

การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

Herbal Remedy for Breast Cancer Patient in Suratthani Province

เบญจพร บัวชุม¹* วันลก ดิษสุวรรณ² และ จักราวุธ เผือกคง³

Benjaporn Burchum, Vallop Ditsuwanand and Jagravudh Puagkong

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนเมษายนถึงกันยายน 2558 โดยสัมภาษณ์ประสบการณ์การใช้สมุนไพร จากการศึกษา พบว่าปัจจุบันผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ใช้สมุนไพร 715 คน ต่อประชากรหนึ่งพันคน ใช้สมุนไพรเดี่ยว 277.8 คนต่อประชากรหนึ่งพันคน ใช้สมุนไพรตำรับ 314.8 คนต่อประชากรหนึ่งพันคน และใช้สมุนไพรเดี่ยวร่วมกับสมุนไพรตำรับ 407.4 คนต่อประชากรหนึ่งพันคน มีการใช้สมุนไพรเดี่ยวทั้งสิ้น 15 ชนิด ชนิดที่ใช้มากที่สุด 5 อันดับ คือ ทุเรียนเทศ (*Annona muricata* L.) 21 คน เห็ดหลินจือ (*Ganoderma lucidum* (W.Curt & Fr.) Karst) 19 คน มะรุม (*Moringa oleifera* Lam.) 10 คน มังคุด (*Garcinia mangostana*) 8 คน หญ้าปักกิ่ง (*Murdannia loriformis* (Hassk.)) 5 คน และขมิ้นชัน (*Curcuma longa* Linnaeus) 5 คน และมีการใช้สมุนไพรตำรับ ชนิดที่ใช้มากที่สุด คือ ยอดยอมะเร็ง 17 คน ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวซื้อจากร้านขายยาและสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ผู้ป่วยเพียง 14.81% ให้ข้อมูลแพทย์แผนปัจจุบันว่าใช้สมุนไพรร่วมด้วยเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค และญาติพี่น้องแนะนำให้ใช้พืชสมุนไพร

คำสำคัญ: สมุนไพร, มะเร็งเต้านม

¹โรงพยาบาลวิภาวดี อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84180

²คณะวิทยาศาสตร์และสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุงอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง

³โรงพยาบาลพุนพิน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84130

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Abstract. This cross sectional survey was aimed to study herbal remedies for breast cancer patients in Suratthani province. The study was conducted between April and September 2015. Structure interview questions included herb used, herb type, part of herb used, preparations and reasons of using herbal remedies for using. Prevalence of herbal remedy was 715.0/1,000 population and herbal drug 277.8/1,000 population and formulations drug 314.8/1,000 population. Fifteen herbs were identified. *Annona muricata* L. (21 patients), *Ganoderma lucidum* (W.Curt & Fr.) Karst (19 patients), *Moringa oleifera* Lam (10 patients), *Garcinia mangostana* (8 patients), *Murdannia loriformis* (Hassk.) (5 patients) and *Curcuma longa* Linnaeus. (5 patients) were the most frequency medicinal plant used. Whereas 14.81% reported to doctors that they used both herb. Medicinal plant is rehabilitation, increased immunity, and relatives recommended.

Keywords: Herbal medicine, Breast cancer.

¹Wiphawadi hospital Suratthani Province 84180

²Faculty of health and sports science. Thaksin University, Phatthalung campus.

³Punpin hospital Suratthani Province 84130

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็น “ภัยเงียบ” ที่ใกล้ตัวสตรีมากขึ้นทุกวัน เป็นโรคมะเร็งอันดับสองของโลก รองจากโรคมะเร็งปอด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) พบอันดับหนึ่งของประเทศไทยและทำให้สตรีไทย

เสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งเช่นกัน ในปี 2556 จังหวัดสุราษฎร์ธานีพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เป็นชนิดมะเร็งที่พบอันดับหนึ่งเช่นกัน โรคมะเร็งเต้านมมีลักษณะเฉพาะของโรคที่ต้องตัดสินใจเข้ารับการรักษาวินิจฉัย และรับการรักษาให้เร็วที่สุด ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งมีการรักษา 2 วิธีการหลักคือ การรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบัน และการรักษาทางการแพทย์สนับสนุนและการแพทย์ทางเลือก (พงทอง ไกรพิบูลย์, 2552 : 19) อย่างไรก็ตามแม้ว่าไม่ใช่แพทย์กระแสหลัก การใช้การแพทย์ทางเลือกในการรักษาและดูแลสุขภาพยังคงมีการใช้ แม้กระทั่งในต่างประเทศ พบการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีการใช้การแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 75 (Astin, 2006) การใช้สมุนไพรถือเป็นการแพทย์ทางเลือกใช้ควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบันรักษาโรคมะเร็งเต้านมมากที่สุด (อุสนีย์ วันชัย, 2553) ในประเทศไทยพบว่าประชาชนรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันและใช้ยาสมุนไพรคู่กัน ร้อยละ 23.8 (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของประเทศตุรกีใช้การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กับการแพทย์ทางเลือก พบว่าผู้ป่วย 129 รายมีการใช้สมุนไพรถึงร้อยละ 67 (Gulluoglu, 2008) สอดคล้องกับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใน 11 ประเทศแถบยุโรป พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 282 รายพบว่ามีการใช้สมุนไพรร้อยละ 46 (Molassiotis, 2006) ทั้งนี้พบการศึกษาของประเทศในแถบเอเชีย นั่นคือการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศจีน พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1,065 คน ใช้สมุนไพรจีนถึงร้อยละ 86 (Cui, 2004) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาในประเทศไทยค่อนข้างน้อย เกี่ยวกับการศึกษาการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จึงทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษา ชนิด หรือส่วนและวิธีการใช้สมุนไพร และเหตุผลที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้สมุนไพร

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยใช้ฐานข้อมูลมะเร็งเต้านมของโรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี จำนวน 112 คนเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโรคมะเร็งเต้านมในช่วง 5 ปี 2553-2557 (ข้อมูล ณ วันที่ 21 พฤศจิกายน 2557) ซึ่งเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้แก่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นมะเร็งเต้านม (ICD-10=E50) เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รักษาโรคมะเร็งเต้านมในช่วง 5 ปี 2553-2557 และใช้การกำหนดขนาดกลุ่มแบบเจาะจง 112 คนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ประวัติการป่วยเป็นมะเร็งเต้านมและการรักษา แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการใช้สมุนไพร และแบบสัมภาษณ์เหตุผลของการใช้/ไม่ใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมก่อนการทำวิจัยผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัย จากมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง และได้รับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ (เลขที่ E018/2558) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ความชุก และเหตุผลของการใช้-ไม่ใช้สมุนไพร ผู้วิจัยสรุปผลโดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในจังหวัดสุราษฎร์ธานี 112 คน ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 76 คน ร้อยละ 67.85 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.31 ปี (SD = 13.46) อายุต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 85 ปี รายได้ต่อเดือน 12,000 บาท (Median) รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 65.79 (50 คน) สถานภาพในครอบครัว เป็นสมาชิก ร้อยละ 77.63 (59 คน) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.24 (64 คน) นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.42 (33 คน) รองลงมา ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 19.74 (15 คน) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.32 (20 คน) รองลงมา เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 25.00 (19 คน) สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 65.79 (50 คน) และมีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 59.21 (45 คน)

ผู้ป่วยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ร้อยละ 34.21 (26 คน) รองลงมา เป็นระยะที่ 2 ร้อยละ 32.89 (25 คน) โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมถึงปัจจุบัน มีระยะ 1 ปี (Mode = 1 ปี) ระยะเวลาการป่วยต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปี ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วน 63 คน ได้รับการรักษาโดยใช้การแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่า 1 วิธี โดย ร้อยละ 67.11 (51 คน) รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมากที่สุด ร้อยละ 39.47 (30 คน) รองลงมา เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 26.32 (26 คน)

ผู้ป่วย 26 คนมีอาการเพื่อย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง ร้อยละ 34.21 (26 คน) รองลงมา มีอาการแขนบวม ปวดแขน ร้อยละ 23.68 (18 คน) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ร้อยละ 32.89 (25 คน) ส่วนใหญ่ป่วยด้วยเบาหวาน ร้อยละ 7.89 (6 คน) รองลงมา ป่วยด้วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 6.58 (5 คน) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีประวัติเป็นมะเร็งเต้านมในสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 26.32 (20 คน) ซึ่งพี่สาว มีประวัติมะเร็งเต้านม ร้อยละ 9.21 (7 คน) มารดา มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 7.89 (6 คน)

แหล่งของสมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ใช้สมุนไพรเดี่ยว พบว่า ผู้ป่วยต้องจัดหา หรือซื้อจากจากร้านขายยา ร้อยละ 67.06 (57 คน) หมอพื้นบ้าน ร้อยละ 10.59 (9 คน) หรือสถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 5.88 (5 คน) และปลูกเอง ร้อยละ 16.47 (14 คน) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้สมุนไพรเดี่ยว 15 ชนิด โดย 5 อันดับแรก คือ ทุเรียนเทศเป็นสมุนไพรเดี่ยว ร้อยละ 56.76 (21 คน) รองลงมา ใช้เห็ดหลินจือ ร้อยละ 48.65 (19 คน) มะรุม ร้อยละ 27.03 (10 คน) มังคุด ร้อยละ 21.26 (8 คน) หลู่ป่า ร้อยละ 13.51 (5 คน) และขมิ้นชัน ร้อยละ 13.5 (5 คน) ตามลำดับความถี่ในการซื้อสมุนไพรเดี่ยว 1 ครั้ง/เดือน 48.24 (41 คน) และ 2 ครั้ง/เดือน ร้อยละ 35.29 (30 คน) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมบางรายใช้สมุนไพรมากกว่า 1 ชนิด เช่น ใช้เห็ดหลินจือ และใบทุเรียนเทศ ทำให้จำเป็นต้องซื้อสมุนไพรบางชนิดหลายครั้งในช่วง 1 เดือน

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมนิยมใช้สมุนไพรตำรับยอดยามะเร็งมากที่สุด ร้อยละ 43.59 (17 ราย) ตำรับอื่นๆที่ไม่สามารถหาแหล่งที่มาและส่วนประกอบในตำรับได้ ร้อยละ 33.33 (13 ราย) ตำรับจากจังหวัดพัทลุง ร้อยละ 10.26 (4 คน) ตำรับไฟโทเพติก ร้อยละ 10.26 (4 คน) ตำรับจากวัดพระแสง ร้อยละ 2.56 (1 คน) ยอดยามะเร็ง ประกอบด้วยสมุนไพร 11 ชนิด คือ หัวร้อยรู ไม้สักหิน ข้าวเย็นเหนือ

ข้าวเย็นใต้ โทศจุฬาลัมพา โทศเชียง กำแพงเจ็ดชั้น ทองพันชั่ง เหงือกปลาหมอ ผีหมอบ หญ้าหนวดแมว (ราคา 350 บาท ระยะเวลาที่ใช้ 2 สัปดาห์/ชุด) ไฟโตเพล็ก ประกอบด้วยสมุนไพร 8 ชนิด คือ มะไฟ เตือนห้าพุทธรักษาแทงทวยพญาอกระดุกไก่อดำเหงือกปลาหมอข้าวเย็นเหนือข้าวเย็นใต้ (ราคา 550 บาท ระยะเวลาที่ใช้ 4 สัปดาห์/ชุด)ตำรับยาจากจังหวัดพัทลุงและตำรับจากพระแสงไม่สามารถบอก ส่วนประกอบของสมุนไพรในตำรับได้

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมใช้วิธีปรุงสมุนไพรตำรับด้วยการวิธีการต้มร้อยละ 71.79 (28 คน) และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดใช้สมุนไพรตำรับเป็นรับประทาน ทั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ รับประทานก่อนอาหาร ร้อยละ 94.87 (37 คน)และส่วนใหญ่รับประทานวันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น ร้อยละ 71.79 (28 คน) และมีความถี่ในการซื้อ 1 ครั้ง/เดือน จำนวน ร้อยละ 87.18 (34 ราย)และส่วนใหญ่จะเก็บในภาชนะปิดสนิท จำนวน ร้อยละ 97.44 (38 ราย)ได้รับสมุนไพรตำรับจากสถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 48.72(19 ราย)รองลงมา ได้มาจากร้านขายยาสมุนไพร ร้อยละ 25.64 (10 ราย)

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความพึงพอใจการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน 37 คน (ร้อยละ 68.52) พบว่า สาเหตุสำคัญ คือ รู้สึกสุขภาพแข็งแรงขึ้น (19 คน) อ่อนเพลียลดลงไม่เวียนศีรษะ (5 คน) ท้องไม่ผูก (5 คน) รับประทานสมุนไพรแล้วมีกำลัง ทานข้าวได้มากขึ้น(3 คน) น้ำหนักขึ้น (3 คน) ราคาไม่แพงและหมอบบริการดี (1 คน) สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ (1 คน)ความไม่พึงพอใจการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน จำนวน 17 คน ให้เหตุผลว่า เนื่องจากใช้แล้วอาการไม่ทุเลาลง (7 คน) ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงหลังจากใช้สมุนไพร (5 คน) ยังคงมีอาการปวด (4 คน) และอาการยังคงทรงๆตัว (1 คน)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	76	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	14	18.42
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	50	65.79
หม้าย/หย่า/แยก	12	15.79
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	17	22.37
สมาชิก	59	77.63
การนับถือศาสนา		
พุทธ	64	84.21
อิสลาม	10	13.16
คริสต์	2	2.63
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	10.53
ประถมศึกษา	33	43.42
ม.ต้น	8	10.53

ม.ปลาย/ปวช.	6	7.89
ปวส./อนุปริญญา	6	7.89
ปริญญาตรีขึ้นไป	15	19.74
อาชีพ		
เกษตรกรรม	20	26.32
รับจ้าง	9	11.84
รับราชการ	9	11.84
ค้าขาย	15	19.74
แม่บ้าน	19	25.00
อื่นๆ	4	5.26
สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว		
ไม่มีหนี้สิน	50	65.79
มีหนี้สิน	26	34.21
สิทธิการรักษา		
เบิกจ่ายตรง	18	23.68
ประกันสังคม	13	17.11
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	45	59.21

ตารางที่ 2 ประวัติการป่วย การรักษา และสถานที่รักษาในปัจจุบัน

ประวัติการป่วย	จำนวน (n=76)	ร้อยละ
ระยะของมะเร็งเต้านมขณะที่ถูกวินิจฉัยครั้งแรก		
ระยะที่ 1	26	34.21
ระยะที่ 2	25	32.89
ระยะที่ 3	18	23.68
ระยะที่ 4	7	9.21
วิธีการรักษามะเร็งเต้านม		
ผ่าตัด	11	14.47
ฉายแสง	1	1.32
เคมีบำบัด	1	1.32
ผ่าตัดและฉายแสง	4	5.26
ผ่าตัดและเคมีบำบัด	51	67.11
ผ่าตัด ฉายแสงและเคมีบำบัด	8	10.53
สถานที่รักษามะเร็งเต้านมในปัจจุบัน		
รพ. มะเร็งสุราษฎร์ฯ	20	26.32
รพ. สุราษฎร์ฯ	30	39.47
รพ. มะเร็งสุราษฎร์ฯและ รพ. สุราษฎร์ฯ	19	25.00
รพ. มะเร็งสุราษฎร์ฯและ รพ. มอ.	1	1.32
รพ. สุราษฎร์ฯและ รพ. มอ.	2	2.63

รพ. มะเร็งสุราษฎร์ฯ รพ. สุราษฎร์ฯ และ รพ. 4 5.26
มอ.

ตารางที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนโรคประจำตัวและประวัติมะเร็งของครอบครัว

ภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	35	46.05
มี*	41	53.95
ผมร่วง	15	19.74
แขนบวม	18	23.68
วิงเวียนศีรษะ	4	5.26
เพลีย เหนื่อยง่าย	26	34.21
เพลีย เหนื่อยง่าย	26	34.21
ปวดเต้านม	3	3.95
คลื่นไส้ อาเจียน	6	7.89
ปากแห้ง คอแห้ง	8	10.53
ท้องผูก	2	2.63
ร้อนวูบวาบตามตัว	1	1.32
โรคประจำตัว		
ไม่มี	51	67.11
มี	25	32.89
ความดันโลหิตสูง	2	2.63
เบาหวาน	6	7.89
ไขมันในเส้นเลือด	2	2.63
เส้นเลือดอุดตันในสมอง	1	1.32
ภูมิแพ้	2	2.63
ไมเกรน	2	2.63
ต่อกระจก	1	1.32
โลหิตจาง	1	1.32
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	5	6.58
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือด	3	3.95
ประวัติมะเร็งเต้านมในสมาชิกครอบครัว		
ไม่มี	56	73.68
มี [†]	20	26.32
มารดา	6	7.89
พี่สาว	7	9.21
น้องสาว	4	5.26
หลานสาว	1	1.32
น้ำสาว	1	1.32

อาสา	1	1.32
หมายเหตุ [†] ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อาการ ประวัติมะเร็งเรื้อรังด้านมของสมาชิกในครอบครัว มากกว่า 1 คน		

ตารางที่ 4 การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในอดีตและปัจจุบัน

ข้อมูลการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มรู้ว่าป่วย		
ไม่เคยใช้	31	40.79
ใช้	45	59.21
การใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในปัจจุบัน		
ไม่ใช้	22	28.95
ใช้	54	71.05
รูปแบบการใช้สมุนไพร		
สมุนไพรเดี่ยว	15	27.78
สมุนไพรตำรับ	17	31.48
ใช้สมุนไพรเดี่ยวและสมุนไพรตำรับ	22	40.74
การแจ้งแพทย์แผนปัจจุบันในการใช้สมุนไพร		
ไม่แจ้ง	46	85.19
แจ้ง	8	14.81
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อผลการรักษาด้วยสมุนไพร		
ไม่พึงพอใจ	17	31.48
พึงพอใจ	37	68.52

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชนิดสมุนไพรของเดี่ยว

ชนิดของสมุนไพรเดี่ยว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กะทกรก	2	5.41
บอระเพ็ด	2	5.41
พลูคาว	4	10.81
มะนาว	2	5.41
มังคุด	8	21.62
เห็ดหลินจือ	19	48.65
มะรุม	10	27.03
หญ้าปักกิ่ง	5	13.51
มะกา	1	2.70
ทุเรียนเทศ	21	56.76
ฟักข้าว	2	5.41
ขมิ้นชัน	5	13.51

ร่างจีด	3	8.11
บัวบก	1	2.70
โสม	1	2.70

หมายเหตุ * ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีการใช้สมุนไพรเดี่ยวมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามชื่อสมุนไพรตำรับ

ชื่อตำรับ	จำนวน (n=39)	ร้อยละ
ยอดยามะเร็ง*	17	43.59
ไฟโตเพล็ก [†]	4	10.26
ตำรับยาจากจังหวัดพัทลุง [‡]	4	10.26
ตำรับยาจากวัดพระแสง [§]	1	2.56
ตำรับยาอื่นๆ	13	33.33

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกการใช้สมุนไพรของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่ามีการใช้สมุนไพร ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน ณ ช่วงที่ทำการสำรวจ ร้อยละ 71.05 และมีประวัติการใช้สมุนไพร (ใช้สมุนไพรในช่วงที่ผ่านมาหลังได้รับการวินิจฉัยโรค) ร้อยละ 59. 21เปรียบเทียบกับการศึกษาการใช้สมุนไพรในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศจีนใช้สมุนไพร ร้อยละ 58.5 (Huiyan Ma, et al. 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของตุรกี มีการใช้สมุนไพร ร้อยละ 67 (Gulluoglu, et al. 2008) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับผลจากการทบทวนอนุमान (Systematic review) งานวิจัยในหลายประเทศ พบว่า มีการใช้สมุนไพรอยู่ในช่วง ร้อยละ 3-67 (Wanchai, et al.2010) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีการใช้สมุนไพรที่ใกล้เคียงกับประเทศตุรกีและจีนและพบว่า สมุนไพรตำรับได้รับความนิยมสูงกว่าสมุนไพรเดี่ยว สาเหตุที่อาจทำให้สมุนไพรตำรับได้รับความนิยมเพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง มีสาเหตุหรือปัจจัยของการเกิดโรคที่ซับซ้อน โดยทั่วไปหากเป็นมะเร็งในระยะที่ 1-2 ส่วนใหญ่สามารถรักษาให้หายได้ แต่หากเป็นมะเร็งในระยะหลัง ๆ (ระยะที่ 3-4) ซึ่งเป็นที่มีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง การรักษาหลัก คือ การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive treatment) จากเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้การรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องใช้สมุนไพรตำรับ (สมุนไพรหลายชนิด)

สาเหตุที่อาจทำให้สมุนไพรตำรับยอดยามะเร็งได้รับความนิยมมากที่สุด เนื่องจากเป็นตำรับที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง (ทุกชนิด) ที่วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วย การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีชื่อเสียง มีการรักษาผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมาก (ตั้งแต่ปี 2548-58 มีผู้ป่วยสะสมกว่า 1000 คน) (อ้างอิงจากการพูดคุย สอบถามพระอาจารย์ประพนธ์ จิรัชฌโม)

จากการศึกษา พบว่า สมุนไพรเดี่ยวที่ได้รับความนิยม คือ ทูเรียนเทศ (21 คน) เห็ดหลินจือ (19 คน) มะรุม (10 คน) มังคุด (8 คน) หน้าปอกกิ้ง (5คน) และขมิ้นชัน (5คน)

เห็ดหลินจือ ได้รับความนิยมมาเป็นเวลานาน เป็นสมุนไพรที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก เนื่องจากมีสรรพคุณทางยา (เภสัชวิทยา) (พรสุดา ภูมิสิงห์และคณะ,2552)สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริเจริญรัตน์ (2542 : 6) ศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยมะเร็ง ปี 2542 พบว่าส่วน

ใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งรู้จักชื่อ ชนิด และส่วนประกอบของสมุนไพรที่นำมาใช้ เช่น เห็ดหลินจือ ซึ่งเป็นสมุนไพรที่มีรสฝาดร้อนและเมาเบื่อ และมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในการต้านเซลล์มะเร็ง (โกวิท พัฒนาปัญญาศาสตร์, 2552)

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีความพึงพอใจการใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน 37 คน (ร้อยละ 68.52) พบว่า สาเหตุสำคัญ คือ รู้สึกสุขภาพแข็งแรงขึ้น (19 คน) อ่อนเพลียลดลงไม่เวียนศีรษะ (5 คน) ท้องไม่ผูก (5 คน) รับประทานสมุนไพรแล้วมีกำลัง ทานข้าวได้มากขึ้น(3 คน) น้ำหนักขึ้น (3 คน) ราคาไม่แพงและหอบบริการดี (1 คน) สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ (1 คน) สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ศิริเจริญรัตน์ (2542: 6) ที่ศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยมะเร็ง ปี 2542 พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง ร้อยละ 48.6 มีความพึงพอใจการใช้สมุนไพร สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งใช้สมุนไพร เช่น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่อ่อนเพลีย ร่างกายแข็งแรงขึ้น ยาราคาไม่แพง

บรรณานุกรม

- กาญจนา ศิริเจริญรัตน์. (2542) “การศึกษาการใช้สมุนไพรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมะเร็ง.” วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โกวิท พัฒนาปัญญาศาสตร์, กษมา สุขากิรมย์, นพมาศ สุนทรเจริญนนท์.(2552). ฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกัน และต้านมะเร็งของสารสกัดดอกและสปอร์เห็ดหลินจือ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2556,). สมุนไพรต้านมะเร็ง, ;วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.11 (3), 219.เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2557, จาก<http://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com>
- ปพนพัชร จิรธัมโม(ผู้ให้สัมภาษณ์). เบญจพร บัวชุม (ผู้สัมภาษณ์). กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก. เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ.2559
- พรสุดา ภูมิสิงห์, บุญใจ ลีมีศิลา, เย็นจิตร เตชะดำรงสิน และนพมาศ สุนทรเจริญนนท์.(2552). การศึกษาคุณภาพและปริมาณสารสำคัญของดอกเห็ดและสปอร์เห็ดหลินจือในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล
- พวงทองไกรพิบูลย์. (2552). รู้ทันโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ: มติชน.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.(2556). แผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2556-2560 . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- วันชัย. (2553). Complementary and Alternative medicine use among with breast cancer asystematic review. พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. พิษณุโลก : วิทยาลัยพยาบาลพระพิรุณราช.
- Cui, Y., Shu, X.O., Gao, Y., Wen, W., Ruan, Z.X., & Jin, F. (2004, July). “Use of complementary and alternative medicine by Chinese women with breast cancer”. *Breast Cancer Research and Treatment*, 86(1), 263–270
- Gulluoglu, B.M., Cingi, A., Cakir, T., & Barlas, A. (2008, August). “Patients in northwestern Turkey prefer herbs as complementary medicine after breast cancer diagnosis.” *Breast Cancer*, 3, 269–273.
- Molassiotis, A., Scott, J.A., Kearney, N., Pud, D. Magri, M., Selvekerova, S., & Patiraki, E.

