



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 (Journal of Medical and Public Health Region 2)

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน 2554

Vol.1 No.1 January - April 2011

ISSN 2229-0117

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 เป็นวารสารวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนางานวิชาการระดับเขต
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมและงานสร้างสรรค์ของบุคลากรในหน่วยงาน
สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทางวิชาการ การติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจ หรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ
การส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต ๒

ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรคที่ปฏิบัติราชการเป็นที่ปรึกษาสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ จังหวัดสระบุรี

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

บรรณาธิการอำนวยการ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

หัวหน้ากลุ่มของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี

บรรณาธิการ

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี

รองบรรณาธิการ

นางสาววิไล วิชากร

นางสาวศิริพร วัชรการ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี

นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร

นางสาววิไล วิชากร

นางสาวศิริพร วัชรการ

ดร.อุษณีย์ พึ่งปาน

ดร.กฤษณา ศิริวิบูลยกิจ

ดร.พรเจริญ บัวพุ่ม

แพทย์หญิงณัฐพร ประกอบ

นางสุภาภรณ์ วัฒนาร

นางสาวจิรวรรณ ชงจังหวัด

ฝ่ายจัดการและฝ่ายศิลป์

นางนลินรัตน์ ทองคำชัย

นางกนกยารัตน์ แจ้งบุญ

นายยุทธนา กลิ่นจันทร์

นายณัฐพล ผลาผล

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

สำนักงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธรบาท อำเภอพระพุทธรบาท
จังหวัดสระบุรี 18120 โทร. 036-266600, 036-266006 โทรสาร 036-267585

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ยินดีรับบทความวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรมหรืองานสร้างสรรค์ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนผลงานการควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้กองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่1 ผลงานวิจัยและ/หรือบทความวิชาการ, กลุ่มที่2 นวัตกรรมและ/หรือผลงานสร้างสรรค์ โดยจำแนกเป็นลักษณะต่างๆ ดังนี้

1.1 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจาร์ณ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง”

1.2 รายงานปริทัศน์ (Review article) เป็นบทความเพื่อฟื้นฟูวิชาการซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจาร์ณ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อ่านเกี่ยวกับเรื่องนั้น

1.3 รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจทั้งด้านประวัติ ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการคลินิกร่วมกัน

1.4 ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิทยาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย

1.5 นวัตกรรม/ผลงานสร้างสรรค์ เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

2.1 ชื่อเรื่อง

ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.3 เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับรัด และชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน โดยอักษร ใช้ตัวพิมพ์ Cordia New ขนาด 14

2.4 บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน ๑๕ บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจาร์ณหรือข้อเสนอแนะ(อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง

2.5 บทนำ

อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.6 วัสดุและวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

2.7 ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

2.8 วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

2.9 เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997
2. การอ้างอิงเอกสารใดๆ ให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
3. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่วารสาร (Volume): 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 แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ชีระ รามสูตร, นิวัติ มนตรีสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเอดส์ระยะแรกโดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางด่างขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเอดส์ 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. หน้า.หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุนนาค, ตระหนักจิต หะรินสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงคนธ์; 2533. น. 115-20.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด หรือแผ่น CD ถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 หรือที่ E-mail address : drt.dpc2@gmail.com

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียว จำนวนไม่เกิน 8 หน้า และส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น CD ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับเอกสารพร้อมระบุชื่อ File

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ การวิจัย นวัตกรรม และงานสร้างสรรค์วิเคราะห์ ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน



สารบัญ

หน้า

1. การศึกษาทางคลินิกเบื้องต้นในการประเมินประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดจากอนุพันธ์
โคโคซานในการรักษาแผลผ่าตัดซึ่งแปลกล้อมในอวัยวะเพศชาย
ไพโรจน์ สุรัตนวนิช, วนิดา จันทรวีกุล,
บุญล้อม ถาวรยุติการต์, วาสนา ไคสอน 1
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดอ่างทอง
โสมยุพา เศรษฐี 9
3. ประสิทธิภาพของการสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิตสูง
ของประชาชน อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง
ไพโรจน์ สุรัตนวนิช 16
4. การประเมินผลโครงการการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดลพบุรี ปี 2553
กมลวรรณ ขาติทองคำ 25
5. ผลของการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างทางกายภาพบำบัดด้วยวิธีการใช้เครื่องมือดึงหลังร่วมกับ
การอบประคบความร้อนร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด
ภาวิณี วิไลพันธ์ 33
6. การสำรวจภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลอินทร์บุรี
มาลัย แสงวิไลสาร 39
7. การพัฒนาการจัดรูปแบบบริการการดูแลผลิตภัณฑ์แบบบูรณาการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านหมี่
ละม่อม ค้อมทอง, นุชนาด ชำนิเชิงคำ 46
8. การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต
อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี
สุจิต สิงห์โต 54

คำนิยม



การดำเนินการพัฒนางานสาธารณสุข จำเป็นต้องอาศัยวิชาการเพื่อสนับสนุนการทำงาน โดยเฉพาะวิชาการที่เกิดจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ผลงานวิชาการเหล่านี้จะมีประโยชน์อย่างแท้จริงก็ต่อเมื่อมีการเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้รับรู้ ได้วิพากษ์วิจารณ์และนำไปปฏิบัติ การมีวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 2 จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งสำหรับการเผยแพร่ผลงานวิชาการของนักวิชาการในสาธารณสุขเขต 2 และของนักวิชาการอื่นๆ

วารสารวิชาการฉบับนี้ เกิดจากความร่วมมือของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเขตตรวจราชการที่ 2 โดยมีนายแพทย์ ดร.ปรีชา เปรมปรี จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 สระบุรี เป็นแกนหลักในการดำเนินการขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนในการผลักดันให้วารสารวิชาการฉบับนี้เกิดขึ้น และหวังว่าจะได้ช่วยกันพัฒนาให้เป็นวารสารวิชาการที่มีมาตรฐานและสาระวิชาการที่มีคุณภาพที่ติดตลอดไป



นายแพทย์ประเสริฐ หลุยเจริญ
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขต 2



การศึกษาทางคลินิกเบื้องต้นในการประเมินประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดจากอนุพันธ์ไคโตซานในการรักษาแผลผ่าตัดสิ่งแปลกปลอมในอวัยวะเพศชาย

Preliminary Clinical Study on Resorbability of Chitosan Derivative-based Hemostat in Surgical treatment of Penile Paraffinoma

ไพโรจน์ สุรัตน์วณิช พบ.(แพทยศาสตรบัณฑิต)*

Pairoj Surattanawanich M.D.*

วนิดา จันทรวีกุล ปร.ค.(วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโพลิเมอร์)**

Wanida Janvikul Ph.D.(Polymer Science)**

บุญล้อม ทาวรมยุดิการต์ วทม.(วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีโพลิเมอร์)**

Boonlom Thavomyutikarn M.Sc.(Polymer Science)**

วาสนา โคสอน วทบ.(วิทยาศาสตร์)**

Wasana Kosorn B.Sc.(Chemistry)**

*กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง

*Department of Surgery, Angthong Hospital, Angthong

**ศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ

**National Metal and Materials Technology Center (MTEC)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบทดลองเบื้องต้นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพการย่อยสลายของวัสดุห้ามเลือดที่มีอนุพันธ์ไคโตซานเป็นองค์ประกอบ (วัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกาย) ในแผลที่เกิดจากการผ่าตัดอวัยวะเพศชายที่ได้รับการฉีดสารแปลกปลอม (เช่น วาสลิน พาราฟิน หรือน้ำมันมะกอก เป็นต้น) เข้าใต้ชั้นผิวหนังบริเวณองคชาติเพื่อเพิ่มขนาด การศึกษานี้ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ในช่วงเดือนเมษายน 2552 - ธันวาคม 2553 ในผู้ป่วย 8 ราย โดยทำการฝังวัสดุทดสอบไว้ในร่างกายบริเวณแผลผ่าตัดในการผ่าตัดชั้นแรกของการรักษาแบบใช้หนังงูชั้นหุ้มองคชาติ (scrotal flap method) แผลจะถูกปิดเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน เมื่อครบกำหนดระยะเวลาในการรักษา แพทย์จะทำการเปิดผิวหนังชั้นหุ้มองคชาติออก ในขณะเดียวกันทำการตรวจสอบการตกค้างของวัสดุที่ฝังไว้ และตรวจสอบชิ้นเนื้อ ขึ้นบริเวณรอบวัสดุ ด้วยวิธีทางจุลพยาธิวิทยา จากการตรวจสอบพบว่า วัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกายสามารถสลายตัวได้อย่างสมบูรณ์ในร่างกายผู้ป่วยภายในเวลาประมาณ 3 เดือน ไม่พบการตกค้างของวัสดุ และไม่พบปฏิกิริยาการอักเสบหรือการต่อต้านของเนื้อเยื่อที่สัมผัสกับวัสดุ

คำสำคัญ: การทดสอบทางคลินิก, การสลายตัว, วัสดุห้ามเลือดจากอนุพันธ์ไคโตซาน, สิ่งแปลกปลอมในอวัยวะเพศชาย

บทนำ

ไคติน/ไคโตซานเป็นพอลิเมอร์ชีวภาพที่สกัดได้จากเปลือกของสัตว์จำพวกกุ้ง ปู แคนหมึก และแมลง ไคตินเป็นสารที่ไม่ละลายน้ำและตัวทำละลายอินทรีย์ทั่วไป ส่วนไคโตซานเป็นสารที่เตรียมจากไคติน โดยการดึงหมู่อะเซทิลของไคตินออกกลายเป็นหมู่เอมิโนไคโตซาน ละลายได้ในสารละลายที่เป็นกรดอ่อน ปัจจุบันได้มีการนำไคติน/ไคโตซานมาประยุกต์ใช้ในงานด้านต่างๆ รวมทั้งในด้านการแพทย์ อาหารและยา เนื่องจากคุณสมบัติเด่นของไคติน/ไคโตซาน เช่น ความสามารถในการยับยั้ง

การเจริญของเชื้อจุลินทรีย์บางชนิด ความเป็นพิษ การเข้ากันได้ทางชีวภาพ คุณสมบัติในการห้ามเลือด และการย่อยสลายได้ตามธรรมชาติ เป็นต้น

คณะผู้วิจัยจากศูนย์เทคโนโลยีโลหะและวัสดุแห่งชาติ(เอ็มเทค) ได้ทำการศึกษาสมบัติการช่วยเร่งการแข็งตัวของเลือดของอนุพันธ์ไคติน/ไคโตซานชนิดต่างๆ และได้คัดเลือกอนุพันธ์ไคโตซานที่เหมาะสมมาใช้ในการพัฒนาวัสดุห้ามเลือดต้นแบบของ เอ็มเทค⁽¹⁻⁹⁾ ต้นแบบดังกล่าวได้ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพการห้ามเลือดในสัตว์ทดลองเรียบร้อยแล้ว ผลการทดสอบ

เป็นที่น่าพึงพอใจ กล่าวคือ วัสดุห้ามเลือดต้นแบบมีประสิทธิภาพในการช่วยห้ามเลือดจากแผลตัดปลายหางหนูได้ดีและสามารถสลายตัวในร่างกายของหนูทดลองได้ นอกจากนี้ผลทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อของหนูทดลองที่สัมผัสกับวัสดุต้นแบบเปิดเผยว่า ไม่มีการอักเสบหรือการต่อต้านวัสดุของเนื้อเยื่อและอวัยวะของหนูทดลอง ซึ่งแสดงว่าวัสดุห้ามเลือดต้นแบบมีความเข้ากันได้ดีกับเนื้อเยื่อของหนูทดลอง

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพการห้ามเลือดของแผลที่เกิดจากการตัดผิวหนังเพื่อการปลูกถ่ายโดยใช้วัสดุห้ามเลือดต้นแบบของเอ็มเทคเปรียบเทียบกับวัสดุทางการค้า 2 ชนิด (SPONGOSTAN® Standard และ Algisite-M) โดยการปิดห้ามเลือดแผลเป็นระยะเวลานานๆ พบว่า ปริมาณเลือดที่สูญเสียรวมไม่มีความแตกต่างในระหว่างกลุ่มทดสอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่จากการสังเกตจะพบว่า วัสดุห้ามเลือดต้นแบบสามารถหยุดเลือดได้ดีกว่าวัสดุทางการค้าทั้งสองชนิด เนื่องจากพบการซึมไหลของเลือดที่น้อยที่สุดหลังจากการเปิดวัสดุออก⁽¹⁰⁾

การวิจัยและพัฒนาในขั้นต่อไปคือ ประเมินประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดต้นแบบในผู้ป่วย โดยทำการฝังวัสดุห้ามเลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดอวัยวะเพศชายที่ได้รับการฉีดยาแปลงสภาพ (เช่น วาสลิน น้ำมันมะกอก และพาราฟิน เป็นต้น) เข้าชั้นใต้ผิวหนังบริเวณองคชาติ (sclerosing lipogranuloma) ทำการตรวจสอบการตกค้างของวัสดุหลังการฝัง และตรวจสอบชิ้นเนื้อขึ้นบริเวณรอบวัสดุด้วยวิธีทางจุลพยาธิวิทยา

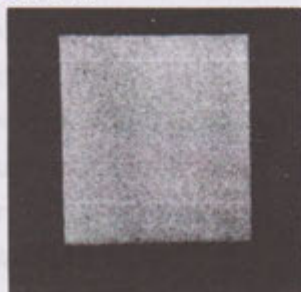
วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นแบบทดลองในโรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง ในช่วงเดือนเมษายน 2552 – ธันวาคม 2553 ในผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษานี้จำนวน 8 ราย (เพศชาย) มีอายุระหว่าง 18-60 ปี (อายุเฉลี่ย 37 ปี) สาเหตุของการศึกษากรรมคือ การผ่าตัดอวัยวะเพศชายเนื่องจากผู้ป่วย (ทุกราย) ได้รับการฉีดยาแปลงสภาพ

เข้าใต้ชั้นผิวหนังบริเวณองคชาติ เพื่อเพิ่มขนาดด้วยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ หรือฉีดยาเอง ผลของสารแปลงสภาพทำให้เกิดอาการอักเสบ บวม เกิดพังผืดห่อหุ้มอวัยวะจนเป็นก้อนแข็งเป็นแผลอักเสบเรื้อรัง (sclerosing lipogranuloma) ในการรักษาจะทำการผ่าตัดองคชาติ 2 ครั้ง โดยการผ่าตัดครั้งที่ 2 จะทำหลังจากการผ่าตัดครั้งที่ 1 ประมาณ 3 เดือน ทำการฝังวัสดุห้ามเลือดต้นแบบ (ขนาดกว้าง 1 นิ้ว x ยาว 1 นิ้ว x ความหนา 1.52 มิลลิเมตร) ไว้ในบริเวณแผลผ่าตัดในการผ่าตัดครั้งแรก ในขณะที่แพทย์ผู้วิจัยทำการผ่าตัดครั้งที่สอง (เปิดผิวหนังชั้นนอก) แพทย์จะทำการตรวจสอบการตกค้างของวัสดุที่ฝังไว้ และตัดชิ้นเนื้อบริเวณรอบวัสดุที่ฝังเพื่อส่งตรวจผลทางจุลพยาธิวิทยา (แพทย์ผู้วิจัยได้แจ้งผู้ป่วยให้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ ผลข้างเคียง และการปฏิบัติตัวขณะทดสอบก่อนการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ เลขที่ อท. 0027.202.5/001 ของโรงพยาบาลอ่างทอง)

การเตรียมวัสดุห้ามเลือดที่มีอนุพันธ์โคโคซานเป็นองค์ประกอบ (วัสดุทดสอบ) :

เตรียมสารละลายเหนียวในน้ำของสารที่มีอนุพันธ์โคโคซาน (ที่ปริมาณหนึ่งๆ) เป็นองค์ประกอบ เทหล่อแบบสารละลายลงในแม่แบบ ทำให้วัสดุแห้งด้วยวิธีฟรีซ-ดราย เพื่อให้ได้ชิ้นงานที่มีลักษณะเป็นโฟม นำชิ้นงานที่ได้มาจุ่มลงในสารละลายเคลือบเคลือบเคลือบเป็นเวลา 10 นาที ล้างวัสดุด้วยน้ำและทำให้วัสดุแห้งด้วยวิธีฟรีซ-ดราย วัสดุที่ได้จะอยู่ในรูปของแผ่นโฟมบาง (รูปที่ 1) วัสดุจะผ่านการอบฆ่าเชื้อด้วยแก๊สเอธิลีนออกไซด์ก่อนการนำไปใช้งาน



รูปที่ 1 วัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกาย

การทดสอบประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือด :

ในการผ่าตัดแพทย์ผู้วิจัยจะผ่าตัดเลาะผิวหนังภายนอกที่อักเสบและบริเวณที่เป็นพังผืดที่ใช้งานไม่ได้ของอวัยวะเพศชายออก (การผ่าตัดครั้งที่ 1) แล้วสร้างหนังหุ้มอวัยวะเพศชายใหม่โดยการนำผิวหนังและเนื้อเยื่อของถุงอัณฑะมาห่อหุ้ม ก่อนทำการปิดเย็บผิวหนัง ใส่วัสดุทดสอบ 2 ชิ้น (ข้างละ 1 ชิ้น ชาย-ขวา) ลงบริเวณด้านข้างของอวัยวะเพศ จากนั้นทำการปิดแผล (รูปที่ 2 (a-f)) ในการรักษาผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการผ่าตัดเปิดแผลอีกครั้ง (การผ่าตัดครั้งที่ 2) หลังการผ่าตัดครั้งแรกเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน (หลังจากหลุดเลือดเกิดการเชื่อมต่อระหว่างองคชาติกับหนังถุงอัณฑะ) เมื่อครบกำหนดระยะเวลาสำหรับการผ่าตัดครั้งที่ 2 แพทย์ผู้วิจัยจะทำการเปิดผิวหนังอวัยวะเพศด้านข้างบริเวณล่างทั้งสองข้างออก เพื่อนำผิวหนังดังกล่าวกลับมาเย็บให้กลายเป็นถุงอัณฑะปกติ ในขณะที่เปิดผิวหนังออกทำการตรวจสอบการตกค้างของวัสดุที่ฝังไว้ พร้อมทั้งตัดชิ้นเนื้อบริเวณโดยรอบ (ที่เปิดผิวหนัง) เพื่อส่งตรวจสอบผลทางจุลพยาธิวิทยาต่อไป (รูปที่ 3 (a-e))



(a) อวัยวะเพศชายก่อนเข้ารับการผ่าตัด



(b) ปิดผิวหนังด้านบน



(c) ไขมันที่ถูกตัดเลาะออก



(d) ตำแหน่งของวัสดุทดสอบที่ฝังไว้ในร่างกาย



(e) ใส่วัสดุทดสอบ



(f) อวัยวะเพศชายหลังการผ่าตัดครั้งที่ 1

รูปที่ 2 การผ่าตัดครั้งที่ 1 (พร้อมการฝังวัสดุทดสอบในร่างกาย)



(a) การเปิดอวัยวะเพศชายบริเวณด้านล่าง



(b) ตรวจสอบหาวัสดุทดสอบ



(c) ตัดชั้นเนื้อบริเวณที่ทำการฝังวัสดุ เพื่อนำไปศึกษาจุลพยาธิวิทยา



(e) การปิดแผลหลังการผ่าตัด



(d) ชิ้นเนื้อสำหรับการศึกษาจุลพยาธิวิทยา รูปที่ 3 การผ่าตัดครั้งที่ 2 (พร้อมการประเมินประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุทดสอบในร่างกายผู้ป่วย)

จากผลการศึกษาที่มีมา ก่อนหน้าในส่วนของการช่วยรักษาแผลและการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกายในหนูทดลอง (wistar rat) พบว่า วัสดุช่วยรักษาแผลและชั้นผิวหนังของหนูทดลองได้ดี และสามารถสลายตัวในร่างกายของหนูทดลองได้ และผลทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อของหนูทดลองที่สัมผัสกับวัสดุห้ามเลือดแสดงให้เห็นว่า ไม่มีการอักเสบหรือการต่อต้านวัสดุทดสอบของเนื้อเยื่อและอวัยวะของหนูทดลอง⁽⁶⁾

จากการศึกษาประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกายในผู้ป่วย 8 ราย พบว่า วัสดุสามารถสลายตัวได้หมดในร่างกายผู้ป่วย (ทุกรายได้) ภายหลังจากปล่อยทิ้งไว้ในร่างกายเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน เนื่องจากไม่พบการตกค้างของวัสดุหลังการฝังวัสดุ ดังแสดง (ไว้เพียงสองรูป) ในรูปที่ 4(a) และ 4(b) (ทีมผู้วิจัยไม่สามารถระบุได้ว่า วัสดุสลายตัวได้หมดเมื่อไร ซึ่งอาจจะเร็วกว่า 3 เดือน เนื่องจากทีมผู้วิจัยไม่สามารถเปิดแผลผู้ป่วยเพื่อติดตามอัตราการสลายตัวของวัสดุต่อเวลาในผู้ป่วยได้)

