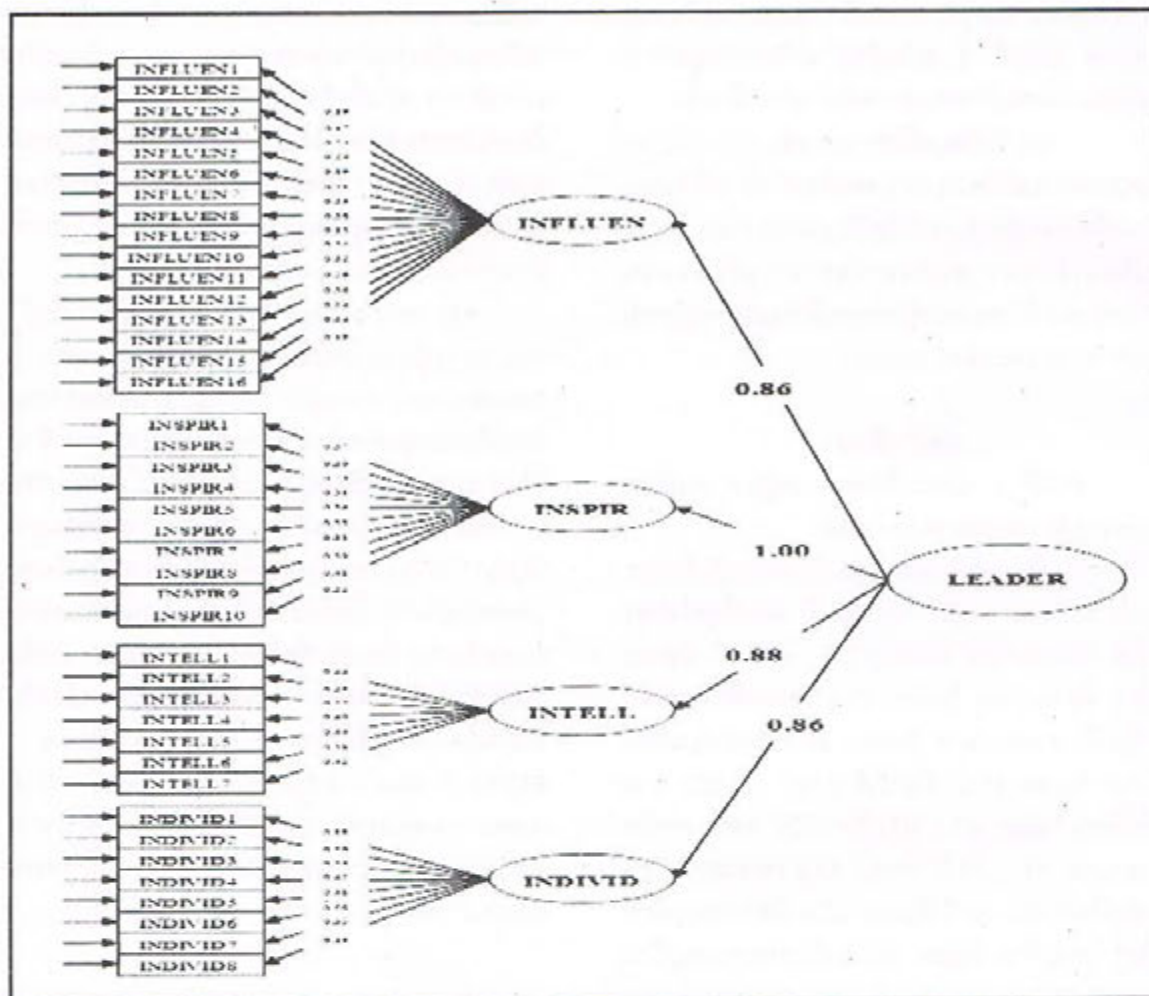
ส่วนที่ 1 ผลการศึกษภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ของ อสม.

(1) ข้อมูลทั่วไปของ อสม. เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.0 มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี มากที่สุดร้อยละ 40.8 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 27.7 สถานภาพคู่ ร้อยละ 80.5 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38.0 ประกอบอาชีพทำนา ร้อยละ 31.5 มีรายได้ 2,501 - 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 47.3 ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาเป็นระยะเวลา 11 - 20 ปี ร้อยละ 43.3 รองลงมาคือ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 37.2 มีตำแหน่งหน้าที่อื่นๆ ในหมู่บ้าน ร้อยละ 90.5 เป็นกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 49.5

(2) ผลการวิเคราะห์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.16$ ) เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า อสม. มีองค์ประกอบด้านการคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลสูงสุด ( $\bar{X} = 4.16$ ) รองลงมาได้แก่ ด้านการมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์สูงสุด ( $\bar{X} = 4.20$ ) และองค์ประกอบด้านการกระตุ้นทางปัญญาดำสุด ( $\bar{X} = 4.08$ )

(3) ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันยืนยันแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. พบว่า ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ อสม. ดีเด่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีอิทธิพลอย่างมีอุดมการณ์ (INFLUEN) 2) การสร้างแรงบันดาลใจ (INSPIR) 3) การกระตุ้นทางปัญญา (INTELL) และ 4) การคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล (INDIVID) เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดมาทดสอบความสอดคล้องของโมเดลเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองพบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี ได้ค่า Chi-Square = 642.83, P-value = 0.25, GFI = 0.93, AGFI = 0.90 แสดงว่า องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านมีอิทธิพลต่อผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อย่างชัดเจน ดังแผนภาพที่ 1





ภาพที่ 1 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ส่วนที่ 2 การสร้างหลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับ อสม. ผู้วิจัยนำองค์ประกอบของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ด้านและสมรรถนะย่อยในแต่ละด้านมาสร้างเป็นหลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม. และจัดทำรายละเอียดประกอบด้วย 1) จุดมุ่งหมายของหลักสูตร 2) เนื้อหาสาระและมวลประสบการณ์ 3) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และ 4) รูปแบบการวัดและประเมินผล โดยจัดแบ่งเนื้อหาสาระของหลักสูตรฯ เป็น 6 หน่วย ได้แก่ หน่วย

ที่ 1 เรื่องภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ 2 เรื่องพลังอุดมการณ์ อสม. หน่วยที่ 3 เรื่องพลังใจแรงบันดาลใจผู้นำด้านสุขภาพ หน่วยที่ 4 เรื่องพลังปัญญาพลังความคิดสร้างสรรค์สุขภาพดี หน่วยที่ 5 เรื่องพลังแห่งความเป็นปัจเจกบุคคลสู่ชุมชนสุขภาพดี และหน่วยที่ 6 เรื่องอสม. ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการได้รับประสบการณ์ ขั้นการระบุประสบการณ์ ขั้นการวิเคราะห์ประสบการณ์ ขั้นการวางแผน และขั้นการปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

## หลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม.

ปรัชญาของหลักสูตร หลักสูตรที่พัฒนาขึ้นเพื่อพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. โดยมีหลักการสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. เป็นหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับ อสม. ที่จัดทำขึ้นเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้น
2. เป็นหลักสูตรฝึกอบรมที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและท้องถิ่น
3. เป็นหลักสูตรฝึกอบรมที่เน้นผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นสำคัญ
4. เป็นหลักสูตรฝึกอบรมที่เน้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง ด้วยกระบวนการศึกษาเพื่อสร้างพลังแบบมีส่วนร่วม
5. มีลักษณะของการฝึกอบรมแบบบูรณาการสาระและการปฏิบัติควบคู่ไปพร้อมกัน

### จุดมุ่งหมายของหลักสูตร

การฝึกอบรมครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
2. เกิดความตระหนักในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
3. สามารถปฏิบัติงานในฐานะที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพอนามัยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยมีโครงสร้างหลักสูตรฯ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1



ตารางที่ 1 โครงสร้างหลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

หน่วย	ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง	สาระการเรียนรู้	เวลา (ชั่วโมง)
-	กิจกรรมสร้างความคุ้นเคย กำหนดความคาดหวังและข้อตกลงร่วมกัน	1. การรู้จักกันและปรับตัวการเรียนรู้ร่วมกัน 2. ความคาดหวังและข้อตกลงร่วมกันในการเข้ารับการฝึกอบรม	1
1	มีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติที่ดี และสามารถแสดงออกภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้	1. ความหมายและความสำคัญของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 2. ความรู้เกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 3. ลักษณะพฤติกรรมและองค์ประกอบของผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	3
2	เห็นคุณค่าในตนเอง มีคุณธรรมและจริยธรรม มีวิสัยทัศน์และสามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์ได้	1. การเห็นคุณค่าในตนเอง 2. คุณธรรมและจริยธรรมสำหรับผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3. การสร้างวิสัยทัศน์และวิธีการถ่ายทอดวิสัยทัศน์	3
3	มีแรงบันดาลใจในการทำงาน และสามารถทำงานเป็นทีมได้	1. แรงบันดาลใจในการทำงาน 2. การทำงานเป็นทีม	3
4	มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงานด้านสุขภาพ	1. ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการทำงานด้านสุขภาพ	3
5	เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และสามารถติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลได้	1. ความแตกต่างระหว่างบุคคล 2. การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล	3
6	มีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพได้	1. ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 2. การประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	3
-	พิธีปิดการฝึกอบรม	1. พันธะสัญญาผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	1

ส่วนที่ 3 ผลการทดลองใช้และประเมินสัมฤทธิ์-  
ผลของหลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำ  
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม.