(2006, september6). “ Complementatry and alternative medicine use in breast cancer patients in Europe”. Supportive Care in Cancer.14,260-267

Wanchai, A., Armer, J. and Stewart, B. (2010). “Complementary and Alternative Medicine use among women with breast cancer: a systematic review”. Clinical Journal of OncologyNursing. Volume 14,14

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานผลของการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนต่อความอ่อนตัวของลำตัวและไหล่

The effects of Rusie Dutton on body and shoulder flexibility:

A Systematic review and Meta-analysis

ชื่นจิตร กองแก้ว¹ ปริญญา เลิศสินไทย² เกตุจันทร์ จำปาไชยศรี³ กุลวรางค์ กรณ์แก้ว⁴ พิชามณูชู้ มัลลัยวงศ์⁵ และ
พีรพงษ์ มีสมเพิ่ม⁶

Chuenjid Kongkaew¹ Parinya Lertsinthalai² Katechan Jampachaisri³ Kunwarang Kornkaew⁴

Phichamon Malaiwong⁵ and Peerapong Meesomperm⁶

บทคัดย่อภาษาไทย

บทนำ: ฤๅษีดัดตนเป็นภูมิปัญญาไทยด้านการส่งเสริมสุขภาพ ช่วยคลายอาการปวด ลดความตึงของกล้ามเนื้อ หลักการของการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตน อยู่บนพื้นฐานของการบิด หรือยืดกล้ามเนื้อ ร่วมกับการกำหนด ลมหายใจ โดยที่ผ่านมามีรายงานการศึกษาผลของการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนต่อความอ่อนตัวของลำตัวและไหล่ อย่างแพร่หลาย แต่ยังไม่มีการศึกษาใด ที่ได้สรุปผลของการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนต่อความอ่อนตัวของลำตัว และไหล่ไว้อย่างชัดเจน **วัตถุประสงค์:** เพื่อรวบรวม และสรุปหลักฐานทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้อง กับผลของการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนต่อความอ่อนตัวของลำตัวและไหล่ **วิธีดำเนินการศึกษา:** สืบค้นข้อมูล งานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้คือ PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane library, Thai Library Integrated System (ThaiLis), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), National Rehabilitation Information Center (Rehabdata), Scopus, Web of Science, ฐานข้อมูลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยในประเทศไทย และ Thai physical therapy รวมถึงสืบค้นด้วยมือเพื่อค้นหางานวิจัยที่ไม่ได้ถูกตีพิมพ์ รวบรวมงานวิจัยก่อนเดือน มีนาคม 2559 โดยคัดเลือกรายงานการวิจัยเชิงทดลอง ที่ศึกษาผลของการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนต่อความอ่อนตัวของลำตัว และไหล่ ประเมินคุณภาพของงานวิจัยด้วย Jadad score, PEDro scale และ Cochrane’s risk of bias tool ผลของการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนต่อความอ่อนตัวของลำตัว และไหล่ที่มีข้อมูลทางสถิติเพียงพอ จะถูกนำมาวิเคราะห์ค่า weighted mean difference ด้วยทฤษฎี random effects โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (STATA version 10.1 SE) **ผลการศึกษา:** พบงานวิจัยที่สอดคล้องกับเกณฑ์คัดเข้า 7 ฉบับ มีงานวิจัย 4 ฉบับ ที่สามารถทำการวิเคราะห์อภิมาน โดยงานวิจัยแต่ละฉบับไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า การทำกายบริหารแบบฤๅษีดัดตน สามารถเพิ่มความอ่อนตัวของลำตัว และไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความอ่อนตัวของลำตัวภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 4 [weighted mean difference (WMD): 3.9 cm, 95%CI=3.9-4.0; p<0.001; no heterogeneity $X^2=0.66$, d.f.2, p=0.7; I^2 0.00%] ความอ่อนตัวของลำตัวภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 8 (WMD: 8.9 cm, 95%CI: 7.4-10.5; p<0.001; no heterogeneity $X^2=0.16$, d.f.2, p=0.9; I^2 0.00%) ความอ่อนตัวของข้อไหล่ด้านขวาในท่า extension ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 8 (WMD: 1.5 degrees, 95%CI: 0.12-2.81, p=0.03; low heterogeneity $X^2=0.61$, d.f.1; p=0.2; I^2 37.9%) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ด้านขวาในท่า abduction ภายหลังการฝึกในสัปดาห์ที่ 12 (WMD: 22.2 degrees, 95%CI: 20-24; p<0.001; no heterogeneity $X^2=0.29$, d.f.1, p=0.6; I^2 0.00%)

สรุปผลการศึกษา: การศึกษานี้เป็นข้อมูลสนับสนุนว่าการฝึกบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตนมีผลเพิ่มความอ่อนตัวของลำตัว และความอ่อนตัวของข้อไหล่ขวา ดังนั้นจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับกล้ามเนื้อโครงร่าง โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาในเรื่องของความอ่อนตัวของข้อไหล่และลำตัว

คำสำคัญ: ฤๅษีดัดตน ความอ่อนตัวของลำตัว ความอ่อนตัวของไหล่

¹ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

² คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

³ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

⁴วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

⁵โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ จังหวัดเพชรบูรณ์

⁶กองแพทย์ สำนักงานสนับสนุน หน่วยบัญชาการทหารพัฒนา กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Background: Rusie Dutton is a type of traditional Thai wisdom that can be used for health promotion, pain relief and to reduce muscle tension arising from stress. It is based on the concept of posture and stretching coupled with breathing exercises. To date, there are several studies about Rusie Dutton and its effect body and shoulder flexibility. But no study had summarized the findings.

Objective: To examine the effectiveness of Rusie Dutton on body and shoulder flexibility.

Methods: PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane library, Thai Library Integrated System (ThaiLis), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), National Rehabilitation Information Center (Rehabdata), Scopus, Web of Science, Thai University library databases/journals and Thai physical therapy were searched up to March 2016. Randomized control trials of Rusie Dutton versus normal life or other active comparator were included. Data were extracted using abstraction form by independent investigators. Methodological quality was assessed using the Jadad score, PEDro scale and Cochrane's risk of bias tool. The weighted mean difference based on the random effects method was used to summarize the study outcomes of body and shoulder flexibility. Statistical analysis was performed with the software STATA (version 10.1 SE).

Results: Seven studies were eligible for inclusion. Four studies were included in the meta-analysis. Heterogeneity across the studies was not significant. We found Rusie Dutton compared to controls significantly increased the body flexibility at week 4 [weighted mean difference (WMD):3.9 cm, 95%CI=3.9-4.0;p<0.001:no heterogeneity $X^2=0.66$, d.f.2, p=0.7; I^2 0.00%], increased the body flexibility at week 8 (WMD:8.9 cm, 95%CI: 7.4-10.5; p<0.001: no heterogeneity $X^2=0.16$, d.f.2, p=0.9; I^2 0.00%), increased the right shoulder flexibility on extension posture at week 8 (WMD: 1.5 degrees, 95%CI: 0.12-2.81, p=0.03; low heterogeneity $X^2=0.61$, d.f.1, p=0.2; I^2 37.9%). A greater ROM for right shoulder abduction was observed at week12 compared to controls [22.2 degrees (95% CI=20-24; p<0.001): no heterogeneity $X^2=0.29$, d.f.1, p=0.6; I^2 0.00%] **Conclusion:** This meta-analysis indicated that performing Rusie Dutton increased body flexibility and right shoulder flexibility. This type of exercise should be further encouraged for treating musculoskeletal disorders.

Key words: Rusie Dutton, Thai yoga, Body flexibility, Shoulder flexibility

¹ Faculty of Pharmaceutical Science.Naresuan University,Phitsanulok

² Faculty of Allied Health Science.Naresuan University,Phitsanulok

³ Faculty of Science.Naresuan University,Phitsanulok

⁴ Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

⁵ Phetchabun Hospital,Phetchabun

⁶ Medical Division, General Support Office, Armed Force Development Command,Bangkok

Introduction

Therapeutic stretching has been a well-known exercise used for professional rehabilitation to improve physical fitness and healthy mind (Pornratshanee Weerapong, 2004: 189-206). Mind and body exercise for example; Yoga (Field, 2011a: 1-8), Tai Chi

(Field, 2011b: 141-6) and Qigong (Kemp, 2004: 351-73) have been showed benefits for a reduction of musculoskeletal pain, an improvement in cardiovascular response, an enhancement of balance performance and a decrease of psychological stress due to their incorporation of slowly specific movement pattern, controlled breathing and meditation during exercise.

Rusie Dutton, so called Thai Rishi' self-exercise, ascetic Yogi's or hermit's self-stretching is a technical term of mind-body exercise with therapeutic stretching exercise in traditional Thai medicine (Vichai Chokevivat, Suwit Wibulpolprasert and Prapoj Petrakard, 2012; Wells, 2012). This exercise includes gentle dynamic stretching exercise of limbs and body part, deep breathing exercise, meditation and self-acupressure during the movements (Wells, 2012: 1-18). Rusie Dutton has its root from Indian yoga. it's similar to or nearly identical to Indian yoga system such as Hatha Yoga (Wells, 2012:1-18). In late 1700s, close to 127 different Rusie Dutton poses and therapeutic exercises were recorded of the technique and specific curative effect on the stone tablets (Vichai Chokevivat, Suwit Wibulpolprasert and Prapoj Petrakard, 2012; Wat Po, 1996). The outstandingly therapeutic effect of Rusie Dutton was mentioned including musculoskeletal pain, chest congestion, visceral discomfort, generalized muscle weakness, and joint stiffness (Wells, 2012; Pennapa Subchoroen, 2004). The recent evidence research showed the benefits of Rusie Dutton practice such as improving extensibility of soft tissue, spine and joint flexibility, balance performance (Parinya Lertsinthalai and Weerapong Chidnok, 2005: 52-71), increasing pulmonary respiration and anaerobic exercise performance. (Weerapong Chidnok, 2007; Weerapong Chidnok et al, 2007)

According to principles of health related physical fitness: flexibility, cardiovascular endurance, muscular strength/endurance and body composition (Caspersen, Powell & Christenson, 1985; ACSM, 1995), there have been much scientific evidence about the effect of Rusie Dutton on body and shoulder flexibility but it remains inconclusive. The purpose of this study aims to examine the effectiveness of Rusie Dutton on body and shoulder flexibility using a meta-analysis technique.

Objective

To examine the effectiveness of Rusie Dutton on body and shoulder flexibility.

Methods:

Literature search strategy:

The following bibliographic databases were searched since their inception dates till March 2016: PubMed, EMBASE, CINAHL, Cochrane library, Thai Library Integrated System (ThaiLis), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), National Rehabilitation Information Center (Rehabdata), Scopus, Web of Science, Thai University library

databases/journals and Thai physical therapy database. The search strategy was combined with the key words specific to the topic: Rusie dutton, Rusiedutton, Ruesi dadton, Ruesidadton, Ruesee dudton, Rueseedudton, Ruesi dudton, Ruesidudton, Thai richi’s self-massage, Hermit’s body twist, Thai yoga, Ascetic exercise, Thai stretching and a Thai key word of Rusie Dutton (ฤๅษีตัดตน). The reference sections of the retrieved original research publications were searched to identify additional publications and/or authors were contacted for unpublished articles or relevant information.

Randomized control trials (RCTs) which met the following inclusion criteria were included in this systematic review and meta-analysis: (1) RCTs investigating Rusie Dutton compared with control group (sedentary lifestyle or with other stretching exercise intervention), (2) RCTs reporting sufficient information of body and shoulder flexibility outcomes, (3) no language restrictions.

Data extraction and assessment of methodological quality:

Data were extracted from each trial by independent reviewers using a standardized extraction form. The extracted data included study design, population, characteristics of subjects (i.e., sex, age, and numbers), types of intervention (i.e., number of poses, protocol of training, duration of training per week), comparator, and outcomes. For outcome measurement, outcomes of body and shoulder flexibility were represented as mean and standard derivations (\pm S.D).

The methodological quality of each trial was assessed using 3 assessment scales: PEDro scale (Olivo et al, 2008: 156-75) (McCrary, Ackermann & Halaki, 2015: 935-42), Jadad’s quality scale (de Morton, 2009; Maher et al, 2003) and Cochrane’s risk of bias assessment (Higgins & Green, 2011). PEDro scale was developed by the Physiotherapy Evidence Database, which is based on the Delphi list. In brief, there are 11-items for quality assessment with the maximum of 10. The quality of each study can be classified as 9-10 scores (excellent quality design), 6-8 scores (good quality design), 4-5 scores (fair quality design), or 0-3 scores (poor quality design). For Jadad scale, there are 7 items (2 items of random assignment, 3 items of double blinding, and 2 items of the flow of subjects). The range of possible scores quality is 0-2 (Low quality) to 3-5 (High quality). Risk of bias was assessed using the seven-domain Cochrane Collaboration’s tool which scored as ‘Yes’, ‘No’, or ‘Unclear’ and then classified trials as a low risk of bias, high risk of bias and unclear risk (indicating lack of information or uncertainty over the potential for bias).

Data analysis:

The differences of mean in each component of body and shoulder flexibility outcomes between Rusie Dutton group and control group (as a sedentary lifestyle) were used for statistical pooling. The weighted mean difference and 95% confidence

interval (95%CI) was performed using the random-effects model of the Dersimonian-Laird method (Dersimonian and Laird, 1986). Weighted mean difference (WMD) between Rusie Dutton training group and control group (as a sedentary life style) were performed using the inverse of variances of their estimates.

A statistical heterogeneity was tested using the Cochran-Mantel-Haenszel method (Higgins and Thompson, 2002). $P < 0.05$ was considered evidence of heterogeneity (Deeks et al., 2008; Higgins and Thompson, 2002). I^2 - statistics was also performed to determine the degree of heterogeneity across studies. An I^2 of 25%, 50%, and 75% indicates low, medium, and high heterogeneity, respectively (Higgins and Thompson, 2002) (Higgins & Green, 2011). Statistical analysis was performed using STATA software, version 10.1 SE (Lakeway Drive College Station, Texas; StataCorp LP) and Microsoft Office Excel 2013 (Redmond, Washington; Microsoft Corporation, 2003).

Results:

Search results

Of the initial search results, 22 studies were relevant to body and shoulder flexibility. However, 15 studies were later excluded after more detailed evaluation: pilot study (n=1); not RCTs [observational (n=1); quasi-experimental (n=2); non-randomized (n=2); study with no comparator (n=4); not original research articles (review articles, letters) (n=5)] as shown in Figure 1. In total, 7 studies met the inclusion criteria of this systematic review.

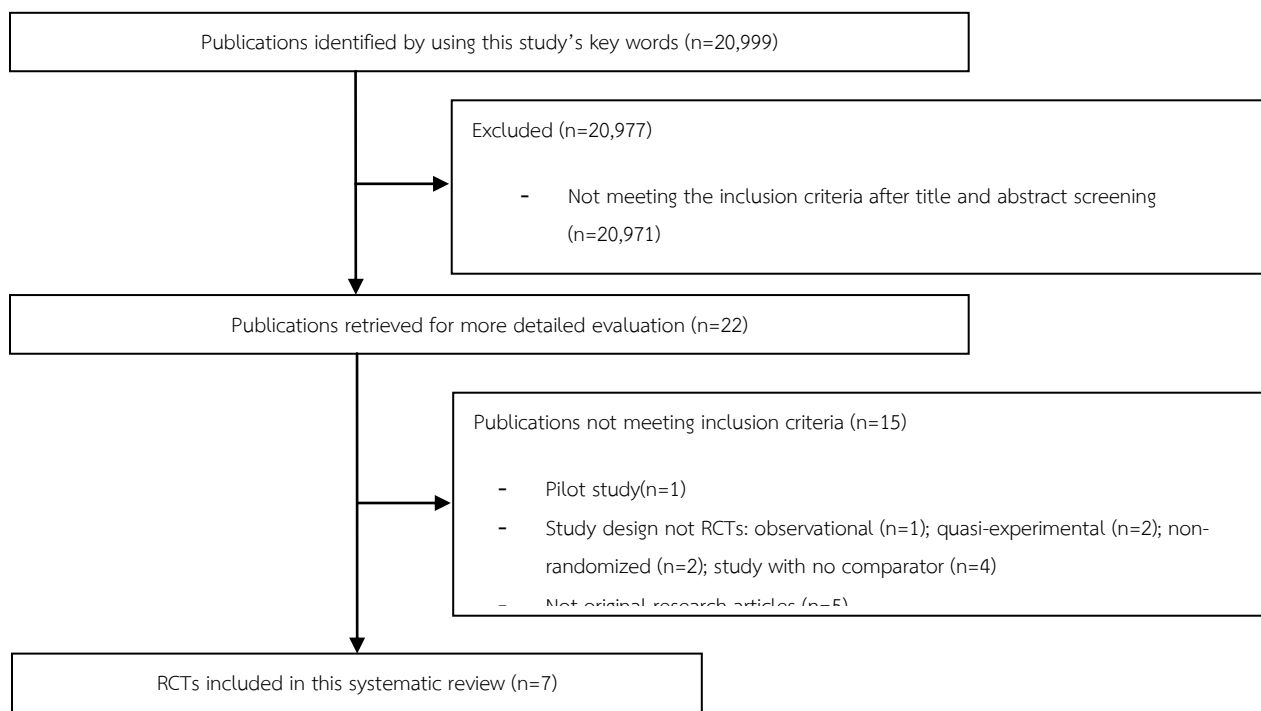


Figure 1 A flowchart of the included studies

Study and participant characteristics

The meta-analysis included 185 participants in the 7 studies (Table 1) and all seven were non-blinded RCTs, and comprised female participants except one had both sexes (Sarocha Suttijit, 2008), ages were 16 to 83 yr, and cohorts 20 to 40 participants. Numbers of Rusie Dutton poses ranged from 15 to 30, training periods were 4 to 12 weeks, and exercised for 90 to 180 min/week. Four physical fitness outcomes were identified: flexibility (n=5); cardio-respiratory fitness (n=4); muscle strength/endurance (n=2); and body composition (n=1).

Quality assessment of the included studies

Based on the PEDro scale, one study was good quality, and 6 studies were fair (Table 2). Based on the Jadad scale, all included studies were low quality in reporting methodological design. Based on Cochrane's risk of bias, most studies (n=6) demonstrated low risk, except one study (Usa Punboonmee, 2002) had unclear risk. Thus, overall risk of bias was low across the included studies.

Effect of Rusie Dutton on flexibility

Five studies reported the effect of Rusie Dutton on body flexibility using the sit-and-reach test. Three studies reported effects at week 4 (Usa Punboonmee, 2002; Prasit Peepathum, 2005; Nipaporn Laochar, 2010). The weighted mean difference (WMD) of body flexibility increased by 3.94 cm. (95% CI, 3.89 to 4.00) over control ($p < 0.001$) with no heterogeneity across studies ($\chi^2 = 0.66$, d.f.2, $p = 0.718$; I^2 0.00%) (Figure2). At 8 weeks of training in four studies (Usa Punboonmee, 2002; Prasit Peepathum, 2005; Amarin Phuangphae, 2010; Nipaporn Laochar, 2010), WMD of body flexibility was 7.29 cm (95% CI, 4.27-10.31) but with high heterogeneity ($\chi^2 = 12.63$, d.f.3, $p = 0.006$; I^2 76.2%) compared to controls ($p < 0.001$).

Subgroup analysis by age using only adults (17-83 yr) (Prasit Peepathum, 2005; Amarin Phuangphae, 2010; Nipaporn Laochar, 2010) while excluding teenagers increased body flexibility after 8 weeks training, WMD was 8.93 cm. (95% CI, 7.37 to 10.49; $p < 0.001$) without heterogeneity ($\chi^2 = 0.16$, d.f.2, $p = 0.9$; I^2 0.00%) (Figure2).

Three studies examined left and right shoulder flexibility each compared to controls using goniometers in 3 different directions (extension, flexion and abduction) at 8 (Punboonmee, 2002; Laochar, 2010,) and 12 weeks training (Punboonmee, 2002; Suttijit, 2008). For flexibility of right shoulder extension at week 8, the pooled effect showed a significant increase of WMD ROM by 1.46 degrees (95% CI =0.12 to 2.81; $p = 0.033$) with low heterogeneity ($\chi^2 = 1.61$, d.f.1, $p = 0.2$; I^2 37.9%) as shown in Figure3. Furthermore, ROM was higher for right shoulder abduction at week 12 of training than the control group [WMD=22.2 degrees (95% CI=20.24 to 24.19) without heterogeneity

($\chi^2=0.29$, d.f.1, $p=0.6$; I^2 0.00%) (Figure4). Likewise, shoulder flexibility in left extension, both left and right flexion, or left abduction at weeks 8 or 12 of training were likely to be better than the control group, however, these were based on high heterogeneity.

Conclusions:

Rusie Dutton exercise was outstandingly provided positive effects in particular on body flexibility and right shoulder joint flexibility. Promoting regular stretching exercise of Rusie Dutton or in combination with other type of exercise would enhance health-related physical fitness.

Table 1 Characteristics of the included RCTs

Author	Sex (%)	Age	No. Participants (test:control)	No. poses	Training weeks	Traning time per week (min.)	Outcome
Punboonmee,2002	female (100)	16-17	20 (10:10)	15	12	175	- body flexibility (sit and reach test) - shoulder flexibility (goniometer) - ankle flexibility (sit and reach test)
Peepathum, 2005	female (100)	35-49	30 (15:15)	30	8	180	- body flexibility (sit and reach test)
Chidnok, 2007	female (100)	18-25	29 (15:14)	15	4	90	NA
Chidnok, 2007	female (100)	18-25	29 (15:14)	15	4	90	NA
Suttijit, 2008	female (50)	60-83	40 (20:20)	15	12	150	- body flexibility (sit and reach test) - shoulder flexibility (goniometer)

							- hip flexibility (goniometer)
Phuangphae, 2010	female (100%)	17-20	30	15	8	90	- body flexibility (sit and reach test)
Laochar, 2010	female (100%)	25-50	36	18	8	150	- body flexibility (sit and reach test) - shoulder flexibility (goniometer) - hip flexibility (goniometer)

NA=not applicable; NR=not report

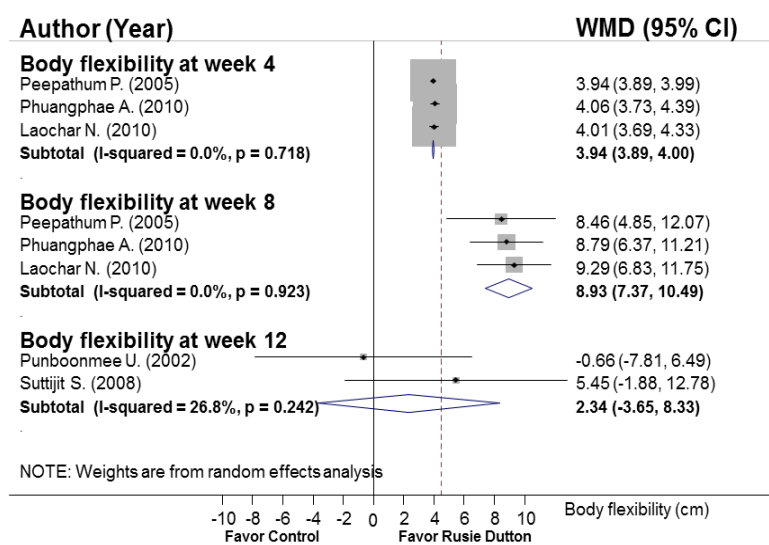


Figure 2 Effect of Rusie Dutton on body flexibility

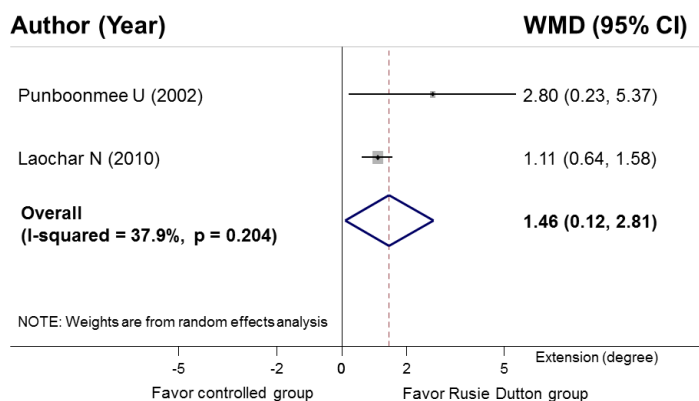


Figure3 Right shoulder extension at week 8 compared to controls

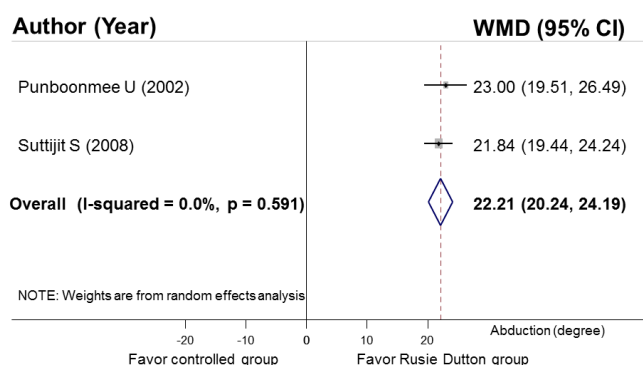


Figure4 Right shoulder abduction at week 12 compared to controls

References:

- Amarin Phuangphae. (2010). Effects of Ascetic exercise on health related physical fitness in female students of Sukhothai business school [thesis]. Thailand: Kasetsart University.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-31.
- de Morton, N. A. (2009). The PEDro scale is a valid measure of the methodological quality of clinical trials: a demographic study. *Aust J Physiother*, 55(2), 129-33.
- Field, T. (2011). Yoga clinical research review. *Complement Ther Clin Pract*, 17(1), 1-8.
- Field, T. (2011). Tai Chi research review. *Complement Ther Clin Pract*, 17(3), 141-6.

- Higgins, J. & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0. The Cochrane Collaboration*. Retrieved March, 2011, from: <http://community.cochrane.org/handbook>.
- Kemp, C. A. (2004). Qigong as a therapeutic intervention with older adults. *J Holist Nurs*, 22(4), 351-73.
- Maher, C. G., Sherrington, C., Herbert, R. D., Moseley, A. M., & Elkins, M. (2003) Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Phys Ther*, 83(8), 713-21.
- McCrary, J. M., Ackermann, B. J., & Halaki, M. (2015). A systematic review of the effects of upper body warm-up on performance and injury. *Br J Sports Med*, 49(14), 935-42.
- Nipaporn Laochar. (2010). Effects of Hermit Self stretching exercise on muscle strength and flexibility of working women [thesis]. Thailand: Chulalongkorn University.
- Olivo, S. A., Macedo, L. G., Gadotti, I. C., Fuentes, J., Stanton, T., & Magee, D. J. (2008). Scales to assess the quality of randomized controlled trials: a systematic review. *Phys Ther*, 88(2), 156-75.
- Parinya Lertsinthalai and Weerapong Chidnok. (2005). The effects of Rusi Datton on balance performance, hip and trunk flexibility in healthy female students of Naresuan University. *Thai physical therapy journal*, 27(3),52-71
- Pennapa Subchoroen. (2004). *Handbook of Thai style exercise: 15 Basic Reusi Dat Ton Poses*. Bangkok, Thai Traditional Medicine Development Foundation. Bangkok, Thailand: Author.
- Pornratshanee Weerapong. (2004). Stretching: the mechanisms and benefits for sport performance and injury prevention. *Phys Ther Rev*, 9(4), 189-206.
- Prasit Peepathum. (2005). The effects of applied ascetics exercise on flexibility and health [thesis]. Thailand: Srinakharinwirot University.
- Sarocho Suttijit. (2008). The effects of Ruesee-Dudton exercises on flexibility and body balance of elderly [thesis]. Thailand: Chulalongkorn University.
- Usa Punboonmee.(2002).The effect of Ascetic exercise and Tai Chi Chuan on flexibility in adolescence female [thesis]. Thailand: Kasetsart University
- Vichai Chokevivat, Suwit Wibulpolprasert and Prapoj Petrakard. (2012). Thai traditional and alternative health profile: Thai traditional medicine, indigenous medicine and alternative medicine 2009-2010. Vichai Chokevivat SW, Prapoj Petrakard, editor. Bangkok: WVO office of Printing Mill, The WarVeterans Organization of Thailand.
- Wannaporn Samranpat, Yodchai Boonprakob, Wichai Eungpinichpong and Rungthip Puntumetakul, Ed. (2009).The immediate effect of individual posture of Thai
-

- yoga stretching on back flexibility. The 12th National Graduate Research Conference co-organized 2009 February 12-13, Khon Kaen University
- Wat Po. (1996). Wat Po Thai traditional medical school, Ruesi Dat Ton, Student handbook. Bangkok: Author.
- Weerapong Chidnok. (2007). Ruesi Dudton stretching exercise. *J MEd Tech Phy Ther*, 21(3), 189-97.
- Weerapong Chidnok, Opor Weerapun, Chanchira Wasuntarawat, Parinya Lertsinthalai, and Ekawee Sripariwuth. (2007). Effect of Ruesi-Dudton-Stretching-Exercise training to anaerobic fitness in healthy sedentary females. *Naresuan University Journal*, 15(3), 205-14.
- Wells, D. (2012). Reusi Dot Ton: The Thai hermit's exercise. *Yoga Mimamsa*, 44(2), 1-18.
- Williams & Wilkins. (1995). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. (5th ed). Baltimore,MD: Author.
-

การนำความรู้การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ไฟหลังคลอดมาประยุกต์ใช้กับการอยู่ไฟใน
สตรีหลังคลอด ต่อภาวะสุขภาพของสตรีหลังคลอด เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
The combination of alternative treatment and practical knowledge for
postpartum woman: Yoo-fai in Thailand context.