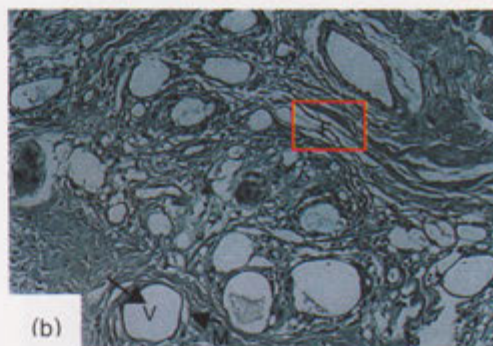
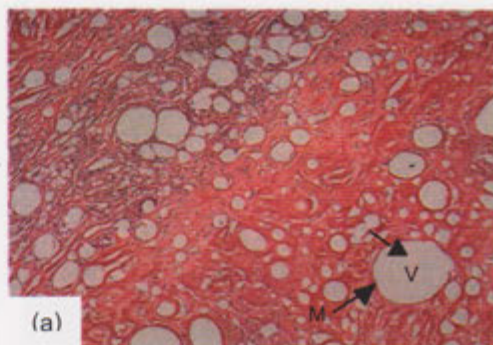
ในการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อบริเวณที่ฝังวัสดุห้ามเลือดเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือน (ตามระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาแผลชนิดนี้) ในผู้ป่วยทั้ง 8 ราย แพทย์ผู้วิจัยจะทำการตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่ฝังวัสดุโดยรอบทั้งด้านซ้ายและด้านขวาขององคชาติ หรือบริเวณต้องสงสัยไปตรวจสอบผลทางจุลพยาธิวิทยา เพื่อศึกษาการจัดเรียงตัวของเซลล์และการหายของแผล และเป็นการยืนยันผลการทดสอบที่แน่นอนและเป็นสากล



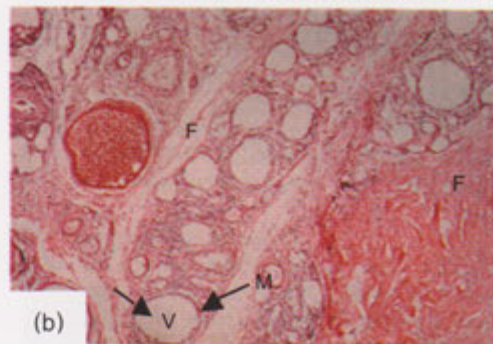
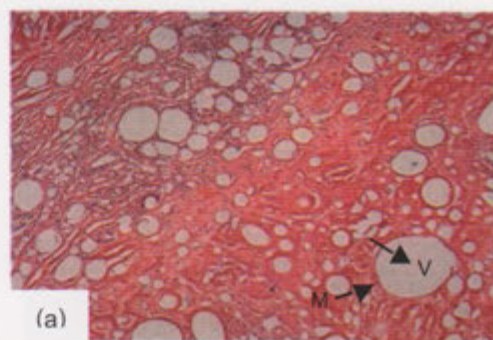


รูปที่ 4 การประเมินประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดหลังการฝังเป็นเวลา 3 เดือน ในผู้ป่วย (a) รายที่ 1 และ (b) รายที่ 2

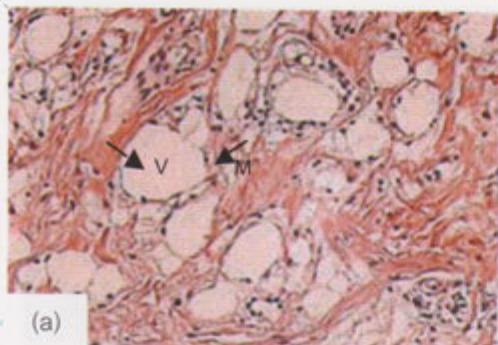
จากการศึกษาลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อบริเวณองค์ขาดก่อนการฝังและหลังการฝังวัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกาย พบว่า ชิ้นเนื้อก่อนการฝังวัสดุทดสอบของผู้ป่วยรายที่ 1-5 จะมีลักษณะเป็นเซลล์ก่อการอักเสบชนิด mononuclear และมีช่องว่าง vacuoles (ใช้รหัสย่อ V) หลายขนาดจำนวนมาก ที่มีเซลล์อักเสบชนิด multinucleated giant cells (ใช้รหัสย่อ M) อยู่รอบๆ ช่องว่างดังกล่าว กระจายแทรกตัวอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง (รูปที่ 5(a), 6(a), 7(a) และ 8(a)) ซึ่งกล่าวได้ว่า เนื้อเยื่อก่อนการฝังวัสดุทดสอบจะมีลักษณะเป็น lipoid granulomas ในขณะที่ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อหลังจากการฝังวัสดุทดสอบเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือน ของผู้ป่วยรายที่ 1-8 พบว่า มีลักษณะของเนื้อเยื่อ benign fibrovascular (ใช้รหัสย่อ F) (รูปที่ 5(b), 6(b), 7(b), 8(b), 9(b), 10(a-b), 11(a) และ 11(b)) นอกจากนี้ยังพบเซลล์ก่อการอักเสบที่มีลักษณะเป็น lipoid granuloma ซึ่งเป็นเซลล์ชนิดเดียวกันกับเซลล์ที่พบในชิ้นเนื้อก่อนการฝังวัสดุทดสอบ ที่เกิดจากการฉีดสารแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ทั้งนี้ลักษณะที่เป็น lipoid granuloma ที่พบหลังการฝังวัสดุทดสอบนั้น อาจเกิดจากแพทย์ผู้วิจัยทำการผ่าตัดเลาะผิวหนังที่อักเสบของอวัยวะเพศชายออกไม่หมด ผลการศึกษาทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อแสดงให้เห็นว่าการทิ้งวัสดุทดสอบไว้ในร่างกายบริเวณขนาดแผลของผู้ป่วย ไม่ก่อให้เกิดสิ่งแปลกปลอมหรือการอักเสบของเนื้อเยื่อจากวัสดุทดสอบ และวัสดุย่อยสลายได้หมด ไม่มีวัสดุตกค้างหลังการฝัง



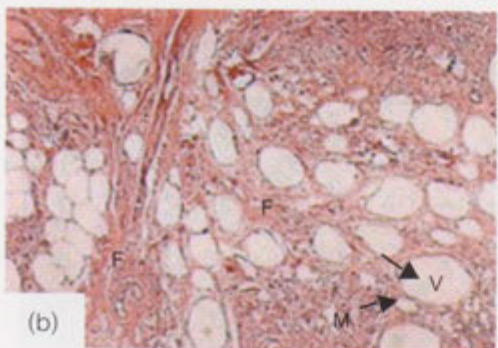
รูปที่ 5 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อผู้ป่วยรายที่ 1: (a) ชิ้นเนื้อก่อนการฝังวัสดุ และ (b) ชิ้นเนื้อหลังการฝังวัสดุ



รูปที่ 6 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อผู้ป่วยรายที่ 2: (a) ชิ้นเนื้อก่อนการฝังวัสดุ และ (b) ชิ้นเนื้อหลังการฝังวัสดุ

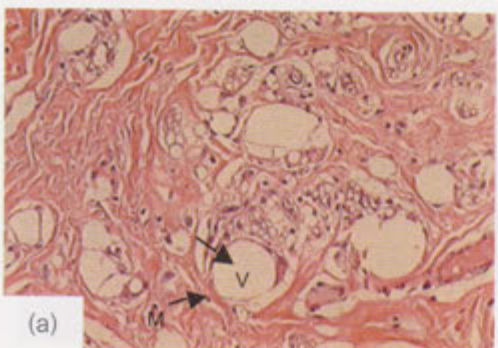


(a)

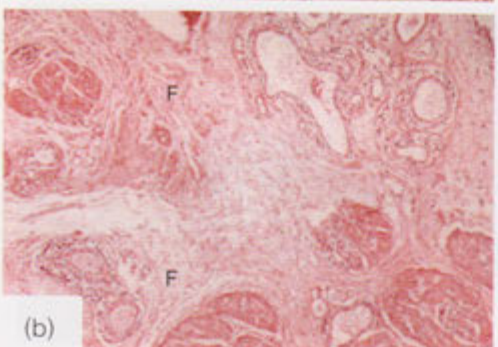


(b)

รูปที่ 7 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อผู้ป่วยรายที่ 3: (a) ชิ้นเนื้อก่อนการฝัังวัด และ (b) ชิ้นเนื้อหลังการฝัังวัด



(a)

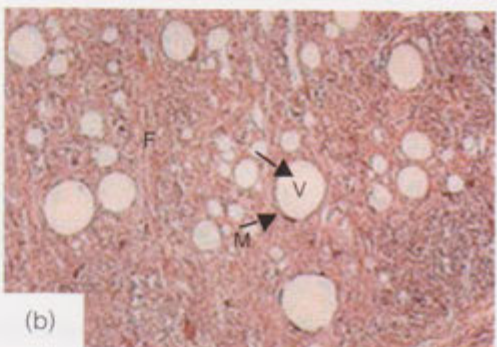


(b)

รูปที่ 8 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อผู้ป่วยรายที่ 4: (a) ชิ้นเนื้อก่อนการฝัังวัด และ (b) ชิ้นเนื้อหลังการฝัังวัด

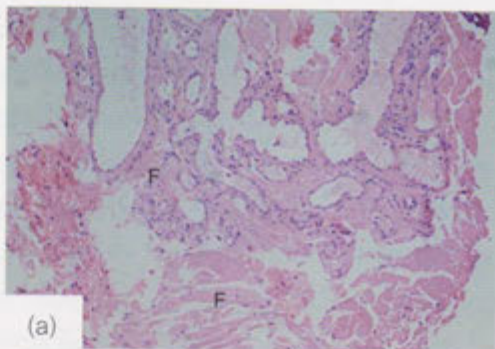


(a)

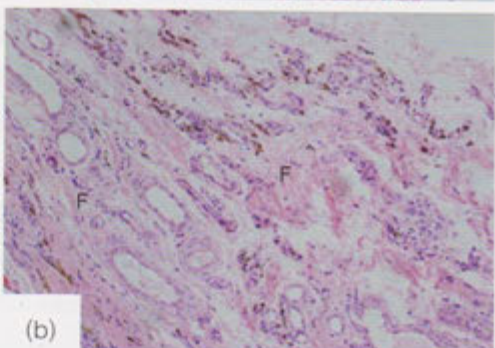


(b)

รูปที่ 9 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อผู้ป่วยรายที่ 5: (a) ชิ้นเนื้อก่อนการฝัังวัด และ (b) ชิ้นเนื้อหลังการฝัังวัด



(a)



(b)

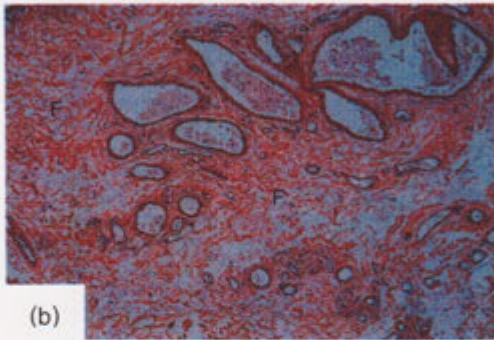
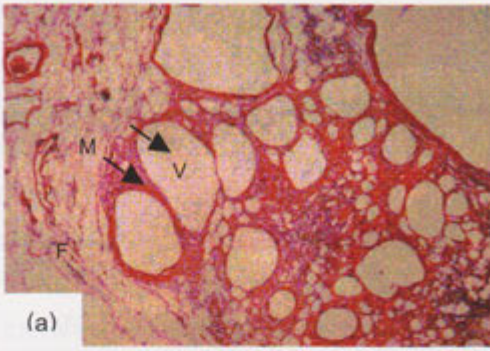
รูปที่ 10 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อผู้ป่วยรายที่ 6: (a) ชิ้นเนื้อบริเวณด้านขวา และ (b) ชิ้นเนื้อบริเวณด้านซ้าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมพยาบาลในหน่วยศัลยกรรมที่ช่วย
ให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Uppanan P, Janvikul W, Thavornnyutikarn B, Krewraing J. Study on Effects of Chitin, Chitosan and Their Derivatives on In Vitro Blood Coagulation. Proceedings of the 2rd Chitin-Chitosan Conference; 2003 Oct 20.
2. วนิดา จันทริกุล, ปวีณา ชุมนันต์, บุญล้อม ทาวรณยุกต์, จิรวาท แก้วเรือง. ผลของไคติน/ไคโตซานและอนุพันธ์ต่อการแข็งตัวของเลือด และการกระตุ้นเกล็ดเลือด. วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีไทยสู่เศรษฐกิจยุคโมเลกุล; 27-30 มีนาคม 2548; ศูนย์ประชุมอุทยานวิทยาศาสตร์ประเทศไทย.
3. Thavornnyutikarn B, Janvikul W, Thaptong P. The Preparation and Characterization of Semi-IPNs from Calcium-alginate/Chitosan Derivative Blends. Proceedings of the 3rd National Chitin-Chitosan Conference; 2005 Oct 19.
4. Uppanan P, Janvikul W, Thavornnyutikarn B. Evaluation of Hemostatic Ability and Biocompatibility of Calcium Alginate, N,O-Carboxymethylchitosan and Their Blends. Proceedings of the 3rd National Chitin-Chitosan Conference; 2005 Oct 20.
5. Janvikul W, Uppanan P, Thavornnyutikarn B, Krewraing J, Prateepasen R. In Vitro Comparative Haemostatic Studies of Chitin, Chitosan and Their Derivatives. Journal of Applied Polymer Science. 2006;445-51.
6. Janvikul W, Uppanan P, Kosom W, Phulsuksombati D, Prateepasen R. Evaluation of Efficacy of Chitosan Derivative Based Hemostat: In Vitro and In Vivo Studies. Proceedings of the 2nd International Symposium on Biomedical Engineering (ISBME 2006); 2006 Nov 8-10; Thailand. 2006;281- 3.



รูปที่ 11 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อหลังการฝังวัสดุ (ชิ้นเนื้อบริเวณด้านขวา): (a) ผู้ป่วยรายที่ 7 และ (b) ผู้ป่วยรายที่ 8

วิจารณ์

จากการประเมินประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกายของผู้ป่วยจำนวน 8 ราย พบว่า วัสดุสามารถสลายตัวในร่างกายผู้ป่วยได้ภายในระยะเวลา 3 เดือน เนื่องจากไม่พบการตกค้างของวัสดุหลังจากการฝังวัสดุ และการวิเคราะห์ผลทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อบริเวณโดยรอบวัสดุพบว่าไม่มีปฏิกิริยาการอักเสบหรือการต่อต้านของเนื้อเยื่อที่สัมผัสกับวัสดุแสดงว่าวัสดุห้ามเลือดสำหรับใช้ภายในร่างกายมีความเข้ากันได้ดีกับเนื้อเยื่อของร่างกายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการทดสอบทางคลินิกเบื้องต้นในการประเมินประสิทธิภาพการสลายตัวของวัสดุห้ามเลือดที่มีอนุพันธ์ไคโตซานเป็นองค์ประกอบในอาสาสมัครจำนวน 8 ราย เท่านั้น ซึ่งไม่อาจเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ ดังนั้นควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มอาสาสมัครที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในอนาคต

7. Janvikul W, Uppanan P, Thavorniyutikam B, Prateepasen R. Calcium Alginate, N,O-Carboxymethylchitosan and Their Blends: In Vitro Biocompatibility and Biodegradability. Proceeding of the World Congress on Bioengineering 2007 (WACBE 2007); 2007 July 9-11; Thailand. 2007:130-1.
8. เอกสารคำขอรับสิทธิบัตรเลขที่ 0501003652 (ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2548).
9. เอกสารคำขอรับสิทธิบัตรเลขที่ 0701006411 (ลงวันที่ 14 ธันวาคม 2550).
10. ไพโรจน์ สุรัตน์วณิช, วนิดา จันทร์วิกุล, บุญล้อม ถาวรยุติการต์, วาสนา โคสอน. การศึกษาทางคลินิกเบื้องต้นในการประเมินประสิทธิภาพการห้ามเลือดของวัสดุห้ามเลือดจากอนุพันธ์ไคโตซาน เปรียบเทียบกับวัสดุทางการแพทย์ในแผลที่เกิดจากการตัดผิวหนังเพื่อการปลูกถ่าย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552;3(1).

Abstract Preliminary Clinical Study on Resorbability of Chitosan Derivative-based Hemostat in Surgical treatment of Penile Paraffinoma

Pairoj Surattanawanich*, Wanida Janvikul**, Boonlom Thavorniyutikam**, Wasana Kosom**

*Department of Surgery, Angthong Hospital, Angthong

**National Metal and Materials Technology Center (MTEC)

The objective of this preliminary clinical study was to evaluate the resorbability of a chitosan derivative-based hemostat (hemostat for internal use) in the surgical treatment of penile paraffinoma resulted from the injection of foreign substances, e.g., vaseline, paraffin or olive oil, into the penis for the purpose of augmentation. The study was conducted at Angthong Hospital in Angthong Province during April 2009–December 2010 in eight patients. The tested materials were implanted, in the surgical areas at the end of the first operation stage of the two-stage scrotal flap method, for about three months. At the second operation stage, after the flap was open, the decomposition of the implanted materials and the tissues at the implantation sites were physically and histopathologically examined, respectively. The obtained results revealed that the chitosan derivative-based hemostat (hemostat for internal use) was completely resorbable within three months after being implanted inside the penises of all eight patients. No material debris left, and no tissue infection and reaction to the material were observed.

Key words: Clinical, Resorbability, Chitosan derivative-based hemostat, Penile paraffinoma

ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีในจังหวัดอ่างทอง
Factors Influencing Receiving Cervical Cancer Screening Test of the
Women in the Angthong Province.