3.1 ผลการประเมินความคิดเห็นที่มีต่อการใช้  
หลักสูตรจากกลุ่มทดลองจำนวน 30 คนพบว่าผู้เข้ารับ  
การอบรมมีความคิดเห็นต่อการใช้หลักสูตรการเสริมสร้าง  
พลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม  
สุขภาพสำหรับ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}=4.28$ ,  
S.D. = 0.53) เมื่อจำแนกเป็นรายชื่อพบว่า ข้อที่มีคะแนน  
เฉลี่ยมากที่สุด คือ เนื้อหาของการฝึกอบรมมีค่าเฉลี่ย  
เท่ากับ 4.62 รองลงมาได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม  
แต่ละหน่วยการเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในการแสดง  
ความคิดเห็น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 และ 4.50  
ตามลำดับ

3.2 ผลการประเมินสัมฤทธิ์ผลของหลักสูตรฯ  
หลังการนำหลักสูตรไปทดลองใช้ฝึกอบรมแก่ อสม.  
กลุ่มทดลอง ตามแผนการฝึกอบรม และนำผลการวัด  
ความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง  
พฤติกรรมสุขภาพมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test  
พบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย  
ความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง  
พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ .01 จึงสรุปได้ว่า หลักสูตรการเสริมสร้างพลัง  
อำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ  
สำหรับ อสม. ที่สร้างขึ้นทำให้ผู้เข้ารับการอบรม มีค่า  
เฉลี่ยคะแนนทั้งสามด้านเพิ่มขึ้นได้จริง รายละเอียดดัง  
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความรู้เจตคติและภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้ารับการอบรม  
ก่อนและหลังการทดลองใช้หลักสูตร

ตัวแปร	n	$\bar{X}$ (S.D)	$\bar{d}$	$S_d$	p-value	หมายเหตุ
ความรู้	ก่อนการทดลอง	30 31.97 (3.72)	9.80	4.10	.000**	คะแนนเต็ม = 41
	หลังการทดลอง	30 41.77 (3.33)				
เจตคติ	ก่อนการทดลอง	30 3.60 (0.20)	1.02	0.06	.000**	คะแนน เต็ม=5
	หลังการทดลอง	30 4.62 (0.18)				
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	30 3.77 (0.26)	0.36	0.28	.000**	คะแนน เต็ม=5
	หลังการทดลองทันที	30 4.14 (0.37)				

\*\*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1



3.3 ผลการติดตามและประเมินผลหลักสูตรฯ ผู้วิจัยทำการติดตามประเมินภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของอสม.ภายหลังที่เข้ารับการอบรม เป็นระยะเวลา 1 เดือน และทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของ

กลุ่มทดลองระหว่างภายหลังการอบรมทันทีกับภายหลัง การอบรม 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงว่า ผู้เข้ารับการอบรมยังคงมีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกับหลังการอบรมทันที รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้ารับการอบรมหลังการทดลองใช้ หลักสูตรทันทีกับภายหลังการทดลองใช้หลักสูตร เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ตัวแปร	n	$\bar{X}$ (S.D)	$\bar{d}$	$S_d$	p-value	หมายเหตุ
<b>ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ</b>						
หลังการทดลองทันที	30	4.14 (0.37)	0.05	0.15	.10	คะแนน เต็ม=5
หลังการทดลอง 1 เดือน	30	4.09 (0.34)				

### วิจารณ์

หลักสูตรการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ อสม.มี สัมฤทธิ์ผลในระดับที่ดีมาก เป็นหลักสูตรที่มีคุณภาพ และกระบวนการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังสามารถ ใช้เป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เป็นอย่างดี ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักสูตรในการเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพแก่ อสม.ได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า การสร้างหลักสูตรได้ยึดขั้นตอนการออกแบบหลักสูตร แบบอิงสมรรถนะเป็นหลัก มีการวิเคราะห์สมรรถนะ ที่พึงประสงค์ที่จะให้เกิดกับผู้เข้ารับการอบรมโดยการ วิเคราะห์ห้วงประกอบเชิงยืนยัน มีการนิยามภาวะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ชัดเจน ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติ รวมทั้ง วิเคราะห์ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีอยู่เดิมของผู้เข้ารับการอบรม ทำให้ได้หลักสูตรที่ สอดคล้องกับภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์อย่างแท้จริง (7) และใช้แนวทางการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังในการจัดประสบการณ์ การเรียนรู้ของหลักสูตร ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มี

ลักษณะเป็นวงล้อที่มีการเรียนรู้ การสะท้อนกลับ และ นำไปสู่การเรียนรู้ต่อไปไม่สิ้นสุด การฝึกอบรมทุกขั้นตอน จะเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ มีความยืดหยุ่นโดยจะมีการปรับเนื้อหา วิธีการ และ สื่อการเรียนให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เข้ารับ การอบรม มีรูปแบบที่สนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ เป็นสื่อให้ บุคคลได้ทำกิจกรรมและเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์ (8) ร่วมกับฝึกอบรมที่มีกิจกรรมหลากหลาย เช่น กิจกรรม กลุ่มสัมพันธ์ การแนะนำให้รู้จักกัน เทคนิคการใช้เกม การแสดงบทบาทสมมติ การใช้เพลงประกอบกิจกรรม ต่างๆ ทำให้สร้างบรรยากาศในการฝึกอบรมแบบ กัลยาณมิตร โดยมีวิทยากรเป็นผู้กระตุ้นจุดประกาย ความคิด อำนวยความสะดวกให้เกิดความสะดวกในการฝึก อบรมให้ราบรื่น ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความคุ้นเคย ซึ่งกันและกัน จึงให้ความร่วมมือและกล้าแสดงออก และลงมือกระทำกิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งผล การวิจัยครั้งนี้ ก็สอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าว (9-11) ที่รายงานตรงกันว่า หลักสูตรแบบอิงสมรรถนะ แนว ทางการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังรูปแบบการฝึก อบรมแบบมีส่วนร่วม มีส่วนทำให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การวิจัยครั้งนี้มีข้อค้นพบที่น่าสนใจในด้านการพัฒนาหลักสูตรและกระบวนการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังที่สามารถใช้ในการเพิ่มพูนความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแก่ อสม. ได้อย่างชัดเจน ดังนั้นหน่วยงานหรือผู้สนใจที่จะดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของบุคลากรหรือประยุกต์ในบริบทอื่น ควรจะทำการศึกษาและทำความเข้าใจในข้อค้นพบดังกล่าวก่อนที่จะพัฒนาเป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การประยุกต์แนวคิดการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลัง ร่วมกับการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม โดยมีวิทยากรเป็นผู้กระตุ้นจุดประกายความคิดและอำนวยความสะดวก ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความคุ้นเคย ให้ความร่วมมือ กล้าแสดงออก และลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเองมากขึ้น และมีความรู้ เจตคติ และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยจะมีประโยชน์อย่างยิ่งหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา อสม. จะนำผลการวิจัยไปพิจารณาเพื่อประยุกต์ใช้ในการพัฒนาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของ อสม. ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี 2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.