ทิพาวรรณ สมจิตร์¹, ศิรินทิพย์ คำมีอ่อน¹
Thipawan Somjit¹, Sirinthip Kummeeon¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การอยู่ไฟหลังคลอดเป็นความเชื่อที่สืบทอดกันมายาวนาน ซึ่งเชื่อว่า จะทำให้ร่างกายแข็งแรง สามารถทำงานหนักได้ และมดลูกเข้าอู่เร็ว ดังนั้น สตรีหลังคลอดในสมัยโบราณจึงอยู่ไฟหลังคลอดบุตร จากความเชื่อดังกล่าว ส่งผลถึงยุคปัจจุบันให้สตรีหลังคลอดหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลจึงอยู่ไฟหลังคลอด การให้การพยาบาลที่ตื้นเขิน ต้องมีความสอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงเป็นแนวคิดในการให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติตัวหลังคลอดกับการอยู่ไฟหลังคลอด เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อศึกษาการนำความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดกับการอยู่ไฟหลังคลอดของสตรีหลังคลอดในระยะ 1 เดือนแรก ต่อภาวะสุขภาพหลังคลอด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกลุ่มสตรีหลังคลอดปกติที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอุดรธานี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่แจ้งความประสงค์ต้องการอยู่ไฟหลังคลอด เก็บข้อมูลการวิจัยโดยการออกติดตามเยี่ยมหลังคลอด 2 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างประเมินภาวะสุขภาพหลังคลอดจากการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจร่างกายสตรีหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย เป็นสตรีหลังคลอดปกติ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ตามเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าในระยะ 1 เดือนแรกสตรีหลังคลอดได้นำความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดไปประยุกต์ใช้ในการอยู่ไฟหลังคลอด ได้แก่ อยู่ในที่โล่งแจ้งอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่นำผ้าห่มไปอังไฟ ลูกจากไฟมาให้นมบุตร ดื่มน้ำอุ่นและน้ำสมุนไพร อาบน้ำอุ่นวันละ 3 – 4 ครั้ง และไม่รับประทานอาหารแสลง ใช้ถ่านในการอยู่ไฟ และอยู่ไฟนาน 7 – 9 วัน รวมทั้งใช้สมุนไพรในการปูพื้นรองนอนบนแคร่ไฟ จากการอยู่ไฟนี้พบว่าสตรีหลังคลอดมีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนี้ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด แผลฝีเย็บไม่แยกติดดีและไม่มีการติดเชื้อ อีกทั้งยังพบว่าสตรีหลังคลอดมีความสุขสบายไม่ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ น้ำนมมามากเพียงพอต่อความต้องการของทารก มดลูกเข้าอู่เร็วในช่วงวันที่ 7 – 14 วัน น้ำคาวปลาหมดภายใน 14 วันหลังคลอดบุตร

จากผลการวิจัยครั้งนี้การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังคลอดต่อการอยู่ไฟหลังคลอดที่เหมาะสมเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอยู่ไฟหลังคลอด อีกทั้งยังเป็นการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบทความเชื่อด้านสุขภาพของชุมชนที่มีมาอย่างยาวนานต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การอยู่ไฟ, สตรีหลังคลอด, ภาวะสุขภาพของสตรีหลังคลอด

¹ กลุ่มวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

In the past decade, the alternative treatment, called Yoo-fai has been used widely after childbirth. Postpartum women believed that it made fast involution of uterus and enhanced their healthiness. Nowadays, some postpartum women are still taking Yoo-fai after discharged from the hospital, however, some complications are often found during this process. The integrating

between practical health education and traditional treatment for postpartum was provided and applied appropriately based on Thailand context.

This study aimed to describe the effectiveness of Yoo-fai, integrating with the practical health education for postpartum women. The participant was 20 postpartum women who committed to take Yo-fai method. The purposive sampling was used. After discharged from the hospital within 1 month, the researcher collected data during home visiting 2 times. Semi-structured interview was used and fundamental health assessment for postpartum women was also assessed. The statistical methods used to analyze the data were frequency, percentage and content analysis.

The result found that the participant integrated their transform knowledge, provided by health care professionals with their own belief regarding traditional care; Yo-fai. Normal health status was also reported such as normal vital sign, no sign of postpartum hemorrhage and perineum infection. Postpartum women reported comfortable without muscle and sufficient breast milk for their baby's need. Other good conditions such as uterus involution and decreased lochia were found within 14 days after delivery. Suitable knowledge that combined traditional belief, Yoo-fai, with health education for postpartum women is required. Nursing care based on traditional health belief in community context should be illustrated.

Key words : Yoo-fai, postpartum woman, The combination of alternative treatment and practical knowledge for postpartum woman

¹ Maternal and Child Health Nursing and Midwifery Department , Boromarajonani College of Nursing , Udonthani

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและความเชื่อทางด้านสุขภาพนั้นว่ามีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของสตรีในระยะหลังคลอด ซึ่งมีสืบเนื่องกันมายาวนาน การอยู่ไฟหลังคลอดก็เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่กระทำกันมาอย่างต่อเนื่องตามความเชื่อที่ทำให้ ชำระล้างมลทิน ขับไล่ภูตผีปีศาจไม่ให้มารบกวน ตลอดจนทำให้มีร่างกายแข็งแรง สามารถทำงานหนักได้ มดลูกแห้ง เข้าอู่เร็ว ขับไล่ น้ำคาวปลาที่เป็นของเสียออกจากร่างกาย (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันสตรีตั้งครรถ์จะคลอดที่โรงพยาบาล แต่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ญาติผู้ใหญ่หรือ พ่อแม่ และผู้มีประสบการณ์จะแนะนำให้อยู่ไฟหลังคลอด ถ้าหากสตรีหลังคลอดไม่ปฏิบัติตามถ้าเกิดอาการไม่สุขสบายขึ้น เช่น หน้ามืด วิงเวียน อ่อนเพลีย ส่วนใหญ่จะโทษว่าเกิดจากการไม่อยู่ไฟ ร่างกายจะผอมแห้ง ผิวดำพรณชูปชิต ไม่มีน้ำนม กินผิดสำแดงได้ง่าย ซึ่งถือเป็นเรื่องร้ายแรงของผู้หญิงในสมัยก่อน (ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, 2557: 39)

รูปแบบของการอยู่ไฟนั้นว่ามีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของสตรีในระยะหลังคลอด โดยพบว่าอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจส่งเสริมการฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพปกติให้เร็วได้ (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551) ดังนั้นรูปแบบการอยู่ไฟจึงมีความสำคัญ ซึ่งในสมัยก่อนจะใช้ฟืนที่ตัดเตรียมไว้โดยสามี และต้องอยู่ในห้องที่มีขนาดเล็กไม่มีทางระบายควัน มีด ปิดประตูหน้าต่างทั้งหมดอย่างมิดชิด เพราะกลัวลมไปกระทบสตรีหลังคลอดจะทำให้เกิดไข้ได้ สตรีหลังคลอดจะนอนอยู่บนกระดานแผ่นใหญ่ที่เรียกว่า “กระดานไฟ” ถ้ายกกระดานไฟให้สูงขึ้นแล้วเลื่อนกองไฟเข้าไปใกล้ ๆ หรือเอากองไฟมาก่อไว้ใต้กระดานก็จะเรียกว่า “ไฟแคร์” (นอนบนไม้กระดาน ส่วนเตาไฟอยู่ใต้แคร์ มีแผ่นสังกะสีรองทับอีกที) แต่ถ้านอนบนกระดานไฟซึ่งอยู่ในระดับเดียวกับพื้นและมีกองไฟอยู่ข้าง ๆ จะ

เรียกว่า “อยู่ไฟไทย” หรือ “ไฟข้าง” (ก่อไฟอยู่ข้างตัวบริเวณท้อง) สามิจะคอยดูแลเรื่องไฟที่จะต้องไม่ร้อนเกินไปให้ เพราะสตรีหลังคลอดจะต้องอยู่ในเรือนไฟ 7 วันถึง 1 เดือน และห้ามออกจากเรือนไฟโดยเด็ดขาด เพราะจะทำให้อุณภูมิร่างกายของสตรีหลังคลอดปรับตัวไม่ทัน ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและไม่สบายได้ การอยู่ไฟในสมัยก่อนนั้นทารกแรกเกิดที่จะเอาใส่กระดิ่ง รวมอยู่ไฟกับมารดา บนกระดานไม้แผ่นเดียวกัน หรือไม้ก็ต้องอยู่ข้างๆไฟ สตรีหลังคลอดขณะย่างไฟจะใส่ผ้าฝ้าย ผืนบางรัดที่หน้าอก และเป็นผ้าถุงผืนสั้น เวลานั่งหรือนอนจะต้องทำขาให้ชิดกัน เพื่อให้แผลฝีเย็บติดกัน การอยู่ไฟอาจมีการนวดประคบด้วยขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและตามความเชื่อแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้สตรีหลังคลอดยังต้องอาบน้ำร้อนที่ต้มจากสมุนไพร ที่มีสรรพคุณบำรุงผิวพรรณ กำจัดกลิ่นคาว กลิ่นน่านม ช่วยให้เลือดลมไหลเวียนดี จะทำให้ไม่ปวดศีรษะและวิงเวียน โดยการอาบน้ำร้อนที่ศีรษะลงมาทั้งตัว ขณะอาบน้ำจะให้นั่งบนเก้าอี้หรือตั้งที่เป็นแอ่งไว้ เพื่อวางเกลือสินเธาว์ลงไป จากนั้นเทน้ำร้อนลงไปแล้วค่อยให้นั่งลงอาบ โดยบริเวณแผลฝีเย็บจะแช่ในน้ำเกลือ และต้มน้ำร้อนที่ต้มจากสมุนไพร ซึ่งมีความเชื่อว่าจะทำให้เลือดไหลเวียนดี และการอักเสบ บวม และการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บได้ และบำรุงน่านม (ห้ามรับประทานน้ำเย็นหรือของเย็น ๆ) (สมหญิง พุ่มทอง, ลลิตา วีระเสถียร, วรพรรณ สิทธิถาวร, อภิชาติ รุ่งเมฆารัตน์ และอรลักษณ์ แพรัตกุล, 2553) และงดอาหารแสลงหลายอย่าง ซึ่งอาหารหลักก็คือการกินข้าวกับเกลือหรือกับปลาเค็ม เพราะคนโบราณเชื่อว่าจะไปทดแทนเกลือที่ร่างกายต้องเสียไปทางเหงื่อที่ไหลออกระหว่างการอยู่ไฟ (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551.ศิริพันธ์ ศิริพันธ์, 2557.มานพ แก้วสนิท, 2556)

การแพทย์แผนปัจจุบันพบว่ารูปแบบการอยู่ไฟอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดได้ จึงห้ามสตรีหลังคลอดอยู่ไฟหลังคลอดเพราะเกรงว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น การตกเลือดหลังคลอด แผลฝีเย็บแยก เกิดอักเสบและเกิดการติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ เกิดผิวหนังไหม้ พุพองจากการอยู่ไฟ และทารกเกิดอาการขาดอากาศหายใจ (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551) ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อเรื่องการอยู่ไฟ แต่ยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งยังยึดติดกับการใช้ภูมิปัญญาแพทย์แผนไทยการอยู่ไฟหลังคลอด และยังมีประชาชนอีกส่วนหนึ่งที่มีการนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแผนปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ร่วมกันซึ่งส่งผลให้สตรีหลังคลอดมีภาวะสุขภาพที่ดี สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายกลับสู่สภาวะเดิมได้เร็วขึ้น (สมหญิง พุ่มทอง, ลลิตา วีระเสถียร, วรพรรณ สิทธิถาวร, อภิชาติ รุ่งเมฆารัตน์ และอรลักษณ์ แพรัตกุล, 2553. นภาพรณ เพ็ญสันเทียะ และ สุทธิรัตน์ บุขดี, 2558) จากการสำรวจข้อมูล เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังคลอดของสตรีหลังคลอดที่นอนพักรักษาที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ายังมีสตรีหลังคลอดร้อยละ 43 ที่ต้องการอยู่ไฟหลังคลอด บทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลและสอดคล้องตามความเชื่อและวัฒนธรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงมองเห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนปัจจุบันจึงได้ทำการศึกษา เพื่อวางแผนการให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมในการดูแลตนเองของสตรีหลังคลอด ซึ่งสามารถนำมาใช้ร่วมกันได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นในขณะอยู่ไฟ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการนำความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังคลอดกับการอยู่ไฟหลังคลอดไปใช้จริงของสตรีหลังคลอดในระยะ 1 เดือนแรก และภาวะสุขภาพหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวขณะอยู่ไฟหลังคลอด

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหลังคลอดที่แผนกหลังคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี ที่มีที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน และเป็นสตรีหลังคลอดที่มีความประสงค์อยู่ไฟหลังคลอด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คัดเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ หลังคลอด พุดอ่าน หรือ ฟังภาษาไทยเข้าใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือชุดเดียวกัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดครั้งก่อน การได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอด แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินและบันทึกภาวะสุขภาพของสตรีหลังคลอด (ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2551) ซึ่งประเมิน สัญญาณชีพ เต้านม มดลูก แผลฝีเย็บ การขับถ่าย ทารก สภาพจิตใจและอารมณ์

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างการปฏิบัติตัวหลังคลอดของสตรีหลังคลอดที่อยู่ไฟหลังคลอด โดยสัมภาษณ์ 3 ด้าน ได้แก่ รูปแบบการอยู่ไฟ, การปฏิบัติตัวหลังคลอด และ ด้านความเชื่อและวัฒนธรรมการอยู่ไฟ

การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 สํารวจมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติทางช่องคลอดและมีความประสงค์อยู่ไฟ โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังคลอดขณะอยู่ไฟ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอุดรธานี

ขั้นที่ 2 ตรวจร่างกายมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเก็บข้อมูลการตรวจร่างกาย

ขั้นที่ 3 ติดตามเยี่ยมมารดาหลังคลอดที่บ้าน ผู้วิจัยได้การออกติดตามเยี่ยมหลังคลอดจำนวน 2 ครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่ 1 จะติดตามเยี่ยมในช่วงวันที่ 7 หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และประเมินภาวะสุขภาพหลังคลอด พร้อมทั้งให้ความรู้เพิ่มเติมหากพบว่าสตรีหลังคลอดปฏิบัติไม่เหมาะสมการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างในประเด็นการอยู่ไฟ เช่น ลักษณะของการอยู่ไฟ อาหารและสมุนไพรที่รับประทานขณะอยู่ไฟ การดูแลตนเองขณะอยู่ไฟ และความเชื่อเกี่ยวกับการอยู่ไฟ

ครั้งที่ 2 จะติดตามเยี่ยมในช่วงวันที่ 14 หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และประเมินภาวะสุขภาพหลังคลอด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลโดยทั่วไปจะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้ จำนวน เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอดและแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเกี่ยวกับการอยู่ไฟวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ตามเนื้อหา

ผลการศึกษา

มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรก ร้อยละ 60 อายุอยู่ระหว่าง 18 -35 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 26-27 ปี รายได้ส่วนใหญ่ 10,000 – 15,000 บาท (ร้อยละ 65) จบการศึกษาระดับมัธยม (ร้อยละ 40) คลอดทางช่องคลอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด (ร้อยละ 100)

จากการประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด ครั้งที่ 1 พบว่า การตรวจร่างกายโดยทั่วไปปกติ (ร้อยละ 100) เต้านมและหัวนมปกติ มีน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของบุตร (ร้อยละ 100) ระดับยอดมดลูกลดลงจากอยู่ต่ำกว่าสะดือ 2 นิ้ว (ร้อยละ 100) น้ำคาวปลาปกติ เริ่มมีสีจางลง ไม่มีกลิ่นเหม็น (ร้อยละ 100) แผลฝีเย็บปกติไม่บวมแดง ไม่ติดเชื้อ (ร้อยละ 95) ในครั้งนี้พบว่าแผลฝีเย็บของมารดาหลังคลอด 1 ราย (ร้อยละ 5) ที่มีอาการบวมจึงแนะนำเรื่องการดูแลแผลฝีเย็บ การประเมินสัญญาณชีพปกติ (ร้อยละ 100)

จากการประเมินภาวะสุขภาพมารดาหลังคลอด ครั้งที่ 2 พบว่า การตรวจร่างกายโดยทั่วไปปกติ (ร้อยละ 100) เต้านมและหัวนมปกติ มีน้ำนมเพียงพอต่อความต้องการของบุตร (ร้อยละ 100) ระดับยอดมดลูกอยู่ระดับหัวหน้า (ร้อยละ 100) น้ำคาวปลาปกติ เริ่มลดลง (ร้อยละ 100) แผลฝีเย็บแห้งดี ไม่บวมแดง (ร้อยละ 100) การประเมินสัญญาณชีพปกติ (ร้อยละ 100) อาการปวดเมื่อยตามร่างกายลดลงและหายไปในช่วงวันที่ 3-5 ของหลังคลอด

ส่วนที่ 3 จากการสัมภาษณ์พบว่า รูปแบบการอยู่ไฟมีลักษณะการอยู่ไฟจะอยู่บริเวณที่โล่งหรือบริเวณที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกและมารดาหลังคลอดจะนอนบนเตียงไม้หรือแคร่ โดยเตาไฟหรือกองไฟซึ่งใช้ถ่านไฟแทนฟืนและไม้ร้อนมากวางอยู่ที่ใต้เตียงหรือข้างเตียง ลักษณะการแต่งตัวของสตรีหลังคลอดแต่งตัวใส่เสื้อผ้าและใส่ผ้าถุง บนแคร่ไฟจะปูด้วยสมุนไพรที่ช่วยคลายกล้ามเนื้อและลดปวดได้แก่ ไพล หนาด เป้า และมีบางคนที่ใช้ผ้าถุงที่ใส่อบน้ำมารองบนแคร่เพื่อปูนอน เชื่อว่าจะช่วยดูดซับความร้อนได้ดี และส่วนมากสตรีหลังคลอดใช้ขมิ้นถูตามตัวด้วยเพราะเชื่อว่าจะทำให้ขี้ไคลและความมีมลทินหลุดออกไปรวมทั้งบำรุงผิวพรรณให้สวยงาม และให้ดื่มน้ำต้มสมุนไพรที่ต้มจากแก่นฝาง และจากไพล เพราะเชื่อว่าจะทำให้เลือดไหลเวียนดีและบำรุงเลือด ลดอาการอักเสบของแผลในโพรงมดลูกได้ ส่วนทารกแยกออกมาอยู่ที่อุ้หรือเปล และช่วงเวลาที่ให้นมบุตรสตรีหลังคลอดจะลุกออกมาให้นมบุตรนอกแคร่ไฟ อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่จะรับประทาน ข้าวเหนียวกับเกลือ หรือข้าวเหนียวจิ้กับ ปิ้งปลาและปิ้งไก่ โดยเชื่อว่าการกินอาหารที่แห้งจะทำให้มดลูกแห้งด้วย และสตรีหลังคลอดทุกรายจะได้รับประทานอาหารอาหารที่มีส่วนผสมของพืชผักที่กระตุ้นน้ำนม เช่น แกงปลี แกงเลียง เป็นต้น การใช้สมุนไพรสำหรับมารดาหลังคลอด เช่น การต้มน้ำขิง จะช่วยให้การไหลเวียนดีขึ้นและเป็นการเพิ่มน้ำนมได้ด้วยโดยมีมารดา ยา หรือผู้ที่มีประสบการณ์มาช่วยจัดอาหารให้ หรือให้คำแนะนำในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร

ในการดูแลตนเองของมารดาหลังคลอด การดูแลโดยทั่วไปจะอาบน้ำอุ่นวันละประมาณ 3-5 ครั้ง เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมงหรือเมื่อน้ำคาวปลาออกมามาก ดูแลแผลฝีเย็บโดยทำความสะอาดและซับให้แห้งทุกครั้งหลังจากถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ สังเกตแผลฝีเย็บของตนเองว่าผิดปกติ

หรือไม่ ไม้ใช้น้ำร้อนและไม่แช่น้ำเกลือเมื่อทำความสะอาดบริเวณแผลฝีเย็บ ในขณะที่อยู่ไฟนั้นสตรีหลังคลอดสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติเพียงแต่จะต้องอยู่ใกล้บริเวณที่อยู่ไฟ สตรีหลังคลอดจะต้องดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสมุนไพรอุ่นๆเท่านั้น เชื่อว่าจะช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้นทำให้น้ำนมไหลดีด้วย

ด้านความเชื่อและวัฒนธรรม การอยู่ไฟจะต้องอยู่อย่างน้อย 7-14 วัน โดยการอยู่ไฟจะอยู่เป็นเลขคู่เนื่องจากมีความเชื่อว่า “อยู่คู่ได้คู่ อยู่คู่ได้คู่” ซึ่งหมายถึง ถ้าอยู่เป็นจำนวนคี่วันจะได้ลูกอีกคนได้ง่าย แต่ถ้าอยู่วันคู่อาจจะมีโอกาสไม่ได้ลูกอีก ดังนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ 5 วัน 7 วัน หรือ 11 วัน ในขณะที่อยู่ไฟไม่ให้ออกไปนอกบ้าน โดยจะต้องอยู่ให้ครบตามที่กำหนดจึงจะออกจากไฟ ก่อนออกจากการอยู่ไฟจะมีพิธีถอนพิษไฟ โดยให้อาบน้ำร้อนและให้ผู้เฒ่าผู้แก่ที่เป็นผู้หญิงเป่าน้ำร้อนใส่ตัวมารดาหลังคลอดสำหรับอาหารเชื่อว่าการรับประทานอาหารมีความสำคัญมากโดยที่มารดาหลังคลอดจะไม่ให้กินของแสลง (ขึ้นกับความเชื่อของแต่ละบุคคล เช่น ไม้ให้กินเป็ด หรือห้ามกินของดำ เป็นต้น) และห้ามไม่ให้ใช้โทรศัพท์หรือเล่นมือถือเพราะเชื่อว่าจะทำให้สายตาดำมืดปกติ เนื่องจากการคลอดจะทำให้เสียสายตาได้ การอยู่ไฟนั้นนับว่ามีความสำคัญต่อจิตใจของสตรีหลังคลอดเพราะขณะอยู่ไฟจะต้องมีญาติๆ มาเยี่ยมและมานอนเฝ้าตลอดเวลา ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกอบอุ่นและไม่โดดเดี่ยวอีกทั้งยังมีคนช่วยเลี้ยงลูก โดยเฉพาะในสตรีหลังคลอดที่มีบุตรคนแรก จะได้รับการช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตร คำแนะนำต่างๆในการดูแลบุตรเหมือนเป็นระบบพี่เลี้ยงที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติซึ่งเป็นการฝึกปฏิบัติและสอนกันเองในครอบครัว

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาคำให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวขณะอยู่ไฟและภาวะสุขภาพของสตรีหลังคลอดขณะที่อยู่ไฟและหลังจากออกจากการอยู่ไฟ หลังจากที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการอยู่ไฟไปปฏิบัติขณะที่กลับไปบ้าน โดยพบว่า สตรีหลังคลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีเพียง 1 รายที่มีแผลบวมแดงในวันที่ 7 เนื่องจากใช้ผ้าถุงที่เปียกชื้นมารองนอน และยังพบว่ามดลูกเข้าอู่เร็ว น้ำคาวปลาหมดเร็วขึ้นภายใน 14 วัน น้ำนมมามากและเพียงพอต่อความต้องการของบุตร และยังมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพของสตรีในระยะหลังคลอดด้วย ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวได้สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพรณี เพลี้ยสันเทียะ และ สุทธิรัตน์ บุษดี, (2558) ซึ่งอธิบายไว้ว่ากระบวนการพยาบาลที่ทำให้การดูแลสุขภาพของสตรีหลังคลอดที่มีคุณภาพในระดับดีมากถึงมากที่สุด คือ การวางแผนร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ให้การดูแลและสตรีหลังคลอด และจะได้ผลมากที่สุด คือ โปรแกรมเพิ่มสมรรถนะของสตรีหลังคลอด ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้ การบริการพยาบาลด้วยแนวคิดการแพทย์แผนปัจจุบันและแนวคิดการแพทย์แผนไทย การสร้างคุณภาพการพยาบาลในชุมชน

จากการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างยังพบว่ารูปแบบการอยู่ไฟได้ถูกปรับเปลี่ยนไปตามคำแนะนำและมีการดูแลสุขภาพของสตรีหลังคลอดแบบผสมผสานทั้ง การอยู่ไฟ การอาบน้ำสมุนไพร และการดื่มน้ำสมุนไพร ตลอดจนมีการใช้สมุนไพรในหลายรูปแบบ เพื่อทำความสะอาดร่างกายขณะอยู่ไฟ ขับน้ำคาวปลา ช่วยให้มีมดลูกเข้าอู่เร็ว บำรุงน้ำนม บำรุงเลือด ใช้เป็นยาระบาย ซึ่งพบว่าเป็นวิธีที่ช่วยในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของสตรีในระยะหลังคลอดได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมหญิง พุ่มทอง, ลลิตา วีระเสถียร, วรพรรณ สิทธิถาวร, อภิชาติ รุ่งเมฆารัตน์ และอรลักษณ์ แพรัตกุล. (2553) โดยพบว่า โรงพยาบาลอำนาจเจริญได้มีการนำการแพทย์พื้นบ้าน ได้แก่ การอยู่ไฟ การอาบน้ำสมุนไพร ร่วมกับพิธีกรรมต่างและการเลือกใช้สมุนไพรในหลายรูปแบบมาใช้ในโรงพยาบาลในการดูแลสตรีในระยะหลังคลอด

สรุปผลการวิจัย

การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ไฟหลังคลอดมาประยุกต์ใช้กับการอยู่ไฟในสตรีหลังคลอด นั้นเป็นกระบวนการบริการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของสตรีในระยะหลังคลอด เป็นกระบวนการที่ตอบสนองต่อความเชื่อและวัฒนธรรมที่ทำต่อเนื่องมาอย่างยาวนานได้อย่างเหมาะสม โดยได้มีการพัฒนาแนวความคิดการให้บริการพยาบาลแก่สตรีในระยะหลังคลอดที่ผสมผสานด้านการให้ข้อมูล/ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ด้านการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของสตรีหลังคลอดด้วยแนวความคิดการแพทย์แผนปัจจุบัน ด้านการบริการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของสตรีหลังคลอด ด้วยแนวความคิดการแพทย์แผนไทย ด้านคุณภาพการบริการพยาบาลในชุมชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. มีแบบแผนการให้ความรู้การปฏิบัติตัวของสตรีหลังคลอดที่มีความประสงค์อยู่ไฟโดยผสมผสานความรู้ระหว่างการแพทย์สมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่นและวิถีความเชื่อดั้งเดิม
2. ข้อมูลสนับสนุนนโยบายภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการส่งเสริมสุขภาพ

บรรณานุกรม

- ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2551). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลังคลอด. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. อุตรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. (2554). การพยาบาลมารดาหลังคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 7. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, สุกัญญา เทพโษะ และดาริน โต้ะกานี. (2553). ประสบการณ์ของหมอต้าแยใน การดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดในจังหวัดนราธิวาส. (รายงานการวิจัย) นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. คณะพยาบาลศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์. (2557). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม. นราธิวาส: มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. คณะพยาบาลศาสตร์.
- สมหญิง พุ่มทอง, ลลิตา วีระเสถียร, วรพรรณ สิทธิถาวร, อภิชาติ รุ่งเมฆารัตน์ และอรลักษณ์ แพรัตกุล. (2553). การดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทยในจังหวัด อำนาจเจริญ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 4 (2), เมษายน – มิถุนายน.
- นภาพรณี เพ็ญสันเทียะ และ สุทธิรัตน์ บุขดี. (2558). การพัฒนารูปแบบกระบวนการบริการ พยาบาลการดูแลสุขภาพหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลพื้คัมภีร์มิฬัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 12 (1). มกราคม – เมษายน.