โฉมยุพา เศรษฐี วทม.(สาธารณสุขศาสตร์) *

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

Chomyupha Sesthee M.S. (Public Health)*

*Angthong Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งอื่นๆ และสามารถรักษาให้หายได้ หากพบในระยะต้นๆ และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการตรวจ pap smear ซึ่งสามารถลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกได้ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 30 – 60 ปี โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ จำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ chi-Square และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบทวินาม (binary logistic regression) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.3 ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก เหตุผลหลักคือ อายุเจ้าหน้าที่ ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยด้านจิตสังคม การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค มีคะแนนเฉลี่ยที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคและสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยระดับสูง จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ อายุ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนั้น การรณรงค์เพื่อให้สตรีอายุ 30 – 60 ปีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรคำนึงถึงอายุของสตรีกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค รวมทั้งมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีผล, การตรวจคัดกรอง, มะเร็งปากมดลูก

บทนำ

ประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูก เป็นอันดับแรกของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี โดยมีอุบัติการณ์เท่ากับ 19.5 ต่อประชากรแสนคน สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่แท้จริง ไม่ทราบแน่นอน แต่สาเหตุสำคัญ คือการติดเชื้อ Human papilloma virus

(HPV) มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งอื่นๆ และสามารถรักษาให้หายได้ หากพบในระยะต้นๆ⁽¹⁾ ส่วนใหญ่มักจะพบในระยะลุกลาม มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้⁽²⁾ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือการทดสอบ PAP⁽¹⁾

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองได้กำหนดตัวชี้วัดให้สตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 80 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2550-2552 พบสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจ pap smear ร้อยละ 69.0, 79.1 และ 73.6 ตามลำดับ ซึ่งผลงานยังไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากสตรีกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของปัจจัยที่ส่งผลกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในจังหวัดอ่างทอง ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่าง คือสตรีอายุ 30-60 ปี ในจังหวัดอ่างทอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณมาจากเทคนิคการหาขนาดตัวอย่างของ Yamane⁽³⁾ จำนวนได้ 397 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงการรับรู้ของบุคคล = 0.81 ปัจจัยร่วมในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = 0.8 และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ = 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ chi-square และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุนาม (binary logistic regression)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 40-44 ปี และ 55-60 ปี

เท่ากันคือร้อยละ 19.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ย 6,573 บาท ต่อเดือน แต่งงานแล้วและอยู่กินกับสามีร้อยละ 70.8 เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 76.7 ไม่เคยตรวจร้อยละ 23.3 เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่ไปตรวจ คืออายุเจ้าหน้าที่พยาบาลแพทย์ ที่ตรวจร้อยละ 28.6 รองลงมาคือ ไม่มีเวลา และไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 23.0 และ 16.3 ตามลำดับ

1. ระดับการรับรู้ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1 การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจเลย และกลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา มีระดับคะแนนการรับรู้ระดับปานกลางร้อยละ 49.5 และ 48.8 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมา มีระดับคะแนนการรับรู้โดยรวมในระดับสูงร้อยละ 50.8

1.2 ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ตัวแปรด้านจิตสังคม และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนปัจจัยร่วมด้านจิตสังคมในระดับสูง รวมทั้งกลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 50.8 สำหรับกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลยและกลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมา มีคะแนนระดับปานกลางร้อยละ 47.3 และ 47.6 ตามลำดับ

ระดับคะแนนปัจจัยร่วมด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนระดับสูง ทั้งกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลย กลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 ปีที่ผ่านมา และกลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60.2, 83.2 และ 79.4 ตามลำดับ

1.3 ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ทั้งในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลย กลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 ปีที่ผ่านมา และกลุ่มที่เคย

เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมาร้อยละ 82.8, 90.2 และ 90.5 ตามลำดับ สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนปานกลาง ทั้งกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลย กลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 ปีที่ผ่านมา และกลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 61.3, 67.6 และ 73.0 ตามลำดับ

ระดับความเป็นไปได้ในการปฏิบัติโดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลย กลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 ปีที่ผ่านมา และ กลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 69.9, 82.4 และ 74.6 ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ของบุคคลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า การรับรู้ของบุคคลด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระดับคะแนน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ให้ปฏิบัติ	การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
	ไม่เคยตรวจเลย		เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา		เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับต่ำ	11	(11.8)	3	(1.2)	2	(3.2)	16	(4.0)
ระดับปานกลาง	26	(28.0)	38	(15.6)	11	(17.4)	75	(18.7)
ระดับสูง	56	(60.2)	203	(83.2)	50	(79.4)	309	(77.3)
	93	(100.0)	244	(100.0)	63	(100.0)	400	(100.0)
รวม	93	(100.0)	244	(100.0)	63	(100.0)	400	(100.0)
chi-square =	29.257		df =	4	p-value =	0.000		

2.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอดบุตร ประวัติการแท้ง การคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตนเองกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตสังคมกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 1)



2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตาราง 2)

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระดับคะแนน ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ให้ปฏิบัติ	การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
	ไม่เคยตรวจเคย		เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 ปีที่ผ่านมา		เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมา		รวม	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจ คัดกรอง								
ระดับต่ำ	12	(12.9)	2	(0.8)	4	(6.3)	18	(4.5)
ระดับปานกลาง	4	(4.3)	22	(9.0)	2	(3.2)	28	(7.0)
ระดับสูง	77	(82.8)	220	(90.2)	57	(90.5)	354	(88.5)
รวม	93	(100.0)	244	(100.0)	63	(100.0)	400	(100.0)
chi-square = 26.565 df = 4 p-value = 0.000								
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ								
ระดับต่ำ	32	(34.4)	66	(27.1)	11	(17.5)	109	(27.3)
ระดับปานกลาง	57	(61.3)	165	(67.6)	46	(73.0)	268	(67.0)
ระดับสูง	4	(4.3)	13	(5.3)	6	(9.5)	23	(5.7)
รวม	93	(100.0)	244	(100.0)	63	(100.0)	400	(100.0)
chi-square = 6.751 df = 4 p-value = 0.150								

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคืออายุและความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถใช้จำแนกกลุ่มมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องร้อยละ 80.1 โดยผู้มีอายุมากจะมีโอกาสมารับบริการตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผู้ที่เห็นว่าปัจจัยด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีโอกาสมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่เห็นความสำคัญของปัจจัยดังกล่าว(ตาราง 3)

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกของตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	Logistic regression Coefficient (β)	Wald	Sig.	Exp (β)
การรับรู้ของบุคคล	-.045	.277	.599	.956
อายุ	.052	5.985	.014	1.053
สถานภาพสมรส		.249	.969	
หม้าย	.228	.123	.726	1.256
หย่าร้าง	-.203	.040	.841	.816
แต่งงานอยู่กินกับสามี	.126	.063	.802	1.135
การศึกษา		4.454	.348	
ไม่ได้เรียน	-1.663	1.562	.211	.190
ประถมศึกษา	-.586	.557	.456	.557
มัธยมศึกษา	.136	.034	.854	1.146
อนุปริญญา	-.075	.011	.918	.927
อาชีพ		12.257	.016	
เกษตรกรรม	1.601	2.988	.084	4.959
รับจ้าง	.207	.070	.791	1.231
ค้าขาย	.542	.429	.512	1.719
แม่บ้าน	1.531	2.726	.099	4.623
รายได้	.000	.170	.681	1.000
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	.004	.009	.924	1.004
จำนวนครั้งการคลอดบุตร	.089	.286	.593	1.093
จำนวนครั้งการแท้ง	-.086	.086	.769	.917
การคุมกำเนิด	-.458	1.419	.233	.632

ตัวแปร	Logistic regression Coefficient (β)	Wald	Sig.	Exp (β)
ประวัติการเป็นโรคติดต่อ	.066	.008	.927	1.068
ด้านจิตสังคม	-.087	.465	.495	.917
ด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ	.197	2.543	.111	1.218
ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	.270	6.132	.013	1.310
Constant	-3.998	4.657	.031	.018
X ² Model = 50.183			0.001	
X ² (Goodness of fit) = 5.720			0.679	
Percent of Correction classification = 80.1				

วิจารณ์

การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง จากการได้รับข้อมูลว่าเป็นโรคที่อยู่ในระยะแรกไม่มีอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการผิดปกติแสดงว่าโรคมีระยะลุกลามมาก และไม่สามารถรักษาให้หายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเจตนาศรีใส⁽⁴⁾ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอายุ 30 – 60 ปี ส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งแต่งงานแล้วและอยู่กินกับสามี กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้รับการติดตาม รวมทั้งได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และรับรู้ความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของพรฤดี นิธิรัตน์และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าสถานภาพสมรสคู่เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการไปตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและมีรายได้น้อย แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการมารับบริการ

เพราะเจ้าหน้าที่มีการให้บริการนอกเวลาราชการและไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของโสภิตา คำทอง⁽⁶⁾ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ คำแนะนำจากบุคคลอื่น รวมทั้งมีระดับคะแนนการรับรู้ด้านสิ่งชักนำให้ปฏิบัติสูง ส่งผลให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ ทักษิน⁽⁷⁾ พบว่าการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ

ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง จากการที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และได้รับการนัดหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของโสภิตา คำทอง⁽⁶⁾ พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก คือ อายุ และปัจจัยด้านความเป็นไปได้ ในการปฏิบัติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี และเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า ไม่เคยมาตรวจ พบสัดส่วน 2 ใน 3 ของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของพรฤดี นิธิรัตน์และคณะ^(๕) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการไปตรวจมะเร็ง ปากมดลูกได้ สำหรับปัจจัยด้านความเป็นไปได้ในการ ปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูก เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้มีโอกาสมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่เห็นความสำคัญของปัจจัย ดังกล่าว ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือสื่อต่าง ๆ ทำให้รับรู้ประโยชน์ ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกว่าจะช่วยทำให้พบโรค ในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมทั้ง มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกโดยเฉพาะ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่ได้ เป็นเรื่องน่าอาย เพราะการไปตรวจเป็นประจำจะช่วย ลดการเกิดโรคในระยะรุนแรงซึ่งอาจจะเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเจษฎา ศรีงาม^(๘) พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

เอกสารอ้างอิง

1. จตุพล ศรีสมบุญ. มะเร็งปากมดลูก: การวินิจฉัย และการรักษา. กรุงเทพมหานคร: พี. บี.ฟอเรนบุ๊คส์ เซนเตอร์; 2547.
2. สุรเกียรติ อาชาานุภาพ. มะเร็งปากมดลูก: กันไว้ดีกว่าแก้. คลินิก 2539; 12(8).
3. ยุทธพงษ์ กัยวรรณ. พื้นฐานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น; 2543.
4. เจตนา ศรีใส. ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็ง ปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน . [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.
5. พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับ การตรวจมะเร็งปากมดลูกของพยาบาล อายุ 30-60 ปี ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า 2546; 14(1-2): 26 – 34.
6. โสภิตา คำทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การมารับ บริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่แต่งงานแล้ว ในจังหวัดสุพรรณบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2544.
7. พรทิพย์ ทักษิณ. พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปาก มดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยว เมือง พัทยา. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัย มหิดล; 2541.
8. เจษฎา ศรีงาม. พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปาก มดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. [วิทยานิพนธ์] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.

Abstract Factors Influencing Receiving Cervical Cancer Screening Test of The Women in the Angthong Province.

Chomyupha Sesthee M.S (Public Health)*

***Angthong Provincial Public Health Office**

Among the leading female reproductive cancer in Thailand, cervical cancer has better prognosis than other cancers. It is treatable if early detection. Regular Pap testing can prevent cervical cancer.. The objective of the study was to determine the factors affecting receiving cervical cancer screening services of the targeted women. 400 women aged 30-60 years were selected using multi-stage sampling technique. Frequency distribution, percentage distribution, Chi-Square testing and binary logistic regression analysis were applied for data analysis.

The results revealed that 76.7% of the samples had received cervical cancer screening test , 23.3% of them had never received the services. The reason for not receiving the services was their embarrassment. The average perception scores of the following factors were at moderate level, namely perceived susceptibility to cervical cancer, psycho-social factors, perceived benefits and obstacles of having screening test The average perception score of perceived severity of cervical cancer and cues of action were at high level. Age, marital status, occupation, income, perceived severity of disease, cues to action factors and perceived benefits of having screening were related to receiving of cervical cancer screening statistica significantly. ($P - \text{value} < 0.05.$) Educational level, perceived susceptibility to cervical cancer, cervical cancer risk factors, psycho-social factors and perceived barriers to preventive action were not related with receiving of cervical cancer screening services. Binary logistic regression analysis showed age and likelihood of action as the factors influencing receiving of cervical cancer screening services. Education and campaigns for women aged 30-60 years on cervical cancer screening should be adjusted to suitable for different age group. Education on susceptibility and severity of the disease should be put emphasis on to increase perception of benefits of having cervical cancer screening and to decrease perception of barriers to reduce preventive action.

Key words: Factors with Impact, Screening Test,Cervical Cancer

ประสิทธิผลของการสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
เพื่อลดความดันโลหิตสูงของประชาชน อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

The Effect of Empowerment Technique Activity on Pre Hypertension in
Meuang Ang Thong District

ไพโรจน์ สุรัตนวนิช พ.บ.(แพทยศาสตรบัณฑิต)*

Pairoj Surattanavanit M.D.*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง

*Ang Thong Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการสร้างพลังอำนาจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความดันโลหิตสูงของประชาชน อำเภอเมืองอ่างทอง โดยเปรียบเทียบผลการตรวจร่างกาย คะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและความเครียด ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง(quasi experimental) กลุ่มเดียว วัด 2 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอำเภอเมืองอ่างทอง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 มม.ปรอท สม่ัครงเข้าโครงการ จำนวน 63 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม ความเครียด และแบบบันทึกผลตรวจร่างกาย สอบถามข้อมูลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ระยะห่าง 4 เดือน ช่วงเดือนมิถุนายน- เดือนกันยายน 2552 วิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างด้วยสถิติ t-test ผลการศึกษาจากการติดตามข้อมูลระยะเวลา 3 เดือน เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า หลังเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ยลดลงจาก 132 เหลือ 127 ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ยลดลงจาก 84 เหลือ 81 น้ำหนักเฉลี่ยลดลงจาก 69.7 เหลือ 68.2 (p-value <0.05) ดัชนีมวลกายเฉลี่ยลดลงจาก 27.8 เหลือ 27.3 (p-value <0.001) คะแนนความรู้เฉลี่ยก่อนและหลังไม่แตกต่าง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ สูงขึ้นจาก 59.6 เป็น 63.1 (p-value <0.01) และคะแนนเฉลี่ยความเครียด ลดลงจาก 15.3 เหลือ 13.0 (p-value <0.05) จากผลการวิจัย แสดงว่าหลักการสร้างพลังอำนาจ เป็นอีกทางเลือกหนึ่งเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ : ประสิทธิผล, การสร้างพลังอำนาจ , ความดันโลหิตสูง

บทนำ

ปัจจุบันนี้สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไป มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสุขภาพของประชาชน แบบแผนการเจ็บป่วยและการตายได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อมากขึ้น⁽¹⁾ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง คนไทยกว่า 6.3 ล้านคนมีปัญหาเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และ 2 ใน 3 ของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือด ของประชากรไทย

ระหว่าง พ.ศ. 2541-2545 สูงขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น โดยที่โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง⁽³⁾ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ได้สรุปไว้ว่า ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งป้องกันได้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังมีความสำคัญมากขึ้น ในประเทศกำลังพัฒนา⁽⁴⁾ โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศและของโลก⁽⁵⁾ และการลดความดันโลหิตจะช่วยป้องกัน

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำได้ด้วย⁽⁶⁾ สำหรับอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าเป็นปี 2549 -2551 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอัตรา 4,772.0 5,463.3 6,738.4 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราการตายของประชาชนอำเภอเมืองในปี 2549 -2551 พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกันโดยพบอัตราตาย ร้อยละ 1.83, 5.49 และ 7.30 ตามลำดับ จากการตรวจคัดกรองความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพ อำเภอเมืองอ่างทอง ในปี 2552 พบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.49⁽⁷⁾

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว (one group pre- post test designs)

O1..... X1..... X2..... X3..... X4..... O2

O1 หมายถึง	การเก็บข้อมูลก่อนทดลอง
O2 หมายถึง	การเก็บข้อมูลหลังทดลอง
X1 หมายถึง	จัดกิจกรรมครั้งที่ 1
X2 หมายถึง	จัดกิจกรรมครั้งที่ 2
X3 หมายถึง	จัดกิจกรรมครั้งที่ 3
X4 หมายถึง	จัดกิจกรรมครั้งที่ 4

กลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การคัดเลือก 1) ประชาชนอำเภอเมืองอ่างทอง อายุ 35 ปีขึ้นไปที่มารับการคัดกรองสุขภาพในช่วงเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2552 แล้วพบว่ามีความดันโลหิตตั้งแต่ 120/80 มม.ปรอท ขึ้นไป 2) สมัครใจเข้าโครงการ ซึ่งมีผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 63 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรม ความเครียด และแบบบันทึกผลตรวจร่างกาย สอบถามข้อมูลก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม ระยะห่าง 4 เดือน คือ ช่วงเดือนมิถุนายน - เดือนกันยายน 2552 วิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างด้วยสถิติ t-test รูปแบบการจัดโปรแกรมเป็นการจัดกิจกรรมค่ายพักค้างคืน 2 วัน 1 คืน ดำเนินการตามกระบวนการสร้างพลังอำนาจ โดยการรับทราบ

ผลการตรวจร่างกาย คิดวิเคราะห์พฤติกรรมที่เป็นผลดีและผลเสีย แนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามภารกิจ 3 อ. คืออาหาร ออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ ดัดนิสัยใจเลือกปฏิบัติ สร้างพันธะสัญญาใจเพื่อกำหนดเป้าหมายในการลดน้ำหนัก และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมโดยใช้แท้มสุขภาพ การดำเนินงานด้วยโปรแกรมสร้างพลังอำนาจ มีขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นพบข้อเท็จจริงโดยตรวจสอบภาพ รับทราบผลการตรวจและให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง
2. การสะท้อนคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล โดยการให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิด วิเคราะห์ ถึงพฤติกรรมตนเองที่เป็นผลดี ต่อสุขภาพและเป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยการเขียนผลดีต่อสุขภาพลงในภาพวาดรูปกลีบดอกไม้ และเขียนผลเสียต่อสุขภาพลงในใบของดอกไม้
3. แนะนำวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการบรรยายให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารเพื่อลดความดันโลหิตสูง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ บรรยายและสาธิตเรื่องการออกกำลังกายโดย นักกายภาพบำบัด และจัดกิจกรรมการจัดการความเครียด โดยผู้วิจัยและทีมงาน
4. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสม กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความอยากควบคุม ระดับความดันโลหิต และตั้งเป้าหมาย ด้วยการเขียนคำมั่นลงใน พันธะสัญญาใจ
5. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ผู้วิจัยมอบแบบบันทึกสุขภาพคนดี 5 แล้วติดตามผลโดยการนัดพบกันเดือนละ 1 ครั้ง

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 82.5 และร้อยละ 17.5 ตามลำดับ มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ใกล้เคียงกับอายุ มากกว่า 50 ปี คือร้อยละ 41.3 และร้อยละ 36.5 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 44 ปี

1. ผลการตรวจร่างกาย ก่อนเข้าโปรแกรมพบว่า ค่าความดันโลหิตตัวบน มากกว่า 120 mmHg ร้อยละ 68.3 และหลังเข้าโปรแกรมลดลงเหลือร้อยละ 57.1 ค่าความดันโลหิตตัวล่าง มากกว่า 80 mmHg ร้อยละ 65.1

และลดลงเหลือร้อยละ 47.6 อัตราการเต้นของชีพจรมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ครั้งต่อนาที ลดลงจากร้อยละ 60.3 เหลือร้อยละ 38.1 มีน้ำหนัก 60-69.9 กก. ร้อยละ 39.7 มากที่สุด หลังเข้าโปรแกรมมีจำนวนเท่าเดิม ค่าดัชนีมวลกายก่อนเข้าโปรแกรมส่วนมาก 25-34.9 กก./ม²

ร้อยละ 58.7 หลังเข้าโปรแกรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.5 ก่อนเข้าโปรแกรมส่วนมากมีรอบเอว 80-89.9 ซม. ร้อยละ 46.0 หลังเข้าโปรแกรมลดลงเหลือร้อยละ 38.1 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกาย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (N=63)	ร้อยละ	จำนวน (N=63)	ร้อยละ
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 120	20	31.7	27	42.9
มากกว่า 120	43	68.3	36	57.1
	Mean=132	Min=99	Mean=127	Min=107
	SD= 19.7	Max=176	SD= 13.9	Max=160
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80	22	34.9	33	52.4
มากกว่า 80	41	65.1	30	47.6
	Mean=86	Min=62	Mean=81	Min=61
	SD= 14.1	Max=130	SD= 10.7	Max=110
ชีพจร (ครั้ง/นาที)				
น้อยกว่า 80	25	39.7	39	61.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 80	38	60.3	24	38.1
	Mean=84	Min=59	Mean=79	Min=52
	SD= 13.4	Max=110	SD= 9.5	Max=120
น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
น้อยกว่า 60.0	11	17.5	16	25.4
60.0 - 69.9	25	39.7	25	39.7
70.0 - 79.9	16	25.4	13	20.6
มากกว่า 79.9	11	17.5	9	14.3
	Mean=69.7	Min=51.2	Mean=68.2	Min=52
	SD= 12.0	Max=109.3	SD= 10.9	Max=108
ดัชนีมวลกาย (ก.ก/ม ²)				
น้อยกว่า 23.0	0	0	4	6.3
23.0 - 24.9	19	30.2	15	23.8
25.0 - 34.9	37	58.7	40	63.5
มากกว่า 34.9	7	11.1	4	6.3
	Mean=27.8	Min=23.1	Mean=27.3	Min=22.0
	SD= 4.2	Max=39.2	SD= 3.8	Max=38.7



การตรวจร่างกาย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (N=63)	ร้อยละ	จำนวน (N=63)	ร้อยละ
รอบเอว (เซนติเมตร)				
น้อยกว่า 80.0	14	22.2	24	38.1
80.0 - 89.9	29	46.0	24	38.1
90.0 - 99.9	14	22.2	12	19.0
มากกว่า 99.9	6	9.5	3	4.8
	Mean=86.3	Min=73	Mean=84.4	Min=70
	SD= 8.3	Max=114	SD= 8.8	Max=114

2. คะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเครียด ผลการทดสอบความรู้ พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 71.4 คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.6 หลังได้เข้าโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมี

ความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 74.6 ก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ หลังทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นเล็กน้อย สำหรับความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเครียด

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (N=63)	ร้อยละ	จำนวน (N=63)	ร้อยละ
ความรู้				
ต่ำ	2	3.2	0	0
ปานกลาง	16	25.4	16	25.4
สูง	45	71.4	47	74.6
	Mean=12.6	Min=	Mean=12.7	Min=
	SD= 1.54	Max=	SD=	Max=
พฤติกรรมสุขภาพ				
ต่ำ	63	100.0	58	92.1
ปานกลาง	0	0	5	7.9
สูง	0	0	0	0
	Mean=59.6	Min=37	Mean=63.1	Min=44
	SD= 9.5	Max=81	SD= 9.2	Max=82
ความเครียด				
ผู้ตอบไม่แน่ใจคำถาม	5	7.9	1	1.6
ปกติ ไม่เครียด	45	71.5	53	84.1
เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย	12	19.0	8	12.7
เครียดปานกลาง	1	1.6	1	1.6
เครียดมาก	0	0	0	0
	Mean=15	Min=5	Mean=13	Min=2
	SD= 8.24	Max=58	SD= 7.25	Max=52