2. จำรูญ มีชนอน. รายงานการประเมินผลความก้าวหน้าในทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521-2530). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2532.

3. สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ. การประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับบทบาทที่กำลังเปลี่ยนแปลง. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น; 2549.

4. Bass, B. M. (1997). Transformational leadership and organizational culture. *Publadm Q*, 17: 112-121.

5. อลิศรา ชูชาติ และคณะ. เทคนิคการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม. นครปฐม: อมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่งจำกัด; 2538.

6. Hair et al. *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice-Hall; 1988.

7. ปราณี สังขะตะวรรณ และสิริวรรณ ศรีพหล. ประมวลสาระการพัฒนาหลักสูตรและวิถีวิธีการสอน หน่วยที่ 1-2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2536.

8. นิตยา เพ็ญศิริภมา. การสร้างพลัง. วารสารเพื่อสุขภาพ (ฉบับพิเศษ) 2540: หน้า 18-20.

9. สมชาย บุญศิริภัสส์. การศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจการทำงานของครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา เขตการศึกษาเขต 8. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต). สาขาการบริหารการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2544.

10. อองอาจ พงษ์พิสุทธิ์บุปผา. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมผู้นำทางการเกษตรสำหรับนักเรียนโครงการอาชีวศึกษาเพื่อการพัฒนาชนบท. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต). สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2541.

11. อติญาณ์ ศรีเกษตวิน. การสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความเป็นผู้นำสำหรับนักศึกษาพยาบาล. (ปริญญาานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต). สาขาการอุดมศึกษา. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2543.





รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วม  
ของชุมชนในจังหวัดสระบุรี  
A Model of Monks' Holistic Health Care by Community Participation  
in Saraburi Province.

ดวงพร อรรถบวรพิศาล\*

ปรีชา พึ่งเจริญ\*

เดชา บัวเทศ\*\*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี\*

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

Duangporn Atthaborwornpisam\*

Preecha Puengcharem\*

Decha Buathed\*\*

Saraburi Health Office\*

\*\*The Office of Diseases Prevention and control 2<sup>nd</sup> Saraburi\*\*

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสระบุรี ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสระบุรี พระพุทธบาท และหนองโดน อำเภอละ 5 วัด รวม 15 วัด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้นำชุมชน ประชาชน จำนวน 208 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสังเกต แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลการวิจัยพบว่าเมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์จะเลือกไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชนและซื้อยามาตนเอง อาหารที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล กะทิ และไขมัน เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อ มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ออกกำลังกายน้อย และมีการตรวจสุขภาพประจำปีจำนวนน้อย ที่พักอาศัยไม่ถูกสุขลักษณะ มีส่วนน้อยที่มีการฉีดวัคซีนให้กับสุนัขและแมว และการกำจัดลูกน้ำยุงลาย รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เหมาะสม ควรได้รับความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในชุมชน โดยร่วมกันดำเนินการ ได้แก่ การตรวจสุขภาพพระสงฆ์เป็นประจำ ปีละ 1-2 ครั้ง จัดทำตู้ยาประจำวัด การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขและแมว พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด ส่งเสริมการออกกำลังกายของพระสงฆ์ และการพัฒนาวัดด้วยกิจกรรม 5 ส. การใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพ และพัฒนาวัดให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ

**คำสำคัญ :** พระสงฆ์, การดูแลสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, ชุมชน



## บทนำ

ในประเทศไทย พระสงฆ์มากกว่าสามในสี่เป็นผู้สูงอายุ เกือบ 1 ใน 5 เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ<sup>(1)</sup> มีระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ 54.5 มีภาวะโรคอ้วนร้อยละ 43.6<sup>(2)</sup> สาเหตุที่สำคัญมาจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงและอาหารที่รับประทานที่ส่วนประกอบของกะทิ ไขมัน แป้ง และน้ำตาลสูง<sup>(1)</sup> นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย พบว่าร้อยละ 26-38 สูบบุหรี่<sup>(3)</sup> อัตราความชุกคอ้นข้างสูงในภาคตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 40.5 และภาคกลางร้อยละ 40.2<sup>(4)</sup> มากกว่าร้อยละ 50 ตีหมาแพ้ววันละ 8 ถ้วย ตีแม่ศรีตีม่ารุงกำลังบางครั้งร้อยละ 86.7<sup>(2-3)</sup> ตีแม่น้ำสะอาดไม่ถึงวันละ 6 แก้ว<sup>(2)</sup> ในด้านปัญหาสุขภาพจิต พระสงฆ์มีปัญหาทางด้านพฤติกรรมและมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชร้อยละ 50.49 มากกว่าร้อยละ 54.3 มีความเครียดสูงกว่าปกติ และร้อยละ 8.7 ต้องได้รับการแก้ไขบำบัด และส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย<sup>(5)</sup>

นอกจากนี้ยังพบว่าพระสงฆ์ได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปีไม่ครบทุกรูป ขาดการติดตามเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สถานบริการสาธารณสุขไม่มีช่องทางด่วนเข้ารับการรักษาและรักษา ชื่อยามารับประทานเอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตพระสงฆ์แย่ลง<sup>(6)</sup> ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขมีแผนนโยบายให้วัดทั่วประเทศจัดตั้งศูนย์สุขภาพประจำวัดในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ด้วยกันเองโดยสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก ยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งการดูแลสุขภาพสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด<sup>(7)</sup> ทั้งนี้เพื่อให้พระสงฆ์สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้วัดเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยสนับสนุนให้ภาคชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์<sup>(9)</sup>

จากสภาพปัญหาที่ผ่านมาและการดำเนินงานของภาครัฐต่อปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปได้ ประกอบกับการ

ขาดการมีส่วนร่วมของภาคชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม ขาดการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาเพื่อให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพให้ยั่งยืนได้ด้วยตนเอง<sup>(10)</sup> จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำการวิจัยนี้เกิดขึ้น

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสระบุรี

## วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรเป็นพระสงฆ์ทุกรูปที่อยู่ในเขตจังหวัดสระบุรี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 208 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้รู้ (Key Informant) รวม 22 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติ (Casual Informant) รวม 171 คน กลุ่มผู้เกี่ยวข้องทั่วไป (General Informant) รวม 15 คน ใน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสระบุรี พระพุทธบาท และหนองโดน อำเภอละ 5 วัด รวม 15 วัด เลือกวัดที่เป็นพื้นที่วิจัยใน 3 กลุ่ม ได้แก่ วัดในเขตชนบท 3 วัด วัดในเขตกึ่งเมือง 1 วัด และวัดเมือง 1 วัด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบสัมภาษณ์ ประเด็นการสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร รายงานการวิจัย กฎหมาย นโยบาย ยุทธศาสตร์ และการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความ

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยมีดังนี้

### 1. สภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการ

**การดูแลสุขภาพพระสงฆ์** พบว่า เป็นผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 66.67 ป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 31.94 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 46.53 และโรคปอดอักเสบร้อยละ 57.64 เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่ซื้อยามาฉินเอง ร้อยละ 65.97 และเป็นยาชุดร้อยละ 57.64 มีผู้ป่วยประจำวัดเพียงร้อยละ 13.33 มีกิจกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 62.50 สุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าร้อยละ 40.00 มีการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ 20.00 ทุกวัดมีสัตว์ปีกมาอาศัย สิ่งแวดล้อมภายในบริเวณวัดได้รับการดูแลร้อยละ 20.00 ภูมิมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยร้อยละ 26.67

ในด้านกิจกรรมเยี่ยมพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่ามีเพียงร้อยละ เมื่อตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประจำปี 2554 พบว่าพระสงฆ์ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานร้อยละ 71.46 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 81.40 พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานร้อยละ 31.55 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 35.21 และมีความเสี่ยงทั้งสองโรคร้อยละ 26.62 มีภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 4-6

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า สภาพปัจจุบัน ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์วัดในเขตชนบท กิ่งเมืองและเขตเมือง พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคปอดอักเสบ อักเสบ สามในสี่ยังสูบบุหรี่ ฉันทยาชุด ต้มเครื่องต้มชูกำลัง รวมทั้งดื่มกาแฟเป็นประจำ เมื่อยามเจ็บป่วยพระสงฆ์ไปขอรับการตรวจรักษาที่คลินิกเอกชนและซื้อยามาฉินเองเป็นส่วนใหญ่ เพราะสะดวกสบายให้บริการที่รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน

การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ยังมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพน้อยมากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม กิจกรรมการออก

กำลังกายที่พระสงฆ์ปฏิบัติอยู่เป็นประจำวัน คือ การเดินบิณฑบาต การเก็บกวาดลานวัด โบสถ์ วิหาร และการตัดหญ้า เก็บกวาดใบไม้ซึ่งเป็นกิจของพระสงฆ์ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน การเดินบิณฑบาตของพระสงฆ์จะใช้เวลารวันละ 45 นาที-1 ชั่วโมง ในระยะทางประมาณ 1-2 กิโลเมตร ยกเว้นพระสงฆ์ในเขตเมืองที่ใช้เวลาประมาณ 20-45 นาที และมีระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตร เพราะเป็นการเดินบิณฑบาตในตลาดซึ่งอยู่ใกล้วัด

การป้องกันโรคติดต่อในวัด พระสงฆ์ยังไม่มีกิจกรรมการป้องกันโรคที่ชัดเจน กิจกรรมบางอย่างติดขัดในพระธรรมวินัย เช่น การใส่ทรายที่มีฟอสในภาชนะเก็บกักน้ำเพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้สุนัขและแมว มีองค์ประกอบรองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เข้ามาดำเนินการให้ ไม่มีการควบคุมสัตว์ปีก

การฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย พบว่า พระสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างถูกต้อง และดำเนินชีวิตไปตามลำพัง หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีการติดตามเยี่ยมหลังการเจ็บป่วยทำให้พระสงฆ์ขาดการชันยา ขาดการทำกายภาพบำบัด

สภาพปัญหาสุขภาพจิตของพระสงฆ์ส่วนใหญ่แล้วไม่พบการมีปัญหสุขภาพจิต ปัญหาที่พบเป็นเรื่องการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และมีค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์ ไปโรงพยาบาลหรือไปรักษาที่คลินิก ทำให้พระสงฆ์ต้องออกรับกิจนิมนต์ ออกบิณฑบาต เพื่อจะได้รับปัจจัยเพื่อนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการส่งเสริมสุขภาพจิตใช้การสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิเดินจงกรม

การดูแลสุขภาพจากสังคมพบว่าหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ น้อยมาก ในส่วนของหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับพระสงฆ์มากที่สุด คือ คณะสงฆ์ก็ยังไม่มีการหรือมาตรการที่จะเข้ามาดูแลพระสงฆ์ที่เจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วยด้วย



เช่นกัน สุดท้ายจึงปล่อยให้วัดและพระสงฆ์ในวัดดูแล  
กันเองตามแต่สภาพของแต่ละวัดจะทำได้

ในด้านดูแลสิ่งแวดล้อมภายในวัด สภาพ  
โดยทั่วไปของวัดต่างๆ อยู่ในสภาพที่สะอาด มีการเก็บ  
กวาดลานวัด บริเวณวัด ศาลา อาคารต่างๆ อย่างเป็น  
ระเบียบ ห้องครัว ห้องส้วม ห้องน้ำ มีการดูแล ยกเว้น  
ห้องน้ำห้องส้วมของพระสงฆ์ยังขาดการดูแลทำความสะอาด  
ทำให้มีกลิ่นอับและความชื้นสูง การถ่ายเท  
อากาศไม่ดี

กฎที่หักอาศัยของพระสงฆ์ มีการจัดเก็บไม่  
เป็นระเบียบเรียบร้อย พระสงฆ์บางรูปจัดกุฏิเป็นที่ชั้น  
อาหารรวมอยู่ด้วย ภายในกุฏิมีฝุ่นรูป และเศษตอกไม้  
บูชาพระที่เน่าเสีย เครื่องนุ่งห่มปล่อยวางไว้อย่างไม่เป็น  
ระเบียบและไม่มีการกำจัดขยะภายในกุฏิ

สำหรับอาหารส่วนใหญ่ยังฉันอาหาร  
ประเภทแป้งและน้ำตาลที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง และ  
น้ำมันและกะทิที่มีไขมันสูง และมีรสจัดในปริมาณมาก

ส่วนน้ำดื่ม น้ำใช้ พระสงฆ์ดื่มน้ำขวดบรรจุเสร็จเป็น  
ส่วนใหญ่ น้ำใช้ใช้น้ำประปาและน้ำบาดาล

การกำจัดขยะใช้วิธีฝัง เผา และให้เทศบาล  
หรือ อบต. นำไปกำจัด ส่วนน้ำเสียปล่อยให้แห้งไปตาม  
ธรรมชาติ บริเวณวัด ลานวัด ศาลา ต้นไม้หรือหญ้า  
การทำความสะอาดโดยพระสงฆ์ ส่วนองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นและชุมชนจะเข้ามาช่วยดูแลทำความสะอาด  
สะอาดให้ก็ต่อเมื่อมาขอใช้สถานที่ในการจัดงาน  
เท่านั้น

2. แนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพ  
พระสงฆ์ที่เหมาะสม ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้การเก็บ  
ข้อมูล จากการสอบถาม การสนทนากลุ่มและการ  
ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยนำเสนอปัญหาที่พบและ  
ระดมความคิดเพื่อให้ได้แนวทาง วิธีการ และตัวชี้วัด  
ความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพ  
พระสงฆ์ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี ที่พัฒนาได้ในปี 2555

ปัญหาที่พบ	แนวทางพัฒนา	ผลการพัฒนา
1. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด	1. การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด ตัวชี้วัด : มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัดอย่างน้อย ร้อยละ 80	จัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัดอย่างน้อยวัดละ 1 คน ได้ครบทุกวัด
2. ตรวจสอบสุขภาพพระสงฆ์ ปีละ 1-2 ครั้ง	2. ตรวจสอบสุขภาพพระสงฆ์ ปีละ 1-2 ครั้ง ตัวชี้วัด : พระสงฆ์ได้รับการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ ปีละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 100	ดำเนินการตรวจคัดกรองพระสงฆ์ได้ครอบคลุมทุกวัด และตามกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 100
3. จัดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัข และแมว	3. จัดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขและแมว ตัวชี้วัด : สุนัขและแมวได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคพิษสุนัขบ้าอย่างน้อยร้อยละ 80	สุนัขและแมวที่อยู่ในวัดได้รับการฉีดวัคซีนร้อยละ 95
4. การดำเนินงานวัด 5 ส.	4. การดำเนินงานวัด 5 ส. ตัวชี้วัด : วัดในเขตพื้นที่เข้าร่วมโครงการวัด 5 ส. ร้อยละ 100	ทุกวัดเข้าร่วมโครงการวัด 5 ส. ร้อยละ 100
5. จัดทำตู้ยาประจำวัด	5. จัดทำตู้ยาประจำวัด ตัวชี้วัด : จัดให้มีตู้ยาประจำวัด ร้อยละ 100	ดำเนินการจัดหาตู้ยา จัดหายา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ได้ครบทุกวัด ร้อยละ 100
6. การจัดช่องทางพิเศษหรือช่องทาง ในสถานบริการสาธารณสุข	6. การจัดช่องทางพิเศษหรือช่องทางด่วนในสถานบริการ สาธารณสุข ตัวชี้วัด : สถานบริการสาธารณสุขจัดช่องทางพิเศษ หรือช่องทางด่วนทุกแห่ง	จัดช่องทางด่วนในการตรวจรักษาให้แก่พระสงฆ์ ได้ครบทุกสถานบริการ
7. ส่งเสริมการออกกำลังกาย	7. ส่งเสริมการออกกำลังกาย ตัวชี้วัด : วัดจัดให้พระสงฆ์มีกิจกรรมออกกำลังกาย ร้อยละ 100	มีกิจกรรมออกกำลังกายโดยเน้นเดินบิณฑบาต อย่างน้อยละ 30 นาที ทุกวัน ซึ่งพระสงฆ์ร้อยละ 92
8. การพัฒนาให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ	8. การพัฒนาให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ตัวชี้วัด : วัดสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาวัดส่งเสริม สุขภาพ ร้อยละ 100	วัดในพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ ครบทุกวัด ร้อยละ 100



3. ผลการพัฒนาตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามแนวทางที่กำหนดจำนวนกิจกรรม ผลการพัฒนาพบว่าผู้วิจัยได้นำปัญหาที่พบและแนวทางที่กำหนดมาพัฒนาเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

ผลการพัฒนาพบว่า ทั้ง 8 กิจกรรม ผ่านเกณฑ์ชี้วัดที่กำหนดทุกกิจกรรม และเมื่อสอบถามถึงความพึงพอใจของพระสงฆ์ที่มีต่อกิจกรรมการดูแล มีความพึงพอใจในทุกรายการที่ประเมินในระดับมาก รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ความพึงพอใจของพระสงฆ์ต่อการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1.การให้บริการช่องทางด่วนในโรงพยาบาลและสถานเฝ้าระวัง			
1.1 ห้องบัตร	4.45	.499	มาก
1.2 ห้องตรวจ	4.47	.719	มาก
1.3 ห้องจ่ายยา	4.54	.500	มาก
1.4 ห้องฉุกเฉิน	4.11	.660	มาก
2: การเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง	4.56	.498	มาก
3. การคัดกรองสุขภาพประจำปี	4.48	.625	มาก
4. การส่งเสริมสุขภาพ	4.37	.623	มาก
5. การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ	4.49	.567	มาก
6. การจัดดูยาประจำวัด	4.47	.501	มาก

4. รูปแบบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสระบุรีที่เหมาะสม จะต้องมึหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และวัด/คณะสงฆ์ควรมีกิจกรรมดำเนินการ ดังนี้ 1) ส่งเสริมให้วัดเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาชุมชน 2) กำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 3) จัดทำดูยาประจำวัด 4) การตรวจสุขภาพพระสงฆ์ปีละ 1-2 ครั้ง 5) ซักวัดขึ้นป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสุนัขและแมว 6) การจัดตั้งกองทุนดูแลสุขภาพพระสงฆ์ 7) พัฒนาพระอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด 8) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด 9) การดำเนินกิจกรรมวัด 5 ส. 10) การมีส่วนร่วมของวัด บ้าน โรงเรียน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น 11) ส่งเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายของพระสงฆ์ 12) พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ

#### อภิปรายผล

ในปัจจุบันปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ นับว่าเข้าสู่ภาวะวิกฤติ พระสงฆ์มากกว่าสองในสาม มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง อย่างน้อยก็หนึ่งโรคต่อหนึ่งคน ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลียดสูง โรคกระดูกและข้ออักเสบ และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยสภาพของผู้สูงอายุแล้วมักจะมีโรคประจำตัวเสมอ<sup>(1,3,11)</sup> อาหารที่นำมาใส่บาตรมีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล และไขมันสูง ซึ่งเป็นโทษต่อร่างกายและสำหรับผู้ที่เป็นโรคอยู่แล้ว<sup>(3)</sup>

การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีกิจกรรมไม่มากนัก ที่พบส่วนใหญ่เป็นเรื่องการส่งเสริมการออกกำลังกาย ห้ามกิจของสงฆ์ เช่น การเดินบิณฑบาตในเวลาเช้า การเก็บกวาดลานวัด บิณฑบาตหรือสาเหตุหลักของการไม่ค่อยได้ออก

กำลังกาย คือ การเป็นผู้สูงอายุ ทำให้การทำกิจกรรมที่เป็นกรออกกำลังกายหรือกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ลดลง<sup>(12)</sup> ดังนั้นจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ และกระตุ้นให้พระสงฆ์ได้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะทำการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคต่างๆ ด้วยการออกกำลังกาย และรับรู้วาทะของการไม่ออกกำลังกาย จะทำให้เกิดโรคตามมา<sup>(13)</sup>

การป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะปัญหาสุนัขและแมวที่มีจำนวนมากขึ้นทุกวัน ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นปัญหาที่มาจากบุคคลภายนอกนำสุนัขและแมวมาปล่อยที่วัด และมีการขยายพันธุ์เพิ่มขึ้นภายในวัดร่วมด้วย ทำให้เป็นภาระของพระสงฆ์ที่จะต้องเลี้ยงดู โดยเฉพาะภาระในการหาอาหาร รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและทำหมันให้ การจัดการในส่วนนี้จึงตกเป็นภาระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่

ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อตัวพระสงฆ์เองมากที่สุด คือ ภูมิ มีสภาพไม่ถูกสุขลักษณะ ภายในกุฏิเต็มไปด้วยเศษภาชนะใส่อาหาร เช่น ถุงพลาสติก ขวดน้ำ กะล่อนนม ขวดเครื่องดื่มชูกำลัง นอกจากนี้ยังมีฝุ่นรูป ฝุ่นจากยาแก้นุง ฟุ้งกระจายไป

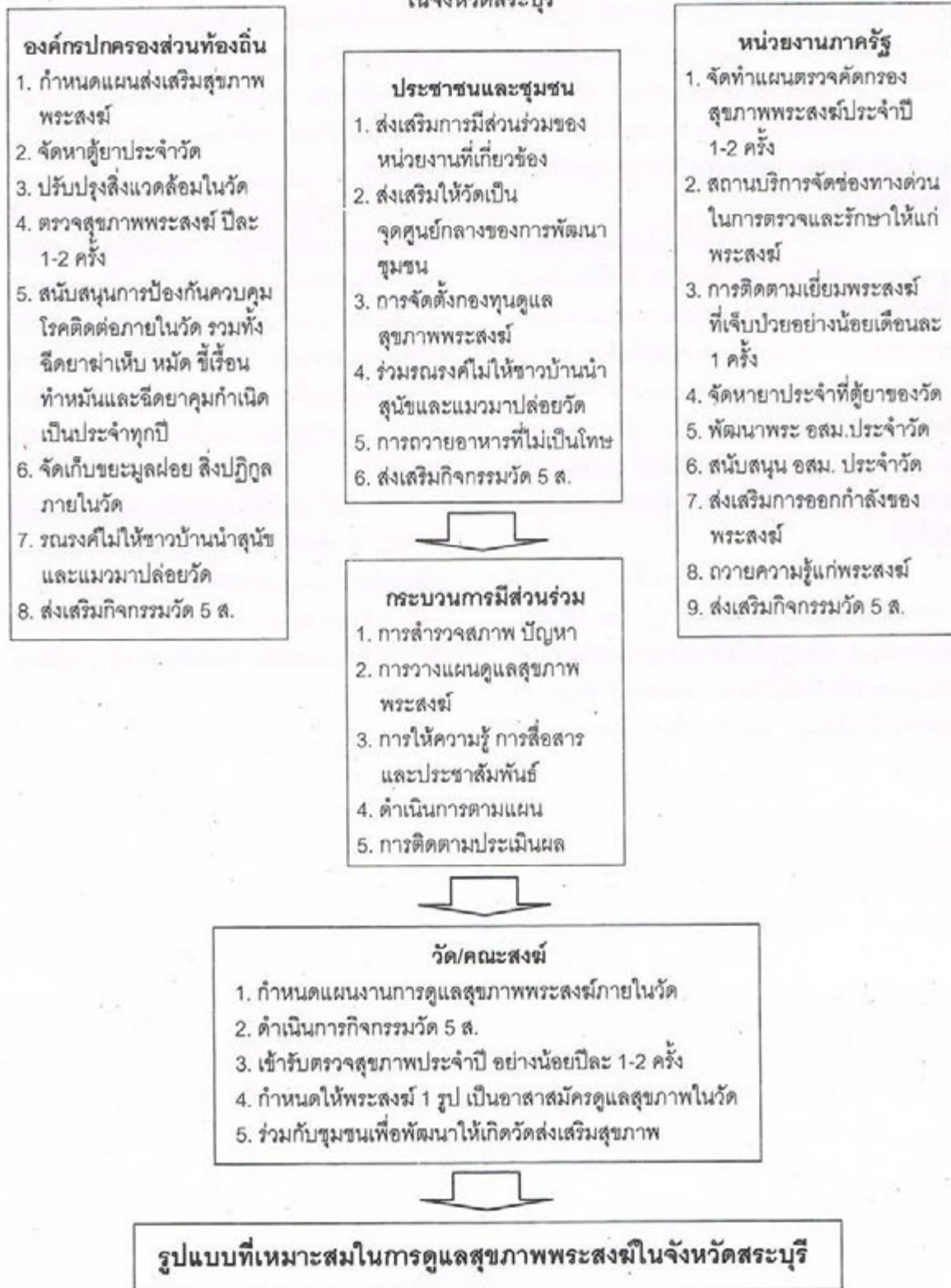
ทั่วห้อง การเก็บเครื่องนุ่งห่มไม่เป็นระเบียบและไม่ได้ทำความสะอาด ซึ่งขัดแย้งกับคำสอนของพระพุทธเจ้าที่ต้องการให้พระสงฆ์ได้หมั่นดูแลเสนาสนะ ภูมิ ที่พักอาศัย รวมทั้งวิหาร อาคาร ศาลา หรือที่ปฏิบัติกิจของภิกษุสงฆ์ทุกชนิด ด้วยการทำความสะอาดเมื่อเห็นว่สิ่งเหล่านั้นอยู่ในสภาพสกปรก รกรุงรัง ไม่น่าอยู่ไม่น่าอาศัย<sup>(14)</sup>