การศึกษาผลของครีมมะกรูดต่อการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า Study of effects of Kaffir Lime Cream to solve foot odor problems

มงคล นราศรี¹, นฤมล จันทร์มา²
Mongkhon Narasri¹, narumon janma²

บทคัดย่อภาษาไทย

วิจัยเรื่อง การศึกษาผลของครีมมะกรูดต่อการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของครีมมะกรูดต่อการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อหาค่าการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการศึกษาพบว่า เพศชายเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และสูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 แสดงความคิดเห็นว่าใน 1 วันสวมรองเท้าคัทชูเกิน 8 ชั่วโมง ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดเหงื่อ คิดเป็นร้อยละ 100.0 มีเหงื่อออกมากจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 เคยเป็นโรคผิวหนัง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ไม่เคยเป็นโรคผิวหนัง จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 และไม่แน่ใจจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 เคยผ่านการบำบัดกลิ่นเท้ามาก่อน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ไม่เคยบำบัดกลิ่นเท้ามาก่อน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และไม่แน่ใจ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66 ในภาพรวมมีความพึงพอใจในการใช้ครีมมะกรูดในระดับมาก (4.11 ± 0.47) และระดับปานกลาง (3.33 ± 0.59) ความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า มีระดับความเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5.00 ± 0.00) เห็นด้วย (4.17 ± 0.70) ไม่แน่ใจ (3.17 ± 0.51) สรุปครีมมะกรูดระงับกลิ่นเท้าได้ในกลุ่มทดลอง

คำสำคัญ : ครีมมะกรูด, ปัญหากลิ่นเท้า

^{1,2} สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Study of effects of Kaffir Lime Cream to solve foot odor problems. Objective To study the effect of Kaffir Lime Cream to Solve foot odor problem. Questionnaires were used to collect data. data analysis computer program. The frequency, percentage, standard deviation (S.D.).

research result 60.00 percent of male participants and 15 percent of undergraduates 50.00. Postgraduate 15 percent 50.00 one day wear bushings over eight hours. Activities that cause foot odor sweating a 100.0 per cent of 20 per cent had a skin disease of 66.66 percent, three people were never in dermatology 10.00 25 83.33 percent. Through therapy, foot odor 15 percent never 50.00 foot treatment of 10 people. 33.33 per cent in overall satisfaction in a creamy lime levels (4.11 ± 0.47) and moderate (3.33 ± 0.59). The effect of Kaffir Lime Cream to Solve foot odor problems. The level of strongly agree (5.00 ± 0.00) with (4.17 ± 0.70) were not sure (3.17 ± 0.51). Summary Kaffir Lime Cream a deodorant foot in the experimental group.

Key words : Kaffir Lime Cream, Solve foot odor problems

^{1,2} Public health programs Faculty Of Science and Technology Phechabun Rajabhat University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาเรื่องเท้ามีกลิ่นมักจะพบได้บ่อย การดูแลเอาใจใส่สุขภาพเท้าอย่างถูกวิธีและทะนุถนอมเป็นเรื่องละเอียดอ่อน คนไทยหลายคนเป็นโรคเท้าเหม็น (Pitted keratolysis) ปัญหาเท้ามีกลิ่นมากถึงร้อยละ 90 มีอาการคันที่เท้า ร้อยละ 8 และปัญหาถุงเท้ามีกลิ่นเมื่อถอดจากเท้า ร้อยละ 70 ปัญหาเท้ามีกลิ่นเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เสียบุคลิกภาพ ขาดความมั่นใจ ก่อให้เกิดการสะสมเชื้อแบคทีเรียจากเหงื่อ จากข้อมูลเบื้องต้นสู่แนวคิดในการประยุกต์ใช้สมุนไพรไทยโดยศึกษาจากสรรพคุณพบว่าผลมะกรูดสามารถดับกลิ่นได้ จากภูมิปัญญาชาวบ้านในการดูแลสุขภาพเท้าเพื่อป้องกันและบำบัดอาการเท้ามีกลิ่น เป็นการส่งเสริมในการใช้สมุนไพรท้องถิ่น ชุมชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพได้ตามทรัพยากรท้องถิ่นเอง

ผู้วิจัยศึกษาเอกสารผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่ของสมุนไพรไทยจากกรณีศึกษา มะกรูดไทยที่ใช้ประโยชน์ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันอย่างแพร่หลายและต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมผลการศึกษาคณสมบัติของมะกรูด ทั้งที่นำมาใช้ทางอุปโภคและบริโภค มะกรูดเป็นต้นไม้ที่ควรปลูกในบ้านเพื่อใช้รับประทาน ทั้งจากน้ำมะกรูด ผิวมะกรูด มะกรูดนั้นมีประโยชน์ทั้งลูกและใบ ใช้ทำอาหาร ใช้ไล่สัตว์เลื้อยคลาน ใช้ต่อสู้กับกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ ใช้สระผม ใช้ทำเป็นยา น้ำยาต้มมะกรูดใช้บรรเทาอาการไอ น้ำมันผิวมะกรูดสรรพคุณรักษาโรคผิวหนัง ครีมขัดมะกรูดกับส้นเท้าแตกแห้ง ฯลฯ ต้นมะกรูดเป็นต้นไม้ที่มีขนาดสูงประมาณต้นมะม่วงทรงพุ่มกลมสวย ดอกสีขาวหอม ใบใหม่จะมีขนาวสีเขียวสวยงาม เลี้ยงง่าย มีหนามตามกิ่งแต่ไม่ค่อยเป็นอันตรายเพราะมีใบกั้นอยู่ และให้ผลผลิตใบตลอดทั้งปี (ยอดเยี่ยม เทพธรรณท์, 2012:1-2) ปัจจุบันมีการนำมะกรูดมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ตามคุณสมบัติที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะน้ำมันจากผิวมะกรูดมีคุณสมบัติที่สำคัญ คือ ฆ่าเชื้อโรค (antiseptic), กระตุ้น (stimulating), บำรุง (tonic) และช่วยให้ผ่อนคลายจากน้ำมันหอมระเหยผิวมะกรูด ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สเปรย์ สบู่ แชมพู น้ำมันหอมระเหย น้ำมันนวดตัว ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะใช้ในการบำบัด ช่วยผ่อนคลาย (จักรพันธ์ จุลศรีไกรวัล, 2009: 204-205) มะกรูดเป็นพืชที่หาได้ง่ายในท้องถิ่นและราคาไม่แพงประกอบด้วยวิตามินเอ และอี ซึ่งมีคุณสมบัติเพิ่มความชุ่มชื้นทำให้ผิวหนังนุ่มนวล และวิตามินอีเป็นสารต้านออกซิเดชันในตำรับด้วย (Marcel FL. , 1990: 1)

ลักษณะทางพฤกษศาสตร์ของมะกรูดเป็นไม้ยืนต้นขนาดเล็ก เป็นไม้เนื้อแข็ง ลำต้นและกิ่งมีหนามยาวเล็กน้อย ใบเป็นใบประกอบชนิดลดรูป มีใบย่อย 1 ใบ เรียงสลับ รูปไข่ คือมีลักษณะคล้ายกับใบไม้ 2 ใบ ต่อกันอยู่ คอดกึ่งที่กลางใบเป็นตอนๆ มีก้านแผ่ออกใหญ่เท่ากับแผ่นใบ ทำให้เห็นใบเป็น 2 ตอน กว้าง 2.5-4 เซนติเมตร ยาว 4-7 เซนติเมตร ใบสีเขียวแก่พื้นผิวใบเรียบเกลี้ยง เป็นมัน ค่อนข้างหนา มีกลิ่นหอมมากเพราะมีต่อมน้ำมันอยู่ ซึ่งผลแบบนี้เรียกว่า hesperitium (ผลแบบส้ม) ใบด้านบนสีเขียวเข้ม ใต้ใบสีอ่อน ดอกออกเป็นกระจุก 3 - 5 ดอก กลีบดอกสีขาว เกสรสีเหลือง ร่วงง่าย มีกลิ่นหอม มีผลสีเขียวเข้มคล้ายมะนาวผิวเปลือกนอกขรุขระ ขั้วหัวท้ายของผลเป็นจุก ผลอ่อนมีเป็นสีเขียวแก่ เมื่อผลสุกจะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองสด พันธุ์ที่มีผลเล็ก ผิวจะขรุขระน้อยกว่าและไม่มีจุกที่ขั้ว ภายในมีเมล็ดจำนวนมากๆ มะกรูดยังมีใช้ในพระราชพิธีสำคัญ เช่น พระราชพิธีโสกันต์ ซึ่งระบุไว้ในพระราชพิธีสิบสองเดือนไว้ว่าจะต้องมีผลมะกรูดและใบส้มป่อยประกอบในพิธีด้วย เข้าใจว่าน่าจะใช้เพื่อการระดมตัวเอง และก็สามารถนำไปล้างพื้นได้ น้ำมันมะกรูดมีรสเปรี้ยว กลิ่นฉุนคล้ายใบ แต่ใช้น้อยกว่าน้ำมันมะนาว ใช้ปรุงรสเปรี้ยวแทนมะนาวได้ เช่นในปลาร้าหลน น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกมะกรูด มะกรูดมีส่วนเปลือกที่หนา ส่วนเปลือกนิยมนำผิวมาประกอบอาหารบางชนิดด้วย ในมะกรูดมีน้ำมันหอมระเหยอยู่มาก ใบมะกรูดนั้นใส่ในตั้มยาทุกชนิด น้ำยาขนมจีน ยาหอย ใส่ในแกงเช่น แกงเผ็ด แกงเทโพ แต่ถ้าใส่มาก

เกินไปจะมีรสขมมีกลิ่นฉุน ทั้งในใบ และผล บางครั้งสามารถนำไปใช้ไล่แมลงบางชนิดได้ผลมะกรูดผ่าซีกที่บีบน้ำออกแล้ว ใช้เป็นยาดับกลิ่นในห้องสุขาได้ (นิคดา หงส์วิวัฒน์ และทวิทอง หงส์วิวัฒน์, 2007:113)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยเห็นปัญหาเรื่องเท้ามีกลิ่น นับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย เพราะเท่านั้นว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญน้อยคนที่จะดูแลเอาใจใส่ทำอย่างถูกวิธีและทะนุถนอม การเกิดโรคเท้ามีกลิ่น สามารถพบได้ไม่ว่าจะใส่รองเท้าหุ้มส้น รองเท้าแตะ หรือเดินเท้าเปล่า การรักษาโรคเท้าเหม็นจึงมักไม่ประสบผลสำเร็จอย่างแท้จริง สาเหตุเพราะสารที่ใช้ในท้องตลาดทั่วไป มักจะใช้วิธีเอากลิ่นหอมเพื่อไปดับกลิ่นเหม็น หรือการใช้สเปรย์เพื่อฆ่าเชื้อ ซึ่งการพ่นสเปรย์นั้นไม่สามารถกำจัดแบคทีเรียได้หมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณซอกเล็บ และง่ามนิ้วเท้า ดังนั้นการแช่เท้าจะได้ผลดีกว่าเพราะเข้าถึงได้ทุกซอกของเท้า กลิ่นเท้าเป็นปัญหาที่หลายคนมีและเป็นปัญหาที่พบบ่อยส่วนมากแล้วมักพบกับบุคคลที่สวมรองเท้าหนัง คัทชู เนื่องจากเท้ามีต่อมเหงื่ออยู่มากกว่า 250,000 ต่อม หรือเท่ากับ 3,000 ต่อมต่อตารางนิ้ว ซึ่งเมื่อเทียบต่อพื้นที่ผิวหนังหนึ่งนิ้วพบว่า มีต่อมเหงื่ออยู่มากกว่าต่อมอื่น ๆ เหงื่อที่ถูกผลิตออกมามากมายทำให้ผิวที่เท้าอ่อนนุ่ม ถ้าไม่มีเหงื่อ ผิวก็จะแห้งแตกทำให้เจ็บเวลาเดิน ต่อมเหงื่อที่เท้าต่างจากต่อมเหงื่อบริเวณอื่นของร่างกาย ต่อมเหงื่อที่เท้าผลิตเหงื่อตลอดเวลา ไม่ว่าจะในช่วงอากาศร้อน หรือระหว่างออกกำลังกาย และเมื่อเท้าสามารถผลิตเหงื่อออกมาได้ถึงสี่ปาดหฺละ 4.5 ลิตร ทำให้เกิดความชื้นมากมายกระจายไปตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่อยู่ในจุดซ่อนเร้น และนี่คือจุดเริ่มต้นของปัญหา เหงื่อไม่ได้มีกลิ่นเหม็น แต่แบคทีเรียที่อยู่บนผิวต่างหากที่เป็นต้นตอของกลิ่นอับชื้น เท้าซุกซ่อนอยู่ในรองเท้าตลอดวัน นั่นอาจทำให้อุณหภูมิที่เท้าพุ่งสูงขึ้น ซึ่งเหมาะกับการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย โดยกินของเสียที่อยู่ในเหงื่อและอินทรียวตูลอื่น ๆ ที่อยู่ในถุงเท้าและรองเท้า ยิ่งแบคทีเรียขยายพันธ์่มากเท่าไร กลิ่นก็ยิ่งรุนแรงมากขึ้นเท่านั้นซึ่งอาจมีวิธีป้องกันได้หลายวิธี เช่น ล้างเท้าให้สะอาด ล้างเท้าด้วยน้ำอุ่นอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ห้ามใช้น้ำร้อนเด็ดขาด ใช้หินขัดผิวหนังเท้าที่หยาบกร้านออก เพราะผิวที่ตายแล้วเหล่านี้จะเป็นจุดอับชื้น ทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตได้ดี ดังนั้นการเช็ดเท้าให้แห้งสนิทจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรโรยแป้งทาตัวให้ทั่วเท้าและซอกเท้าพักเท้า ไม่ควรใส่รองเท้าที่คับเกินไป เพราะจะทำให้เหงื่อออกมากขึ้น ดังนั้นควรสวมรองเท้าที่มีขนาดพอดีกับเท้า และหาโอกาสให้เท้าได้พักบ้าง ปลดปล่อยเท้า เพื่อให้เท้าได้หายใจ ระบายเหงื่อและกลิ่นไม่พึงประสงค์ได้อย่างปลอดภัย ควรถอดรองเท้าและถุงเท้าออกบ้าง สวมถุงเท้าผ้าฝ้าย แช่เท้าในชาดำ (ชา 2 ถ้วยในน้ำ 8 ถ้วย) กรดแทนนิกในชาช่วยระงับกลิ่นได้ขณะเดียวกันชายังมีสรรพคุณเป็นยาสมานแผลด้วย ใบมะกรูดช่วย ขับลม ทำให้เลือดลมไหลเวียนดี นำน้ำอุ่นใส่ภาชนะฉีกใบมะกรูดลงในน้ำอุ่นแช่เท้าหรือมือไว้สักพักกลิ่นใบมะกรูดทำให้รู้สึกผ่อนคลาย บวกกับน้ำอุ่นก็จะทำให้เลือดลมไหลเวียนดีขึ้นสบายตัวดีด้วย(เชษฐา พยากรณ์,1982:70) นอกจากมะกรูดจะมีสรรพคุณในเรื่องแก้จุกเสียดและอาการอื่นๆ ยังช่วยในเรื่องการดับกลิ่นต่างๆอีกด้วย ซึ่งมะกรูดมีสรรพคุณที่ใช้ได้ทั้งภายในและภายนอก ผู้วิจัยจึงเห็นคุณสมบัตินี้ของมะกรูดที่จะใช้ในการดับกลิ่นเท้า

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาคุณสมบัติของครีมมะกรูดในการใช้แก้ปัญหากลิ่นเท้า ปัญหากลิ่นเท้าเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต สะสมของแบคทีเรียจากเหงื่อ การไม่ดูแลรักษาสุขภาพเท้าให้ดี การล้างเท้าไม่สะอาด อันเป็นการก่อให้เกิดกลิ่นเท้าเหม็นและได้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม จากสารสกัดมะกรูดมาใช้ประโยชน์ในการบำบัดกลิ่นเท้าเหม็นจึงเป็นปัจจัยที่ได้มีการจัดทำวิจัยเรื่อง ดูแลสุขภาพเท้าด้วยสมุนไพรไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของครีมมะกรูดต่อการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ Case Studies โดยการสอบถามความพึงพอใจในการทดลองครีมมะกรูดเพื่อแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า ของอาจารย์เจ้าหน้าที่ใน นักกีฬา ทั้งในและนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ เดือน กุมภาพันธ์ 2556 – สิงหาคม 2556 โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ใช้เกณฑ์การคัด (Inclusion criteria) 1. เป็นผู้มีปัญหากลิ่นเท้า 2. สามารถทดลองใช้ครีมมะกรูดได้ตามระยะเวลาตลอดในการทดลองนี้ 3. มีเวลาสนทนากับผู้วิจัยในการติดตามผล 4. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) 1. ผู้ที่ไม่มีปัญหากลิ่นเท้า 2. ไม่สามารถใช้ครีมมะกรูดตลอดโครงการ 3. ไม่มีเวลาสนทนากับผู้วิจัยเมื่อมาติดตามประเมินผล ขั้นตอนดำเนินงานวิจัยดังนี้ 1. ศึกษาเอกสารงานวิจัยสมุนไพรที่ใช้ในการดับกลิ่นเท้า 2. ทดลองทำครีมมะกรูดและวัดคุณสมบัติในการใช้โดยไม่มีสารเคมีอื่นเจือปน เป็นครีมมะกรูดร้อยเปอร์เซ็นต์ มีขั้นตอนดังนี้ 2.1. นำผลมะกรูดไปล้างให้สะอาด 2.2 นำผลมะกรูดใส่หม้อและเติมน้ำเปล่าที่สะอาดระดับน้ำเสมอผลมะกรูดที่ต้ม 2.3 สังเกตว่าผลมะกรูดสุกใช้ส้อมจิ้มดูว่านิ่มแล้วจึงปิดไฟเตา 2.4 นำผลมะกรูดและน้ำมันมะกรูดที่ได้จากการต้ม พอเย็นแล้วนำมาใส่เครื่องปั่น ปั่นรวมกันจนเป็นเนื้อเดียวกัน 2.5 ได้ครีมมะกรูดที่ได้จากการปั่น เทใส่กระชอน กรองเอาแต่น้ำ แยกกากมะกรูดออก 2.6 นำน้ำมันมะกรูดที่ได้จากการกรอง มาใส่หม้อตั้งไฟเคี่ยวพอเดือดจึงปิดไฟเตา พักไว้ให้เย็น กรอกใส่ภาชนะขวด ไม่ต้องแช่เย็น สามารถเก็บไว้ได้ที่อุณหภูมิห้องปกติ 3. รับสมัครกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงผู้มีปัญหากลิ่นเท้าและยินยอมเข้าร่วมการทดลองตามโครงการวิจัย 4. ใช้เครื่องมือชุดที่ 1 วัดระดับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดกลิ่นเท้าเลือกตอบ (Checklist) 5. ทดลองใช้ครีมมะกรูดกับกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 7 เดือน ให้กลุ่มตัวอย่างทาครีมมะกรูดทั่วทั้งเท้า ทั้ง 2 ข้าง หลังอาบน้ำเช้าและเย็น วิธีการใช้หยุดครีมมะกรูดบนฝ่ามือเพียง 3 หยด ถูฝ่ามือให้ทาครีมมะกรูดเหมือนครีมทาผิวทั่วๆไป ลงทั้งเท้า 2 ข้าง ถูครีมประมาณ 1 นาที ครีมจะซึมลงเข้าสู่ผิว 6. ใช้เครื่องมือชุดที่ 2 ประเมินความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า และใช้เครื่องมือชุดที่ 3 ประเมินความพึงพอใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า 7. วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) อธิบายถึงภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง 8. นำผลงานวิจัยสู่โครงการบริการวิชาการชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและมีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นและได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือหาค่า IOC โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม (ข้อมูลทั่วไป) ประกอบด้วย เพศ อายุ และพฤติกรรมในแต่ละวันที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลิ่นเท้า จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Open-ended) ส่วนที่ 1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลิ่นเท้าด้วยคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่แน่ใจ

เกณฑ์การให้คะแนน

ความหมายทางบวก			ความหมายทางลบ		
ใช่	ให้	0 คะแนน	ให้	1	คะแนน
ไม่ใช่	ให้	1 คะแนน	ให้	0	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	0 คะแนน	ให้	0	คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประเมินความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า เกณฑ์การให้คะแนน

ความหมายทางบวก	ความหมายทางลบ
5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 หมายถึง เห็นด้วย	2 หมายถึง เห็นด้วย
3 หมายถึง ไม่แน่ใจ	3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย	4 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การอภิปรายผลการวิจัยของลักษณะแบบสอบถามที่ใช้ในการสอบถามที่ใช้ในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปราย โดยอาศัยสูตรการคำนวณช่วงกว้างของชั้น (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และ คนอื่นๆ, 2006: 193) โดยการคำนวณตามหลักการหาค่าเฉลี่ยจะได้ช่วงกว้างระดับละ 0.8 ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.8 \end{aligned}$$

ใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3.41 – 4.20 เห็นด้วย

2.61 – 3.40 ไม่แน่ใจ

1.81 – 2.60 ไม่เห็นด้วย

1.00 – 1.80 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการนำมะกรูดมาใช้บำบัดกลิ่นเท้า

เกณฑ์การให้คะแนน

5 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด

4 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

3 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

2 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

1 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัยของลักษณะแบบสอบถามที่ใช้ในการสอบถามที่ใช้ในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปราย โดยอาศัยสูตรการคำนวณช่วงกว้างของชั้น (ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และ คนอื่นๆ, 2006: 193) โดยการคำนวณตามหลักการหาค่าเฉลี่ยจะได้ช่วงกว้างระดับร้อยละ 0.8 ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{อันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{ข้อมูลที่มีค่าสูงสุด} - \text{ข้อมูลที่มีค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{5 - 1}{5} = 0.8 \end{aligned}$$

ใช้เกณฑ์เฉลี่ยในการอภิปรายผลดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 ระดับมากที่สุด

3.41 – 4.20 ระดับมาก

2.61 – 3.40 ระดับปานกลาง

1.81 – 2.60 ระดับน้อย

1.00 – 1.80 ระดับน้อยที่สุด

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

นำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้ด้วยตนเองโดยเก็บข้อมูลจากอาจารย์ เจ้าหน้าที่ใน นักกีฬาทั้งในและนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ใช้เกณฑ์รับอาสาสมัคร (inclusion criteria) เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ที่มีปัญหาเรื่องกลิ่นเท้า โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เป็นการนำมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

จากเครื่องมือชุดที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสวมรองเท้าเกินวันละ 8 ชั่วโมง ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดเหงื่อร้อยละ 90 เคยเป็นโรคผิวหนังบริเวณเท้าร้อยละ 10 ผ่านการบำบัดกลิ่นเท้ามาก่อนร้อยละ 50

ผลการศึกษาจากเครื่องมือชุดที่ 2 และที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า ทราบถึงประโยชน์และสรรพคุณของมะกรูดแต่ไม่ทราบวิธีการนำมาใช้เพื่อบำบัดกับปัญหากลิ่นเท้า ระดับความพึงพอใจส่วนมากมีความพึงพอใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า สนใจในการใช้ครีมมะกรูด แต่ยังมีบางส่วนที่ไม่สะดวกใช้อย่างสม่ำเสมอ การวิจัยเรื่อง การศึกษาผลของครีมมะกรูดต่อการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้าของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ นักกีฬาทั้งในและนอกมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ตามลำดับดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า
ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้มะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ชาย	18	60.00
หญิง	12	40.00
รวม	30	100.00

จากตารางที่ 1 พบว่าสามารถอธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ เจ้าหน้าที่และนักกีฬา จำนวน 30 คน พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 60.00 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40.00

ตารางที่ 2 จำแนกตามอายุ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุ 52 ปี	10	33.33
อายุ 48 ปี	10	33.33
อายุ 33 ปี	5	16.66
อายุ 20 ปี	5	16.66
รวม	30	100.00

จากตารางที่ 2 สามารถอธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักกีฬา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 30 คน พบว่า มีอายุ 52 และอายุ 48 ปี มีจำนวนละ 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ อายุ 33และอายุ 20 ปี มีจำนวนละ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.66

ตารางที่ 3 จำแนกตามการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปริญญาตรี	15	50.00
สูงกว่า ปริญญาตรี	15	50.00
รวม	30	100.00

จากตารางที่ 3 สามารถอธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักกีฬา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 30 คน พบว่า เป็นมีระดับการศึกษาปริญญาตรีมีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00และมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 50.00