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลการตรวจร่างกายระหว่างก่อน และหลังเข้าโปรแกรม

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีค่าความดันโลหิตตัวบน

เฉลี่ย 132 mmHg หลังเข้าโปรแกรม มีค่าความดันโลหิตตัวบน เฉลี่ย 127 mmHg เช่นเดียวกับความดันโลหิตตัวล่าง ก่อนเข้าโปรแกรม เฉลี่ย 86 mmHg หลังเข้าโปรแกรม เฉลี่ย 81 mmHg เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าความดันโลหิตตัวบน และค่าความดันโลหิตตัวล่าง

	n	mean	SD	t	df	p-value
ความดันโลหิตตัวบน (mmHg)						
ก่อน	63	132	19.7	3.729	62	0.000***
หลัง	63	127	13.9			
ความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)						
ก่อน	63	86	14.1	4.047	62	0.000***
หลัง	63	81	10.7			

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักตัวนี้มวลกาย รอบเอว

ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักเฉลี่ย 69.7 กก. หลังเข้าโปรแกรม มีน้ำหนักเฉลี่ย 68.2 กก. เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) กลุ่มตัวอย่าง มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 27.8 หลังเข้าโปรแกรม มีดัชนี

มวลกายเฉลี่ย 27.3 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) กลุ่มตัวอย่าง มีรอบเอวเฉลี่ยก่อนเข้าโปรแกรม 86.3 ซม. หลังเข้าโปรแกรม มีรอบเอวเฉลี่ย 84.4 ซม. เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตาราง 4)

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนัก ตัวนี้มวลกาย รอบเอว

	n	mean	SD	t	df	p-value
น้ำหนัก						
ก่อน	63	69.7	12.0	2.346	62	0.022*
หลัง	63	68.2	10.9			
ดัชนีมวลกาย						
ก่อน	63	27.8	4.2	2.29	62	0.000***
หลัง	63	27.3	3.8			
รอบเอว						
ก่อน	63	86.3	8.3	3.91	62	0.000***
หลัง	63	84.4	8.8			

4. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และความเครียด

ก่อนเข้าโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.6 หลังเข้าโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ย

12.7 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่าง พฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 59.6 หลังเข้าโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 63.1 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}$

value <0.01) ก่อนเข้าโปรแกรม มีความเครียดเฉลี่ย 15.3 หลังเข้าโปรแกรม มีความเครียดเฉลี่ย 13.0 เมื่อ

ทดสอบทางสถิติพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) (ตาราง 5)

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด

	n	mean	SD	t	df	p-value
ความรู้						
ก่อน	63	12.6	1.5	-0.232	62	0.818
หลัง	63	12.7	2.5			
พฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อน	63	59.6	9.5	-3.44	62	0.001**
หลัง	63	63.1	9.4			
ความเครียด						
ก่อน	63	15.3	8.2	2.230	62	0.029*
หลัง	63	13.0	7.2			

วิจารณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ความเครียดลดลงแสดงว่าการสร้างพลังอำนาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองสอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน⁽⁸⁾ ที่ว่า "การสร้างพลังอำนาจ" เป็นกระบวนการทำให้เกิดความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเอง ในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ เช่นเดียวกับแนวคิดของดรูนิจามูรี⁽⁹⁾ ที่ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และควบคุมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับ สุจิตรา ก่อกิจไพศาลและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาเรื่องแบบแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การสร้างพลังในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของประภา ชุ่มกมล⁽¹⁰⁾ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและด้านการบริโภคอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ

สอดคล้องกับงานวิจัยของพวงทอง เพชรโทณ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า การสร้างพลังตามแนวคิดของกิบสัน มีผลทำให้ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) สอดคล้องกับสมคิด ประเสริฐและคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความสามารถในการดูแล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่มีผลงานวิจัยที่แตกต่าง คือ งานวิจัยของทิพย์วรรณ ยะแสนและวัลลภ มั่งดี⁽¹²⁾ ศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความดันโลหิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการเข้ารับการส่งเสริมสุขภาพมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมสุขภาพไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิธีการที่ใช้ในการดำเนินโครงการต่างกัน คือผู้วิจัยให้หลักการสร้างพลังอำนาจ แต่ของปราณี ฝ่ายเทคใช้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. การเขียนเอกสารอ้างอิง. ใน: แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน [ออนไลน์]. 2540 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2553]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.moph.go.th>.
2. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทดีไซน์; 2544.
3. กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลประจำปีของการพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2541.
4. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Van der Hoorn S, Murray CJ. Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet; 2002.
5. จิรพร เกตุปรีชาสวัสดิ์, และคณะ. รายงานการวิจัยการเปรียบเทียบความคุ้มค่าของรูปแบบบริการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดปทุมธานี. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2547.
6. Friday G, Alter M, Lai SM. Control of hypertension and risk of stroke recurrence Stroke. 2002.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. สรุปสถานการณ์โรคเรื้อรังจังหวัดอ่างทองปี 2549- 2551. อ่างทอง. (อัดสำเนา).
8. นิตยภัตคนนิยม. การส่งเสริมสุขภาพ:มิติการสร้างพลังอำนาจ. วารสารพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2545 ;25:103-12.
9. คารณี จามจุรี. รูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญ พานิชย์; 2546.
10. นิรัตน์ อิมามิ, สุปรียา ต้นสกุล, วิทยา เทียนจวง, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 12 การจัดการสุขภาพแนวใหม่; วันที่ 27-29 เมษายน 2548; ณ โรงแรมเจริญธานี ปรี๊สเซลขอนแก่น. มหาสารคาม; 2548.
11. พวงทอง เพชรโตน. การเขียนเอกสารอ้างอิง. ใน: ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [ออนไลน์]. 2546. เข้าถึงได้จาก URL:<http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1202546000376>.
12. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บทความย่อยผลงานวิชาการสาธารณสุข ประจำปี 2553 ในงานประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถ เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 78 พรรษา 12 สิงหาคม 2553 4-6 สิงหาคม 2553 โรงแรมรอยัลภูเก็ตดีและโรงแรมเมโทรโพล ภูเก็ต : โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

Abstract **The Effect of Empowerment Technique Activity on Pre Hypertension in
Meuang Ang Thong District**

Pairoj Surattanavanit M.D.

Ang Thong Provincial Public Health Office

The purpose of this research was to study the effects of empowerment technique activities on changing health behaviors for decreasing hypertension of people in Muang Ang Thong district. It was a one group pretest-posttest quasi experimental research by comparing the result of physical examination, knowledge scores, health behaviors and stress before and after attending the program. The sample consisted of 63 pre hypertension (BP $\geq 120/80$ mmHg) with the age 35 years old and over. The research instruments included the questionnaires for obtaining knowledge, behaviors and stress, and physical examination record. The data were collected between June and September 2009 and analyzed by using mean, standard deviation and t-test. Results of the study indicated that the means of systolic, diastolic, body weight, body mass index, behavior score and stress score before and after participating in the program were significantly different. The results showed that such empowerment techniques can be used for decreasing blood pressure and changing health behaviors of the people. Thus, this program should be further applied for every pre hypertension and for other patients.

Key words: Effect, Empowerment Technique, Hypertension

การประเมินผลโครงการการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิจังหวัดลพบุรี ปี 2553

กมลวรรณ ขาดทองคำ วทม.(สาขาการพัฒนาศาสตร์สุขภาพมนุษย์)*

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

การประเมินผลโครงการการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ:กรณีการจัดบริการปฐมภูมิ เขตชนบทจังหวัดลพบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ โดยให้ CIPP model เป็นกรอบการประเมิน ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ เอกสารแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2550 – 2554) ระดับกระทรวง จังหวัด ลพบุรี และระดับอำเภอ (3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอลำสนธิ ท่าหลุง และหนองม่วง) เอกสารแนวทางการดำเนินโครงการจัดบริการปฐมภูมิเขตชนบทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เอกสารสรุปผลการดำเนินโครงการและผลงานระดับอำเภอ 2) ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารโครงการ ได้แก่ ประธานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 3 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ในพื้นที่ 3 อำเภอ จำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่า ด้านบริบท การดำเนินโครงการมีความจำเป็นและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับกระทรวงและจังหวัด ด้านปัจจัยนำเข้างบประมาณมีความเพียงพอในการดำเนินโครงการ บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงานและแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับอำเภอมีกิจกรรมที่สอดคล้องและสนับสนุนการดำเนินโครงการ ด้านกระบวนการ เครือข่ายอำเภอลำสนธิและหนองม่วงมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district management team) มีการประชุมต่อเนื่องทุกเดือน ทั้ง 3 เครือข่ายมีการจัดจ้างบุคลากรเพิ่มในระบบตามความจำเป็นและส่วนขาด สนับสนุนการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติประจำหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมเกือบทุกแห่ง มีกิจกรรมการจัดการความรู้ มีการสนับสนุนการจัดบริการตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ในเครือข่ายอำเภอลำสนธิและหนองม่วงเน้นบริการเชิงรุก มีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารภายในเครือข่ายผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ใช้โปรแกรม Skype เชื่อมโยงการรักษายาบาลเบื้องต้น จัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบส่งต่อแบบช่องทางด่วน (green channel) สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์ PCA ในชั้นที่ 1 หมวด P หมวด 3 และ หมวด 6 การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ใช้ระบบคลังยาเดียวกันทั้ง 3 เครือข่าย มีการประสานและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการสุขภาพในรูปแบบที่แตกต่างกัน การติดตามและประเมินผลโครงการทั้ง 3 เครือข่าย ยังไม่มีรูปแบบและกิจกรรมที่ชัดเจน ด้านผลผลิต ผู้รับบริการมีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีใน 2 เครือข่าย คือ ลำสนธิ และหนองม่วง มีการจัดบริการเชิงรุกสำหรับผู้ด้อยโอกาสในรูปแบบการเยี่ยมบ้านทั้ง 3 เครือข่าย และมีการพัฒนาคุณภาพบริการตามเกณฑ์ PCA ครอบคลุมทุกแห่ง ไม่พบข้อร้องเรียนบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80) ทุกเครือข่าย มีพยาบาลเวชปฏิบัติปฏิบัติงานประจำเกือบครบทุกแห่ง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ย 3 ปี สูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 70) ทุกเครือข่าย ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการโดยจ้างบุคลากรเพิ่มให้หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอลำสนธิ

และท่าหลวง หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีกิจกรรมบริการที่ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงาน และมีนวัตกรรมบริการครอบคลุมทุกแห่ง จากการศึกษายังไม่ได้เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ความคล่องตัวในการเบิกจ่ายงบประมาณ ระเบียบการบริหารจัดการงบประมาณ ความทันเวลา รวดเร็วในการจัดสรร การจัดสรรงบประมาณตรงกับความต้องการของพื้นที่หรือไม่ ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการขยายโครงการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออื่นๆ ที่มีความพร้อมด้านบุคลากร โดยเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินโครงการอย่างชัดเจน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีมีการติดตาม ประเมินผล และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเปิดโอกาสให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นเรื่องหนึ่งที่ถูกนำมากำหนดเป็นเป้าหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยระบุไว้ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ข้อ 44, 45 และ 47 มีสาระสำคัญ คือ ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับเป็นที่พึ่งหลักจากประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่นให้มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยให้รัฐส่งเสริมการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึง สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานเชิงรุกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ให้รัฐส่งเสริมสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการรับผิดชอบการจัดบริการสาธารณสุข รวมทั้งการถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นเป็นตอน โดยมุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก⁽¹⁾ จากรัฐธรรมนูญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเร่งรัดการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ โดยคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อ

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้กำหนดยุทธศาสตร์ความร่วมมือการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิระยะ 5 ปี (พ.ศ.2550 - 2554)⁽²⁾ เพื่อผลักดันให้การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ สามารถตอบสนองเป้าหมายของรัฐธรรมนูญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวได้ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดแนวทางการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาไว้หลายโครงการ โครงการจัดบริการปฐมภูมิในเขตชนบท (CUP ชนบท) เป็นโครงการหนึ่งที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิให้ประสบผลสำเร็จ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการเครือข่ายละ 1 ล้านบาท⁽²⁾ จังหวัดลพบุรีได้ให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิดังกล่าว มีเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอสมัครเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2551 จำนวน 2 เครือข่าย คือ เครือข่ายอำเภอลำสนธิ และท่าหลวง ปีงบประมาณ 2552 สมัครเข้าร่วมโครงการอีก 1 เครือข่าย คือ เครือข่ายอำเภอนองม่วง โดยดำเนินการภายใต้โครงการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดลพบุรี จากการดำเนินโครงการมาเป็นระยะเวลา 3 ปี ยังไม่มีการประเมินผลโครงการดังกล่าวอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรประเมินผลโครงการ โดยกำหนดคำถามการวิจัย คือ การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิกรณี

การจัดบริการปฐมภูมิเขตชนบท (CUP ชนบท) ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2553 จังหวัดลพบุรี เป็นอย่างไร โดยใช้แบบจำลองการประเมินผล CIPP model เพื่อให้ได้สารสนเทศมาประกอบการตัดสินใจในการดำเนินงานต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท จังหวัดลพบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการประเมินโครงการแบบ CIPP model ของ สตีฟเฟิลบีมและคณะ (1971)⁽³⁾ มาเป็นกรอบการศึกษา ประกอบไปด้วยการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

1. บริบท (context) คือ ความสอดคล้องของโครงการกับแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินโครงการจัดบริการปฐมภูมิเขตชนบทของ สปสช. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

2. ปัจจัยนำเข้า (input) คือ ความพร้อมของงบประมาณ บุคลากร แผนงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สนับสนุนการดำเนินโครงการจัดบริการปฐมภูมิเขตชนบท

3. กระบวนการ (process) คือ วิธีการปฏิบัติตามโครงการ 1)การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district management team) 2)การสนับสนุนด้านบุคลากร ได้แก่ การจัดการบุคลากร การพัฒนาบุคลากร และการจัดการความรู้ (KM) 3)การสนับสนุนการจัดบริการตามปัญหาและบริบทพื้นที่ 4)การพัฒนากระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารภายในเครือข่าย ได้แก่ การจัดระบบการให้คำปรึกษา และ ระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย 5)การสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน PCA 6)การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ 7)การประสานและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ และ 8)การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

4. ผลผลิต (products) คือ ผลการดำเนินงาน

ประกอบไปด้วย 1)การเข้าถึงบริการของประชาชน ได้แก่ จำนวน ผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดบริการเชิงรุกสำหรับผู้ด้อยโอกาส 2)การพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ การผ่านการประเมินมาตรฐาน PCA จำนวน ข้อร้องเรียนและความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3)ความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านปริมาณและศักยภาพ ได้แก่ บุคลากรมีจำนวนครบตามเกณฑ์ที่ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิของ สปสช. มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ประจำทุกแห่ง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ 4)ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ ได้แก่ การจ้างหรือการผลิตบุคลากรเพิ่มในหน่วยบริการปฐมภูมิของ อบต. การจัดบริการสุขภาพที่ชุมชนและ อบต.มีส่วนร่วม และ 5)นวัตกรรมบริการ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

แหล่งที่มาของข้อมูล

1. ข้อมูลเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ประกอบด้วย เอกสารแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด แนวทางการดำเนินงานจัดบริการปฐมภูมิเขตชนบทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เอกสารสรุปผลการดำเนินงานตามโครงการของเครือข่ายบริการสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย รายงานการพัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐาน PCA และเอกสารผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

2. ข้อมูลจากแบบสอบถามผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการ ประกอบด้วย 1)ข้อมูลทั่วไป 2)ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3)ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ และ 4)ข้อมูลผลการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารตามประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยประสานขอข้อมูลและเอกสารจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เขตพื้นที่สระบุรี โรงพยาบาลท่าหลวง หนองม่วง ลำสนธิ และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งใน 3 อำเภอ ตลอดจน ค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และวิเคราะห์ข้อมูล

2. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจากกลุ่มประชากรตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยประสานขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3 อำเภอ และหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งตอบแบบสอบถาม

3. ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดกลุ่มประชากร

ประชากรที่ศึกษา (population) ในการประเมิน ผลครั้งนี้ ประกอบด้วย เอกสาร และผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. เอกสาร ประกอบด้วย

1.1 เอกสารแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานจัดบริการปฐมภูมิเขตชนบทของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

1.2 เอกสารของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับ อำเภอ (CUP) 3 อำเภอ คือ อำเภอลำสนธิ หนองม่วง และท่าหลวง ในประเด็น

- ปัจจัยนำเข้า เอกสารการจัดสรรงบประมาณในโครงการ เอกสารข้อมูลกำลังคนของหน่วย บริการปฐมภูมิ และแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ

- กระบวนการ เอกสารรายงานสรุปผล การดำเนินงานตามโครงการของอำเภอลำสนธิ ท่าหลวง และหนองม่วง รายงานการพัฒนาคุณภาพบริการตาม มาตรฐาน PCA

- ผลผลิต เอกสารรายงานสรุปผลการ ดำเนินงานตามโครงการของอำเภอลำสนธิ ท่าหลวง และหนองม่วง รายงานการพัฒนาคุณภาพบริการตาม มาตรฐาน PCA ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ให้และ ผู้รับบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และเอกสารผล

การดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย

2. ผู้เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเครือข่าย ประกอบด้วย ประธานเครือข่ายบริการสุขภาพระดับ อำเภอ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) จำนวน 3 คน หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพ 3 อำเภอ คือ อำเภอลำสนธิ หนองม่วง และ ท่าหลวง จำนวน 19 คน

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น แบ่งเป็น

1. ประเด็นการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จากเอกสาร ผู้วิจัยกำหนดประเด็นการเก็บข้อมูลและ วิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบแนวคิดของการวิจัย แบ่งออก เป็น 4 ส่วน คือ ประเด็นบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

2. แบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลการบริหารจัดการ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับประธานเครือข่าย บริการสุขภาพระดับอำเภอ และแบบสอบถามการ ดำเนินงาน และความพึงพอใจการบริหารจัดการเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับหัวหน้าหน่วยบริการ ปฐมภูมิทุกแห่ง ใน 3 อำเภอ คือ อำเภอลำสนธิ ท่าหลวง และหนองม่วง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยประเมิน โครงการ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามข้อเท็จจริงจากเอกสาร และแบบสอบถาม สำหรับข้อมูลเชิง ปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

การประเมินผลโครงการการบริหารจัดการ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ : กระบวนการจัดบริการ ปฐมภูมิเขตชนบทในอำเภอลำสนธิ ท่าหลวง และ หนองม่วง จังหวัดลพบุรีปี 2553 พบว่า

1. **บริบท ผลการศึกษา พบว่า** การดำเนินโครงการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตชนบท จังหวัดลพบุรี มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 5 ปี ของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ

2. ปัจจัยนำเข้า ผลการศึกษา พบว่า

2.1 **งบประมาณ** เครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 3 เครือข่าย ได้รับจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เครือข่ายละ 1 ล้านบาท มีความเพียงพอในการดำเนินโครงการ

2.2 **บุคลากร** ทั้ง 3 เครือข่าย บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินโครงการ โดยดำเนินการในรูปของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งมาจากทุกภาคส่วนในพื้นที่เป็นทีมในการขับเคลื่อน และติดตามการดำเนินงาน และมีบุคลากรของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินโครงการ โดยทำหน้าที่ประสานการดำเนินงานตลอดโครงการ

2.3 **แผนงาน/โครงการที่สนับสนุนการดำเนินโครงการ** พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 3 อำเภอ กำหนดแผนการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอไว้อย่างชัดเจน โดยกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนมีความสอดคล้องและสนับสนุนการดำเนินโครงการแบบบูรณาการ

3. กระบวนการ ผลการศึกษา พบว่า

3.1 **การจัด distict management team (ทีม/คณะกรรมการบริหารเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ)**

อำเภอลำสนธิ มีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายชัดเจน องค์ประกอบของคณะกรรมการประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ปรากฏมีผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน อสม. ชมรมด้านสุขภาพอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในทีมเครือข่ายบริการสุขภาพ

อำเภอท่าหลวง มีการบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปของคณะกรรมการซึ่งเป็นคณะกรรมการเดียวกับคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.) โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าหลวงเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอท่าหลวงเป็นรองประธาน มีผู้แทนของหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นคณะกรรมการ