การดำเนินงานที่ผ่านมาหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัดและชุมชน ยังไม่มีแผนงาน/โครงการหรือกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกันอย่างชัดเจน ขาดการบูรณาการหรือขาดเจ้าภาพหลัก ทำให้พระสงฆ์ขาดโอกาสที่จะเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างครบถ้วน ทั้งการตรวจคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยมหลังป่วย การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพ<sup>(15)</sup>

ประการสุดท้ายจำเป็นที่จะต้องให้วัดกลับไปเป็นศูนย์กลางของชุมชน การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จะต้องเกิดจากร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผลร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชนนั้นๆ<sup>(16)</sup>



**รูปแบบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ในจังหวัดสระบุรี**



## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์วิทยา ศุภรพันธ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ที่สนับสนุนให้เกิดการวิจัยนี้ขึ้น และขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มส่งเสริมสุขภาพทุกท่าน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ที่อนุเคราะห์ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอแนะนำด้วยความเคารพอย่างสูงต่อคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี ที่เป็นพื้นที่วิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. จาริณี ยศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์. รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสามเณร วัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. รายงานการวิจัย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. บุญเลิศ จันทราภาส และคณะ. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพเนื่องในเทศกาลวันวิสาขบูชาประจำปี. รายงานการวิจัย. ศูนย์อำนวยการแพทย์พระมงกุฎเกล้า; 2549.
3. สุวัฒน์ รักขันโท อเนก คงขุนทด และสุมาลัย กาญจนะ. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน. รายงานการวิจัย. 2551.
4. เนาวรัตน์ เจริญคำ และคนอื่นๆ. การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. มูลนิธิธรรมศาสตร์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2546.
5. อัญชลี ประคำทอง อรพรรณ สุนทวง. การประเมินผลโครงการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 วันที่ 5 - 7 กันยายน 2544, 2544.
6. เตชา บัวเทศ จีรวรรณ ชงจังหวีด และธัญญา หอมจันทร์. สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัย. 2554.
7. วัดพระธรรมกาย. พระสงฆ์สุขภาพย่ำแย่ กินยาแก้ปวดครั้งละ 6 เม็ด ตีหมาแพ่ 8 แก้ว/วัน. [ออนไลน์] 2555 [สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2554] ;

แหล่งข้อมูล : URL : <http://www.dmc.tv/pages/news/2008-05-17-1.html>.

8. อาภาพร เขี่ยมอยู่แท้. การปรับตัวของพระสงฆ์ในสังคมไทยปัจจุบัน ศึกษากรณีพระสงฆ์จากภาคอีสาน. (สารนิพนธ์ ศศม.). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. วัดส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิดและการดำเนินงาน พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550. น. 12-6.
10. ปราชญ์บุญยวงศวิโรจน์. การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน ปี พ.ศ. 2558. นนทบุรี : สำนักงานสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข; 2551. น. 1.
11. สุวิมลพลวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังจังหวัดสระบุรี ประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ วท.ม.). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
12. จันจิรา จันทรภัก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ วท.ม.). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
13. กองสุศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี : โรงพิมพ์กองสุศึกษา; 2542. น. 29-42.
14. พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระสูตรต้นตปิฎก สังยุตตนิกาย ชันธวารวรรค เล่มที่ 17. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2539. น. 1-166.
15. Boranmoon P, Chantachon S, Yodmalee B. A Development in Managerial and Administrative Pattern of Nuns Organization and Affects to the Patronage of Buddhism in Northeastern Thailand. The Social Sciences. 2009; 4(2) : 229-32.
16. Radcliffe - Brown A. On social structure. Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. 1940.



## Abstract

This research aimed to study current health conditions and to develop Buddhist monks' holistic health care models created by community participation in Saraburi province. Conducted research in the area of three districts: Mueang Saraburi, Phra Phutthabat and Nong Don district in 15 temples. Samples were 208 persons; consisted of monks, local administrative organization members and people; selected by purposive sampling method. Observation form survey form, interview form, focus group discussion and workshop were used as research tool while data was analyzed by descriptive and content analysis method.

The results revealed interesting information such as the treatment of choices for monks who experience illness were visit at a private clinic, or take medicines that bought from drug stores in local market. Ingredients of monks' daily food items were rich in flour, sugar, coconut milk and fat. Suffer from chronic diseases as diabetes, hypertension and arthritis. Have smoking habit. Daily caffeine consume from coffee and energy drink. Lacking of exercises, and health status assessment like routine checkup. Live in poor hygiene shelters with environment that surrounded by unvaccinated pet animals and abundant mosquito vectors.

Monks holistic health care models by community participation in Saraburi province were participative operations that engage all related sectors of each community. The activities include monks' routine health checkup 1-2 times a year, temples medicine cupboard, monks' health care fund, vaccination of pet animals, temple public health volunteers, promotion of exercise program, environment improvement with the 5-S activity, usage of temple as center for health care development and temple development toward Promotion Health Temple.

**Keywords :** *monk, health care, participation, community*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงาน  
ป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี  
Factors Associated with TB Relapse in Area of The Office of Diseases Prevention  
and control 2<sup>nd</sup> Saraburi

จารวี สุขประเสริฐ

สุภาภรณ์ วัฒนารณ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

Jaravee Sukprasert

Supapron Wattanatorn

The Office of Diseases Prevention and control 2<sup>nd</sup> Saraburi

### บทคัดย่อ

การศึกษาวัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรค ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายและรักษาครบ โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวกที่พบเชื้อจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค แผ่นประวัติ เวชระเบียนผู้ป่วย และทะเบียนชั้นสูดรวัดโรคของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรีที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2550 - 2552 โดยเป็นผลการศึกษาหลังจากรักษาแล้ว 2 ปี

ผลการศึกษาพบว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวกที่พบเชื้อและนำมาวิเคราะห์มีจำนวน 1,116 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่รักษาหายจำนวน 991 คน คิดเป็นร้อยละ 88.80 และผู้ป่วยที่รักษาครบจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 11.20 และในจำนวนนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายมีผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 และในกลุ่มผู้ป่วยรักษาครบมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40 และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อที่รักษาหายและรักษาครบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p - value < 0.05$  พบว่า เพศ อาชีพ และการตรวจหาการติดเชื้อ HIV เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะบวกที่รักษาหายและรักษาครบ

**คำสำคัญ :** วัณโรค, การกลับเป็นซ้ำ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

### บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขอยู่ในปัจจุบัน โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและการตายในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก สาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลกเนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี ความยากจน การอพยพย้ายถิ่น แรงงานเคลื่อนย้าย และการขาดการใส่ใจอย่างจริงจังของผู้บริหาร ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดย

ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล และต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน สถานการณ์วัณโรคของโลกในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลกติดเชื้อวัณโรคแล้วความชุก (Prevalence) ของผู้ป่วยวัณโรคมีประมาณ 14 ล้านคน โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ(Highlyinfectious)และมีอุบัติการณ์ประมาณ 9.4 ล้านรายในแต่ละปี โดยร้อยละ 95 อยู่ในประเทศ



กำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังพบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยวัณโรค เสียชีวิตปีละประมาณ 1.3 ล้านคน (ร้อยละ 98 อยู่ใน ประเทศที่ยากจน)<sup>(1)</sup>