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลปัญหาการกลืนเท้า n=30

ข้อมูลปัญหาการกลืนเท้า	ร้อยละ
1.ความคิดเห็นใน 1 วันท่านสวมรองเท้าเกิน 8 ชั่วโมง	100.00
2.ในแต่ละวันทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดเหงื่อ	100.00
3.เป็นคนที่มีเหงื่อออกมาก	66.66
4.เคยเป็นโรคผิวหนังบริเวณเท้า	83.33
5.เคยผ่านการบำบัดกลืนเท้ามาก่อน	50.00

จากตารางที่ 4 สามารถอธิบายลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักกีฬา ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 30 คน แสดงข้อมูลปัญหาการกลืนเท้ามีความคิดเห็นว่าเป็นหนึ่งในวันของ

ผู้เข้าร่วมสวมรองเท้าเกินแปดชั่วโมง ได้ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดเหงื่อออก ร้อยละ 100.00 โดยปกติเป็นคนที่มีเหงื่อออกมากอยู่แล้ว ร้อยละ 66.00 เคยเป็นโรคผิวหนังบริเวณเท้า ร้อยละ 83.33 และเคยผ่านการบำบัดกลิ่นเท้ามาก่อน ร้อยละ 50.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประเมินความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า ของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา

ในส่วนที่ 2 นี้ เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า ของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า n = 30

ความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า	Mean	S.D.	แปลผล
1. มะกรูดมีคุณภาพในการดับกลิ่นเท้า	3.94	0.23	เห็นด้วย
2. การใช้มะกรูดบำบัดกลิ่นเท้าอย่างต่อเนื่องทำให้เท้ามีสุขภาพดี	3.94	0.23	เห็นด้วย
3. ครีมมะกรูดเป็นการนำสมุนไพรไทยมาประยุกต์ใช้และนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย	4.00	0.00	เห็นด้วย
4. การใช้ครีมมะกรูดเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการลดปัญหากลิ่นเท้า	4.00	0.49	เห็นด้วย
5. ปัญหากลิ่นเท้าเหม็นเป็นเรื่องสำคัญ	4.83	0.51	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. ปัญหากลิ่นเท้าเป็นปัญหาที่ทุกคนพบเจอ	4.67	0.60	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
7. ปัญหากลิ่นเท้าส่งผลให้สุขภาพไม่ดี	3.56	0.79	เห็นด้วย
8. การนำมะกรูดมาใช้บำบัดกลิ่นเท้าอย่างต่อเนื่องทำให้รู้สึกขี้เกียจ นำเปื้อนและไม่อยากทำการบำบัดกลิ่นเท้าต่อ	4.17	0.70	เห็นด้วย
9. การมีกลิ่นเท้าเหม็นทำให้ขาดความมั่นใจ	5.00	0.00	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10. ปัญหากลิ่นเท้าเหม็นส่งผลทำให้เกิดโรคทางผิวหนังที่บริเวณเท้า	3.17	0.51	ไม่แน่ใจ
รวม	4.13	0.41	เห็นด้วย

จากตารางที่ 5 พบว่าความคิดเห็นต่อผลของครีมมะกรูดในการแก้ไขปัญหากลิ่นเท้า ของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ในภาพรวมมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้น ที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5.00 ± 0.00) เห็นด้วย (4.17 ± 0.70) ไม่แน่ใจ (3.17 ± 0.51)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความพึงพอใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า

ในส่วนที่ 3 นี้ เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้าของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักศึกษา ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความพึงพอใจในการใช้มะกรูด n = 30

ความพึงพอใจ	Mean	S.D.	แปลผล
1. มะกรูดมีกลิ่นหอมสดชื่น	4.06	0.24	มาก
2. การใช้มะกรูดบำบัดกลิ่นเท้านอกจากจะช่วยลดกลิ่นแล้วยังทำให้รู้สึกสบาย ผ่อนคลายด้วย	3.61	0.50	มาก
3. การบำบัดกลิ่นเท้าด้วยครีมมะกรูดเป็นวิธีที่ทำงานง่าย	3.33	0.49	ปานกลาง
4. การใช้มะกรูดมาบำบัดกลิ่นเท้าเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก	3.61	0.50	มาก
5. กลิ่นเท้าลดลงเมื่อทำเป็นประจำ	3.33	0.59	ปานกลาง
6. ท่านมีความพอใจในระยะเวลาในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้ามากน้อยเพียงใด	3.94	0.24	มาก
7. ครีมมะกรูดมีลักษณะน่าใช้ไม่เหนียวเหนอะหนะเกินไป	3.78	0.65	มาก
8. ภาชนะบรรจุภัณฑ์มีความน่าสนใจ	3.83	0.38	มาก
9. ลักษณะภาชนะบรรจุภัณฑ์มีความสะดวกในการใช้งาน	3.89	0.32	มาก
10. ท่านมีความพอใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า	4.11	0.47	มาก
รวม	3.75	4.38	มาก

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับความพึงพอใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้าของอาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักกีฬา ในภาพรวมมีรู้ความพึงพอใจใน ระดับมาก (4.11 ± 0.47) ระดับปานกลาง (3.33 ± 0.59)

สรุปและอภิปรายผล

ครีมมะกรูดซึ่งผลิตจากลูกมะกรูดต้มสุกนำมาปั่นกรองด้วยกระชอนจนได้ครีมมะกรูดเพื่อมาบำบัดแก้ปัญหากลิ่นเท้าได้ตลอดทั้งวันจากการสวมรองเท้าเกิน 8 ชั่วโมง สร้างความมั่นใจระหว่างวันในการทำงาน เสริมบุคลิกภาพ เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถถ่ายทอดเป็นองค์ความรู้ที่ใช้อย่างยั่งยืนถึงแม้จะมีวิธีอื่นที่แก้ปัญหากลิ่นเท้าเช่น โดยแช่เท้าในน้ำอุ่นผสมน้ำส้มสายชูกับด่างทับทิม, น้ำอุ่นผสมผลมะนาวผ่านบาง, น้ำอุ่นผสมน้ำมะขามเปียกและน้ำชาจีนแช่เท้า แต่ผู้วิจัยเห็นว่ามะกรูดเป็นสมุนไพรพื้นบ้านมีทั่วทั้งชุมชน ง่ายต่อการหาใช้

ในกระบวนการวิธีนำครีมมะกรูดมาใช้ตามปราชญ์ชาวบ้านดัดแปลงมาใช้กับผมโดยนำมาหมักผมหรือสระผมเพื่อรักษาโรคผิวหนังบนศีรษะได้ ส่งเสริมสุขภาพเส้นผมลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือน มีการนำผลิตภัณฑ์ครีมมะกรูดมาจำหน่ายตามงานวิชาการและในชุมชนสร้างรายได้ให้กับองค์กร คุณสมบัติของครีมมะกรูดควรค่าต่อการพัฒนาต่อยอดด้านงานวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้ใหม่ส่งเสริมงานด้านวิชาการต่อไป จากผลการวิจัย ใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ 1. อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักกีฬา จำนวน 30 คน ส่วนมากมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นในประโยชน์และสรรพคุณของมะกรูด แต่ยังมีส่วนน้อยที่ไม่ค่อยรู้และสนใจในประโยชน์และสรรพคุณของมะกรูด 2. อาจารย์ เจ้าหน้าที่ และนักกีฬา จำนวน 30 คน ส่วนมากมีความพึงพอใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า สนใจในการใช้ครีมมะกรูดบำบัดกลิ่นเท้า แต่ยังมีบางส่วนที่ไม่ชอบ ไม่ค่อยพอใจในการนำมะกรูดมาใช้บำบัดกลิ่นเท้า ข้อเสนอแนะ จากการทำวิจัยทดลองครีมมะกรูดเพื่อแก้ไขปัญหากลิ่นเท้าครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในการทำ

วิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มรายละเอียดในเรื่องของวิธีการนำเอามะกรูดมาใช้ให้มากขึ้นเพื่อที่จะได้ทราบว่าวิธีใดบ้างที่สามารถนำเอามะกรูดมาใช้ในการบำบัดกลิ่นเท้าและรักษาส้นเท้าแตกได้

บรรณานุกรม

- การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ, (2013) คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม การพัฒนาตำรับแท่งสตีกระงับกลิ่นกายจากน้ำมันมะกรูด. มหาสารคาม.
- กุลชลี ภูรินทร์ (1997) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเอง ในเด็กวัยเรียน กรุงเทพฯ
- กฤษณา บุญศิริและคณะ. (1999) การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะพันธุ์มะกรูดในสวนเกษตรกรที่ปลูก มะกรูดเป็นการค้า กรุงเทพฯ
- จักรพันธ์ จุลศรีไคว้ล และคณะ, (2009). ผลิตภัณฑ์น้ำมันหอมระเหยเพื่อสุขภาพจากมะกรูดและส้มโอ และการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้. สายวิชาวิทยาศาสตร์เภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ชูชาติ บุญศักดิ์ และสมชาย กล้าหาญ. (2004) วารสารวิทยาศาสตร์ เกษตร ปีที่ 35 ฉบับที่ 5-6 (พิเศษ). การประชุมวิชาการพืชสวนแห่งชาติ ครั้งที่ 4.
- เชษฐา พยากรณ์. (1982) สมุนไพรในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ. พี.เอส. การพิมพ์.
- ชวิตา ปฐพีโชค และคณะ. (2007) น้ำมันมะกรูดมีสาร citronellal, terpineol, cyclohexanol และ Heridine กรุงเทพฯ
- ดิเรก ทองทากิจและคณะ. (2007) สมุนไพรระงับกลิ่นเท้า พี.เอส. การพิมพ์ กรุงเทพฯ
- นิตดา หงส์วิวัฒน์ และทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (2007) มะกรูดหวาน ใน ผลไม้ 111 ชนิด: คุณค่าอาหารและการกิน. กรุงเทพฯ. แสงแดด.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (1984) เครื่องเทศที่ใช้เป็นสมุนไพร. กรุงเทพฯ. ศิลปาบรรณาการ .
- บุญยะประภัสร์, นันทวัน. (1996) สมุนไพรไม้พุ่มบ้าน. กรุงเทพฯ. บริษัท ประชาชน จำกัด.
- ปทุม อรุณวัชรินทร์; อาภากร สุภาพิพัฒน์; จิตศิริ ราชตนะพันธ์. เรื่องเติมการประชุมทางวิชาการของ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 45: (2007) สาขาส่งเสริมการเกษตรและคหกรรมศาสตร์ สาขาอุตสาหกรรมเกษตร. กรุงเทพฯ
- พงษ์บุญรอด, เสงี่ยม. (1979) ไม้เทศเมืองไทย. กรุงเทพฯ. ม.ป.ท.
- ภัสจันท์ หิรัญ,อรพิน เกิดชูเชิด และ ณีฐฐา เล่ากุลจิตต์. (1992) การศึกษาคุณสมบัติของสารสกัด จากใบมะนาว กรุงเทพฯ
- ยอดเยี่ยม เทพธรานนท์,(2012). มะกรูด. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2013 จาก www.ghbank.co.th
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์; และ คนอื่นๆ. (2006) องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: ซีระฟิล์ม และไซเท็กซ์.,
- เอมอร ตรีภิญโญยศ. (2008). กิ่งลำพูนโรครอยา. กรุงเทพฯ: ไพลิน.
- De Blasi, V. et al. (1990) Amoebicidal effect of essential oils in vitro. J.Toxicol Clin. Exp10 (6),
- Tawatsin, A. et al. (2001).Repellency of volatile oils from plants against three mosquito vectors. J. Vector Ecol 26 (1),
- Verheij, E.W.M. and Coronel, R.E. (Editors). (1992).Plant Resources of South-East Asia No 2. Ediblefruits and nuts. Prosea Foudation, Bogor, Indonesia,

Wattenberg, L.W. and Coccia, J.B. (1991) Inhibition of 4-(methylnitrosamino)-l-(3-pyridyl-1-) butanone carcinogenesis in mice by d-limonene and citrus fruit oils. Carcinogenesis.

Marcel FL. , (1990). Aromatherapy workbook. 1st ed., Vermont, USA. Healing Arts Press

การพัฒนาแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

Development of Maternal Care Model to Prevent Postpartum Hemorrhage in Sikao Hospital, Trang Province

เพียงเพ็ญ รักจิ่ง¹ จิราภรณ์ กังแสง¹ ศุภลักษณ์ ทำพล¹, และ บุปผา รักษานาม²
Piengpen Rakjing¹ Jiraporn kongseng¹ Suparlux Thampon¹ and Buppha Raksanam²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของใช้รูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง การศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด TEAMWORK Model และ 2) ระยะศึกษาประสิทธิผลของ TEAMWORK Model เลือกลุ่มตัวอย่างแบบจงเพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 คน โดยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดจำนวน 12 คน และผู้ที่มารับบริการคลอดจำนวน 21 คน เก็บข้อมูลโดยตั้งเดือน มกราคม-พฤษภาคม 2559 ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า TEAMWORK Model เป็นรูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรองผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานและรวดเร็ว 2) เผื่อระวังในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด 3) การทำคลอดที่ได้มาตรฐาน 4) การให้ยาที่ใช้เพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดีหลังคลอด และการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง 5) การทบทวนการดูแลรักษามีภาวะตกเลือดหลังคลอด 6) การส่งต่อให้เร็วหากมีการตกเลือด 7) การเตรียมความพร้อมของทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด และ 8) การพัฒนาความรู้ของทีมรักษาอย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษาระยะที่ 2 หลังจากใช้ TEAMWORK Model ผลการศึกษา พบว่า คะแนนประเมินตนเองในการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.87 ± 0.12) ในขณะที่คะแนนการประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอด การปฏิบัติโดยรวมระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับกลาง (4.73 ± 0.13) การดูแลมารดาในระยะคลอด ผลการประเมินตนเองและประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอด มีระดับผลการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน คะแนน 4.95 ± 0.56 และ 4.90 ± 0.64 ตามลำดับ ในระยะรอคลอด คะแนนการประเมินโดยพยาบาลประเมินตนเองกับการประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.782$, $P\text{-value} = 0.003$) ส่วนคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.33 ± 0.65 ผู้รับบริการคลอดได้รับการปฏิบัติจากพยาบาลห้องคลอดโดยตั้งเป้าหมายการปฏิบัติที่ร้อยละ 57.14 พบมารดาที่มาคลอดไม่มีภาวะตกเลือดร้อยละ 90.50 ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า TEAMWORK Model มีความเหมาะสมกับและสามารถใช้งานได้ดีกับบริบทของโรงพยาบาลสิเกา ควรมีนวัตกรรมสื่อทางสุขภาพที่ช่วยเพิ่มความตระหนักหรือช่วยเตือนให้พยาบาลให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีด้านการติดตามการหดตัวของมดลูกต่อเนื่องทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อประโยชน์สูงสุดที่เกิดกับคนไข้ที่มารับบริการ เพื่อยืนยันประสิทธิผลที่แน่ชัด การในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลซ้ำในระยะยาว

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ การพัฒนา รูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

¹โรงพยาบาลสิเกา ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

Abstract

The study objectives were: 1) to develop a maternal care model to prevent postpartum hemorrhage; and 2) to investigate the effectiveness of maternal care model to prevent postpartum hemorrhage in Sikao hospital, Trang province. The study procedure was divided into two phases including: 1) TEAMWORK Model design and development phase; and 2) effectiveness evaluation phase. Thirty-three samples including 12 nurse practitioners and 21 pregnant women in delivery department Sikao hospital, Trang province were purposively recruited. Data collection was conducted between January and May 2016. The research instruments were employed for data collection including: 1) self-assessment questionnaire guidelines for the care of mothers to prevent postpartum hemorrhage; 2) satisfaction questionnaires; and 3) interview's questionnaire of pregnant women treated according to the guidelines of care for prevention of postpartum hemorrhage. Data were analyzed and presented by descriptive statistics included percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics included Spearman rank's correlation. TEAMWORK Model, a postpartum hemorrhage prevention model consisted of 8 main parts: 1) Triage; 2) Early warning sign and assessment, Estimation of blood loss; 3) Active management in third stage of labor; 4) Medication and monitor; 5) Weak point; 6) on time; 7) Ready team; and 8) Knowledge and skill. The study found that an average overall self-assessment score of practitioners regarding a postpartum hemorrhage prevention performance was observed at a high level (of 4.87 ± 0.12), whereas a chief of delivery room assessment's score was observed at a moderate level (4.73 ± 0.13). In labor stage, the self-assessment and chief of delivery room assessment's scores were observed at a high (4.95 ± 0.56 and 4.90 ± 0.64 , respectively). Additionally, a high correlation between self-assessment and chief of delivery room assessment's scores were significantly presented, at 0.01 level ($r=0.782$, P -value = 0.003). A nurse practitioner satisfaction's score was observed at a high level (4.33 ± 0.65). 57.14% of pregnant women were treated according to the full options of a care postpartum hemorrhage prevention guideline. 90.50 % of them had no risks of postpartum hemorrhage. Health innovation designs and developments focusing on uterus contraction monitoring (every 15 minutes in 2 hours warning) are recommended. These findings demonstrate that the TEAMWORK Model, a care postpartum hemorrhage prevention model is effective for Sikao Hospital nurse practitioners, however, a repeated measure evaluation method is needed in future study.

¹Sikao Hospital, Trang province

²Sirindhorn College of Public Health Trang, Trang province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอดของมารดาหลังคลอด เป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกเป็นอันดับต้นๆ แม้ว่าโลกจะมีการพัฒนาไปมาก มีความเจริญทางด้านทางการแพทย์ไปอย่างมากก็ตาม ยังพบอุบัติการณ์ตกเลือด การสูญเสียมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดนี้เกิดขึ้น ตกเลือดหลังคลอด คือการเสียเลือด 500 มิลลิลิตร หรือมากกว่าหลังจากคลอดระยะที่ 3 เสร็จสิ้น การตกเลือดหลังคลอดอย่างรุนแรง คือ การเสียเลือดหลังทารกคลอดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร (โคมพิลาต จงสมชัย, 2553) ตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากสถิติข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า สาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกที่พบบ่อยที่สุดคือ การตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบประมาณร้อยละ 35 (WHO; 2010) ในประเทศกลุ่มอาเซียน อัตรา

การตายของมารดาในประเทศไทยคิดเป็น 48 : 100,000 การเกิดมีชีพ (WHO, 2013) สถานการณ์การเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทยในปี 2558 จำแนกตามเขตบริการสุขภาพ พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 12 มีจำนวนมารดาที่เสียชีวิตมากที่สุดคิดเป็น 44.38:100,000 การเกิดมีชีพ และสาเหตุที่พบมากที่สุดคือ ตกเลือดหลังคลอดคิดเป็นร้อยละ 30.40 (รายงานผลการตรวจนิเทศ เขตบริการสุขภาพที่ 12 สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) โรงพยาบาลสิเกา ให้บริการมารดาคลอดเฉลี่ยปีละ 270 ราย ปัญหาทางคลินิกที่สำคัญได้แก่ มารดาตกเลือดหลังคลอดซึ่งได้กำหนดเป็นตัวชี้วัด ร้อยละตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 3 ต่อปี พบแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.63, 1.92, 4.09 ในปี 2556, 2557 และ 2558 ตามลำดับ (ทะเบียนรายงานตัวชี้วัดประจำปี งานห้องคลอด โรงพยาบาลสิเกา, 2558) ไม่พบมารดาเสียชีวิต มีอุบัติการณ์มารดาต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกจำนวน 1 รายในปี 2556 พบมารดามีภาวะ shock ในปี 2558 จำนวน 2 ราย และต้องได้รับเลือดทดแทน (โรงพยาบาลสิเกา, 2558)

สาเหตุที่ทำให้เกิดการตกเลือดมากที่สุดได้แก่ ภาวะมดลูกหดตัวไม่ดี รongลงมา ได้แก่ภาวะรกติด ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นซึ่งได้แก่ ปัจจัยทางด้านมารดาประกอบด้วยมารดาที่คลอดเร็ว ทารกตัวโต เจ็บครรภ์คลอดยาวนาน มารดามีภาวะช็อคก่อนคลอด ปัจจัยทางด้านระบบงาน ได้แก่ การหมุนเวียนของบุคลากรซึ่งเป็นลักษณะการทำงานแบบหมุนเวียนทำให้มีความหลากหลายในการปฏิบัติงาน ปัจจัยทางด้านแนวทางปฏิบัติ มีการปฏิบัติตามแนวทางแต่ยังพบปัญหาของการใช้แนวทางซึ่งผู้ปฏิบัติบอกว่ามีความยุ่งยากซับซ้อนการแยกมารดากลุ่มเสี่ยง การคาดคะเนการสูญเสียเลือด การบริหารยา ที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน แนวปฏิบัติยังไม่ครอบคลุม สมรรถนะของบุคลากรระบบการนิเทศติดตามและความรู้ทางวิชาการในด้านการดูแลรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องหารูปแบบการพัฒนาที่เหมาะสมกับการใช้ในบริบทโรงพยาบาลสิเกาซึ่งไม่มีสูติแพทย์ ไม่มีระบบคลังเลือดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด บุคลากรที่ปฏิบัติงานมีความพร้อมและมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมากที่สุด

จากเหตุผลดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ในโรงพยาบาลสิเกาโดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ WHO Recommendation for Active Management of the Third stage of Labour (AMSTL) 2012 (WHO, 2012) และคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน 2558 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติที่ดีในการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลและเป็นต้นสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. พัฒนารูปแบบการดูแล มารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง
2. ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบ การดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดมาเป็นแนวทางปฏิบัติแบบใหม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยอาศัยกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งนำกระบวนการ PDCA ของ Deming, W.E. (1950) ประกอบไปด้วยการวิเคราะห์

สภาพปัญหา ถอดบทเรียนร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอด การทบทวนวรรณกรรม พัฒนารูปแบบและนำไปให้สูติแพทย์โชนพิจารณา ปรับปรุงแก้ไข จัดประชุมชี้แจงการใช้รูปแบบและนำลงสู่การปฏิบัติ ติดตามประเมินผลการปฏิบัติ และปรับปรุง วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลสิเกา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 33 คน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดจำนวน 12 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอดที่โรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง จำนวน 21 คน โดยเลือดแบบจำเพาะเจาะจง เก็บข้อมูลระหว่างมกราคม-พฤษภาคม 2559

เครื่องมือวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลสิเกา (TEAMWORK Model) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการ ปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินภาวะเสี่ยง การป้องกันและการดูแลเมื่อมารดาเกิดการตกเลือดหลังคลอด ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งได้แก่ สูตินรีแพทย์ แพทย์จากองค์กรแพทย์ และพยาบาลที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการทำงานคลอด ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดซึ่งประเมินโดยพยาบาลผู้ปฏิบัติ และประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอด 2) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกห้องคลอด ต่อการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และ 3) แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการเกี่ยวกับการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด

การประเมินการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ใช้ประเมินโดยการเลือกตอบ โดยประเมินจากภาวะเสี่ยง ประเมินขั้นตอนการปฏิบัติ ประเมินการสูญเสียเลือด และประเมินขั้นตอนการนำไปใช้ ซึ่งแบ่งระดับการปฏิบัติเป็น 5 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเพียงเล็กน้อย ปฏิบัติน้อยมาก และ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย แบ่งผลคะแนนระดับการปฏิบัติเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (1.00-4.66) ปานกลาง (4.67-4.82) สูง (4.83- 5.00) ส่วนการประเมินความพึงพอใจ แบ่งระดับความพึงพอใจ เป็น 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, 1 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ตามลำดับ แบ่งช่วงคะแนนเป็น 5 ช่วงคะแนน ได้แก่ ระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือน้อยที่สุด (1.00-1.49) น้อย (1.5-2.49) ปานกลาง (2.50-3.49) มาก (3.50-4.49) และ มากที่สุด (4.5-5)

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ความพึงพอใจในการใช้บริการที่แผนกห้องคลอด โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางที่พยาบาลประเมินตนเองและที่ถูกประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอดโดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแรงค์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ทีมวิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองโดยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการคลอดที่โรงพยาบาลสิเกาได้เซ็นใบยอมก่อนเข้ารับการรักษาทุกราย ในการบันทึก

ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

*ผลการศึกษาในระยะที่ 1 รูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด
โรงพยาบาลสิเกา*

รูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ที่ได้จากการพัฒนาสำหรับศึกษานี้เรียกว่า “TEAMWORK Model” ใช้เป็นต้นแบบและแนวทางปฏิบัติในแผนกห้องคลอดโดยสามารถนำมาใช้งานได้ง่ายตามคำ smart word ซึ่งมีอยู่ในเวชระเบียนผู้คลอดและหน้า chart เมื่อมารดา admit และมีการเจ็บครรภ์จริง พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดได้รับการประเมินและฝึกอบรมทักษะจากสูติแพทย์โซน พื้นฟูวิชาการ การทำคลอดรกโดยวิธี Modified crede manuever ฝึกซ้อมทักษะการช่วยเหลือมารดาเมื่อเกิดการตกเลือดหลังคลอด ช่วยให้พยาบาลมีการรับรู้และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน อัตราการตกเลือดลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการรักษา และมีความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ดีขึ้น

TEAMWORK Model มีองค์ประกอบ 8 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ (ภาพที่ 1)

1) T คือ triage เป็นการคัดแยกผู้มารับบริการในโรงพยาบาลสิเกา แบ่งประเภทมารดาตามกลุ่มเสี่ยงต่อการตกเลือดระดับต่ำ และระดับสูง

2) E คือ early warning sign and assessment, estimate blood loss เป็นการเฝ้าระวังการตกเลือดในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ของโรงพยาบาลสิเกา

3) A คือ active management เป็นการจัดการกับหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลสิเกา โดยเมื่อมีผู้มารับบริการคลอดในโรงพยาบาล พยาบาลแผนกห้องคลอดในโรงพยาบาลสิเกาต้องปฏิบัติให้ครบ 4 ขั้นตอนคือ (1) การฉีดยา Oxytocin 1 Amp ทางกล้ามเนื้อที่หลังทารกคลอดไหลหน้า (2) Delay clamp cord (3) การทำคลอดรกด้วยวิธี controlled cord traction และ (4) การนวดมดลูกทันทีหลังคลอดรกจนมั่นใจว่ามดลูกแข็ง และประเมินการหดตัวของมดลูกต่อเนื่องทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมง

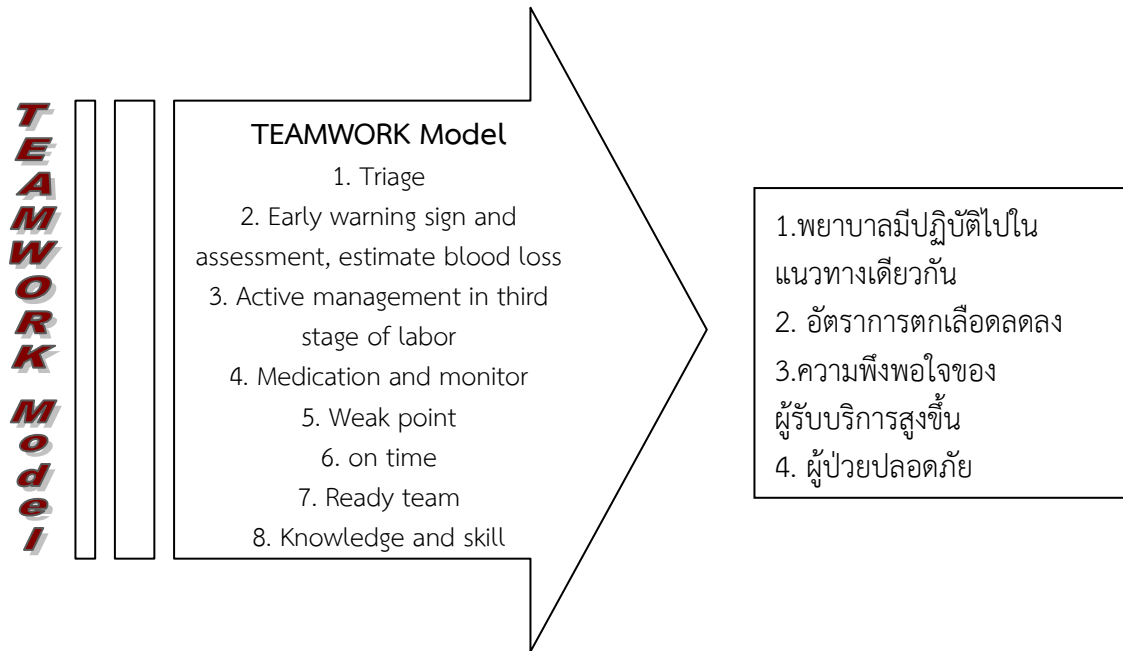
4) M คือ medication and monitor เป็นการให้ยาที่ dose ยาที่ใช้เพื่อให้มดลูกมีอาการหดตัวดีหลังคลอด และการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงหลังคลอดภายใน 24 ชั่วโมง

5) W คือ Weak point เป็นการทบทวนการดูแลผู้ป่วยหากมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด มีข้อบกพร่อง โดยการทำให้ checklist การดูแลมารดาเมื่อตกเลือดหลังคลอด

6) O คือ on time เป็นการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปให้เร็วภายใน 30 นาที หากมารดาตกเลือดหลังคลอด

7) R คือ ready team เป็นการเตรียมความพร้อมของทีมช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้พร้อมจัดการกับเหตุไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

8) K คือ knowledge and skill คือ ทีมรักษาผู้ป่วยแผนกห้องคลอด เช่นแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง ต้องการพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการตกเลือด การทำคลอด หรือความรู้อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสูติศาสตร์ และการซักซ้อมที่มอย่างสม่ำเสมอ



ภาพที่ 1 แสดงองค์ประกอบประกอบ TEAMWORK Model รูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาสำหรับการศึกษานี้

ผลการศึกษาระยะที่ 2 ผลจากการใช้รูปแบบการดูแลมารดาหลังคลอดในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด โรงพยาบาลสิเกา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดจำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26–30 ปี ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 32.92 ± 9.00 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดปริญญาตรี ร้อยละ 91.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน $32,337.50 \pm 16,984.04$ บาท ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสิเกาเฉลี่ย 10.67 ± 9.48 ปี ปฏิบัติงานประจำที่แผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 41.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องคลอดเฉลี่ย 10.67 ± 9.48 ปี จำนวนเวรเฉลี่ยที่ปฏิบัติงานประจำห้องคลอดต่อเดือน 10.58 ± 4.85 เวน เมื่อแยกตามแผนกที่พยาบาลปฏิบัติงานพบว่า จำนวนเวรเฉลี่ยต่อเดือนที่พยาบาลประจำแผนกห้องคลอดอยู่ 15.67 ± 4.04 เวน

ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการคลอดโรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง จำนวน 21 คน มีอายุเฉลี่ย 25.48 ± 6.50 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 57.10 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน อยู่ในช่วง 10,000 -15,000 บาท เฉลี่ย $12,952.38 \pm 6,783.99$ บาท ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 42.90 ส่วนใหญ่เคยผ่านการคลอดบุตรจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 38.10 และไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 85.70 อายุครรภ์มากที่สุด 40.50 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ย 38.81 ± 1.27 สัปดาห์ สถานที่ฝากครรภ์ส่วนใหญ่ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสิเกา ร้อยละ 57.10 จำนวนครั้งของการฝากครรภ์เฉลี่ย 9.19 ± 3.08 ครั้ง ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 61.9 ส่วนใหญ่ผลการตรวจ Hct มีความเข้มข้นมากกว่า 33.00 % แล้วไม่ซีด ในระยะก่อนคลอด ร้อยละ 90.50 กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงสูงต่อการตกเลือด ร้อยละ 57.10 ไม่พบการตกเลือดที่ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ร้อยละ 90.50 ปริมาณเลือดที่สูญเสียในการคลอดเฉลี่ย 274.62 ± 261.33 ml พบผู้ป่วย 1 รายมีภาวะตกเลือดหลังคลอดสาเหตุจากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดอยู่แล้ว

ผลการศึกษาการได้รับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 24 ข้อ พบว่า มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการ 2 คน ที่ได้รับการปฏิบัติครบ 24 ข้อ และ 20 ข้อขึ้นไป ร้อยละ 9.50 และ 57.10 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแล

เรื่องการประเมินการนวดคลึงมดลูกทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด พยาบาลไม่ได้ซักถามถึงการหดตัวของมดลูก และไม่ได้ประเมินการหดตัวของมดลูก และไม่ได้ตรวจดูการหดตัวของมดลูก ร้อยละ 42.90

ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยพยาบาลประเมินตนเองของโรงพยาบาลสิเกา ตาม TEAM WORK Model พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีการปฏิบัติโดยรวมระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 4.87 ± 0.12 แต่คะแนนรวมการปฏิบัติที่ประเมินโดยหัวหน้าอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 4.73 ± 0.13 เมื่อพิจารณารายตามระยะการคลอดพบว่า ผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยพยาบาลประเมินตนเอง ในระยะรอคลอดมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.72 ± 0.20 การปฏิบัติในระยะคลอด ระยะหลังคลอด ระดับคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.95 ± 0.56 และ 4.87 ± 0.29 ตามลำดับ ส่วนผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดโดยหัวหน้าประเมินพบว่า การปฏิบัติในระยะรอคลอด มีระดับคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.70 ± 0.23 การปฏิบัติในระยะคลอด ระดับคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมีค่าเฉลี่ยคะแนน 4.90 ± 0.64 และระยะหลังคลอด มีระดับคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.60 ± 0.21 (ตาราง 1)

ในระยะรอคลอด คะแนนผลการประเมินโดยพยาบาลประเมินตนเองกับคะแนนการประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอดมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($r=0.782$, $P\text{-value} = 0.003$) ส่วนในระยะคลอด ระยะหลังคลอด และการประเมินในภาพรวม คะแนนผลการประเมินโดยพยาบาลประเมินตนเอง กับคะแนนการประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอดไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.455$, 0.098 , และ 0.182 , $P\text{-value} = 0.137$, 0.762 และ 0.571 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาของพยาบาลประเมินตนเองกับหัวหน้าเป็นผู้ประเมิน (N=12)

ระยะการคลอด	พยาบาลประเมินตนเอง		ประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอด	
	Mean \pm SD	ระดับการปฏิบัติ	Mean \pm SD	ระดับการปฏิบัติ
1.ระยะรอคลอด	4.72 ± 0.20	กลาง	4.70 ± 0.23	กลาง
2.ระยะคลอด	4.95 ± 0.56	สูง	4.90 ± 0.64	สูง
3.ระยะหลังคลอด	4.87 ± 0.29	สูง	4.60 ± 0.21	กลาง
ชั่วโมง				
4.คะแนนในภาพรวม	4.87 ± 0.12	สูง	4.73 ± 0.13	กลาง

ความพึงพอใจต่อแนวทางปฏิบัติการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลแผนกห้องคลอด โรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 4.33 ± 0.65 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความพึงพอใจด้านการประเมินภาวะเสี่ยงมีค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 4.60 ± 0.42 รองลงมา คือความพึงพอใจต่อการประเมินการสูญเสียเลือด คะแนนเฉลี่ย 4.50 ± 0.74 และ ความพึงพอใจต่อขั้นตอนการปฏิบัติมีค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย 4.27 ± 0.36 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยพยาบาลประเมินตนเอง และประเมินโดยหัวหน้าแผนกห้องคลอด (N=12)

ระยะการคลอด	ค่าความสัมพันธ์ (r)	P-value*
1. ระยะรอคลอด	0.782	0.003
2. ระยะคลอด	0.455	0.137
3. ระยะหลังคลอด	0.098	0.762
4. การประเมินในภาพรวม	0.182	0.571

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การประเมินตนเองของพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบว่าผลการประเมินตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (4.87 ± 0.12) เมื่อมาแยกตามระยะการดูแลมารดา พบว่าการดูแลมารดาในระยะรอคลอด การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (4.72 ± 0.20) การดูแลมารดาในระยะคลอดและระยะหลังคลอดอยู่ในระดับสูง (4.95 ± 0.56 และ 4.87 ± 0.12) ตามลำดับ ในทางตรงข้ามกันผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยผู้วิจัยประเมินซึ่งได้มาจากการประเมินเวรระเบียบ หน่วยงาน และสัมภาษณ์ผู้รับบริการ พบว่า ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (4.73 ± 0.13) เมื่อมาแยกตามระยะการดูแลมารดา พบว่า การดูแลมารดาในระยะรอคลอด การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (4.70 ± 0.23) การดูแลในระยะคลอดอยู่ในระดับสูง (4.90 ± 0.64) ซึ่งตรงกับผู้ปฏิบัติประเมินตนเอง ส่วนระยะหลังคลอด การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (4.60 ± 0.21) ซึ่งผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับสูง (4.87 ± 0.12) เมื่อมาวิเคราะห์รายข้อพบว่า การติดตามการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาทีเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ทำได้ในระดับปานกลาง (4.82 ± 0.20) ตรงกันข้ามกับการประเมินตนเองทำได้ในระดับสูง (4.92 ± 0.18) เมื่อติดตามผลการประเมินที่ผู้คลอดในเรื่องการติดตามการหดตัวของมดลูกกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการติดตามการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด ร้อยละ 42.90 ปฏิบัติได้เพียง 3-5 ครั้ง อาจเนื่องมาจากภาระงาน การบันทึกเวรระเบียบหลังคลอด ในโปรแกรม Hos Xp การบันทึกทางการพยาบาลในเวรระเบียบ การดูแลมารดาคลอดรายอื่น ซึ่งต้องดูแลทั้งมารดาคลอด และมารดาหลังคลอด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้

ความพึงพอใจของพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดต่อแนวทางการปฏิบัติการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด พบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดมีระดับความพึงพอใจมากกับแนวทางปฏิบัติ (4.33 ± 0.65) และสามารถนำไปใช้ได้มีระดับความพึงพอใจมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณดา ตีมูล (2557) ที่ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะที่สาม และระยะที่สี่ของการคลอด โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิโดยศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติพบว่า พยาบาลห้องคลอดมีความพึงพอใจต่อแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อนำไปใช้ในระดับมากที่สุดและระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.89 และ 11.11 ตามลำดับ เมื่อมาวิเคราะห์รายข้อพบว่า ขั้นตอนการประเมินภาวะเสี่ยง และขั้นตอนการประเมินการสูญเสียเลือด มีความพึงพอใจมากที่สุด (4.60 ± 0.42 และ 4.50 ± 0.74) ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากได้มีการปรับการประเมินภาวะ

เสี่ยงในแต่ละระยะของการคลอดได้ครอบคลุม ขั้นตอนการประเมินการสูญเสียเลือดชัดเจน มีการคำนวณน้ำหนักวัสดุซับเลือดที่ใช้ไป แบบบันทึกการสูญเสียเลือดเข้าใจและง่ายต่อการใช้งาน

เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลการใช้งานรูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของโรงพยาบาลสิเกา ประเมินได้จากจากการสัมภาษณ์การได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมารดาที่มารอคคลอดทุกคนได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงร้อยละ 100 หลังคลอดกรมารดาได้รับการนวดมดลูกทันทีจนมดลูกแข็ง ร้อยละ 100 และได้รับการสอนนวดมดลูก การเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล เค้นเลือดประเมินแผลฝีเย็บ ประเมินกระเพาะปัสสาวะหลังคลอด 2 ชั่วโมง ร้อยละ 100 ข้อที่ทำได้ไม่ดี คือ เรื่องการติดตามการหดตัวของมดลูก ทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด ได้รับการปฏิบัติเพียงร้อยละ 57.10 ซึ่งเป็นสิ่งพยาบาลควรทำ ดังนั้นควรหาวิธีการ เช่น นวัตกรรมสื่อทางสุขภาพที่ช่วยเพิ่มความตระหนักหรือช่วยเตือนให้พยาบาลให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีด้านการติดตามการหดตัวของมดลูกต่อเนื่องทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง เพื่อประโยชน์สูงสุดที่เกิดกับคนไข้ที่มารับบริการ

หน่วยบริการสุขภาพอื่น เช่นโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการปรับระบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ให้งานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงค่อนข้างน้อย ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น และควรเปรียบเทียบประสิทธิผลการใช้รูปแบบการปฏิบัติกับแบบเดิม หรือเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่น ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลซ้ำในระยะยาว และเพิ่มประเด็นการประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องและผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดนี้ มีความเหมาะสมกับและสามารถใช้งานได้ดีกับบริบทของโรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจระดับดีมาก และสามารถนำมาใช้ปฏิบัติงานได้จริง เพื่อให้การใช้งานเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสิเกา ควรนำผลการประเมินการได้รับการปฏิบัติตามแนวทางของผู้รับบริการมาปรับปรุง โดยเฉพาะวิธีการให้เกิดแนวปฏิบัติที่ดีด้านการติดตามการหดตัวของมดลูกต่อเนื่องทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง สามารถนำข้อค้นพบนี้ไปนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อหาแนวทางในแก้ไขให้เกิดเป็นรูปธรรมจริงในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2558). **คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน**. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชวิถี
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ฉวี เบาทรวง ยุพิน เพ็ชรมงคล.(2554). **ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก** โรงพยาบาลเชียงใหม่. เชียงใหม่.พะเยา. โรงพยาบาลพะเยา.
- ชญาณิศวรร กุณา กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจอมทอง. (2550).**การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกของมารดาในโรงพยาบาลจอมทอง**. เชียงใหม่: โรงพยาบาลจอมทอง.

- เทียมศร ทองสวัสดิ์. (2548). **การพยาบาลในระยะหลังคลอด**. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณา ตีมูล (2557) **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะที่สาม และระยะที่สี่ของการคลอด** โรงพยาบาลคอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2551). **มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับ เฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี**. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
- สุกัญญา ปริสัณญกุล. (2554). **ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก** โรงพยาบาลพังงา.พังงา:โรงพยาบาลพังงา.
- สุจิต คุณประดิษฐ์ (2554) .**แนวทางการปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.เรื่อง การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกไม่หดตัว.ลำพูน** :โรงพยาบาลลำพูน
- Deming, W.E. (1950). *Elementary Principles of the Statistical Control of Quality*, JUSE.
- WHO. (2007). *Recommendation for the prevention of postpartum hemorrhage and retained placenta*.
-

ประสิทธิผลของการนวดไทยราชสำนักต่ออาการปวดในอิริยาบถต่างๆ ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง

The Effective of Court Type Massage on Bodily Movements among Low Back Pain Patients

อิลยาส อะลีหะ¹, อวิรุทธ์ สิงห์กุล² ไฟซอล มาหะมะ² และสฤณี ผาอาจ²
Ilyas Aleeha¹, Awirut Singkun² Faisol Mahama² and Sarit Pa-aj²

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยแบบราชสำนักต่ออาการปวดอิริยาบถต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มีอาการปวดร้าวไปยังอวัยวะต่างๆ และเข้ารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสะบาย้อย จังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2558 จำนวน 30 คน ศึกษาทั้งทดลองแบบกลุ่มเดียว ให้ผู้ป่วยประเมินอาการปวดด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมิน Visual rating scale ร่วมกับ Facial scale ซึ่งประเมินความปวดทันทีก่อนรับบริการ และประเมิน 3 วัน หลังได้รับบริการนวดไทยราชสำนัก เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการปวดโดยสถิติ Paired sample t-test ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพศหญิงและเพศชายมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 53.3 และ 46.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี ร้อยละ 30.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.3 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 60.0 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0 รายได้ต่อเดือนอยู่มากกว่า 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 43.3 ทำทางในการทำงาน 3 อันดับแรกได้แก่ ทำงานในทำนุ ร้อยละ 36.7 ทำนึ่ง ร้อยละ 26.7 และใช้แรงงานทั่วไป ร้อยละ 20.0 การเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยในอิริยาบถต่างๆ ได้แก่ เดิน นั่ง ยืน นอน และยกของ ก่อนได้รับการนวด มีค่าเฉลี่ยความปวดเท่ากับ 5.83 ± 1.28 , 4.70 ± 1.44 , และ 5.60 ± 1.22 , ตามลำดับ และ ภายหลังจากทำการนวดราชสำนัก ในอิริยาบถเดียวกัน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของความปวด เท่ากับ 4.10 ± 1.34 , 3.06 ± 1.55 , และ 3.80 ± 1.44 ซึ่งผู้ป่วยมีอาการปวดขณะเดิน นั่ง และยืนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนอาการปวดในขณะที่นอน ก่อนและหลังการนวด มีค่าเฉลี่ยความปวด เท่ากับ 3.63 ± 2.40 และ 2.40 ± 1.54 (95% CI 0.66 – 1.80) ขณะยกของมีค่าเฉลี่ยความปวด เท่ากับ 7.20 ± 1.37 และ 6.16 ± 1.31 54 (95% CI 0.65 – 1.42) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การนวดราชสำนัก อาการปวดหลังส่วนล่าง อาการปวดร้าว

¹ โรงพยาบาลปาดังเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The objective of this study was to evaluate the effective of court type massage on pain in different position among low back pain patients. Purposive sampling of 30 low back pain patients who access to Thai Traditional Medicine Clinic, Sabayoi Hospital, Songkhla province between February and March 2015. It is a quasi – experiment one group pre – post test design. Pain score were assessment by the patients using visual rating scale and facial scale. Immediately evaluate before and three days after receiving court type massage and test by paired sample t – test. The results found that they are female 53.3%, male 46.7%. Most of them are 40 – 49 years old 30%, married 83.3%, believe in Islam 60.0%, finished primary school 46.7%, work in agriculture 60.0%, their monthly income is more than 5,000 – 10,000 baht 43.3%. The first three working position are

standing 36.7% followed by sitting 26.7% and non – specific position because general work 20.0%. The results of their felt on low back pain when they are walking, sitting, standing, lying down, and shifting before getting court type massage are 5.83 ± 1.28 , 4.70 ± 1.44 , and 5.60 ± 1.22 and three days after getting court type massage are 4.10 ± 1.34 , 3.06 ± 1.55 , and 3.80 ± 1.44 , consecutively. The patients felt pain was decrease significantly ($p < 0.01$). The painful while lying down before and after massaging were 3.63 ± 2.40 and 2.40 ± 1.54 ($p < 0.01$, 95% CI 0.66 – 1.80) and while shifting before and after massaging were 7.20 ± 1.37 and 6.16 ± 1.31 ($p < 0.01$, 95% CI 0.65 – 1.42).

Key words : Court type massage, Low back pain, Felt pain

¹ Padang Besar Hospital, Sadao distirct, Songkhla province, Thailand

² Sirindhorn College of Public Health, Yala

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังเป็นปัญหาทางเวชปฏิบัติที่พบ ประมาณร้อยละ 60-80 ของประชากรโลก และเคยประสบกับอาการปวดหลังครั้งหนึ่งในชีวิต จากการสำรวจในประเทศไทยพบว่าอาการปวดหลังเป็นอาการที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มอาการปวดข้อและกล้ามเนื้อ (รัตนวดี ณ นคร, 2554: 1) อาการปวดหลังช่วงล่าง (Low Back Pain) เป็นอาการที่พบบ่อยมากอาการหนึ่ง โดยประมาณว่าร้อยละ 41 ของคนในช่วงอายุ 26-44 ปี มักเคยมีอาการปวดหลังในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ทั้งนี้โอกาสปวดหลังเกิดได้ใกล้เคียงกันทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553: 1)

อาการปวดหลังส่วนล่างพบได้บ่อยในผู้ที่มีอาชีพนั่งทำงานเป็นเวลานาน ตั้งแต่วัยรุ่น วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ สาเหตุของโรคปวดหลังในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมกรนั่งนานๆ หรือนั่งผิดท่า บวกกับความตึงเครียดซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณหลังเกิดการเกร็งจะยิ่งส่งผลให้ปวดหลังมากยิ่งขึ้น (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2553: 1) การวินิจฉัยสาเหตุของอาการปวดหลังส่วนใหญ่ทำได้โดยการซักประวัติ และตรวจร่างกาย มีเพียงส่วนน้อยที่จำเป็นต้องส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมเพื่อช่วยวินิจฉัย (รัตนวดี ณ นคร, 2554: 1) สำหรับในทางการแพทย์แผนไทย โรคปวดหลังส่วนล่างที่มีการใช้การนวดเพื่อรักษา คือ โรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 1 หลัง ซึ่งพบจุดแข็งเล็กๆ กดเจ็บที่กล้ามเนื้อหลัง และโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 3 หลัง มีจุดกดเจ็บเป็นก้อนแข็งเป็นลำ ซึ่งเปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยทางแพทย์แผนปัจจุบัน คือ โรคปวดกล้ามเนื้อหลัง (สุโขทัย ธรรมาธิราช, 2559)

การปวดหลังส่วนล่างมีวิธีในการรักษาที่แตกต่างกัน มีทั้งการรักษาทางด้านการแพทย์แผนปัจจุบัน การรับประทานยา การผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีการรักษาทางด้านการแพทย์แผนไทย ที่มีการตรวจรักษา การใช้ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร และการนวดรักษา (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมาฯ หัตถเวชกรรมแผนไทย นวดแผนราชสำนัก, 2547: 109) การนวดมีทั้งการนวดแบบเชลยศักดิ์และการนวดแบบราชสำนัก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเลือกรูปแบบการนวดแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง เฉพาะโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 3 หลัง ในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสะบาย้อย อำเภอสะบาย้อย จังหวัดสงขลา ทั้งนี้เนื่องจากคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสะบาย้อย เปิดให้บริการตรวจรักษาทางแพทย์แผนไทย การใช้ยาสมุนไพร การประคบสมุนไพร การอบสมุนไพร การนวดรักษา ซึ่งแต่ละปีจะมีผู้เข้ารับการรักษาอาการปวดหลังเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อติดตามผลการนวดรักษาในผู้ป่วยที่มารับบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการนวดไทยราชสำนัก ในการรักษาอาการปวดหลังในผู้ป่วยที่

เป็นโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 3 หลัง ที่มารับบริการ เพื่อใช้ผลการศึกษามาพัฒนาการให้บริการรักษาพยาบาลตามหลักแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิของการนวดไทยราชสำนักที่มีผลต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเมื่อผู้ป่วยอยู่ในอิริยาบถต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi-experimental Research; One Group Pre-post Test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลชะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 4,122 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ.2558 จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้าเพื่อการศึกษา

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตามหลักการแพทย์แผนไทย จากแพทย์แผนไทยที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ว่าเป็นโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 3 หลัง ไม่มีปัญหาตามข้อห้ามของการนวด โรคหรืออาการที่ห้ามนวด ได้แก่ มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส ค่าบวมของความดันโลหิตไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท ใช้พิษ ใช้กาฬ อีสุกอีใส งูสวัด เริม โรคผิวหนัง โรคติดต่อ ผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในส่วนของข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะการทำงาน อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่มีอาการปวด ลักษณะของอาการปวด ช่วงเวลาที่มีอาการปวดหลัง ส่วนแบบประเมินระดับความปวด ประยุกต์จากแบบประเมินระดับความปวด The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Version 1.0) Thai Version (นพวรรณ แสนเจริญสุทธิกุล, 2550) โดยผู้รับบริการนวดประเมินความปวดด้วยตนเอง (Self – administered assessment) ในอิริยาบถต่างๆ ได้แก่ อาการปวดในขณะที่เดิน ขณะนั่ง ขณะยืน ขณะนอน และอาการขณะยกของ ตั้งแต่ไม่มีความรู้สึกปวด (0 คะแนน) จนกระทั่งมีความรู้สึกปวดมากจนทนไม่ได้ (10 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในด้านความตรงเชิงของเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงความเที่ยง (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.89 (Cronbach's alpha 0.89)

และใช้ผู้หมวดที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง ของคณะกรรมการวิชาชีพสาขา การแพทย์แผนไทยและปฏิบัติงานในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสะบาย้อย จังหวัดสงขลา จำนวน 4 คน โดยลำดับของการหมวดให้ผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครวิจัย เป็นจัดการลำดับการให้บริการของ คลินิกและภาระงานด้านการหมวดของผู้หมวด แต่ละราย การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ยะลา จากนั้นผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบาย้อย จังหวัดสงขลา เพื่อขออนุญาต ศึกษาวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในส่วนของผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการหมวดไทยราชสำนักในการลด อาการปวดของผู้ที่ป่วยเป็นโรคลมปลายปัตตาคาดสัญญาณ 3 หลัง รวมถึงระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ วิจัย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยและลงนามในเอกสารยินยอม เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครวิจัย จากนั้นผู้รับบริการตอบแบบสอบถามและแบบประเมินความปวดด้วย ตนเองก่อนได้รับการหมวดไทยราชสำนักเป็นเวลา 45 นาที และให้ผู้ป่วยประเมินความปวดในวันที่ 3 หลังได้รับการหมวดไทยราชสำนัก ทั้งนี้เพื่อป้องกันความเจ็บปวดหรือการอักเสบของกล้ามเนื้อที่อาจจะมี อิทธิพลจากการหมวด การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดของผู้ที่เป็นโรคลม ปลายปัตตาคาดสัญญาณ 3 หลัง ก่อนและหลังได้รับการหมวดไทยราชสำนักโดยใช้สถิติ Paired Samples t – test