อำเภอหนองม่วง มีการกำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของ distict management team ชัดเจน โดยคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองม่วงมีผู้แทนจากท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม แต่ไม่ปรากฏผู้แทนภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายอื่นๆ เช่น อสม. ชมรมด้านสุขภาพอื่นๆ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งทีมจัดการพัฒนารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิเขตชนบท จำนวน 3 ทีม ทั้งนี้ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอหนองม่วงยังมีการกำหนดทีมสุขภาพไปถึงระดับตำบล โดยมีการกำหนดองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ของทีมไว้อย่างชัดเจน

3.2 **สนับสนุนด้านบุคลากร** ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 3 อำเภอ มีการบริหารจัดการที่เหมือนกัน คือ จัดจ้างบุคลากรเพิ่มในระบบตามส่วนขาดและความจำเป็น มีการพัฒนาบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลเวชปฏิบัติประจำหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมทุกหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการพัฒนาความรู้และทักษะบุคลากรตามส่วนขาดและความจำเป็นของแต่ละพื้นที่และทุกเครือข่ายมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

3.3 **สนับสนุนการจัดบริการตามปัญหาและบริบทของพื้นที่** ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้ง 3 เครือข่าย ให้ความสำคัญในเรื่องการจัดบริการตามปัญหาและบริบทของพื้นที่ โดยให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง มีการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา โดยสามารถนำเสนอแผนงาน/โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากเครือข่ายบริการสุขภาพตามความจำเป็น หรือจากกองทุนสุขภาพตำบล เครือข่าย

อำเภอลำสนธิ และอำเภอหนองม่วง มีการจัดบริการ
เชิงรุกตามสภาพปัญหาที่เป็นภาพรวมของอำเภอ

3.4 การพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารภายในเครือข่าย ผลการศึกษา พบว่า
เครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้ง 3 เครือข่ายให้ความสำคัญ
ในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารโดย
มีการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ใช้
โปรแกรม SKYPE ในการสื่อสารข้อมูลด้านการรักษา
พยาบาลและจัดระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง
แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแพทย์ และพยาบาลเป็น
พี่เลี้ยงให้คำปรึกษา นอกจากนี้ ยังมีการจัดระบบส่ง
ต่อผู้ป่วยจากหน่วยบริการปฐมภูมิแบบ green channel
และเมื่อวิเคราะห์ถึงรายละเอียดการดำเนินงานการส่ง
ต่อผู้ป่วย เครือข่ายอำเภอ ลำสนธิมีการจัดระบบ
นัดหมายที่ผู้ป่วยต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย
โรงพยาบาลประจำจังหวัด หรือศูนย์มะเร็ง อย่างต่อเนื่อง
ผู้ป่วยสามารถใช้ใบส่งต่อใบเดิมเพื่อไปพบแพทย์ได้ 1 ปี
โดยไม่ต้องมาขอใบส่งต่อใหม่ นอกจากนี้ ยังมีการจัด
ระบบประสานการส่งต่อร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล
ในการจัดรถขององค์การบริหารส่วนตำบลให้บริการส่ง
ผู้ป่วย

**3.5 สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ
ตามมาตรฐาน PCA** จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้ง 3 เครือข่าย มีการ
สนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์
คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCA) ตามนโยบาย

3.6 การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์
ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพทั้ง 3
เครือข่ายมีการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ เป็นระบบ
เดียวกัน คือ ระบบคลังยาเดียว มีการทบทวนกรอบ
รายการยาและเวชภัณฑ์ร่วมกัน และมีระบบ Supply
ที่เพียงพอ พร้อมใช้ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

**3.7 การประสานและสนับสนุนการมีส่วนร่วม
ของท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพ**
ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพมีวิธีการ
ประสานและสนับสนุนการมีส่วนร่วม ของท้องถิ่น

และภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพที่แตกต่างกัน
โดยอำเภอลำสนธิใช้วิธีการเชิญองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของเครือข่าย
เพื่อให้เห็นสภาพปัญหาร่วมกัน และมีการจัดบริการ
สุขภาพที่เข้าถึงชุมชนด้วยความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่
เครือข่าย องค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน สำหรับ
อำเภอท่าหลวงใช้กระบวนการประชุมและการประชุม
คณะกรรมการชุมชนในการวางแผนการจัดการสุขภาพ
แต่ยังไม่พบกิจกรรมดำเนินการที่ชัดเจน อำเภอหนองม่วง
ใช้กลไกของกองทุนในการเสริมสร้างศักยภาพการมี
ส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพของอบต. และชุมชน

3.8 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพ ทั้ง 3 เครือข่าย
ยังไม่มีมีการกำหนดกิจกรรมการติดตาม และประเมินผล
ที่ชัดเจน แต่มีการนำเสนอผลการดำเนินโครงการในเวที
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามแผนของสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพอย่างต่อเนื่อง

4. ผลผลิต ผลการศึกษา พบว่า เครือข่ายบริการ
สุขภาพแต่ละแห่งมีผลผลิตตามโครงการบริหารจัดการ
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตชนบท ดังนี้

4.1 การเข้าถึงบริการของประชาชน
(ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี) พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอ
ลำสนธิ มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี
จำนวน 6 แห่ง อีก 1 แห่ง คือ วังทอง มีจำนวนสูงขึ้น
ในปี 2552 และลดลงในปี 2553 หน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอหนองม่วงทุกแห่ง มีจำนวนผู้รับบริการสูงขึ้นอย่าง
ต่อเนื่องทุกปี สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอท่าหลวง
จำนวนผู้รับบริการสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จำนวน 2 แห่ง
คือ ชับจำปา และทะเลวังวัด นอกนั้น มีจำนวนสูงขึ้น
ในปี 2552 และลดลงในปี 2553

4.2 การพัฒนาคุณภาพบริการ พบว่า หน่วย
บริการปฐมภูมิทุกแห่งทั้ง 3 เครือข่าย เข้าสู่กระบวนการ
พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ PCA ไม่มีข้อร้องเรียนบริการ
และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ (3 ปีย้อนหลัง
ปี 2551 – 2553) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)
ทุกเครือข่าย

4.3 ความพร้อมของบุคลากรทั้งด้านปริมาณ และศักยภาพ พบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย อำเภอหนองม่วง ผ่านเกณฑ์การประเมินขึ้นทะเบียน ด้านบุคลากร ของ สปสช. แบบไม่มีเงื่อนไข สำหรับ หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอำเภอลำสนธิและท่าหลวง ผ่านเกณฑ์การประเมินขึ้นทะเบียนด้านบุคลากร ของ สปสช. แบบมีเงื่อนไข และมีพยาบาลเวชปฏิบัติ ปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิเกือบครบทุก แห่ง ชาติเพียง 1 แห่ง คือ เขารวก อำเภอลำสนธิซึ่งวางแผนพัฒนาไว้ในปี 2554 และมีทันตภิบาล ปฏิบัติงาน ประจำโซนครอบคลุมทุกโซน นอกจากนี้ ผลการประเมิน ความพึงพอใจผู้ให้บริการ พบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ ของผู้ให้บริการ (ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ปี 2551 – 2553) มากที่สุด คือ อำเภอหนองม่วง ร้อยละ 89.33 รองลงมา คือ อำเภอลำสนธิ ร้อยละ 83.50 และน้อยที่สุด คือ อำเภอท่าหลวง ร้อยละ 75.55

4.4 ท้องถิ่นและชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิ พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดจ้างบุคลากร เพื่อให้ในหน่วยบริการปฐมภูมิใน 2 เครือข่าย คือ เครือข่าย อำเภอลำสนธิ และ ท่าหลวง สำหรับอำเภอหนองม่วง ไม่พบข้อมูลการจ้างบุคลากรเพิ่มให้หน่วยบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยังพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้พิการ จากท้องถิ่น โดยอำเภอลำสนธิมีจุดเด่นในกิจกรรมที่เหมือนกันทั้งเครือข่าย คือ care team ใกล้บ้านใกล้ใจ ดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมีจิตอาสาที่เป็น คนในชุมชนทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน ใน หมู่บ้านของตนเอง เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ

4.5 นวัตกรรมบริการ

อำเภอลำสนธิ มีการสนับสนุนการจัดการความรู้ ของบุคลากรในเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยมีการพัฒนา บุคลากรเรื่องการจัดการความรู้ R2R และการเล่าเรื่อง ที่เ้าพลัง จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้บุคลากรใน เครือข่ายได้มีโอกาสนำเสนอเรื่องราวดีๆให้ได้เรียนรู้ ร่วมกัน ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งมีนวัตกรรม

ผลงานการวิจัย R2R และเรื่องเล่าดีๆทุกปี และมีนวัตกรรม ที่เป็นภาพรวมของเครือข่าย คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้พิการในชุมชนแบบบูรณาการ ได้รับรางวัลคุณภาพ การให้บริการประชาชนประจำปี 2552 จากสำนักงาน ก.พ.ร.

อำเภอท่าหลวง มีการสนับสนุนการจัดการ ความรู้ โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปีละ 2 ครั้ง เพื่อ ถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนการดำเนินงานในหน่วยบริการ ปฐมภูมิ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิมีนวัตกรรมบริการ ทุกแห่ง

อำเภอหนองม่วง มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เกิดเป็นคลังความรู้ใน การดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่าย โดยมีนวัตกรรม บริการที่เป็นภาพรวมของเครือข่าย คือ โครงการหัวใจ สักขุจร

วิจารณ์

การดำเนินโครงการการบริหารจัดการเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ กรณีการจัดบริการปฐมภูมิเขต ชนบท (CUP ชนบท) มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ.2550 – 2554) ระดับกระทรวง จังหวัด และอำเภอ มีงบประมาณ เพียงพอ บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินโครงการ มีการดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการ ทำให้บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิมีส่วนร่วมในการ บริหารจัดการมากขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิมีการทำงาน ในเชิงรุกและสามารถดึงท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วน ร่วมในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น โดยจะเห็นได้จาก การประเมินผลผลิตที่พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟู สภาพ จากท้องถิ่น แต่อย่างไรก็ตาม การวิจัยในครั้งนี้ ในส่วนของปัจจัยนำเข้า ผู้วิจัยรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลเฉพาะความเพียงพอของงบประมาณในการดำเนิน โครงการ ยังไม่ได้เก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ความคล่องตัว ในการเบิกจ่ายงบประมาณ ระเบียบการบริหารจัดการ งบประมาณ ความทันเวลา

รวดเร็วในการจัดสรร การจัดสรรงบประมาณตรงกับความต้องการของพื้นที่หรือไม่ มีระบบการวางแผน ติดตามตรวจสอบการใช้จ่ายอย่างไรกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ซึ่งในการศึกษาค้างต่อไปควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ในประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจในการบริหารจัดการงบประมาณ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จากผลการประเมินดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีการขยายโครงการสู่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภออื่นๆ ที่มีความพร้อมด้านบุคลากร โดยเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินโครงการอย่างชัดเจน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีมีการติดตามประเมินผลและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเปิดโอกาสให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณดร.กฤษณา ศิริวิบูลยกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าหลวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วง สาธารณสุขอำเภอ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ พื้นที่อำเภอลำสนธิ ท่าหลวง และหนองม่วงทุกท่าน รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). ทิศทางสร้างสุข กับ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ. วารสารหมออนามัย 2552;18:44- 48.
2. คณะกรรมการอำนวยการ, คณะกรรมการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2550-2554. นนทบุรี:นโม พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิง; 2550:38 - 84.
3. Stufflebeam, Foley, Gephart, Guba, Hammond, Merriman, Provus. Education Evaluation and Decision Making. Itasca, IL: Peacock; 1971.

ผลของการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างทางกายภาพบำบัดด้วยวิธีการใช้ เครื่องมือดึงหลังร่วมกับการอบประคบความร้อนร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด

ภาวิณี วิไลพันธ์ วท.ม.(ประสาทวิทยาศาสตร์)*

วิหวัธ รัตนายน วท.บ.(กายภาพบำบัด)*

คณิตตา เขี่ยมศิลป์ วท.บ.(กายภาพบำบัด)*

*โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลของการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างทางกายภาพบำบัดด้วยวิธีการใช้เครื่องมือดึงหลังร่วมกับการอบประคบความร้อนร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดกับการรักษาโดยใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว ศึกษาน โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ระหว่างเดือน มิถุนายน 2551 – มกราคม 2554 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างและส่งมาปรึกษาทางกายภาพบำบัด จำนวน 195 คน โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเดียวกันทั้งสองกลุ่มทดสอบระดับความเจ็บปวดโดยใช้ 0-10 numeric rating scale และช่วงการเคลื่อนไหวของลำตัวด้วยเครื่องมือ goniometer ใช้แบบสอบถามในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และติดตามการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำด้วยอาการปวดหลัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด สามารถลดระดับอาการปวดได้ดีกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดสามารถเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้มากกว่าการรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด พบว่าการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าการรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ สำหรับการกลับมารักษาซ้ำ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 86.7 ไม่กลับมารักษาซ้ำและติดตามทางโทรศัพท์มีอาการปกติ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา คือ รูปแบบการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง นอกจากการให้การรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ได้แก่ เครื่องมือดึงหลัง การอบประคบความร้อนแล้วควรให้โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมด้วย ได้แก่ การรักษาโดยการออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพอาการปวดหลัง การปรับเปลี่ยนท่าทางในการทำงาน การทำกิจกรรมและการให้สมุดคู่มือการปฏิบัติตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังโดยเร็ว กล่าวคือจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง การเคลื่อนไหวของลำตัวดีขึ้นและสามารถกลับไปทำงาน ทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันได้โดยเร็ว ซึ่งเป็นการรักษาอาการปวดหลังได้อย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : ปวดหลังส่วนล่าง, กายภาพบำบัด

อาการปวดหลังเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่งทางด้านสาธารณสุขของทุกประเทศทั้งยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงมีการหยุดงานสูญเสียรายได้⁽¹⁾ ซึ่งผู้ป่วยปวดหลังส่วนใหญ่มักจะอยู่ในวัยทำงาน⁽²⁾ และอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 25-50 ปี⁽³⁾ ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังแบบเฉียบพลันจะมีอาการปวดหลังแบบเรื้อรังตามมา⁽⁴⁻⁵⁾ และกลับมามีอาการปวดหลังซ้ำมากกว่าร้อยละ 60 และประมาณร้อยละ 3-4 ผู้ป่วยจะได้รับพิจารณาให้ได้รับการผ่าตัด⁽⁶⁾ นอกจากนี้พบว่าสถิติผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีร้อยละ 25 จะมารับบริการทางกายภาพบำบัดด้วยสาเหตุอาการปวดหลัง⁽⁷⁾ ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชที่พบร้อยละ 24.5 อาการปวดหลัง นับว่าเป็นปัญหาใหญ่หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นปัญหาที่ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปในการรักษาเป็นจำนวนมาก จากสถิติการรักษาทางกายภาพบำบัดย้อนหลัง 3 ปี ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชพบว่า ผู้มารับบริการที่มีปัญหาอาการปวดหลังเป็นอันดับ 1 และมีจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษา ในปี 2548 เป็นจำนวน 569 คน ปี 2549 เป็นจำนวน 782 คน ปี 2550 เป็นจำนวน 917 คน ตามลำดับจากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังมารับบริการทางกายภาพบำบัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี

การรักษาทางกายภาพบำบัดนั้นสามารถลดอาการปวดหลังให้แก่ผู้ป่วยได้ เครื่องมือที่ใช้ในทางกายภาพบำบัดได้แก่ การรักษาด้วยความร้อน การดึงหลัง⁽⁸⁾ ภายหลังจากผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังผู้ป่วยมักกลับมามีอาการปวดหลังซ้ำมากกว่าร้อยละ 60⁽⁶⁾ ดังนั้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังโดยเร็ว และไม่กลับมามีอาการปวดหลังอีกโดยการแนะนำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตนเอง สอนการออกกำลังกายของหลังอย่างถูกต้อง โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่อง การปฏิบัติตนเอง สอนการออกกำลังกายของหลังอย่างถูกต้อง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและท่าทางการทำงานให้เหมาะสม

จะเป็นการรักษาอาการปวดหลังอย่างยั่งยืนต่อไป⁽⁹⁻¹⁰⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาอาการปวดหลังอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจะกล่าวถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยส่วนหลังส่วนล่างเรื้อรัง⁽¹⁾ รวมทั้งการออกกำลังกายที่เน้นให้เกิดความแข็งแรงและมั่นคงของกล้ามเนื้อและข้อต่อกระดูกสันหลัง⁽⁹⁻¹⁰⁾ การได้มาซึ่งองค์ความรู้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยปวดหลังที่เป็นรูปธรรมรูปแบบการดูแลผู้ป่วยปวดหลังที่เป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษากายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างโรงพยาบาลพระนารายณ์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการกำหนดวิธีการรักษาผู้ป่วยปวดหลังที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเดียวจำนวน 195 คน ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยมีการประเมินวัดความเจ็บปวด การวัดช่วงการเคลื่อนไหว การแนะนำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่มีกลุ่มควบคุม (before – after experiment with no control group) กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนดในช่วงเวลา 23 มิถุนายน 2551 – 30 ตุลาคม 2551 โดยผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการตรวจประเมินทางกายภาพบำบัดและอธิบายทำความเข้าใจต่อผู้ป่วยก่อนการทำแบบสอบถาม เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามมี 2 ชุด

ชุดที่ 1 การรักษาโดยใช้เครื่องมือกายภาพบำบัด ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชื่อ HN อายุ อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลก่อนการรักษาด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัดเป็นแบบสอบถามเพื่อตรวจประเมินและสอบถามอาการปวดหลังของผู้ป่วยใน 3 เรื่อง ได้แก่ ความเจ็บปวดการวัดช่วงการเคลื่อนไหวการประเมินกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภายหลังการรักษาด้วยเครื่องมือ
กายภาพบำบัด โดยสอบถามและตรวจประเมินความ
เจ็บปวด ช่วงการเคลื่อนไหวของลำตัว ความสามารถในการ
ทำกิจวัตรประจำวันในเรื่องการสวมใส่เสื้อผ้า แปรงฟัน
การนั่ง การยืน และการเดิน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรักษาโดยใช้โปรแกรม
การรักษาทางกายภาพบำบัด โดยจะรักษาด้วยเครื่องมือ
กายภาพบำบัดเป็นเวลา 5 วันหลังจากนั้นจะใช้โปรแกรม
การรักษาทางกายภาพบำบัดต่ออีก 5 วัน

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชื่อ HN.
อายุ อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลก่อนการรักษาโดยใช้โปรแกรม
การรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นแบบสอบถามเพื่อตรวจ
ประเมินและสอบถามอาการปวดหลังของผู้ป่วยใน 3 เรื่อง
ได้แก่

1. แบบทดสอบความเจ็บปวด แบบ 0-10⁽¹¹⁾
numeric rating scale

2. การวัดช่วงการเคลื่อนไหวของลำตัวใช้
goniometer โดยอ้างอิงค่ามาตรฐานของช่วงการ
เคลื่อนไหวปกติ⁽¹²⁾

3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
ของ National Institute for Occupation Safety and
Health⁽¹³⁾

ส่วนที่ 3 ข้อมูลภายหลังการรักษาโดยใช้
โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด โดยสอบถาม
และตรวจประเมินในเรื่อง ระดับความเจ็บปวด ช่วงการ
เคลื่อนไหวของลำตัว ความสามารถในการทำกิจวัตร
ประจำวัน และได้ติดตามประเมินผลการกลับมามีอาการ
ปวดหลังส่วนหลังส่วนล่างซ้ำต่ออีก 1 ปี 3 เดือนจนถึง
31 มกราคม 2554 ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 195 คน โดยการ
ติดตามทางโทรศัพท์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละใน
เรื่องปัจจัยส่วนบุคคล paired t-test ในเรื่องความเจ็บ
ปวด การวัดช่วงการเคลื่อนไหว การประเมินกิจวัตรประจำวัน

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	69	35.4
	หญิง	126	64.6
อายุ (ปี)	น้อยกว่า 21	2	1.0
	21-30	5	2.6
	31-40	27	13.8
	41-50	47	24.1
	51-60	58	29.7
	61-70	52	26.7
	มากกว่า 70	4	2.0

กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัด ร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดสามารถลดระดับอาการปวด มีช่วงการเคลื่อนไหว และสามารถ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่า กลุ่มที่รักษาด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบระดับอาการปวด ช่วงการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างหลังการรักษาด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัดและหลังการรักษาด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัดร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด

ตัวแปร	หลังการรักษาด้วยเครื่องมือกายภาพบำบัด		หลังการรักษาด้วยเครื่องมือร่วมกับโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัด		p-value
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	
ระดับอาการปวด	4.77	1.885	3.08	1.334	<0.001
ช่วงการเคลื่อนไหว	1.58	0.569	2.38	0.844	<0.001
กิจวัตรประจำวัน					
การสวมใส่เสื้อผ้า	0.38	0.342	0.81	0.491	<0.001
การแปรงฟัน	0.30	0.325	0.81	0.398	<0.001
การนั่ง	0.21	0.31	0.79	0.412	<0.001
การยืน	0.22	0.31	0.79	0.412	<0.001
การเดิน	0.28	0.38	0.77	0.425	<0.001

จากการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มที่เข้าร่วมงานวิจัยจำนวนผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างทั้งหมด 195 คน พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารับการรักษาร่วมด้วยอาการปวดหลังส่วนล่างจำนวน 26 คน คิดเป็น

ร้อยละ 13.3 และผู้ป่วยที่หายจากอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างถาวรพบว่า มีจำนวน 169 คนคิดเป็นร้อยละ 86.7 (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวนการกลับมารักษาร่วมด้วยอาการปวดหลังส่วนล่าง จำแนกตามระยะเวลา

ระยะเวลาการกลับมารับการรักษาร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลับมารักษาร่วม (ระยะเวลา)	26	13.3
น้อยกว่า 3 เดือน	4	15.4
3 - 4 เดือน	6	23.1
5 - 6 เดือน	5	19.2
7 - 8 เดือน	4	15.4
9 - 10 เดือน	5	19.2
10-15 เดือน	2	7.7
ไม่กลับมารักษาร่วมและติดตามทางโทรศัพท์มีอาการปกติ	169	86.7

วิจารณ์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 51-70 ปี ตรงกับการศึกษาของก่อง⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้หญิงมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการปวดหลังได้มากกว่าผู้ชายเนื่องจากพยาธิวิทยาของการเกิดกระดูกโป่งบางจากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยปวดหลังเปรียบเทียบการรักษาด้วยเครื่องมือพบว่า ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างด้วยโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดมากกว่าการรักษาด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวคือ สามารถช่วยลดระดับอาการปวด เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.001$ และจากการศึกษาของ Nordin⁽¹⁵⁾ พบว่าการรักษาทางกายภาพบำบัดด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัดสามารถลดระดับความเจ็บปวด เพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แต่ถ้าส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลประโยชน์จากการออกกำลังกายและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจะสามารถลดปัญหาผู้ป่วยปวดหลังได้ การกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยอาการปวดหลัง จากรายงานประจำปีงบประมาณ 2548 - 2551 พบว่ามีผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกศัลยกรรมกระดูกด้วยอาการปวดหลังซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.05 และเมื่อผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังมักกลับมาได้รับการรักษาใหม่ด้วยอาการเดิมคิดเป็น ร้อยละ 60 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 195 คน ภายหลังจากผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังและทำการติดตามประเมินผลต่อพบว่า มีผู้ป่วยกลับมาได้รับการรักษาซ้ำจำนวน 26 คน แสดงว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดสามารถลดการกลับมามีอาการปวดซ้ำด้วยอาการปวดหลังส่วนล่างได้ถึงร้อยละ 13.3 และภายหลังที่ผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังแล้ว ได้นำโปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดไปปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้หายจากอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างถาวรพบว่ามีมากถึงร้อยละ 86.7 ซึ่งตรง

กับการศึกษาของประภาเพ็ญ⁽¹⁶⁾ ได้กล่าวไว้ว่าการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ควรเน้นให้ผู้ป่วยหรือบุคคลมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของตนเองโดยการให้ความรู้สุขภาพ และจากการศึกษาของ Kroemer⁽¹⁷⁾ กล่าวว่าผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และไม่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จึงควรมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการป้องกันรักษาสุขภาพตนเองมากกว่าการรักษา ดังนั้นการศึกษาค้นคว้านี้ นอกจากการให้การรักษาดูแลด้วยเครื่องมือทางกายภาพบำบัด ได้แก่ เครื่องมือดึงหลัง การอบประคบความร้อน แล้วให้โปรแกรมการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมด้วย ได้แก่ การรักษาโดยการออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพอาการปวดหลัง การปรับเปลี่ยนท่าทางในการทำงาน การทำกิจกรรมและการให้สมุดคู่มือการปฏิบัติ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากอาการปวดหลังโดยเร็ว และเป็นการป้องกันการกลับมามีอาการปวดหลังส่วนล่างซ้ำ ซึ่งเป็นการรักษาอาการปวดหลังได้อย่างยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ขอขอบคุณแพทย์หญิงณัฐกร ประกอบ ผศ.ดร.ประเสริฐ เรือนนะการ ผศ.ดร.กาสัก เตชะชั้นหมาก ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนวทางการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทุกคนที่ร่วมมือช่วยเหลือในการทำงานวิจัย ช่วยเก็บข้อมูลและผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการและร่วมศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จนการศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงด้วยดี ก่อให้เกิดองค์ความรู้แก่วงการกายภาพบำบัด

เอกสารอ้างอิง

1. Van Tulder, Ostelo M, Vlaeyen JWS, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJJ. Behavior treatment for chronic low back pain. Spine 2000;26(3): 270-81.
2. รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล.ปวดหลัง! จะออกกำลังกายอย่างไรดีหนอ? (Exercise for low back pain). วารสารเทคนิค

- การแพทย์และกายภาพบำบัด 2539;8(3) :171-6.
3. ช่อราตรี สิริวัฒนันต์. การพยาบาลโรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: คิวพีการพิมพ์; 2539.
 4. Verbunt JA, Seelen HA, Vlaeyen JW, Van de Heijden GJ, Heuts PH, Pons K, Knotterus A. Disuse and deconditioning in chronic pain. concepts and hypotheses on contributing mechanisms. European journal of pain. 2003; 7:9-21.
 5. Maher CG. Education and training. In :Nordin, editor. Musculoskeletal disorder in the work place. Principle and practice: New York: 1997.
 6. Andersson GBJ. Epidemiological features of chronic low-back pain. J Bone Joint Surg Br 1996; 78: 606-12.
 7. Jette AM, Smith K, Haley SM, Davis KD. Physical therapy episodes of care for patients with low back pain. Phys ther 1994; 74:101-10.
 8. นลินทิพย์ ดำนานทอง. ปวดหลังและปวดคอ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เทคนิค; 2539.
 9. Deyo RA, Diehl AK. Patient satisfaction with medical care for low back pain Spine 1986;11: 28-30.
 10. สุรศักดิ์ ศรีสุข, กันยา ปาละวิวัฒน์, พัชรา กาญจนกรทอง, น้ำเพชร วุฒพานิชย์, สมบูรณ์ เจริญถาวรพานิช. ปวดหลัง. กรุงเทพมหานคร: ไทยมิตรการพิมพ์; 2530.
 11. McCaffery M, Beebe A. Pain: Clinical Manual for Nursing Practice. Baltimore: V.V. Mosby; 1993.
 12. Twomey LT, Taylor JR. Sagittal movements of the human lumbar vertebral column: A quantitative study of the role of the posterior vertebral elements. Arch Phys Med Rehabil 1983;64:322.
 13. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Work-Related Musculoskeletal Disorders [online] 2005 [cited 2005 Dec 8]. Available from: URL: www.edc.gov/niosh/musksdfs.html.
 14. ก่อภู เชียงทอง, ปรีชา ชลิตาพงศ์. การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
 15. Nordin M, Weiser S, Van Doorn JW. Nonspecific low back pain return to work in patients with low back pain. J Musculoskel Disord 1997;5: 5-27.
 16. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การสอนสุขศึกษาทุกระดับและการประยุกต์. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2532.
 17. Kroemer K, Kroemerit, Kroemer-Elbert K. Ergonomics: How to design for ease and efficiency. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1994.

การสำรวจภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

มาลัย แสงวิไลสาร วท.ม.(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)*
เฉลิมวรรณ ปิ่นแก้ว วท.ม.(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)*
*โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี เลือกแบบบังเอิญจำนวน 125 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพและแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนี บาร์เรล เอ ดีแอล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.8 และร้อยละ 48.8 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 40.8 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ภาวะสุขภาพ ร้อยละ 33.6 ของกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 6.4 มีภาวะอ้วน และร้อยละ 20.0 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.2 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.3 เป็นโรคเรื้อรัง และร้อยละ 54.4 ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 40.0 ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง และร้อยละ 20.0 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมัน สำหรับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนี โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.4 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้เกือบทั้งหมด และร้อยละ 1.6 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ดังนั้นผลการศึกษครั้งนี้จะใช้ในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และจัดทำแนวทางปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุ

บทนำ

ประชากรโลกในปัจจุบันและอนาคตจะเป็นโลกของผู้สูงอายุ จากการลดลงของประชากรวัยหนุ่มสาว ร่วมกับการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาโรค ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการและความสะอาดด้านสุขาภิบาล ที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มมากขึ้น จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอยู่ ร้อยละ 5 ในปีพ.ศ.2513 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2593 โดยองค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี พ.ศ.2568 ในกลุ่มประชากรทุก 7 คน

จะพบผู้สูงอายุ 1 คน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2550 มีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 6,824,000 คนแบ่งเป็นประชากรผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-79 ปี จำนวน 6,172,000 คน ผู้สูงอายุวัยปลายอายุ 80-99 ปี จำนวน 648,000 คน และศตวรรษนิคน อายุ 100 ปี ขึ้นไปจำนวน 4,000 คน ในปี พ.ศ. 2551 พบประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป รวมทั้งหมด 7,022,000 คน⁽²⁾ จากสภาพร่างกายและความเสื่อมตามวัย รวมทั้งการพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งส่งผลให้ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเปลี่ยนจากการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังมากขึ้น จากข้อมูลของการ

สาธารณสุข พ.ศ. 2544-2547 พบว่า สาเหตุสำคัญของ การเสียชีวิตของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคตับ โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังเสี่ยง ต่อภาวะทุพพลภาพ เช่น ผู้ที่มีพยาธิสภาพที่เส้นเลือด จากการไม่ได้ควบคุมความดันโลหิต ดังนั้นระบบบริการ สุขภาพต้องมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับประชากร สูงอายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการให้ความรู้กับประชากร ใน การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ และการให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้

จากการสำรวจสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล อินทร์บุรีปี พ.ศ. 2548 มีผู้สูงอายุจำนวน 256 คนและ ในปีพ.ศ. 2550 มีจำนวน 150 คน ซึ่งลดลงประมาณ ร้อยละ 42 และพบว่าสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุมีโรค เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสำรวจภาวะสุขภาพและความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชมรม ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการจัดการดูแล ผู้สูงอายุ การป้องกันโรคของความเจ็บป่วย ระยะ ะยะ ทุพพลภาพ ส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งยัง เป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพของสมาชิก ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี โดยวัตถุประสงค์ ของการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรีความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรีและเพื่อให้นักกลุ่มเป้าหมาย รับรู้ถึง ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของตนเอง

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โรงพยาบาล อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ คือผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี และ มีชื่ออยู่ในทะเบียนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาล อินทร์บุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2551 และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้มาโดย การสุ่มแบบบังเอิญ จำนวน 125 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ประกอบด้วย แบบประเมิน 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันของดัชนีบาร์ธเอล เอ ดี แอล (Barthel ADL index)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะสุขภาพและความ สามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไปทดลอง ใช้กับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล อินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวิเคราะห์ ด้วย จำนวน และร้อยละ
2. ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุวิเคราะห์ ด้วย จำนวน และร้อยละ
3. ข้อมูลด้านความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันวิเคราะห์ข้อมูลด้วย จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 125 ราย ร้อยละ 76.8 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 48.8 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป ด้าน เพศ อายุ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 125)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	96	76.8
ชาย	29	23.2
อายุ (ปี)		
60 - 69	51	40.8
70-79	61	48.8
80-89	12	9.6
อายุ 90 ปีขึ้นไป	1	0.8

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี 34.4 และมีผู้ประเมินสุขภาพของตนเองไม่แข็งแรง ส่วนมากประเมินสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงดี ร้อยละ 47.2 รองลงมาประเมินสุขภาพของตนเองพอใช้ ร้อยละ 34.4

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละการประเมินสภาพตนเองของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

การประเมินสภาพตนเอง	จำนวน (n = 125)	ร้อยละ
แข็งแรงดีมาก	5	4.0
แข็งแรงดี	59	47.2
พอใช้	43	34.4
ไม่แข็งแรง	18	14.4

ผู้สูงอายุร้อยละ 38.4 มีสุขภาพปกติหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย และพบว่าสมาชิกผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.0 โรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่นๆอีก ร้อยละ 12.0 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นๆอีก ร้อยละ 8.0 และโรคเบาหวานร้อยละ 7.2 (ตาราง 3)

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละด้านสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี

การประเมินสภาพตนเอง	จำนวน (n = 125)	ร้อยละ
ปกติหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย มีโรคประจำตัว	48	38.4
ความดันโลหิตสูง	25	20.0
ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นๆ	10	8.0
เบาหวาน	9	7.2
เบาหวานร่วมกับโรคอื่นๆ	15	12.0

การประเมินสภาพตนเอง	จำนวน (n = 125)	ร้อยละ
กลุ่มโรคหัวใจ	8	6.4
กลุ่มโรคหัวใจร่วมกับโรคอื่นๆ	1	0.8
โรคเก๊าท์	1	0.8
โรคไขมันในหลอดเลือดสูง	1	0.8
โรคกระดูก	5	4.0
โรคตา	1	0.8
โรคกระเพาะ	1	0.8

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 90.4) รองลงมาคือ รับประทานอาหารรสจัด ร้อยละ 12.8 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 96.0) ออกกำลังกายทุกวัน และชอบรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ ร้อยละ 2.4 ตาม (ร้อยละ 54.4) รับประทานอาหารปกติ (ร้อยละ 64.8) ลำดับ (ตาราง4) แต่พบว่ารับประทานอาหารไขมันสูง คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละด้านพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี

การประเมินสภาพตนเอง	จำนวน (n = 125)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	113	90.4
เคยสูบ / เลิกแล้ว	9	7.2
ปัจจุบันสูบเป็นบางครั้ง (มวน / วัน)	0	0.0
ปัจจุบันสูบทุกวัน (มวน / วัน)	3	2.4
การดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	120	96.0
ดื่มบางครั้ง	3	2.4
ดื่มทุกวัน	2	1.6
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	7	5.6
เป็นบางครั้ง	50	40.0
ออกกำลังกายทุกวัน	68	54.4
ด้านอาหาร		
ปกติ	81	64.8
สุกๆดิบๆ	3	2.4
รสจัด	16	12.8
อาหารไขมันสูง	25	20.0

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี ส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้เองโดยสมบูรณ์ ยกเว้น การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

และการกลืนถ่ายปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สามารถทำได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 46.4, 51.2 และ 58.4 ตามลำดับ(ตาราง 5)

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี (n = 125)

ความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน	ทำได้เอง โดยสมบูรณ์		ต้องควบคุม/ ช่วยเหลือเล็กน้อย		ต้องช่วยเหลือเต็มที่/ ทำเองไม่ได้		คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้ เรียบร้อยต่อหน้า	119	95.2	6	4.8	0	0.0	1.90	0.22
การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมง ที่ผ่านมา	124	99.2	1	0.8	0	0.0	1.99	0.09
ด้านการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	98	78.4	27	21.6	0	0.0	1.78	0.41
การใช้ห้องสุขา	116	92.8	9	7.2	0	0.0	1.93	0.26
การเคลื่อนที่ภายใน ห้องหรือบ้าน	58	46.4	66	52.8	1	0.8	1.46	0.51
การสวมใส่เสื้อผ้า	122	97.6	3	2.4	0	0.0	1.98	0.15
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น	64	51.2	61	48.8	0	0.0	1.51	0.51
การอาบน้ำ	122	97.6	3	2.4	0	0.0	1.98	0.15
การกลืนถ่ายอุจจาระ ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา	109	87.2	15	12.0	1	0.8	1.86	0.37
การกลืนถ่ายปัสสาวะใน ระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ ผ่านมา	73	58.4	50	40.0	2	1.6	1.57	0.53

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี มีระดับ ความต้องการความช่วยเหลือน้อยมาก จำนวน 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.4 รองลงมา คือต้องการความ

ช่วยเหลือระดับปานกลาง จำนวน 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 1.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.16 และส่วนเบี่ยง เบนมาตรฐาน 1.35(ตาราง 6)

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี แบ่งตามระดับความรุนแรงของดัชนี บาร์ธเอล เอ ดี แอล (Barthel ADL index)

ระดับความรุนแรงของสมรรถภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์ธเอล เอ ดี แอล (Barthel ADL index)	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ต้องช่วยเหลือทั้งหมด (0 - 4 คะแนน)	0	0.0	15.16	1.35
ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก (5 - 8 คะแนน)	0	0.0		
ต้องการความช่วยเหลือระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	2	1.6		
ต้องการความช่วยเหลือน้อยมาก (12 คะแนนขึ้นไป)	123	98.4		

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอินทร์บุรี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงดี ร้อยละ 47.2 รองลงมาประเมินภาวะสุขภาพตนเองว่าพอใช้ ร้อยละ 34.4 และจากข้อมูลพื้นฐานที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี แสดงให้เห็นว่า ควรมีการกระตุ้น และให้ความรู้ ให้ตระหนักถึงความชรา ความเสื่อมตามวัย ซึ่งหากผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม และตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จะทำให้ผู้สูงอายุให้ความสนใจ และเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ด้านพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ แต่ยังพบปัญหาเรื่องการออกกำลังกายเป็นครั้งคราวถึงการออกกำลังกายน้อย ร้อยละ 40.0 นอกจากนี้ยังพบปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารไขมันสูงเป็นประจำ ร้อยละ 20.0 ปัญหาน้ำหนักเกินร้อยละ 33.6 โรคอ้วน ร้อยละ 6.4 พบความดันโลหิตสูงระดับต้น ร้อยละ 18.4 ความดันโลหิตสูงระดับ 1 ร้อยละ 23.2 และมีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 4.0 ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงพบในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานเดิมร้อยละ 12.0 จากปัญหาดังกล่าวผู้สูงอายุบางส่วนมีความคิดว่าตนเองเป็นผู้สูงอายุที่อายุมาก

แล้วเป็นธรรมดาที่ร่างกาย หรืออวัยวะต่างๆ จะเสื่อมตามวัยและใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านไม่ค่อยออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารส่วนใหญ่ รับประทานเหมือนสมาชิกในครอบครัว แม้ผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดนัย ฮิวันดา และมลลธิ์ แสนใจ⁽³⁾ เกี่ยวกับบทบาท ความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี⁽⁴⁾ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาโรคเบาหวานร้อยละ 2.3

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลอินทร์บุรี เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.00 โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นๆ ร้อยละ 8.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 7.0 เป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่นๆ ร้อยละ 12.0 ป่วยด้วยโรคในกลุ่มโรคหัวใจ ร้อยละ 6.4 เป็นโรคกระดูก ร้อยละ 5.0 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิภา เพ็งเสงี่ยม และคณะ⁽⁵⁾ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งรวมโรคความดันโลหิตสูงด้วย ร้อยละ 26.6 รองลงมาคือโรคกระดูก และข้อ ร้อยละ 24.8 จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กลุ่มโรคที่พบในผู้สูงอายุเป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรม ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดำเนินไปสู่ความเจ็บป่วย ความพิการเพิ่มมากขึ้นด้วยการตรวจสุขภาพตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตามลำดับความรุนแรงของดัชนีมาร์เชล เอดี แอล (Barthel ADL index) อยู่ในระดับต้องการช่วยเหลือเล็กน้อย ร้อยละ 98.4 ระดับต้องการความช่วยเหลือปานกลาง ร้อยละ 1.6 กิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อย คือ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การกลั้วปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และกิจกรรมที่ต้องการความช่วยเหลือรุนแรง ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระการกลั้วปัสสาวะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภา เพ็งแสงี่ยม และคณะ⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมดร้อยละ 99.0 และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วนเพียงร้อยละ 1.0 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงช่วยเหลือตัวเองได้ และมีผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือปานกลางเพียงเล็กน้อย ดังนั้นจึงควรจัดบริการที่จะทำให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวร่วมกับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและจัดทำแนวทางปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์

การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2548.

2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
3. ดนัย ธิวันดา, มลลิส แสนใจ. บทบาท ความต้องการ การสนับสนุนของผู้ดูแลและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7 จังหวัดอุบลราชธานี [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2551]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://advisor.anamai.moph.go.th/253/25309.html>.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2548.
5. วิภา เพ็งแสงี่ยม, ภิรมลักษณ์ มีสัตยานันท์, วรรณิการ์ หาญสูงเนิน. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา [ออนไลน์]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2551]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.knc.ac.th>.

การพัฒนาการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

ละม่อม ค้อมทอง พย.บ.*

นุชนาด ชำนิเชิงคำ พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)*

*โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 3 ระยะมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการให้บริการป้องกันแผลกดทับ การพัฒนารูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ และผลลัพธ์ของรูปแบบของการให้บริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น ระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่เป็นแผลกดทับทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 59 คน ระยะที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมิน Braden scale 16 คะแนน จำนวน 24 คน ระยะที่ 3 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ (1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำนวน 36 คู่ (2) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ประเภท ได้แก่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ประยุกต์มาจากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับของมินนิสทรีฮอเพสเซิร์ (MOH) ตามกรอบแนวคิดของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ของแผนชั้นเนลเฮลธ์แอนด์เมดิเคิลรีเซิร์ชเคาเซิล (NHMRC) 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมินและบันทึกการเกิดแผลกดทับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ สถิติแมนนิตีวียู (Mann-Whitney U Test) สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) ผลการวิจัย พบว่า ระยะที่ 1 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ ในปี 2553 พบว่า ตำแหน่งที่เป็นแผลกดทับส่วนใหญ่บริเวณก้นกบ ระยะที่ 2 หลังพัฒนารูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการโดยการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ ในผู้ป่วยที่มี Braden scale ≤ 16 คะแนน มีอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับกดทับร้อยละ 20.8 ระยะที่ 3 หลังการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการและแนวคิดความร่วมมือ พบว่าผู้ป่วยที่มี Braden scale ≤ 16 คะแนนอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับกดทับลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การหายของแผลกดทับเมื่อเปรียบเทียบกับวันที่เริ่มศึกษา ในด้าน ความกว้าง และความยาว พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนในด้านความลึก ไม่แตกต่างกัน ทีมผู้ดูแลและญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.0 และ ร้อยละ 91.7 การพัฒนารูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ โดยใช้วิธีวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะร่วมกับแนวคิดความร่วมมือ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านหมี่ พบว่าผลลัพธ์จากการพัฒนาโดยใช้วิธีวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะร่วมกับแนวคิดความร่วมมือ ช่วยให้งานหอผู้ป่วยในมีรูปแบบบริการพยาบาลการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ที่มีคุณภาพสามารถเพิ่มความพึงพอใจผู้รับบริการได้ รวมทั้งผู้ให้บริการความพึงพอใจต่อการพัฒนา

คำสำคัญ : แผลกดทับ, รูปแบบการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ Model.

บทนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามทั้งชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง เมื่อเกิดแผลกดทับจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และถ้าระดับแผลกดทับที่รุนแรง เช่น ระดับ 3 - 4 ผู้ป่วยอาจมีภาวะติดเชื้อในกระดูกและกล้ามเนื้อหรือติดเชื้อในกระแสเลือดจนกระทั่งเสียชีวิตได้ จากการศึกษาค้นคว้า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีอายุมากกว่า 70 ปี จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 4 เท่า⁽¹⁾ อีกทั้งเพิ่มระยะเวลานอนพักในโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและรัฐที่ต้องดูแล

การพัฒนาการบริการพยาบาลมุ่งให้มีความสำคัญกับผลของการพยาบาลที่เกิดกับผู้ป่วย มีมาตรฐานการดูแลที่เป็นหลักการปฏิบัติที่ดี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับของกระทรวงสาธารณสุขประเทศสิงคโปร์⁽²⁾ มีความเหมาะสมตามคุณลักษณะของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ระดับดีเลิศ (excellence guideline) ขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวอ้างอิงตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ ของสภากิจการทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC])⁽³⁾ มีความชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ และเมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ในการศึกษานำร่อง พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทได้จริง⁽⁴⁾

การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บริหารการพยาบาลในการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน วางระบบงาน มอบหมายงานตามความรู้ความสามารถ พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลที่จะส่งมอบแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ⁽⁵⁾ การพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลให้เป็นที่ยอมรับโดยการใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ (logical framework analysis)⁽⁶⁾ เป็นกระบวนการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการพยาบาล เพื่อให้การ

บริการที่ดีขึ้นโดยใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดี เป็นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ที่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยได้ เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติหรือทีมผู้ดูแลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างสะดวกขึ้น เกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจให้การดูแลได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุม⁽⁴⁾ นำไปสู่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาล และผู้ใช้เกิดความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางคลินิก

โรงพยาบาลบ้านหมี่เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูง มีงานหอผู้ป่วยในเป็นหน่วยงานที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี มีจำนวน 10 หอผู้ป่วย มีการส่งเสริมส่งเสริมให้หน่วยงานนำข้อมูลไปใช้ในการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ พบว่าจากสถิติการเฝ้าระวังตัวชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล มีอัตราการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden scale ≤ 16 ในปีงบประมาณ 2550, 2551 และ 2552 พบว่ามีอัตราสูงขึ้นคือ 4.76, 8.42 และ 10.24 ครั้งต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ

ผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้าพยาบาล เชื่อว่าการใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden scale ≤ 16 ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของทีมผู้ดูแลและญาติในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และยังทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบอีกด้วย โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านหมี่ ก่อนการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ

2. เพื่อศึกษาการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการในงานผู้ป่วยใน เพื่อศึกษาการพัฒนาการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผล

กีดกันแบบบูรณาการ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านหมี่
ในด้านการป้องกันการเกิดแผลกดทับ การหายของ
แผลกดทับ ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล และความพึง
พอใจของผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์
ของการให้บริการผู้ป่วยแผลกดทับของผู้ป่วยใน คือ
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยในเวชระเบียนเมื่อกลับบ้านว่า
มีแผลกดทับที่เข้ามารับการรักษา ในปีงบประมาณ 2553
จำนวน 59 เวชระเบียน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 การศึกษารูปแบบการ
ให้บริการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ในงานผู้ป่วยใน
คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมิน Braden scale ≤ 16 ที่เข้า
รับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมแผนก
ละ 2 หน่วยงาน โรงพยาบาลบ้านหมี่ ที่เกิดแผลกดทับ
แล้วและยังไม่เกิดแผลกดทับ ในช่วงเดือน มิถุนายน
ถึง สิงหาคม 2553 และประเมินผลในเดือน กันยายน
2553 จำนวน 24 คน

กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 คือ การศึกษาผลลัพธ์
การจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณา
การงานผู้ป่วยใน คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนประเมิน Braden
scale ≤ 16 รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และ
ศัลยกรรมแผนกละ 2 หน่วยงาน ในโรงพยาบาลบ้านหมี่
ที่เกิดแผลกดทับแล้ว 23 คน และไม่เกิดแผลกดทับ 13 คน
รวมจำนวน 36 คน ญาติผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มี
คะแนนประเมิน Braden scale ≤ 16 ที่ดูแลผู้ป่วยซึ่ง
เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดผู้ป่วย ให้การ
ดูแลโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และมาเข้าใช้ในหอผู้ป่วย
อย่างสม่ำเสมอรวมทั้งยินยอมและให้ความร่วมมือเข้า
ร่วมในการศึกษานี้ จำนวน 36 คน และทีมผู้ดูแลเป็น
พยาบาลวิชาชีพ มีอายุการปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในระยะที่ 1 เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
เครื่องมือในระยะที่ 2 และระยะที่ 3 คือ แบบบันทึกการ

เกิดแผลกดทับผู้ป่วยใน Braden scale ≤ 16 แบบ
ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ที่ดัดแปลง
จากแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกันและการดูแล
ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ของโรงพยาบาลบ้านหมี่ นำไป
หาความเชื่อมั่นของการสังเกตการประเมินความเสี่ยง
ของการเกิดแผลกดทับ ได้ค่าดัชนีความเชื่อมั่นของ
การสังเกต = 1.0 และระยะที่ 3 เพิ่มแบบประเมินความ
พึงพอใจของทีมผู้ดูแล แบบประเมินความพึงพอใจของ
ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยของบรรจงพร กันเมือง⁽⁷⁾ ซึ่งผ่านการ
ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความตรงด้าน
เนื้อหาเท่ากับ 1

ขั้นตอน และวิธีการรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ การศึกษาสถานการณ์ของการ
ให้บริการเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยใน
จากเวชระเบียน ในปีงบประมาณ 2553 ได้นำเสนอข้อมูล
ที่รวบรวมได้ ประชุมปรึกษา หัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อร่วมกัน
ทำข้อตกลงในการพัฒนา กำหนดนโยบาย เสนอแนวทาง
ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลการดูแลแผลกดทับ
แบบบูรณาการโดยใช้วิธีวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ
และเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผน
การดำเนินการพัฒนา

ขั้นปฏิบัติ การใช้โครงสร้างเชิงตรรกะ 1) การ
ระบุกระบวนการ/หน่วยงานที่ต้องการพัฒนา 2) การหา
วิธีการวัดผลการพัฒนา และพัฒนาตัวชี้วัดผลปฏิบัติการ
3) การวัดผลการปฏิบัติงานในปัจจุบัน 4) การค้นหาประเด็น
ที่ทำให้กระบวนการให้บริการไม่ประสบความสำเร็จ
5) การค้นหาวิธีการแก้ปัญหา 6) การนำข้อมูลที่ได้จาก
การระดมสมองมาบันทึกตามโครงสร้างเชิงตรรกะในรูปแบบ
เมทริกซ์โดยการบูรณาการแนวคิดความมีส่วนร่วม
7) การจัดทำโครงการ/ แผนปฏิบัติการเพื่อนำไปปฏิบัติ
8) การนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ

ขั้นทบทวน / ประเมิน ประเมินผลลัพธ์ของ
รูปแบบการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
การหายของแผลกดทับ ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล
และความพึงพอใจของพยาบาลผู้ให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในระบะที่ 1 และระบะที่ 2 ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

การวิเคราะห์ข้อมูลในระบะที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์การเกิดแผลใหม่ในระบะที่ 2 กับระบะที่ 3 ใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ และร้อยละ การหาของแผลกดทับโดยใช้ Wilcoxin Signed Ranks test

ผลการศึกษา ได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

ระบะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ของการให้บริการเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นแผลกดทับมีจำนวน 59 คนเป็นเพศชาย/หญิง จำนวนไม่แตกต่างกัน ระดับการเกิดแผลกดทับ 2-4 มีอายุอยู่ในช่วง 70-81 ปี ร้อยละ 40 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 34 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ร้อยละ 91 พร่องโภชนาการ ร้อยละ 27 มีความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงต่ำและเกล็ดเลือดผิดปกติ ร้อยละ 78 และ 83 ตามลำดับ มีการติดเชื้อ ร้อยละ 90 ตำแหน่งที่เป็นแผลกดทับส่วนใหญ่พบบริเวณก้นกบ ร้อยละ 56 วันนอนเฉลี่ย 32.23 วันต่อคน ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาผู้ป่วยแผลกดทับที่ศึกษาคิดเป็นเงินรวมทั้งสิ้น 2,998,469 บาท

การศึกษาด้านการให้บริการเพื่อป้องกันแผลกดทับพบว่าการประเมินทางการพยาบาล การประเมินความเสี่ยง และการทำความสะอาดแผลยังปฏิบัติไม่เป็นแนวเดียวกัน การใช้อุปกรณ์ลดแรงกดยังมีไม่เพียงพอ และการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ยังมีน้อย

ระบะที่ 2 การศึกษารูปแบบการให้บริการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการในงานผู้ป่วยในต่อการเกิดแผลกดทับใหม่พบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยที่มี Braden scale ≤ 16 คะแนน ในช่วงเวลา 4 เดือน หลังการพัฒนารอบที่ 1 ของการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการนั้น เกิดแผลกดทับจำนวน 7 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่มี Braden scale ≤ 16 คะแนน ทั้งหมด 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.8

ระบะที่ 3 คือ การศึกษาผลลัพธ์การจัดรูปแบบการบริการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการงานผู้ป่วยใน พบว่า เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมี Braden scale ≤ 16 คะแนน ระบะที่ 2 กับระบะที่ 3 หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการโดยใช้สถิติทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) แล้วพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มี Braden scale ≤ 16 คะแนน ระบะที่ 2 กับ ระบะที่ 3 ของการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ

อุบัติการณ์	ระบะที่ 2 (n = 24)		ระบะที่ 3 (n = 13)		การทดสอบทางสถิติไคส แควร์	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เกิดแผลกดทับ	7	29.2	0	0.0	4.55	.032*

* $p < 0.05$

การหาของแผลกดทับหลังการพัฒนาระบะที่ 3 ของการใช้รูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการในด้านความกว้าง ความยาว พบว่า แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในด้านความลึกไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบการหายของแผลกดทับหลังการพัฒนาระยะที่ 3 ของการใช้รูปแบบการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ในด้าน ความกว้าง ความยาว และความลึก จากสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4

week	Mean Rank		Sum Rank		Z
	Positive Ranks	Negative Ranks	Positive Ranks	Negative Ranks	
Week 1(n=23)					
width	16.50	10.73	16.50	214.50	0.001*
length	7.00	11.95	239.00	0.000*	
depth	8.50	5.83	52.50	0.289	
Week 2(n=23)					
width	4.50	11.17	9.00	201.00	0.000*
length	3.83	12.71	241.50	0.000*	
depth	10.00	5.80	58.00	0.136	
Week 3(n=21)					
width	1.00	11.00	1.00	209.00	0.000*
length	0.00	11.00	231.00	0.000*	
depth	8.50	5.44	49.00	0.154	
Week 4(n=18)					
width	0.00	9.00	0.00	153.00	0.000*
length	0.00	6.00	66.00	0.000*	
depth	6.50	3.83	23.00	0.484*	

* $p \leq 0.05$

ผลของการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแบบบูรณาการของทีมผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden scale ≤ 16 อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 85.0

ผลของการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแบบบูรณาการของญาติผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อการจัดรูปแบบบริการการดูแลแผลกดทับผู้ป่วยที่มีคะแนน Braden scale ≤ 16 อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 91.7

วิจารณ์

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ของการให้บริการเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยที่เป็นแผลกดทับ มีอายุอยู่ในช่วง 70 – 81 ปี ร้อยละ 40 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงการสร้างคอลลาเจนลดลงอย่างมาก ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง การสร้างหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังลดลง ประมาณ 1 ใน 3 ของอายุที่เพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี งามประเสริฐ⁽⁹⁾ พบว่า ผู้ที่เกิดแผลกดทับส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ผู้ป่วยรับ

ประทานอาหารได้น้อยมีพร่องโภชนาการ ร้อยละ 27 โดยจะทำให้ระดับอัลบูมินในเลือดที่ต่ำ ทำให้เซลล์บวม ทำให้เซลล์สูญเสียความคงทน ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย⁽¹⁾ ผู้ป่วยร้อยละ 90 มีการติดเชื้อที่แผล ซึ่งการติดเชื้อเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการหายของแผล ตำแหน่งที่เป็นแผลกดทับส่วนใหญ่พบบริเวณก้นกบร้อยละ 56 ซึ่งมักเกิดขึ้นในท่านั่งเพราะจุดรับน้ำหนักของร่างกายจะกดลงที่ปุ่มกระดูกเชิงกราน และกระดูกก้นกบโดยตรง ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาผู้ป่วยแผลกดทับที่ศึกษาคิดเป็นเงินรวมทั้งสิ้น 2,998,469 บาท เช่นเดียวกับการศึกษาของ

มิลเลอร์และเคลเซอร์⁽¹⁰⁾ พบว่าในประเทศสหรัฐมีค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีแผลกดทับทั้งประเทศ มีมูลค่าถึง 1,335 พันล้านดอลลาร์

ระยะที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าเกิดแผลกดทับจำนวน 7 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่มี Braden scale ≤ 16 คะแนน ทั้งหมด 24 ราย ร้อยละ 20.8 อธิบายได้ว่ารูปแบบการให้บริการที่เน้นการบริการเชิงรุก โดยการประเมินตั้งแต่แรกพบ จัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดให้เพียงพอ ใช้นวัตกรรมใหม่ ๆ ที่ราคาไม่สูงนักมาใช้ทดแทน ทำให้อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของมยุรี โรจนอังกูร⁽⁴⁾ ที่พบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกที่ดีสำหรับป้องกันแผลกดทับประกอบด้วย 7 หมวดได้แก่การประเมินความเสี่ยง การประเมินทางกายภาพ ความสะอาดผิวหนัง และการประเมินผิวหนัง โภชนาการ การจัดทำ การใช้ อุปกรณ์ลดแรงกดและการจัดโปรแกรมการให้ความรู้

ระยะที่ 3 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ Braden scale ≤ 16 ระยะที่ 2 กับระยะที่ 3 หลังการพัฒนาอธิบายได้ว่ารูปแบบการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ การใช้วิธีการวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะร่วมกับรูปแบบบริการพยาบาลการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ทำให้ทีมผู้ดูแลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เกิดความตระหนัก มีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการพัฒนาและการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dey & Hariharan⁶ ที่พบว่าร้อยละ 100 ของบุคลากรในหน่วยงานผู้ป่วยหนักและห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบบริการโดยใช้วิธีวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะ นอกจากนี้การที่มีการติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิดสม่ำเสมอ และต่อเนื่องและการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทีมผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกมากยิ่งขึ้น⁽³⁾ ซึ่งกาญจนา วิเชียร⁽¹²⁾ พบว่าการประเมินการพัฒนารูปแบบบริการ โดยใช้วิธีวิเคราะห์โครงสร้างเชิงตรรกะนั้น ช่วยลดระยะเวลาการหายของแผลกดทับลงได้ ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ

สุพรรณิ เติรียมวิศิษฎ์และคณะ⁽¹³⁾ ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิก สำหรับป้องกันแผลกดทับ ไปใช้ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทชาย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าไปใช้ในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทชาย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติตามคลินิกอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.90 อธิบายได้ว่าจากการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งได้วิธีและแนวทางปฏิบัติจากความร่วมมือของทั้งพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยรวมถึงสมาชิกในครอบครัว มีเป้าหมายร่วมกันที่จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ มีสิทธิปกป้องและดูแลไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ (Aday & Anderson, 1980 อ้างใน กรุณา โดสงวน)⁽¹⁴⁾ สำหรับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพใช้สิทธิตามหน้าที่และเอกสิทธิ์แห่งวิชาชีพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องด้วยการเสนอทางเลือกที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจเลือกหลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอ โดยที่ทุกคนมองเห็นแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องและดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน ผ่านการพูดคุยเจรจาตกลงกัน ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและรับฟังในข้อจำกัดของแต่ละฝ่าย รวมถึงการมีข้อตกลงในการร่วมปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ตามแนวทางที่เกิดจากความเป็นอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสมกับวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของตนเอง และร่วมรับผิดชอบในผลของการปฏิบัติอย่างเป็นทีมเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี เวตติวงษ์⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัว มีผลต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคได้ด้วยการบริการพยาบาลภายใต้รูปแบบที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมืออย่างเป็นระบบและนอกจากกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดแนวคิดความร่วมมือในทุกกิจกรรมแล้ว ยังมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปฏิบัติ และการประเมิน

ตนเองเป็นระยะ ๆ เป็นการบริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้⁽¹⁶⁾

การศึกษาครั้งนี้เป็นการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีการใช้ข้อมูล และความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีมและความร่วมมือของบุคลากรทั้งหน่วยงาน มีการศึกษา และวิเคราะห์ ปัญหา ความต้องการ มุมมอง และความคาดหวังของผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถนำมาพัฒนา กลยุทธ์ในการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้⁽⁶⁾ วิธีการและรูปแบบการพัฒนาที่ชัดเจน ช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถระบุข้อบกพร่องของการปฏิบัติงาน และนำไปวางแผนเชิงกลยุทธ์ในการกำจัดข้อบกพร่องนั้นๆ เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ผลลัพธ์จากการพัฒนาสามารถสนองความต้องการของผู้รับบริการ และทำให้หน่วยงานประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการได้ และมีรูปแบบบริการ ซึ่งเหมาะสมต่อการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ที่สามารถให้บริการโดยการประเมินอย่างรวดเร็วตั้งแต่แรกเริ่ม ดูแลต่อเนื่องได้อย่างทันทั่วถึง ช่วยให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อการบริการมากขึ้น และอุบัติการณ์ในการเกิดแผลกดทับลดลง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารการพยาบาล ควรขยายรูปแบบบริการในหอผู้ป่วยอื่นเพื่อเป็นการป้องกัน และส่งเสริมให้มีการจัดรูปแบบบริการบริการพยาบาลการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ และขยายผลลงสู่ชุมชน

ด้านการเรียนการสอน ควรใช้แนวคิดทฤษฎีในการจัดการเรียนการสอนการปฏิบัติการพยาบาล

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล ควรมีการศึกษาผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือกับผู้ป่วยในกลุ่มโรคเฉพาะ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือ

เหลือและนำที่ดียิ่งจาก นางวณิ โพธิ์นคร ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่