ในปี 2554 องค์การอนามัยโลกได้คาด ประมาณสถานการณ์วัณโรคของประเทศไทยมีอัตรา ความชุก (Prevalence rate) คือ 182/100,000 ประชากร หรือประมาณ 130,000 ราย มีอัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) คือ 137/100,000 ประชากร หรือ ประมาณ 94,000 ราย และอัตราตาย (Mortality) 16/100,000 ประชากรหรือประมาณ 11,000 ราย (2,3)

จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2550 - 2552 ในพื้นที่ความรับผิดชอบของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 2 ซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด คือ สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท และ อ่างทอง พบว่าในปีงบประมาณ 2550 2551 และ 2552 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ชนิดเสมหะพบเชื้อ (incidence of sputum smear-positive TB) จำนวน 1074 , 1035 , 1155 ราย อัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Rate) ร้อยละ 7.73 , 22.48 และ 8.63 อัตรา รักษาหายขาด (Cure Rate) ร้อยละ 67.13 , 74.40 และ 80.35 อัตรารักษาครบ (Completion Rate) ร้อยละ 18.16 , 12.37 และ 6.58 อัตราผลสำเร็จในการรักษา (Treatment success rate) ร้อยละ 85.29 , 86.76 และ 86.93

ในส่วนของข้อมูลรายงานผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่ชนิดเสมหะพบเชื้อ (incidence of sputum smear-positive TB) ที่เข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรีระหว่าง ปี 2550 - 2552 พบว่า ปี 2550 2551 และ 2552 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ชนิดเสมหะพบเชื้อ (incidence of sputum smear positive TB) จำนวน 446 , 391 , 432 ราย ตามลำดับ อัตราการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Rate) ร้อยละ 7.42 , 4.37 และ 7.97 อัตรารักษาหายขาด (Cure Rate) ร้อยละ 73.32 , 80.82 และ 80.79 อัตรารักษาครบ (Completion Rate) ร้อยละ 16.14 , 7.42 และ 6.25 อัตราผลสำเร็จในการรักษา (Treatment success rate) ร้อยละ 89.46 , 88.24 และ 87.04 จากตัวเลขอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคใน

พื้นที่จังหวัดสระบุรีจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่ม จำนวนขึ้น ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ หาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้อง และเพื่อลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี

## วิธีการศึกษา

### 1. รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบ retrospective cohort study เพื่อศึกษาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมอพบเชื้อที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาล สังกัด กระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2550-2552 โดยทำการศึกษานี้หลังจากรักษาแล้ว 2 ปี

### 2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ได้แก่ ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB.Register : TB03) , แผ่นประวัติ (Tuberculosis Treatment Card : TB 01) เวชระเบียนผู้ป่วย (OPD. Card) ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และทะเบียนชั้นสุดวัณโรคของโรงพยาบาล (TB.04) ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อทุกราย ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบ ปีงบประมาณ 2550 - 2552 รวมทั้งหลังจากการรักษาแล้ว 2 ปี

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและทำการ ทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและทดลอง บันทึกข้อมูลที่มีอยู่ที่สถานบริการของสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรีแบบบันทึกที่ใช้ คือ แบบ บันทึกข้อมูลโครงการวิจัยเรื่องการเปรียบเทียบอัตรา

การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อ ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบของจังหวัดสระบุรี จำนวน ๖ กลุ่ม แบ่งออกเป็น

3.1 ลักษณะทางสังคมของประชากร คือ เพศ อายุ อาชีพ ประวัติแพ้ยา ประวัติการได้รับวัคซีน ป้องกันวัณโรค ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ และ ที่อยู่ จำนวน 7 ข้อ

3.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา คือ สิทธิการรักษา โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษา การตรวจหา การติดเชื้อ HIV การมารับยาวัณโรคตามนัด ผู้กำกับ การกินยา (DOT) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา น้ำหนักเมื่อเริ่มรักษาและเมื่อรักษาหาย จำนวน 9 ข้อ

3.3 ข้อมูลการตรวจเสมหะเพื่อติดตามการรักษา จำนวน 1 ข้อ

3.4 ข้อมูลผลการรักษา จำนวน 1 ข้อ

3.5 ข้อมูลผลการตรวจปอดซ้ำหลังครบการรักษาและหลังครบการรักษา 24 เดือน จำนวน 1 ข้อ

3.6 ข้อมูลผลการกลับเป็นซ้ำจำนวน 1 ข้อ

#### 4. วิธีการเก็บข้อมูล

4.1 บันทึกข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB.Register : TB03) , แผ่นประวัติ (Tuberculosis Treatment Card:TB01)เวชระเบียนผู้ป่วย(OPD.Card) ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล และทะเบียนชั้นสูตรวัณโรคของโรงพยาบาล (TB.04) ปีงบประมาณ 2550-2552 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2549 – 30 กันยายน 2552 โดยเก็บข้อมูลของของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อทุกราย ที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบ ปีงบประมาณ 2550-2552 รวมทั้งเก็บข้อมูลการกลับเป็นซ้ำ หลังจากการรักษาแล้ว 2 ปี

4.2 กรณีที่ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ติดต่อกันในช่วงเวลา 2 ปี หลังจากรักษาหายหรือรักษาครบ จะตรวจสอบการกลับเป็นซ้ำจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานประกันสังคมโดยใช้เลขประจำตัวบัตรประชาชน

#### 5. วิธีวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

5.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของการเก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

5.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ ในการสรุปข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

5.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square ได้แก่ โรงพยาบาล วันที่ขึ้นทะเบียนรักษาสัทธิการรักษา เพศ อาชีพ พื้นที่ที่เข้ารับการรักษา วัน เดือน ปีที่เริ่มรักษา ผลการตรวจเสมหะ การประเมินผลการรักษา ผลการตรวจสอบซ้ำ ประวัติการแพ้ยา ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันวัณโรคประวัติการเจ็บป่วย

#### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (New)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนหรือผู้ป่วยที่เคยได้ยาต้านวัณโรคมาไม่เกิน 1 เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติมาก่อน

**กลับเป็นซ้ำ (Relapse)** หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรคและได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้วหรือรับการรักษาครบแล้ว แต่กลับมาเป็นวัณโรคอีก โดยมีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Direc smear และ/หรือ Culture

**รักษาหายขาด (Cure)** หมายถึง ผู้ป่วยเสมอพบเมื่อวินิจฉัย ซึ่งเมื่อกินยาสม่ำเสมอจนครบกำหนดมีผลเสมอพบเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมอพบเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย

**รักษาครบ (Treatment completed)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีเสมอพบเมื่อวินิจฉัยและมีเสมอพบเป็นลบ เมื่อรักษาครบในช่วงเข้มข้น แต่ไม่มีผลเสมอพบเมื่อสิ้นสุดการรักษา

#### ผลการศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบที่พบเชื้อทุกรายที่ได้รับการรักษาหายและรักษาครบ ในช่วงเวลา 4 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2549 – 30 กันยายน พ.ศ. 2552 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี ได้ทำการสืบค้นประวัติการรักษาผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 12 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบที่พบ



เชื้อและนำมาวิเคราะห์มีจำนวน 1,116 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยที่รักษาหายจำนวน 991 คน คิดเป็นร้อยละ 88.80 และผู้ป่วยที่รักษาครบจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 11.20 และในจำนวนนี้พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหาย

มีผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ 16 คน คิดเป็นร้อยละ 1.60 และในกลุ่มผู้ป่วยรักษาครบมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.40 ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรค จำแนกตามผลการรักษาเป็นรายปีงบประมาณ

ผลการรักษา	รักษาหาย		รักษาครบ		ตาย		ล้มเหลว		ขาดยา		โอนออก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปีงบประมาณ 2550	295	70.74	60	14.39	31	7.43	13	3.12	12	2.88	6	1.44
ปีงบประมาณ 2551	325	80.25	30	7.41	20	4.94	14	3.45	11	2.72	5	1.23
ปีงบประมาณ 2552	371	79.96	35	7.54	31	6.68	11	2.37	12	2.59	4	0.86
รวม	991	77.06	125	9.72	82	6.38	38	2.95	35	2.72	15	1.17

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มรักษาหายและรักษาครบที่กลับเป็นซ้ำ