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสะบาย้อย จังหวัดสงขลา มีสัดส่วน เพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ร้อยละ 53.3 และร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 อายุเฉลี่ย 51.23 ปี อายุสูงสุด 78 ปี อายุต่ำสุด 31 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มี สถานภาพคู่ ร้อยละ 83.3 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 60 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.7 มีลักษณะการทำงานแบบยืนทำงานร้อยละ 36.7 รองลงมา คือนั่งทำงาน ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 43.3 รายได้เฉลี่ย 14,900 บาท ต่ำสุด 3,000 บาท และสูงสุด 50,000 บาท ข้อมูลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (30 คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	16	53.3
ชาย	14	46.7
อายุ		
30-39 ปี	5	16.7
40-49 ปี	9	30.0
50-59 ปี	7	23.3
60 ปีขึ้นไป	9	30.0

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลทั่วไป	ข้อมูลทั่วไป
สถานภาพ		
โสด	2	6.7
คู่	25	83.3
หม้าย	3	10.0
ศาสนา		
พุทธ	12	40.0
อิสลาม	18	60.0
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	14	46.7
มัธยมศึกษา	7	23.3
ปริญญาตรี	8	26.7
อื่นๆ	1	3.3
ลักษณะการทำงาน		
นั่งทำงาน	8	26.7
ยืนทำงาน	11	36.7
เดินทำงาน	4	13.3
ใช้แรงงาน	6	20.0
อื่นๆ	1	3.3
อาชีพ		
เกษตรกร	18	60.0
ค้าขาย	2	6.7
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	20.0
รับจ้าง	2	6.7
อื่นๆ	2	6.7
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	2	6.7
5,001-10,000 บาท	13	43.3
10,001-15,000 บาท	7	23.3
15,000 บาทขึ้นไป	8	26.7

การประเมินความปวดของผู้ป่วยขณะเดิน ก่อนได้รับการนวดไทยราชสำนักมีความปวดเฉลี่ย 5.83 ± 1.28 หลังได้รับการนวดมีความปวดเฉลี่ย 4.10 ± 1.34 ขณะนั่ง ก่อนได้รับการนวดมีความปวดเฉลี่ย 4.70 ± 1.44 และหลังการนวดมีความปวดเฉลี่ย 3.06 ± 1.55 ขณะยืน ก่อนได้รับการนวดมีความปวดเฉลี่ย 5.60 ± 1.22 หลังได้รับการนวดมีความปวดเฉลี่ย 3.80 ± 1.44 ขณะนอน ก่อนได้รับการนวดมีความปวดเฉลี่ย 5.60 ± 1.22 และหลังการนวดมีความปวดเฉลี่ย 2.40 ± 1.54 ขณะยกของ ก่อนได้รับการนวดมีความปวดเฉลี่ย 7.20 ± 1.37 และหลังการนวดมีความปวดเฉลี่ย 6.16 ± 1.31

การนวดไทยราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างสามารถลดความปวดของผู้ป่วยขณะอยู่ในอิริยาบถเดิน นั่ง และยืน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.01$, 95% CI not include 1) ข้อมูลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความปวดก่อนและหลังการได้รับการนวดไทยราชสำนัก

ระดับความเจ็บปวด	ก่อน ($\bar{x} \pm S.D.$)	หลัง ($\bar{x} \pm S.D.$)	95 % CI		T	p-value
			lower	upper		
ขณะเดิน	5.83 \pm 1.28	4.10 \pm 1.34	1.37	2.10	9.685	.000
ขณะนั่ง	4.70 \pm 1.44	3.06 \pm 1.55	1.14	2.13	6.748	.000
ขณะยืน	5.60 \pm 1.22	3.80 \pm 1.44	1.35	2.25	8.115	.000
ขณะนอน	5.60 \pm 1.22	2.40 \pm 1.54	0.66	1.80	4.432	.000
ขณะยกของ	7.20 \pm 1.37	6.16 \pm 1.31	0.65	1.42	5.477	.000

สรุปและอภิปรายผล

การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อปัดคาศัญญาณ 3 หลัง (อาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างที่มีจุดกดเจ็บเป็นก้อนเป็นลำ) โดยใช้การนวดไทยราชสำนัก พบว่าความรู้สึกรู้สึกปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยลดลงเมื่อเดิน นั่ง และยืน ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการประเมินประสิทธิผลของการนวดไทยราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างอยู่ในอิริยาบถต่างๆ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Talita Pavarini Borges และคณะ (2012) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างจากการประกอบอาชีพของพยาบาล ซึ่งผลการศึกษาพบว่า การนวด สามารถลดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการประกอบอาชีพซึ่งผลต่อการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้การศึกษาของ Jurairat Boonruab (2016) ที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของการนวดไทยกับยานวดเฉพาะที่บรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ พบว่า การนวดไทยราชสำนักสามารถลดกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยประเมินระดับของความปวดลดลง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการใช้ยานวดเฉพาะที่เพื่อบรรเทาอาการปวด

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การใช้ผู้ช่วยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยแพทย์แผนไทยจำนวนหลายคน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจัดผู้ช่วยตามลำดับการให้บริการของผู้ช่วย ดังนั้นผู้ช่วยแพทย์แผนไทยที่ทำการนวดไทยราชสำนักในการศึกษานี้จึงมีมากกว่า 1 คน ซึ่งน้ำหนักของแรงในการนวดของผู้ช่วยแพทย์แผนไทยแต่ละคนอาจจะไม่เท่ากัน รวมถึงการจัดท่าทาง การยืดและการเหยียดกล้ามเนื้อที่ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยมีท่าทางเฉพาะของแต่ละคน ดังนั้นเพื่อลดความแปรปรวนของน้ำหนักของแรงในการนวด และท่าทางในการยืดและเหยียดกล้ามเนื้อ ควรใช้ผู้ช่วยเพียง 1 คน อย่างไรก็ตามหากใช้ผู้ช่วยเพียง 1 คน ถึงแม้จะช่วยลดความแปรปรวนระหว่างผู้ช่วยแต่ละคน แต่การศึกษาก็เกิดความแปรปรวนในผู้ช่วยเพียงคนเดียวได้ ทั้งนี้เนื่องจากการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อของผู้ช่วยเอง

ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นทางเลือกและเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลัง และควรส่งเสริมการนวดไทยราชสำนักในการบรรเทาปวดกล้ามเนื้อซึ่งจะเป็นการพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมภูมิปัญญาการนวดไทย ลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยาแผนปัจจุบัน และลดอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้ยาในกลุ่มบรรเทาปวด คลายกล้ามเนื้อ

บรรณานุกรม

- นพวรรณ แสนเจริญสุทธิกุล. (2550). “แบบสอบถาม Oswestry (Version 1.0) ฉบับภาษาไทย สำหรับผู้ป่วยปวดหลัง.” กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2553). ปวดหลังส่วนล่าง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2557. จาก <http://haamor.com/th>.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2559). การนวดไทยเพื่อบำบัดกลุ่มอาการโรคหลังและท้อง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2559, จาก <https://be7herb.wordpress.com/สุโขทัยธรรมมาธิราช/นวดแผนไทย-2/หน่วยที่-8-15>
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ อายurvedaวิทยาลัย. (2547). ตำราหัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์. หน้า 109-111.
- รัตน์วดี ณ นคร. (2554). อาการปวดหลังส่วนล่าง (Low Back Pain). เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2557 จาก [http://www.diskdrthailand.com/content-อาการปวดหลังส่วนล่าง\(LowBackPain\)-4-5802-87543-1.html](http://www.diskdrthailand.com/content-อาการปวดหลังส่วนล่าง(LowBackPain)-4-5802-87543-1.html).
- Jurairat Boonruab and et al. (2016). Effectiveness of the court-type massage traditional Thai massage versus topical diclofenac in treating patients with myofascial pain syndrome in the upper trapizius. Indian journal of Thaditional Knowledge; 15(1): pp.30-34.
- Talita Pavarini Borges and et al. (2012). Massage application for occupational low back pain in nursing staff. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 20(3): 511-19.
-

ผลของการใช้ยาแผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน กรณีศึกษาการรักษาผู้ป่วยที่
ได้รับพิษพาราควอตจากการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด
จังหวัดตาก

Effects of Treatment by Thai Traditional Medicine with conventional
medicine : A case Study of Paraquat Suicide Patients in Maeramat
Hospital, Tak Province

วริศรา สืบวงศ์ดิษฐ์¹, วิเชียร สืบวงศ์ดิษฐ์² และภัทรพล มากมี³

Waritsara Suebwongdit¹, มWichien Suebwongdit² and Phataraphon Markmee³

บทคัดย่อภาษาไทย

อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตากเป็นอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายโดยการกินสารกำจัดวัชพืช โดยเฉพาะ ชนิดพาราควอตค่อนข้างสูงและมีอัตราการตายสูง งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้สมุนไพรร่วมทางการแพทย์แผนไทยร่วมกับการบวกรักษาของแพทย์ปัจจุบันในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับสารพาราควอต โดยการกินซึ่งมีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ระมาด ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2555 - ตุลาคม 2557 โดยกระบวนการทางการแพทย์แผนไทยที่ใช้ร่วมกับการแพทย์ปัจจุบัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ (1) ดูดพิษ โดยใช้ดินปลวก (2) ล้างพิษ โดยใช้สมุนไพรรางจืด (3) ขับพิษ โดยใช้สมุนไพร ยาล้างน้ำเลือดน้ำเหลือง (4) ดับพิษไข้ โดยใช้สมุนไพรเบญจโลกวิเชียร และ (5) บำรุงร่างกาย และบำรุงโลหิต โดยใช้สมุนไพรเบญจผลธาตุ และขมิ้นชัน ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายด้วยการกินสารพาราควอตจำนวน 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 28 ปี ส่วนใหญ่เป็นเชื้อชาติกะเหรี่ยง ปริมาณที่กินโดยเฉลี่ย 67 มิลลิลิตร ระยะเวลาที่เข้ามารับการรักษาโดยเฉลี่ย 4 ชั่วโมง ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีอัตราการรอดชีวิตมากกว่าเพศชาย ปริมาณสารพาราควอตที่ได้รับมากกว่า 60 มิลลิลิตรมีอัตราการรอดชีวิตน้อยที่สุด อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้แพทย์แผนไทยร่วมกับการรักษาทางแพทย์ปัจจุบัน (2555 -2557) สูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาในอดีต (2553-2555) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยที่อาจส่งผลของการสัมผัสผลของการรักษาได้ทุกปัจจัย เช่น ข้อมูลโรคประจำตัว และการใช้ยาหรือสารอื่น ๆ ร่วมกับการกินยาฆ่าตัวตาย การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปริมาณ ขนาดที่ใช้และระยะเวลาในการใช้ ที่ทำให้เกิดผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดอัตราการตาย

คำสำคัญ : สารกำจัดวัชพืช พาราควอต การรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

¹ โรงพยาบาลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชะเนง้อ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก

³ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Maeramat district of Tak Province is a district where the rate of suicide by ingestion of a particular type of herbicide paraquat was quite high and had high mortality rate of suicide. This research was to study the effects of using Thai traditional medicine with conventional medicine in the treatment of paraquat suicide patients at Maeramat hospital between November 2012 and October 2014. Thai traditional medicine consists of five steps: (1) absorbs toxic (2) detoxification by Thunbergia herbs (3) toxins (4) reduce fever by using Thai herbal, and (5) the body and nourish blood. The results showed that 15 suicide patients by paraquat ingestion were mostly male,

average age 28 year old, mostly Karen ethnic. The average amount of ingestion was 67 ml, average time treatment after ingestion about four hours. Especially, we found the rate of female patients awaiting life than men. Concentration of paraquat which received more than 60 ml, the survival rate was minimal. Finally, the survival rates of treatment by using Thai traditional medicine with conventional medicine (2012 -2014) was higher compared to patients who received conventional medicine treatment in the past (2010-2012). Moreover, this study had limit that could not detect all factors that might affect the efficacy of the treatment of any factors such as individual other chronic diseases and the use of medicine or other substances. The future study should concern about dose response and time of the Thai traditional medicine to provide success of treatment in reducing in mortality rate.

Key words : Herbicide, Paraquat Exposures, Thai Traditional Medicine, Suicide

¹ Maeramad Hospital, Tak Province

² Kanejoe Health Promotion Hospital, Maeramad Hospital

³ Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พาราควอท (paraquat) เป็นสารกำจัดวัชพืชที่ได้รับความนิยมในการใช้อย่างมาก ทั้งใช้กำจัดวัชพืชในแปลงเกษตร ร่องสวน คันทนา หรือใช้กำจัดวัชพืชเพื่อเตรียมดินก่อนเพาะปลูก พาราควอทมีขายอยู่ในตลาดในชื่อทางการค้าที่หลากหลาย ชื่อที่คนทั่วไปคุ้นเคย เช่น กรัสม็อกโซน (Gramoxone) ผลิตภัณฑ์ที่ขายจะอยู่ในรูปสารละลายของพาราควอท ความเข้มข้นประมาณ 29 - 44 % (Olson, 2004) พาราควอทได้รับความนิยมเนื่องจากสามารถกำจัดวัชพืชสีเขียวแทบทุกชนิดให้ตายได้ ออกฤทธิ์ในการกำจัดวัชพืชเร็วมาก และจะหมดความเป็นพิษทันทีเมื่อสัมผัสกับดิน จึงจัดได้ว่าเป็นสารกำจัดวัชพืชที่มีประสิทธิภาพดีมากที่สุดชนิดหนึ่ง อย่างไรก็ตามพาราควอทมีพิษร้ายแรงต่อมนุษย์หากกินเข้าไป จึงมีผู้นำมาใช้กินเพื่อฆ่าตัวตาย ทำให้มีผู้เสียชีวิตจากสารเคมีนี้จำนวนมาก (Gawarammana, 2011) พาราควอทเป็นสารกำจัดวัชพืชกลุ่ม Dipyridyl ใช้กำจัดวัชพืชได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว พาราควอทมีพิษต่อมนุษย์อย่างร้ายแรง ถ้ากินเข้าไปแม้เพียงปริมาณเล็กน้อย ก็อาจทำให้เสียชีวิตได้จากระบบอวัยวะภายในล้มเหลว ทำให้ปอดเกิดผังพืด ปอดไม่สามารถทำหน้าที่แลกเปลี่ยนแก๊สได้ จนผู้ป่วยระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด เนื่องจากหาซื้อได้ง่ายจึงมีผู้นำพาราควอทมาใช้เป็นยาพิษฆ่าตัวตาย ทำให้มีผู้เสียชีวิตจากสารเคมีชนิดนี้จำนวนมาก ลักษณะทางกายภาพเป็นผลึกคริสตัลหรือเป็นผงใส ไม่มีสี หรือสีเหลืองอ่อน ไม่มีกลิ่น สารละลายในน้ำจะเหนียว เป็นสีแดงเข้ม (International Programme on Chemical Safety, 1998) สารละลายที่ขายในท้องตลาดบางยี่ห้อจะมีการเติมสารสีน้ำเงินแอมเขียว กลิ่นฉุน และสารกระตุ้นให้อาเจียนลงไปด้วย เพื่อให้ทราบได้ง่ายว่าเป็นสารมีพิษรุนแรงลดโอกาสในการกินฆ่าตัวตาย (ฝ่ายวิชาการ บริษัท ชินเจนทา ครอป โพรเทคชั่น, 2547)

แม้ว่าพาราควอทสามารถตรวจพบได้ทั้งในเลือดและในปัสสาวะ แต่ข้อมูลการศึกษาระดับพาราควอทในร่างกายเพื่อประเมินความเสี่ยงการสัมผัสจากการทำงานนั้นก็ยังไม่มีมากนัก องค์กร ACGIH จึงยังไม่ได้กำหนดค่ามาตรฐานในร่างกายคนทำงานไว้ ระดับพาราควอทในเลือดมักตรวจไม่พบในผู้ที่สัมผัสในระดับที่ไม่เป็นอันตราย ส่วนในปัสสาวะเชื่อว่าหากพบในระดับไม่เกิน 0.01 mg/l ถือว่ายังปลอดภัย (Lauwerys, 2001)]

ช่องทางการสัมผัสพาราควอท ที่สำคัญที่สุดคือทางการกิน พาราควอทสามารถดูดซึมผ่านเยื่อทางเดินอาหารได้ดีและเร็วมาก ขึ้นถึงระดับสูงสุดในเลือดได้ภายใน 2 ชั่วโมง แต่หากมีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารการดูดซึมจะลดลง สำหรับการขับถ่ายออกจากร่างกายจะขับออกทางปัสสาวะเป็นหลัก กลไกการก่อพิษสามารถทำให้เกิดการระคายเคืองเฉพาะที่และกัดกร่อน (Corrosive) ได้เมื่อมีความเข้มข้นสูง พิษต่อระบบร่างกายเกิดจากการทำปฏิกิริยากับโคเอนไซม์ Nicotinamide adenine dinucleotide phosphate (NADPH) ที่อยู่ในร่างกาย ทำให้เกิดอนุมูลอิสระหลายชนิด เช่น Superoxide anion มาทำลายเซลล์และเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ด้วยกระบวนการทำลายชั้นไขมันที่เยื่อหุ้มเซลล์ (Lipid peroxidation) ผลที่เกิดมีความรุนแรง มีผลต่ออวัยวะร่างกายหลายส่วน โดยเฉพาะเซลล์ถุงลมในปอด ซึ่งสามารถดูดซึมพาราควอทไว้ได้ดี ทำให้เกิดเซลล์ตาย เกิดการงอกของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันใหม่ และเป็นผังพืดที่ปอดขึ้น ซึ่งทำให้ปอดไม่สามารถแลกเปลี่ยนแก๊สและเกิดเป็นภาวะ Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) อันนำไปสู่การเสียชีวิตในที่สุด ขนาดที่เป็นพิษของพาราควอทนั้น หากเป็นสารละลายความเข้มข้นประมาณ 20 % การกินเข้าไปเพียง 10 – 20 ml ในผู้ใหญ่ หรือ 4 – 5 ml ในเด็ก ก็สามารถทำให้ตายได้ (Olson, 2004) เมื่อใดที่สัมผัสพิษหรือดินแล้วพาราควอทมักจะไม่ก่อพิษ หากถูกเผา ไอที่เกิดขึ้นไม่ก่อพิษดังกล่าวนี้เช่นกัน ดังนั้น ช่องทางที่ต้องระวังมากที่สุดคือทางการกิน

อาการเฉียบพลัน จากการกินพาราควอทนั้น ขึ้นอยู่กับขนาดที่กินเข้าไป ถ้ากินเข้าไปไม่เกิน 20 mg/kg ของน้ำหนักตัว มักไม่มีอาการ หรือคลื่นไส้อาเจียน ท้องเสียเล็กน้อย ไม่มีอาการต่อ ตับ ไต และปอด และมักสามารถหายกลับเป็นปกติได้ ถ้ากินเข้าไปขนาด 20 – 40 mg/kg จะเกิดพิษระดับปานกลางถึงรุนแรง หลังกินทันทีที่เกิดอาการอาเจียน ชั่วโมงต่อมาจะ ท้องเสีย เจ็บในปาก มีแผลในปาก และคอ ปวดท้อง 1 – 4 วันต่อมาจะมีอาการ ตับอักเสบ ไตวาย ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำ 1 – 2 สัปดาห์ต่อมา จะไอ ไอเป็นเลือด มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) ปอดเป็นผังพืด (Lung fibrosis) การทำงานของปอดลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตใน 2 – 3 สัปดาห์ต่อมาเนื่องจากการหายใจล้มเหลว ถ้ากินเข้าไปขนาดมากกว่า 40 mg/kg จะเกิดพิษระดับเลวร้าย เกิดอาการอาเจียนทันที ชั่วโมงต่อมาเกิด ท้องเสีย ปวดท้อง มีแผลในทางเดินอาหาร ไตวาย ตับวาย ตับอ่อนอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ กล้ามเนื้อลายสูญสลาย ความดันโลหิตต่ำ หมดสติ และชัก ผู้ป่วยจะตายภายใน 1 – 4 วัน จากภาวะช็อกเนื่องจากหัวใจล้มเหลว (Cardiogenic shock)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ในการศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้น จะแบ่งปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ กลุ่มแรกเป็นผู้ที่ทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต (parasuicide หรือที่เดิมเรียกว่า suicide attempt) และกลุ่มที่สองคือผู้ที่ทำร้ายตนเองและเสียชีวิต (suicide หรือ completed suicide) ซึ่งเชื่อว่าประชากร 2 กลุ่มนี้มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้นมักมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชร่วม ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นมักเป็นจากการหุนหันพลันแล่น การศึกษาในทางตะวันตกพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง โดยอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 4 ต่อ 1 ในขณะที่หากเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า โดยทั่วไป จะพบการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่ากว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10-20 เท่า สถิติการพยายามฆ่าตัวตายนั้นมีปัญหาในการบันทึกค่อนข้างมาก ดังที่ทราบกันอยู่ว่าขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ดูแลแล้วจะให้การวินิจฉัยว่าเป็นอย่างไรซึ่งส่วนใหญ่ก็มักจะลงแต่ภาวะทางกายอันเป็นผลจากการกระทำ ข้อมูลที่ได้จึงเชื่อถือได้น้อย สถิติที่อ้างถึงกันจึงเป็นสถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งระบบการเก็บข้อมูลเชื่อถือได้มากกว่า รายงานการฆ่าตัวตายของทางกรนั้นในแทบทุกประเทศมักจะต่ำกว่าความเป็นจริงใน

ระดับหนึ่ง ในประเทศไทย จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณและวิสุทธิ กิตติวัฒน์ (2553) เคยศึกษาการฆ่าตัวตายในกรุงเทพมหานคร พบว่าการรายงานของกระทรวงสาธารณสุขต่ำกว่าที่ศึกษาโดยมีผลต่างของอัตราเฉลี่ยร้อยละ 21.5 การศึกษาส่วนใหญ่จึงมักจะมองเปรียบเทียบข้อมูลในระยะยาวหลายๆ ปี ดูแนวโน้ม ซึ่งจะบอกอะไรได้มากกว่าการมุ่งสนใจเฉพาะปีใดปีหนึ่ง

การใช้ยาสมุนไพรไทยเริ่มนำมาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษจากการกินพาราควอท โดย สมชาย หาญไชยพิบูลย์กุล (2551) พบว่าการใช้รางจืดมาใช้รักษา ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงที่ใกล้เคียงกันพบว่าผู้ที่ใช้รางจืดร่วมด้วยมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้รางจืด โดยการใช้น้ำต้มรางจืดอาจเป็นประโยชน์ในการรักษาภาวะเป็นพิษจากสารพาราควอทและอาจช่วยลดอัตราการตายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีพิษปานกลางและรุนแรง จากสถิติข้อมูลการได้รับสารพิษพาราควอทเข้าสู่ร่างกายเพื่อเจตนาฆ่าตัวตาย ของโรงพยาบาลแม่ระมาดอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก พบว่า ปี 2553 - 2555 มีผู้ใช้สารพิษพาราควอทฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ราย เสียชีวิต 8 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 66.67 และไม่สามารถติดตามผลการรักษา 4 ราย ซึ่งเป็นการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันทั้งหมด การให้การดูแลรักษาผู้ได้รับสารพิษจากพาราควอท ไม่มียารักษาโดยเฉพาะ วิธีการหนึ่งคือการใช้คีโม ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยต่างตัวที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ จึงไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยคีโมได้ การนำวิธีการหรือสมุนไพรไทยมาใช้สนับสนุนการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันจึงเป็นทางเลือกที่อาจช่วยลดอัตราการตายในกลุ่มผู้ป่วยได้ งานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลแม่ระมาด เห็นปัญหาเหล่านี้จึงได้ทบทวนแนวทางการรักษาด้วยเวชกรรมแผนไทย วินิจฉัยโรค และรักษาด้วยยาสมุนไพรไทย เพื่อรักษาดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อเป็นทางเลือก และยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคล ของผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอทที่ได้รับการรักษาโดยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทยระหว่าง พฤศจิกายน 2555- สิงหาคม 2557
2. เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ได้รับพาราควอท ที่มารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลแม่ระมาด ระหว่าง พฤศจิกายน 2555- สิงหาคม 2557
3. เพื่อเปรียบเทียบของผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอท ที่รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ระหว่าง ปี พ.ศ. 2553-2555 กับผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอท ที่รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทยปี พ.ศ. 2555-2557

ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษพาราควอท จากการฆ่าตัวตายโดยการกิน ที่มารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2555 - สิงหาคม 2557

วิธีการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Case Report ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับพิษพาราควอทที่เกิดจากการกิน ในการฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับ

การแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลแม่ระมาด จังหวัดตากระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2555 – สิงหาคม 2557 และเปรียบเทียบกับข้อมูลอัตราตายในย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันระหว่างปี 2553 – 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยนอกผู้ป่วยในและแบบติดตามผลการรักษาจากการใช้สมุนไพรไทย ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันมาตรฐานร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย โดยมีกระบวนการรักษาที่ใช้ยาสมุนไพรไทยและกระบวนการดังนี้

1. กระบวนการดูดพิษ โดยใช้ ดินปลวก
2. กระบวนการล้างพิษ โดยใช้ รางจืด
3. กระบวนการขับพิษ โดยใช้ ยาสมุนไพรตำรับ ชื่อ ยาล้างน้ำเหลืองน้ำเลือดเสีย ตำรับของกรมหลวงชุมพรเขตอุดมศักดิ์
4. กระบวนการดับพิษ โดยใช้ ยาสมุนไพรตำรับ ชื่อ ยาเบญจโลกวิเชียร
5. กระบวนการบำรุงร่างกายและบำรุงโลหิต โดยใช้ ยาสมุนไพรตำรับ ชื่อ ยาเบญจผลธาตุและขมิ้นชัน

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย กระบวนการรักษาทั้งหมดอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์แผนปัจจุบันใน และด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ในการใช้แพทย์แผนไทย ได้รับการยินยอมจากญาติผู้ป่วยทุกราย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ข้อมูลเชิงพรรณนาประกอบด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอท ที่มารับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลแม่ระมาด อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ตั้งแต่ เดือน พฤศจิกายน 2555 – สิงหาคม 2557 มีทั้งหมด จำนวน 15 ราย รอดชีวิต 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.33 โดยที่เพศชายรอดชีวิตมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 28 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-35 ปี มีเชื้อชาติกะเหรี่ยงจำนวนมากกว่าเชื้อชาติไทยประมาณ เป็น 1 เท่า ปริมาณการได้รับพาราควอทของผู้ป่วยเฉลี่ย 67 ซีซี และผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอท ปริมาณ 60 ซีซี นั้นเสียชีวิตทั้งหมด คือ 4 ราย ร้อยละ 26.67 ระยะเวลาในการมารับการรักษาของผู้ป่วยหลังจากที่ได้รับพาราควอท มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยมารับการรักษาภายใน 1 ชั่วโมง มีจำนวน 4 ราย เสียชีวิต 1 ราย ร้อยละ 6.67 ระยะเวลาที่แพทย์แผนปัจจุบันส่งผู้ป่วยมารับการรักษาร่วมกับการแพทย์แผนไทย มีระยะเวลาตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา จำนวน 4 ราย รอดชีวิตทั้งหมด 4 ราย ร้อยละ 26.67 และระยะเวลาที่นานที่สุดที่แพทย์แผนปัจจุบันส่งผู้ป่วยมารับการรักษาร่วมกับการแพทย์แผนไทย คือ 3 วัน จำนวน 6 ราย รอดชีวิต 5 ราย ร้อยละ 33.33 ดังตารางที่ 1