เอกสารอ้างอิง

1. จิตตราภรณ์ จิตริเชื้อ, มาลี วัฒนากุล. ระบาดวิทยา กลไก และการจำแนกระดับแผลกดทับ. ใน: วิจิตร ศรีสุพรรณ, และคณะ.บรรณานุกรม. การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (Care of patients with pressure ulcers).เชียงใหม่: นันทพันธ์; 2546.
2. Ministry of Health . nursing clinical practice guidelines 1/2001: Prediction and prevention of pressure ulcer in adults [Online]. 2001 [cited 2005 July 16]. Available from:URL:http://moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication /Book_o.pdf.
3. National Health and Medical Research Council (NHMRC). A guideline to the develop, implementation and evaluation of clinical practice guideline [Online].1999 [cited 2006 July 15]. Available from: URL:<http://nhmrc.gov.au/publication /synopses/cp65syn.htm>.
4. มยุรี โรจนอังกูร. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลอุดรดิตต์.(การค้นคว้าแบบอิสระ). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
5. พงษ์รัตน์ บุญญาญักษ์. ภูมิปัญญาทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พระราม 4 ปรีณิต; 2551.
6. Dey K P, Hariharan S. Integrated approach to healthcare Quality management: a case study. The TQM Magazine 2006;18:583-605.
7. บรรจงพร กันเมือง.ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลพุทธชินราช

- พิษณุโลก.(การค้นคว้าแบบอิสระ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
8. จันทนา รัตนฤทธิ์วิชัย. การศึกษาทางชีวภาพในผู้สูงอายุและทฤษฎีความสูงอายุ. ใน:จันทนา รัตนฤทธิ์วิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. หลักการพยาบาล ผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์; 2545.
 9. มาลี งามประเสริฐ. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพมหานคร:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.
 10. วิจิตร ศรีสุพรรณ, สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, วิลาวัลย์ เสนารัตน์, และคณะ. การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับโดยการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. พยาบาลสาร 2547;2:68-85.
 11. Thomas L. Clinical practice guidelines. Evidenced-Based Nursing 1999;2:38-9.
 12. กาญจนา วิเชียร. ภารกิจงานแผน และการวางแผนพัฒนาการศึกษา[ออนไลน์].2007[เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม2550].เข้าถึงได้จาก:URL:[http:// Available from www.srn1.obec.go.th/sendbook/download/22.ppt](http://Available from www.srn1.obec.go.th/sendbook/download/22.ppt)
 13. สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, ชัยณี มณีวรรณ, ธนัฐ วานิชะพงศ์, จันทิมา กาบแก้ว, กนกวรรณสังห์ธรณ์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 3 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ทูน่าเสริมและสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑาทิพย์พจนานันท์สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย; 2546.
 14. กรุณา โตสงวน. ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการบริการแบบญาติมีส่วนร่วมโรงพยาบาลสวนปรุง.(การค้นคว้าแบบอิสระ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2546.
 15. สุภาวดี เวตติวงศ์. การใช้รูปแบบการบริการการพยาบาลที่บูรณาการแนวคิดความร่วมมือต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด. (การค้นคว้าแบบอิสระ). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัยวิทยาลัยเซนต์หลุยส์;2553.
 16. อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, และคณะ. ขั้นตอนการทำกิจกรรมคุณภาพรูปแบบสำหรับบริการสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2543.

การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

สุจิตต์ สิงห์โต ส.บ. (สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต)*

*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าม่วง

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิธีการ และปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น อสม. จำนวน 282 คน โดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด และปลายปิด สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า อสม. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.7) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 124 คน (ร้อยละ 44.0) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 – 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีจำนวน 108 คน (ร้อยละ 38.3) วิธีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ได้แก่ การพูดคุยให้คำแนะนำ การจัดประชุม บรรยาย และการจัดกิจกรรมนรค์ จากผลการศึกษายังพบปัญหาในการดำเนินงาน 4 ด้าน (อยู่ในระดับปานกลาง) จำแนกเป็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้ ด้านสื่อ วัสดุอุปกรณ์ และด้านผู้รับความรู้ โดยด้านสิ่งแวดล้อมพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ การขาดสถานที่เหมาะสมในการให้รู้ศึกษา ปัญหาระยะทางไกลในการเดินทางไปให้ความรู้ของอสม. บรรยายการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่เหมาะสม ถูกกาลเป็นอุปสรรคในการดำเนินการ และขาดยานพาหนะในการเดินทาง ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้ พบประเด็นปัญหาสำคัญตามลำดับ ดังนี้ การไม่ทราบหน้าที่แท้จริงของผู้รับความรู้จึงไม่สามารถให้ความรู้จำเพาะที่จะนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ การขาดความรู้ด้านวิชาการของ อสม. ในเนื้อหาที่จำเป็น และการไม่มีเวลาเตรียมในการจัดกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ ด้านสื่อ วัสดุอุปกรณ์ พบว่าปัญหาสำคัญ คือ สิ่งที่มีอยู่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การขาดทักษะ ของอสม. ในการดัดแปลง และสื่ออุปกรณ์ที่ไม่ทันสมัย ขาดงบประมาณในการจัดหา ด้านผู้รับความรู้ พบว่าปัญหาสำคัญคือ ภาระงานของผู้รับความรู้ ระดับการศึกษาของผู้รับความรู้ทำให้ขาดความสนใจ ความหลากหลายของอายุผู้รับความรู้ ข้อเสนอจากการศึกษาครั้งนี้ ควรจะต้องศึกษาในเรื่องการสนับสนุนการพัฒนาความรู้ และทักษะของ อสม. ในเรื่องความรู้ด้านปัญหาสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาชุมชน เทคนิคการถ่ายทอดความรู้ การประยุกต์สื่อที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรคัดเลือก อสม. ให้ครอบคลุมในพื้นที่ สำหรับข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปคือ การศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานของ อสม. ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

คำสำคัญ: การถ่ายทอดความรู้, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

การพัฒนาด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยพัฒนาคนไทยให้มีคุณภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา การที่ประชาชน

จะมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ประชาชนจะต้องรู้จักดูแลตนเอง และครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดี ในเรื่องสุขภาพ รัฐบาลเห็นความสำคัญในการจัดบริการ

ด้านสุขภาพ จึงสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เพื่อดูแลสุขภาพ โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการให้ความรู้ การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีความรู้ และ เกิดการเรียนรู้ในเรื่องสุขภาพ ดังนั้น อสม. จึงเป็นตัวจักรสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของชุมชน อำเภอท่าม่วงเป็น 1 ใน 11 อำเภอของจังหวัดลพบุรี ในปี 2553 มี อสม. 950 คน แต่พบว่าประชาชนยังมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงต้องการทราบถึงการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพของแก่ประชาชน และปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ประชากรตัวอย่างในการศึกษาเป็น อสม. ในเขตอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี จำนวน 282 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane) จากจำนวน อสม.ทั้งหมด 950 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ส่วนที่ 2 วิธีการที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ และส่วนที่ 3 ปัญหาการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ของ อสม.แก่ประชาชนด้วยแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า กำหนดค่าน้ำหนักเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 5 หมายถึง มีระดับปฏิบัติมาก

ที่สุดหรือ มีปัญหามากที่สุด

ระดับที่ 4 หมายถึง มีระดับปฏิบัติมาก

หรือ มีปัญหามาก

ระดับที่ 3 หมายถึง มีระดับปฏิบัติปานกลาง

หรือ มีปัญหาปานกลาง

ระดับที่ 2 หมายถึง มีระดับปฏิบัติน้อย

หรือ มีปัญหาน้อย

ระดับที่ 1 หมายถึง มีระดับปฏิบัติน้อยที่สุด

หรือมีปัญหาน้อยที่สุด

และกำหนดเกณฑ์ในการประเมินโดยใช้แนวคิดของบุญชม ศรีสะอาด⁽¹⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 มีวิธีการปฏิบัติ

หรือปัญหาในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 มีวิธีการปฏิบัติ

หรือปัญหาในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 มีวิธีการปฏิบัติ

หรือปัญหาในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 มีวิธีการปฏิบัติ

หรือปัญหาในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 มีวิธีการปฏิบัติ

หรือปัญหาในระดับน้อยที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อสม.ในเขตอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 191 คน (ร้อยละ 67.7) เพศชาย 91 คน (ร้อยละ 32.3) การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 124 คน (ร้อยละ 44.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจำนวน 22 คน (ร้อยละ 7.8) เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 – 10 ปีขึ้นไปมากที่สุด มีจำนวน 108 คน (ร้อยละ 38.3) ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานต่ำกว่า 5 ปีมีเพียง 84 คน (ร้อยละ 29.8)

วิธีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของ อสม. ในภาพรวมพบว่า 5 อันดับแรก คือ การพูดคุยให้คำแนะนำ การจัดประชุม บรรยาย การเดินรณรงค์ การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว และการจัดป้ายประชาสัมพันธ์ (ตาราง 1)

ตาราง 1 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการปฏิบัติวิธีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของ อสม. ในภาพรวม

ข้อ	วิธีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน	ระดับของการปฏิบัติ		ความหมาย
		$\bar{X}$	SD	
1	การพูดคุยให้คำแนะนำ	3.57	0.83	มาก
2	การประชุม บรรยาย	3.52	0.75	มาก
3	การเดินรณรงค์	3.27	0.74	ปานกลาง
4	การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว	3.26	0.79	ปานกลาง
5	การจัดป้ายประชาสัมพันธ์	3.26	0.80	ปานกลาง
6	การทำเป็นตัวอย่าง	3.18	0.83	ปานกลาง
7	การใช้รถยนต์ประชาสัมพันธ์	3.15	0.82	ปานกลาง
8	การให้ความรู้ทางวิทยุชุมชน	3.06	0.98	ปานกลาง
9	การฝึกปฏิบัติ	3.05	0.86	ปานกลาง
10	การฝึกอบรมสัมมนา	3.01	1.00	ปานกลาง
รวม		3.23	0.61	ปานกลาง

การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของอสม. จำแนกเป็น 4 ด้าน พบว่ามีปัญหามากที่สุดด้านสภาพแวดล้อม รองลงมาได้แก่ ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้ ด้านสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ และด้านผู้รับความรู้ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ระดับปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี จำแนกเป็นรายด้าน

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้	ระดับของการปฏิบัติ		ความหมาย
	$\bar{X}$	SD	
1 ด้านสภาพแวดล้อม	3.31	0.59	ปานกลาง
2 ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้	3.28	0.60	ปานกลาง
3 ด้านสื่อ วัสดุ อุปกรณ์	3.24	0.73	ปานกลาง
4 ด้านผู้รับความรู้	3.19	0.53	ปานกลาง
รวม	3.23	0.61	ปานกลาง

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของ อสม. ด้านสภาพแวดล้อม พบปัญหาที่สำคัญตามลำดับ คือ ขาดสถานที่ที่เหมาะสม (ระดับ

มาก) และระยะทางไกลบรรยากาศในการถ่ายทอดไม่เหมาะสม ฤดูกาลเป็นอุปสรรค และขาดยานพาหนะในการเดินทาง (ระดับปานกลาง)(ตาราง 3)

ตาราง 3 ระดับปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ด้านสภาพแวดล้อม

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้	ระดับของการปฏิบัติ		ความหมาย
	$\bar{X}$	SD	
1 ขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการถ่ายทอดความรู้	3.78	0.79	มาก
2 ปัญหาระยะทางในการเดินทางไปถ่ายทอดความรู้	3.33	0.67	ปานกลาง
3 บรรยากาศในการถ่ายทอดความรู้ไม่เหมาะสม เช่นประชาชนสนใจเรื่องอื่น	3.33	0.95	ปานกลาง
4 ฤดูกาลเป็นอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น ฤดูฝน	3.12	0.88	ปานกลาง
5 ยานพาหนะที่ใช้เดินทางไปถ่ายทอดความรู้มีไม่เพียงพอ	3.00	0.47	ปานกลาง

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของ อสม. ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้ พบปัญหาอยู่ในระดับปานกลางในทุกประเด็น(ตาราง 4)

อยู่ในระดับปานกลางในทุกประเด็น (ตาราง 4)

ตาราง 4 ระดับปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้	ระดับของการปฏิบัติ		ความหมาย
	$\bar{X}$	SD	
1 ไม่ทราบปัญหาที่จริงของกลุ่มเป้าหมาย	3.35	0.76	ปานกลาง
2 จำนวน อสม.ต่อหลังคาเรือนไม่เพียงพอในการดูแลประชาชน	3.35	0.72	ปานกลาง
3 มีความรู้ด้านวิชาการไม่เพียงพอ เช่น สาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ	3.28	0.71	ปานกลาง
4 การจัดอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ของ อสม.ยังมีไม่เพียงพอ	3.22	0.93	ปานกลาง
5 ไม่มีโอกาสการเตรียมตัวในการถ่ายทอดความรู้	3.22	0.80	ปานกลาง

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ พบปัญหาสื่อไม่ตรงกับความต้องการ และ

ความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย (ระดับมาก) ประเด็นอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง(ตาราง5)

ตาราง 5 ระดับปัญหาด้านสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ด้านสื่อ วัสดุ อุปกรณ์

ปัญหาด้านสื่อ วัสดุ อุปกรณ์	ระดับของการปฏิบัติ		ความหมาย
	$\bar{X}$	SD	
1 ไม่ตรงกับความต้องการและความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย	3.89	0.74	มาก
2 ขาดทักษะในการดัดแปลงปรับปรุงวัสดุในท้องถิ่นหรือสื่อพื้นบ้านมาใช้ในการถ่ายทอดความรู้	3.33	1.06	ปานกลาง
3 สื่อ วัสดุอุปกรณ์ไม่ทันสมัย	3.01	0.82	ปานกลาง
4 งบประมาณไม่เพียงพอในการจัดหา	2.89	0.73	ปานกลาง

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านผู้รับความรู้ พบปัญหามีภาระมากไม่สามารถรับความรู้ที่จัดได้

(ระดับมาก) ประเด็นอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 6)

ตาราง 6 ระดับปัญหาด้านผู้รับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ด้านผู้รับถ่ายทอดความรู้

ปัญหาด้านผู้รับความรู้	ระดับของการปฏิบัติ		ความหมาย
	$\bar{X}$	SD	
1 มีภาระมากไม่สามารถรับความรู้ที่จัดได้	3.51	0.75	มาก
2 ระดับการศึกษาของผู้รับความรู้มีผลต่อการถ่ายทอดความรู้ เช่น ไม่สนใจรับฟังเพราะเห็นว่าเป็นอสม.มีความรู้ประถม	3.21	0.60	ปานกลาง
3 ขาดความพร้อมในด้านอารมณ์และจิตใจในการมารับความรู้	3.21	0.75	ปานกลาง
4 ความเชื่อ ค่านิยม มีผลต่อทัศนคติในการดูแลสุขภาพของผู้รับความรู้	3.06	0.82	ปานกลาง
5 ความแตกต่าง ของอายุ และประสบการณ์ ของผู้รับความรู้ทำให้กำหนดเนื้อหายาก	2.96	0.79	ปานกลาง

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าวิธีการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของ อสม. พบว่าที่นิยมปฏิบัติมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือการพูดคุยให้คำแนะนำ การจัดประชุม บรรยาย และการจัดกิจกรรมเดินรณรงค์ให้ความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ บรรจง พลไชย⁽²⁾ พบว่าการเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพอนามัยของ อสม. ที่ปฏิบัติมาก คือ การให้คำแนะนำ การบรรยาย และการพูดคุยแบบตัวต่อตัว ทั้งนี้เนื่องจากการให้คำแนะนำ เป็นวิธีการที่สะดวก และ อสม. สามารถปฏิบัติได้โดยไม่มีข้อจำกัดในด้านสถานที่

ปัญหาในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนของอสม. แก่ประชาชน ของ อสม. ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน คือด้านสภาพแวดล้อม ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้ ด้านสื่อวัสดุ อุปกรณ์ และด้านผู้รับความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 3.25, S.D. 0.39) จำแนกรายด้านพบว่า

ด้านสภาพแวดล้อม พบว่ามีปัญหาเรื่อง การขาดสถานที่ที่เหมาะสมในการให้สุขศึกษา ปัญหาระยะทางไกลในการเดินทางไปให้ความรู้ของอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของประพิน วัฒนกิจ⁽³⁾ บรรยายภาศการถ่ายทอดความรู้ที่ไม่เหมาะสม ฤดูกาลเป็นอุปสรรคในการดำเนินการ และขาดยานพาหนะในการเดินทางจากประเด็นปัญหาที่พบ เช่น บรรยายภาศในการถ่ายทอดความรู้ และฤดูกาลที่เป็นอุปสรรค เป็นสิ่งที่ อสม. จะสามารถแก้ไขปัญหาก็ได้โดยการวิเคราะห์และจัดทำแผนการให้สุขศึกษา ที่สอดคล้องกับความสนใจของประชาชน และในช่วงระยะเวลาที่เหมาะสม โดยการศึกษารายชื่อในพื้นที่และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในบางหัวข้อที่ อสม. เห็นว่าเป็นข้อจำกัด เช่นสถานที่ในการจัดกิจกรรมการให้สุขศึกษาที่เหมาะสม การสนับสนุนยานพาหนะเพื่อแก้ไขปัญหการเดินทาง

ด้านผู้ถ่ายทอดความรู้ พบประเด็นปัญหาตามลำดับความสำคัญ คือ การไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มทำให้ อสม. สามารถให้ความรู้ ได้เพียงคำแนะนำทั่วไปไม่สามารถให้ความรู้จำเพาะที่จะนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้รับความรู้ต่างๆ ประกอบกับ

การขาดความรู้ด้านวิชาการของ อสม. ในเนื้อหาที่จำเป็น และการไม่มีเวลาเตรียมในการจัดกิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ จึงอาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้การให้ความรู้ด้านสุขภาพครั้งนั้นๆ ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่คาดหวังไว้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑา กิตติวรารุณ⁽⁴⁾

ด้านสื่อ วัสดุอุปกรณ์ พบว่าปัญหาที่สำคัญคือ สิ่งที่มีอยู่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การขาดทักษะ ของ อสม. ในการดัดแปลงปรับปรุง วัสดุในท้องถิ่น หรือการทำสื่อพื้นบ้านมาใช้ในการถ่ายทอด และสื่ออุปกรณ์ที่ไม่ทันสมัย ขาดงบประมาณในการจัดหาเป็นสิ่งที่ อสม. สะท้อนในส่วนขาดที่เป็นปัญหาที่สำคัญ หากจะมีการพัฒนาในส่วนนี้ต้องมีการสนับสนุน และเสริมทักษะในส่วนขาดของ อสม. ให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นในการประยุกต์ใช้สื่อ พร้อมสนับสนุนการจัดหาสื่อที่เหมาะสมกับความต้องการจริงของชุมชน โดยสอดคล้องกับการศึกษาของประพิน วัฒนกิจ⁽³⁾

ด้านผู้รับความรู้ พบว่าปัญหาที่สำคัญคือ ภาระงานของผู้รับความรู้ ระดับการศึกษาของผู้ฟัง ทำให้ขาดความสนใจเมื่อ อสม. เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพของผู้รับความรู้ ความหลากหลายของอายุ ผู้รับความรู้ในประเด็นปัญหาที่พบเป็นข้อเสนอที่ อสม. ต้องมีการพัฒนาตนเอง การวิเคราะห์ความสนใจของผู้รับความรู้ พัฒนาเทคนิคในการให้ความรู้ของ อสม. ให้เกิดความมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศศิวิมล ตามไท⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนการพัฒนาความรู้ และทักษะของ อสม. ในประเด็น
 - ความรู้ด้านปัญหาสุขภาพ
 - การวิเคราะห์ปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย
 - เทคนิคการถ่ายทอดความรู้
2. สนับสนุนการจัดสิ่งสนับสนุน เช่น วัสดุ สื่อ อุปกรณ์ ให้กับ อสม. การประยุกต์ใช้สื่อพื้นบ้านในการให้ความรู้กับเครือข่ายสุขภาพ และแหล่งทุนทางสังคมกลุ่มอื่นๆ
3. คัดเลือก อสม. ในครอบคลุมในพื้นที่



4. ควรมีการศึกษาในด้านประสิทธิผลจากการดำเนินงานของ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชมรมเด็ก; 2535.
2. บรรจง พลไชย. การเผยแพร่สารสนเทศด้านสุขภาพอนามัยของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสกลนครปี พ.ศ. 2539. [วิทยานิพนธ์]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2539

3. ประพิน วัฒนกิจ. การวิเคราะห์งานสถานีอนามัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข; 2540.
4. มณฑา กิตติวราวุฒิ. กระบวนการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในเขตสาธารณสุข ภาคกลาง. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2543.
5. ศศิวิมล ตามไท. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคข้าวกล้องของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2542.