ประเภทของการรักษา	กลับเป็นซ้ำ		ไม่กลับเป็นซ้ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รักษาหาย	16	1.60	975	98.40
รักษาครบ	3	2.40	122	97.60

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาหายมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 1.60 และกลุ่มผู้ป่วยรักษาครบมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 2.40

ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยรักษาครบมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยรักษาหาย 1.5 เท่า

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อที่กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามปัจจัยแสดงความสัมพันธ์

ปัจจัย	กลุ่มผู้ป่วยรักษาหาย (N = 16)		กลุ่มผู้ป่วยรักษาครบ (N = 13)		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					0.019
ชาย	12	75.00	3	100	
หญิง	4	25	0	0.00	
<b>อายุ (ปี)</b>					0.468
≤ 20	1	6.30	0	0.00	
21-40	5	31.30	0	0.00	
41-60	5	31.30	2	66.70	
61-80	3	18.80	1	33.30	
> 80	2	12.50	0	0.00	
<b>อาชีพ</b>					0.020
รับจ้าง	10	62.50	1	33.30	
แม่บ้าน	1	6.3	0	0.00	
ธุรกิจส่วนตัว	2	12.50	0	0.00	
เกษตรกร	1	6.30	0	0.00	
นักเรียนนักศึกษา	1	6.30	1	33.30	
ไม่ระบุ	1	6.30	1	33.30	
<b>ประวัติการแพทย์</b>					0.160
แพทย์	0	0.00	0	0.00	
ไม่แพทย์	9	56.30	1	33.30	
ไม่ระบุ	7	43.80	2	66.70	
<b>ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค</b>					0.770
เคย	6	37.6	2	66.60	
ไม่เคย	0	0	0	0	
ไม่ระบุ	13	81.30	2	66.70	
<b>การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ</b>					0.900
ป่วย	5	31.40	0	0	
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2	12.50	0	0	
มะเร็งตับ/โรกระบบทางเดินอาหาร	1	6.30	0	0.00	
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	1	6.30	0	0.00	
โรคเรื้อรังมากกว่า 2 โรค	1	12.50	0	0.00	
ไม่เจ็บป่วย	6	37.50	1	33.30	
ไม่ระบุ	5	31.30	2	66.70	



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมอพบเชื้อที่กลับเป็นซ้ำ จำแนกตามปัจจัยแสดงควมสัมพันธ์ (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มผู้ป่วยรักษาหาย (N = 16)		กลุ่มผู้ป่วยรักษาครบ (N = 13)		p - value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>ที่อยู่</b>					0.471
นอกเขตเทศบาล	12	75.00	3	100.00	
ในเขตเทศบาล	4	25.00	0	0.00	
<b>สิทธิการรักษา</b>					0.520
ข้าราชการ	1	6.30	0	0.00	
บัตรประกันสุขภาพ	10	62.50	2	66.70	
บัตรประกันสุขภาพนอกเขต	1	6.30	1	33.30	
ไม่ระบุ	4	25.00	0	0	
<b>โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค</b>					0.100
โรงพยาบาลศูนย์	5	31.30	2	66.70	
โรงพยาบาลทั่วไป	3	18.80	0	0.00	
โรงพยาบาลชุมชน	8	50	1	33.30	
<b>การตรวจหาการติดเชื้อ HIV</b>					< 0.001
ตรวจ	12	75	1	33.30	
ไม่ตรวจ	3	18.80	2	66.70	
ไม่ระบุ	1	6.30	0	0.00	
<b>การกำกับกรกินยา (DOT)</b>					0.400
ทำ	11	68.80	0	0.00	
ไม่ทำ	4	25.00	3	100	
ไม่ระบุ	1	6.30	0.00	0.00	
<b>พฤติกรรมกรสูบบุหรี่</b>					0.640
สูบ	0	0.00	1	33.30	
ไม่สูบ	5	31.30	0	0.00	
ไม่ระบุ	1	6.30	0	0.00	
<b>พฤติกรรมกรดื่มสุรา</b>					0.640
ดื่ม	2	12.50	1	33.30	
ไม่ดื่ม	3	18.80	0	0.00	
ไม่ระบุ	11	68.80	2	66.70	

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อที่รักษาหายและรักษาครบพบว่า เพศ อาชีพ และการตรวจหาการติดเชื้อ HIV มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งแสดงว่าเพศ อาชีพ และการตรวจหาการติดเชื้อ HIV เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับเป็นซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อที่รักษาหายและรักษาครบ โดยจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าเพศชายกลับป่วยเป็นวัณโรคซ้ำมากกว่าเพศหญิงในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม กล่าวคือ เพศชายกลับเป็นซ้ำร้อยละ 75 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษาหาย และร้อยละ 100 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษาครบ ในขณะที่ เพศหญิงกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 25 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษาหาย และไม่มีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำในกลุ่มที่รักษาครบ ในส่วนของอาชีพจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่กลับเป็นวัณโรคซ้ำส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง แบ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มรักษาหายที่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 65.50 และผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มรักษาครบที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.30 และการตรวจหาการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรคพบว่ามีค่า  $p < 0.05$

### วิจารณ์

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาครบมีการกลับเป็นวัณโรคซ้ำสูงกว่าในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหาย คิดเป็นร้อยละ 1.60 และ 2.40 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เสมหะพบเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาครบและกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหาย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกลับเป็นซ้ำจากการวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้ คือ เพศ และอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Muhammad Khurram และคณะ (2009) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรค โดยได้การศึกษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 50 ราย โดยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลที่คาดว่าจะ เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบในการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ อายุ เพศ

สถานที่พักอาศัย การอยู่ในชุมชนแออัด สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ภาวะการติดยาเสพติด/พฤติกรรม ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ตัขนิมวलय ประวัติการได้รับการฉายรังสี และประวัติการเจ็บป่วยด้วยวัณโรค พบว่าในการศึกษานี้ ผู้ที่มีอายุน้อย เพศชาย อาศัยอยู่ในเมืองที่อาศัยอยู่อย่างแออัด ผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้มีฐานะยากจน ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้ที่น้ำหนักไม่เพิ่ม ในระหว่างการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระยะยาวสั้นแบบมีที่เลี้ยง (DOT) ผู้ที่มีอาการขีด ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เกี่ยวกับผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4)

อย่างไรก็ตามในการศึกษาค้างนี้มีข้อจำกัดระหว่างการศึกษาคือ จำนวนผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำมีจำนวนน้อย ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนในเรื่องของ ข้อมูลประวัติการแพ้ยา ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ การตรวจหาการติดเชื้อ HIV การกำกับการกินยา (DOT) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา จึงทำให้อาจได้ปัจจัยที่ทำให้กลับเป็นซ้ำไม่ครบถ้วน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 4 ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมจังหวัดสระบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี) และผู้รับผิดชอบงานวัณโรคของโรงพยาบาล (สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสระบุรี) ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทีมงานกลุ่มพัฒนาวิชาการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ การเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค การป้อนข้อมูลและการจัดทำรูปเล่ม ซึ่งช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้งานวิจัยสำเร็จด้วยดี



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคแห่งชาติ เพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2554. น.7-10.

2. World Health Organization. World report 2011: Global tuberculosis control Geneva, Switzerland: WHO, 2011. ISBN 9789241564380.

3. World Health Organization. World report 2009 : Global tuberculosis control. Geneva, Switzerland: WHO, 2009. ISBN 9789241563802.

4. Khurram M, Yong I, Arshad M, Khar H. Factors affecting relapse of Tuberculosis. JRM 2009; 13 (1): 44-47.

### Abstract

The purpose of this study was to study the factors associated with TB relapse. The present study focused on new smear-positive patients with cured completed treatment who were registered between 2550 and 2552 from all public hospitals in Saraburi province. Data were collected from the TB register (TB 03), TB treatment card (TB 01), patient medical records, and TB laboratory results from all public hospitals in the province. The study determined relapse rates within 2 years after treatment.

The results showed that the TB register positive patients were 1116 cases, the 991 (88.80%) TB patients with cure and 125 (11.20%) with completed treatment. The relapse rate of TB patients with cure were 16 cases (1.6%) and 3 cases (2.40%) with complete treatment. The results showed that 3 factors associated with TB relapse with statistically significant of p-value < 0.05 composed gender, occupation and blood HIV testing

*Keywords : Tuberculosis, Relapse, factors associated with*