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ที่ได้รับสารพิษจากพาราควอท หลังจากก่อนที่แพทย์จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้รับบริการทั้งหมด 15 ราย ไม่ได้รับการเจาะโลหิตตรวจซ้ำ เนื่องจากอาการดีขึ้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ผลการตรวจโลหิตหลังสิ้นสุดการรักษา พบว่า ค่าBUN มีค่าปกติจำนวน 5 ราย รอดชีวิตทั้ง 5 ราย ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 8 ราย รอดชีวิตเพียง 4 ราย ค่า Creatinine มีค่าปกติจำนวน 6 ราย รอดชีวิตทั้ง 6 ราย ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 7 ราย รอดชีวิตเพียง 3 ราย ส่วนการทำงานของตับ ค่าBili total มีค่าปกติจำนวน 4 ราย รอดชีวิต 3 ราย ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 9 ราย รอดชีวิตเพียง 6 ราย ค่าBili direct มีค่าปกติจำนวน 3 ราย รอดชีวิตทั้ง 3 ราย ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 10 ราย รอดชีวิตเพียง 6 ราย ค่าAST มีค่าปกติจำนวน 7 ราย รอดชีวิตทั้ง 7 ราย

ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 6 ราย รอดชีวิตเพียง 2 ราย ค่าALTและ ค่าALP มีค่าปกติจำนวน 6 ราย รอดชีวิต 4 ราย ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 7 ราย รอดชีวิต 5 ราย ค่า Prot total ที่มีค่าปกติจำนวน 11 ราย รอดชีวิต 9 ราย ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 2 ราย รอดชีวิต 1 ราย ค่าProt alb ที่มีค่าปกติจำนวน 13 ราย รอดชีวิต 9 ราย เสียชีวิต ค่าProt glob ที่มีค่าปกติจำนวน 8 ราย รอดชีวิต 7 ราย ส่วนที่ค่าผิดปกติ จำนวน 5 ราย รอดชีวิต 2 ราย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับพิษพาราควอต และได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนทั้งหมด (n = 15)	จำนวนที่รอดชีวิต (n = 11)	ร้อยละ
เพศ			
ชาย	10	6	54.55
หญิง	5	5	45.45
อายุ (ปี)			
15 - 21	5	4	36.36
22 - 28	3	3	27.27
29 - 35	3	1	9.09
36 - 42	3	2	18.18
มากกว่า 42	1	1	9.09
ค่าเฉลี่ย 28 ปี Min=15 , Max=47			
เชื้อชาติ			
ไทย	5	3	27.27
กะเหรี่ยง	10	8	72.73
ปริมาณการได้รับพาราควอต (cc)			
< 15 cc	2	2	18.18
16 - 30 cc	5	5	45.45
31 - 60 cc	2	2	18.18
> 60 cc	6	2	18.18
ค่าเฉลี่ย 67.33 cc, Min= 5 ,Max =120			
ระยะเวลาการมารับการรักษา			
< 1 ชั่วโมง	4	3	27.27
1 - 1.30 ชั่วโมง	5	4	36.36
2 - 6 ชั่วโมง	5	3	27.27
> 6 ชั่วโมง	1	1	9.09
ค่าเฉลี่ย 4.33 ชม,Min=0.3,Max =24			

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการเสียชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับพิษพาราควอต และได้รับการรักษาด้วยยาสมุนไพร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนทั้งหมด (n = 15)	จำนวนที่รอดชีวิต (n = 11)	ร้อยละ
วันที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยแผนไทย			
วันที่ 1	4	4	36.36
วันที่ 2	5	2	18.18
วันที่ 3	6	5	45.45
การดื่มสุราร่วมกับการกินพาราควอต			
ดื่ม	4	1	9.09
ไม่ดื่ม	11	10	90.91

ศึกษาความแตกต่างของผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอต ที่รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ปีพ.ศ. 2553-2555 กับผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอต ที่รักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับการแพทย์แผนไทยปี พ.ศ. 2556-2557 พบว่ามีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ได้รับพิษพาราควอต ที่ได้รับยาสมุนไพรในการรักษา

ผล Lab	หลังได้รับการรักษา (วันออกจาก รพ.)		
	จำนวน (n = 13)	รอดชีวิต	ร้อยละ
BUN (8-23)			
ปกติ	5	5	100
ผิดปกติ	8	4	50.00
CREATININE (0.5 – 1.5)			
ปกติ	6	6	100
ผิดปกติ	7	3	42.85
Bili total (0-1)			
ปกติ	4	3	75.00
ผิดปกติ	9	6	66.66
Bili direct (0-0.35)			
ปกติ	3	3	100
ผิดปกติ	10	6	60.00
AST (5-40)			
ปกติ	7	7	100
ผิดปกติ	6	2	4
ALT (5-40)			
ปกติ	6	4	66.66
ผิดปกติ	7	5	71.42

ตารางที่ 2 ผลทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยที่ได้รับพิษพาราควอต ที่ได้รับยาสมุนไพรในการรักษา (ต่อ)

ผล Lab	หลังได้รับการรักษา (วันออกจาก รพ.)		
	จำนวน (n = 13)	รอดชีวิต	ร้อยละ
ALP (35-125)			
ปกติ	6	4	66.66
ผิดปกติ	7	5	71.42
Prot total (6-8)			
ปกติ	11	9	81.81
ผิดปกติ	2	1	50.00
Prot alb (3.5-5)			
ปกติ	13	9	69.23
ผิดปกติ	0	0	0
Prot glob (2.5-3.5)			
ปกติ	8	7	87.50
ผิดปกติ	5	2	40.00

ตารางที่ 3 ผลการรักษาแพทย์แผนปัจจุบันปี 2553-2555 กับการรักษาร่วมกับแพทย์แผนไทย

แนวทางการรักษา	จำนวน	รอดชีวิต	ร้อยละ
แผนปัจจุบัน (ก.ย.2553- 9 ต.ค.2555)	12	4	33.33
แผนไทยร่วมกับแผนปัจจุบัน (พ.ย.55 - ส.ค.57)	15	9	60.00

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับพาราควอต โดยการใช้ยาแผนไทยร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันในโรงพยาบาลแม่ระมาด อ.แม่ระมาด จ.ตาก เป็นการศึกษาย้อนหลังของผู้ป่วยที่รับสารพิษพาราควอต ที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลแม่ระมาด โดยแพทย์แผนปัจจุบันร่วมกับแพทย์แผนไทย จำนวนทั้งหมด 15 ราย เสียชีวิต 4 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ได้รับสารพิษส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และผู้เสียชีวิตทั้งหมด จำนวน 4 ราย แสดงถึงความรุนแรงที่จะมุ่งทำร้ายตนเองถึงแก่ชีวิตของเพศชายมีมากกว่าเพศหญิง และส่วนใหญ่มีเชื้อชาติกะเหรี่ยง(ต่างด้าว) มากกว่าคนไทยถึง 2 เท่า ซึ่งส่วนใหญ่มีอาชีพใช้แรงงานใช้แรงงานและเข้าถึงยาฆ่าวัชพืชพาราควอตได้ง่ายกว่า กลุ่มช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและในวัยทำงานทั้งหมด ซึ่งวัยรุ่นอยู่ในวัยที่สภาพจิตใจอ่อนไหว ส่วนวัยทำงานอาจมีความเครียดในการประกอบอาชีพ หรือปัญหาครอบครัว ปริมาณการรับสารพิษ 15-30 ซีซีและมากกว่า 60 ซีซี เสียชีวิตกลุ่มละ 2 ราย แสดงถึงปริมาณการรับสารพิษมาก มีโอกาสเสียชีวิตสูงระยะเวลาการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ถึงแม้มาเร็วก็ยังมีโอกาสเสียชีวิตได้ วันที่ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย ถ้าเร็วมาก ก็มีโอกาสรอดชีวิตสูง ส่วนการดื่มสุราร่วม หากมีการดื่มสุราร่วม โอกาสเสียชีวิตสูงกว่า ไม่ดื่มสุราร่วม

ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ที่ได้รับสารพิษจากพาราควอท ก่อนที่แพทย์จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้รับบริการทั้งหมด 15 ราย ไม่ได้รับการเจาะโลหิตตรวจซ้ำ 2 ราย เนื่องจากอาการดีขึ้นแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ จึงประเมินผลทางห้องปฏิบัติการ เพียง 13 ราย ผลการตรวจโลหิตหลังสิ้นสุดการรักษา พบว่า ค่าBUN มีค่าปกติจำนวน 5 ราย รอดชีวิตทั้ง 5 ราย แสดงถึงค่า BUN ที่ปกติ มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย ค่า Creatinine มีค่าปกติจำนวน 6 ราย รอดชีวิตทั้ง 6 ราย แสดงถึงค่า Creatinine ที่ปกติ มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย ส่วนการทำงานของตับ ค่า Bili total มีค่าปกติจำนวน 4 ราย รอดชีวิต 3 ราย ถึงแม้ค่า Bili total แต่ก็ยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ค่าBili direct มีค่าปกติจำนวน 3 ราย แสดงถึงค่า Bili direct ที่ปกติ มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย ค่า AST มีค่าปกติจำนวน 7 ราย รอดชีวิตทั้ง 7 ราย แสดงถึงค่า AST ที่ปกติ มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย ค่าALTและ ค่าALP มีค่าปกติจำนวน 6 ราย รอดชีวิต 4 ราย แสดงถึงค่าALTและ ค่าALP ส่วนที่ค่าปกติ ก็ยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตอยู่ ค่าProt total ที่มีค่าปกติจำนวน 11 ราย รอดชีวิต 9 ราย แสดงถึงส่วนที่ค่าปกติมีโอกาสรอดชีวิตสูง ค่าProt alb ที่มีค่าปกติจำนวน 13 ราย รอดชีวิต 9 ราย แสดงถึงส่วนที่ค่าปกติมีโอกาสรอดชีวิตสูง แต่ยังมีผู้เสียชีวิตอยู่ ค่าProt glob ที่มีค่าปกติจำนวน 8 ราย รอดชีวิต 7 ราย แสดงถึงส่วนที่ค่าปกติมีโอกาสรอดชีวิตสูง จากการศึกษาทำให้ทราบว่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ช่วยในการประเมินผู้ป่วยและปรับวิธีดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาประสิทธิผลของการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทย มาใช้รักษาผู้ที่รับประทานสารพาราควอทมาก่อน ในการออกแบบงานวิจัยจึงยังไม่ได้วางแผนการส่งต่อเพื่อรักษาโดยแพทย์แผนไทยอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ตัดสินใจในการใช้สมุนไพรในการรักษาเป็นการใช้ดุลพินิจของแพทย์แผนปัจจุบัน และความสมัครใจของญาติผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายเข้ารับการรักษาโดยใช้สมุนไพรซ้ำ และในการใช้สมุนไพรไทยในการรักษา โดยเฉพาะชนิดของสมุนไพร ขนาด และระยะเวลาในการใช้ เป็นการใช้ดุลพินิจของแพทย์แผนไทย เนื่องจากยังไม่มีการวิจัย หรือตำราที่เด่นชัด

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาเก็บข้อมูลเพิ่มเติมของผู้ป่วยเพิ่ม เช่น โรคประจำตัว การใช้ยาอื่นร่วม เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาและวางแผนการดูแลรักษาที่ถูกต้องต่อไป ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษารายละเอียดชนิดของสมุนไพรไทย ขนาดที่ใช้ และระยะเวลาในการใช้ ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการลดอัตราการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด และควรมีการวางระบบการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ผลของการรักษาและอาการจากผลของสารพาราควอท ในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิต เพื่อลดผลกระทบระยะยาวต่อไป

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2557). ข้อมูลสถิติ: สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2545-2546 .(ม.ป.ท.)
เข้าถึงเมื่อ 15 ก.ย. 2557 จาก <http://pokpak-mc.blogspot.com/2010/03/blog-post.html>

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและวิสุทธิ กิตติวัฒน์ .(2553). ปัญหาการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน .

เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ย. 2557 จาก <http://pokpak-mc.blogspot.com/>

ณรงค์ศักดิ์ ค้านอธรรม. (2551). วานสมุนไพร ไม้มงคลไทย. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์

พับลิชชิง.

- ฝ่ายวิชาการ บริษัท ชินเจนทา ครอป โปรเทคชั่น จำกัด. (2547).แนวทางการวินิจฉัย การปฐมพยาบาล และการดูแลรักษา ภาวะเป็นพิษจากพาราควอท. กรุงเทพมหานคร : ชินเจนทา ครอป โปรเทคชั่น.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิม อายุรเวทวิทยาลัย(ชีวกโกมารภัจจ์). (2535). ตำราการแพทย์ไทยเดิม(แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์) ฉบับอนุรักษ์. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- นิจศิริ เรื่องรังสี. (2547). สมุนไพรไทย. กรุงเทพฯ: พี เฮลท์ตี้.
- สมชาย หาญไชยพิบูลย์กุล. (2551). การรักษาผู้ได้รับสารพาราควอทด้วยรังสี. วารสารวิชาการสาธารณสุข., 17(3), 613-622.
- หม่อมเมือง สันยาสี. (2555). ตำรับยาหม้ออายุวัฒนะ. กรุงเทพฯ: พรอสเพอร์ เซอร์วิส ซัพพลาย.
- Gawarammana IB, Buckley NA.(2011). Medical management of paraquat ingestion. Br J Clin Pharmacol. ;72(5):745-57.
- Lauwerys RR, Hoet P. (2001). Industrial chemical exposure: Guidelines for biological monitoring 3rd ed. Florida: CRC Press 2001.
- Olson KR, Anderson IB, Benowitz NL, Blanc PD, Clark RF, Kearney TE, et al. (2004). Poisoning & drug overdose. the California Poison Control System. 5th ed. New York: McGraw-Hill.
-

ผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้าในผู้ป่วยโรคข้อโปงน้ำเข่า
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี
Effects of the Royal Massage with Knee Wrap in Osteoarthritis Patients,
Saiburi Crown Prince Hospital , Saiburi District, Pattani Province

ทวีศักดิ์ มากละม้าย¹ และสุวัชร บุญเรือน²
Tarveesak Makelamay¹ and Suwapat Boonruen²

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยโรคข้อโปงน้ำเข่าระหว่างการนวดรักษาแบบราชสำนักกับการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้า กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและประเมินระดับอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย () ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(SD) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired-t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent-t-test

ผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้าในผู้ป่วยโรคข้อโปงน้ำเข่า พบว่าค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของผู้ป่วยก่อนการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 6 ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของผู้ป่วยหลังการทดลอง ครั้งที่ 6 ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าลดลง และองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การรักษาโดยการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ลดลง องศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มขึ้นว่าการนวดรักษาแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียวซึ่งอาการดังกล่าวดีขึ้นเป็นผลจากสมุนไพรในตัวยาพอกเข้าดังนั้นจึงควรนำวิธีการรักษาพอกเข้าไปใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อโปงน้ำเข่าที่มารับบริการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ต่อไป

คำสำคัญ : โรคข้อโปงน้ำเข่า อาการปวดเข่า องศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า การนวดรักษาแบบราชสำนัก การพอกเข้า

¹ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

² วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาจนานิกะ

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This quasi-experimental research aims to compare the degree of knee pain and the angle of knee movement between the two treatments: the Royal massage and the Royal massage with knee wrap. Sixty patients with osteoarthritis were purposively selected according to given requirements of this research. The sample group of 60 were equally divided into two groups with similar characteristics (an experimental group of 30 and a control group of 30). Data were collected by self-administering the questionnaire and measuring the degree level of knee pain and the angle of knee movement. Descriptive statistics (i.e. percentage, average and standard deviation) were used for an initial data analysis. Paired sample t-test and independent t-test were

tested statistically for comparing the average score of knee pain level and knee movement angle within group and between group, respectively.

The result showed that the average scores of knee pain degree and knee movement angle, by comparing between before the first treatment and after the sixth treatment of both the control group and the experimental group, were significantly different (p -value < 0.05). Similarly, the average scores of knee pain degree and knee movement angle after the sixth treatment, by comparing between the experimental group and the control group were significantly different (p -value < 0.05). It can be concluded that the experimental group treated with the combination of Royal massage and knee wrap apparently decreased the knee pain degree and increased the knee movement angle when comparing with the control group.

This research also suggested that the improvement of patients' symptoms possibly resulted from herbal ingredients in knee wrap treatment. Therefore, the Royal massage with knee wrap treatment has been recommended for patients with osteoarthritis according to this research.

Key words : Osteoarthritis, knee pain, knee movement angle, Royal massage, knee wrap

¹ Saiburi Crown Prince Hospita Saiburi District Pattani Province

² Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังพบมากในคนไทยอายุมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 50 เป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มวัยกลางคนและวัยชรา พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเพศหญิงเป็นมากกว่าชายทุกเชื้อชาติ (ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2554).

การรักษาอาการปวดข้อเข่าในปัจจุบัน แบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆคือ การรักษาโดยใช้ยา การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู การผ่าตัด และการรักษาแบบทางเลือก โดยการรักษาทางยา ประกอบด้วยกลุ่มยาแก้ปวดในรายที่ปวดไม่รุนแรง กลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ใช้เมื่อมีการอักเสบของข้อและปวดในระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าถ้าใช้ติดต่อกันนานๆจะเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ เช่น เลือดออกในกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง และยาต้านการอักเสบที่มีสเตียรอยด์ผสมที่เป็นยาฉีด ใช้เมื่อมีอาการอักเสบรุนแรงและปวดมาก อาจทำให้เกิดกระดูกพรุนและข้อเสื่อมเร็วขึ้นและเสี่ยงต่อการนำเชื้อเข้าไปในข้อได้ (อรสา กาพันธ์, 2545)

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมหรือโรคข้ออักเสบที่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน และมีน้ำในข้อ ขณะที่บวมและอักเสบจะมีความร้อนจึงใช้วิธีการพอกยาด้วยสมุนไพรสามารถดูดพิษการอักเสบตามข้อต่างๆที่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน โดยตำรับในยาพอกมีส่วนประกอบของสมุนไพร ได้แก่ ผักเสี้ยนผี ไพล ข้าวสาร ปูนแดง หนักรวม 600 กรัม ประกอบด้วยปูนแดง ข้าวสาร หนักสิ่งละ 200 กรัม ผักเสี้ยนผี ไพล หนักสิ่งละ 100 กรัม ซึ่งขนาดและวิธีใช้น้ำข้าวสารที่แช่น้ำ ผักเสี้ยนผี ไพลมาปั่นหรือตำให้ละเอียดนำมาผสมกับปูนแดงและน้ำข้าวข้าวเล็กน้อย นำมาพอกบริเวณที่มีอาการปวด วันละ 1 ครั้ง พอกนานครั้งละ 30 นาที ผลของการพอกเข่าด้วยตำรับยาพอก จะวัดจาก อาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของเข่า และการนวดแบบราชสำนัก เป็นการรักษาอีกวิธีหนึ่งแต่การนวดรักษาแบบราชสำนักจะลดการอักเสบที่เกิดในข้อเข่าได้น้อยและผู้ที่รักษาต้องมีความชำนาญ ดังนั้นจึงต้องมีการพอกยาในการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทย

จะต้องมีการตรวจและคัดกรองโดยแพทย์แผนไทยเพื่อใช้เป็นแนวทางการรักษา และส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม, 2555)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้าในผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่าที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของข้อเข่า ลดความรุนแรงของโรค และเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าของผู้สนใจต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่าก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนัก
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่าก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้า
3. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดเข่าของผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่าระหว่างหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักกับหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้า
4. เพื่อเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่าก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนัก
5. เพื่อเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่าก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้า
6. เพื่อเปรียบเทียบองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่าระหว่างหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักกับหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้า

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-experimental Research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้าต่ออาการปวดเข่าและต่อองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในผู้ป่วยโรคจับโปงน้ำเข่า โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี ตำบลตะลุบัน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคจับโปงน้ำเข่า ระหว่างเดือนมกราคม 2559 ถึงเดือนมีนาคม 2559 จำนวน 404 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี ตำบลตะลุบัน อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคจับโปงน้ำเข่า โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยจับคู่ให้กลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มทดลองคือ เพศ อายุ ระยะเวลาของการปวดข้อเข่า โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า มีดังนี้

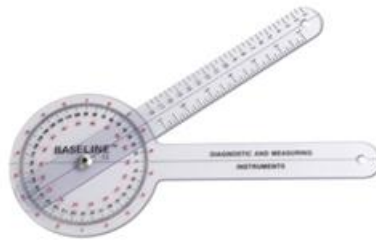
1. ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม อายุตั้งแต่ 40ปีขึ้นไปและไม่เกิน65ปีปวดข้อเข่าไม่เกิน 3 เดือน
2. มีความสนใจในการรักษาและรับการรักษาคือต่อเนื่องได้ ตามวันเวลาที่กำหนด ติดต่อกันเป็นเวลา 6 ครั้ง
3. ไม่มีโรคหรือข้อห้ามในการพอก เช่น โรคผิวหนัง มะเร็ง โรคติดต่อ และไม่เคยรับอุบัติเหตุที่บริเวณข้อเข่ามาก่อน
4. ไม่ใช้ยาระงับปวดทุกประเภทในระหว่างการพอกเพื่อศึกษาผลวิจัย
5. ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดเข่าข้างใดข้างหนึ่งเพียงข้างเดียว

เกณฑ์ในการคัดออกมีดังนี้

1. เกิดผลข้างเคียงจากการพอก เช่น การแพ้สมุนไพร ผื่นแดง คัน เป็นต้น
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดสภาวะที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองต่อได้ เช่น เกิดบาดเจ็บ จากอุบัติเหตุ มีการเจ็บป่วย เป็นต้น
3. ผู้เข้าร่วมวิจัย มาไม่ครบตามจำนวนครั้งที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือและการตรวจสอบเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
 - 1.1 เครื่องมือ Goniometer เพื่อวัดองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า



ภาพที่ 1 เครื่องมือ Goniometer

ที่มา: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2554

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบบันทึกการวัดองศาการเคลื่อนไหวของเข่า จากผลของการนวดรักษาแบบราชสำนักกร่วมกับพอกเข่าด้วยตำรับยาพอกรักษาอาการปวดเข่าในกลุ่มทดลองและนวดรักษาแบบราชสำนักในกลุ่มควบคุม การประเมินการรักษาตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจร่างกายและประเมินก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม จากองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า

ส่วนที่ 4 เป็นแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกอาการปวดเข่าของกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินผลก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักกร่วมกับการพอกเข่าของกลุ่มทดลอง และประเมินผลก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักของกลุ่มควบคุม โดยใช้มาตราวัดระดับอาการปวด (Visual Analogue Pain scale) เป็นการใชเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วงเท่าๆกัน

มีตัวเลข ตัวหนังสือ และรูปภาพกำกับพร้อมคำอธิบาย เป็นเครื่องมือที่ไม่ซับซ้อน เข้าใจง่ายแล้วให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายถูกที่บ่งคะแนนความปวด ซึ่งแบบการประเมินมี 6 ระดับ



ภาพที่ 2 แบบประเมินการรับรู้การปวด

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราช, 2549

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบบันทึกที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์แผนไทยจากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ซึ่งมีการปรับปรุงด้านเนื้อหาและภาษา ของส่วนที่ 1 จำนวน 3 ข้อ คงข้อความเดิม จำนวน 5 ข้อ รวม 8 ข้อ ส่วนที่ 2 จำนวน 1 ข้อคงข้อความเดิม 1 ข้อ รวม 5 ข้อ

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ Goniometer โดยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest method) ไปทำการทดสอบกับผู้ไข้โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี ลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการวัดซ้ำ 2 ครั้ง ให้ห่างกัน 15 นาที นำไปหาค่าความสัมพันธ์ โดยใช้สูตรแบบเพียร์สัน Pearson's Product Moment Correlation ได้ค่าเท่ากับ 1

3. การตรวจมาตรวัดระดับอาการปวด (Visual Analogue Pain scale) โดยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest method) ไปทำการทดสอบกับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี ลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการวัดซ้ำ 2 ครั้ง ให้ห่างกัน 15 นาที นำไปหาค่าความสัมพันธ์ โดยใช้สูตรแบบเพียร์สัน Pearson's Product Moment Correlation ได้ค่าเท่ากับ 1

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4.1 ผู้ศึกษาได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการศึกษา ระยะเวลาการศึกษา อธิบายโดยใช้เอกสารชี้แจงแนะนำข้อมูลและให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอม การเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการการศึกษา และไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งลงนาม โดยมีข้อความแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในหนังสือด้วยความสมัครใจ (Information consent from)

4.2 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะของภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

4.3 ระหว่างดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถสอบถามผู้ศึกษา ได้ตลอดเวลา

4.4 อธิบายถึงสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และการมีสิทธิที่จะหยุดการเข้าร่วมการศึกษาโดยไม่เสียสิทธิประโยชน์ใด ๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย
2. ตรวจจ้องศาการเคลื่อนไหวเข้าด้วยเครื่อง Goniometer เพื่อวัดจ้องศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าและบันทึกในแบบฟอร์ม
3. วัดระดับอาการปวด และบันทึกในแบบฟอร์ม
4. กลุ่มทดลอง ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับพอกสมุนไพรที่ได้เตรียมไว้ คือ การนวดรักษาแบบราชสำนัก 45 นาที แล้วทำการพอกเข้าต่อ นำข้าวสารที่แช่น้ำ ผักเส้นฝี ไพลมาปั่นหรือตำให้ละเอียดนำมาผสมกับปูนแดงและน้ำข้าวข้าวเล็กน้อย นำมาพอกไว้บริเวณข้อเข่าของกลุ่มตัวอย่างพอกไว้เป็นเวลาครั้งละ 30 นาที โดยทำการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับพอก 3 ครั้ง ต่อ 1 สัปดาห์ รวม 2 สัปดาห์ นัดวันเว้นวัน จนครบ 6 ครั้ง (กลุ่มงานส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สถาบันการแพทย์แผนไทย,2550)
5. กลุ่มควบคุม ได้รับการนวดรักษาแบบราชสำนัก เพียงอย่างเดียว จำนวน 6 ครั้ง นวดรักษาแบบราชสำนัก 45 นาที โดยทำการนวดรักษาแบบราชสำนัก 3 ครั้ง ต่อ 1 สัปดาห์ รวม 2 สัปดาห์ นัดวันเว้นวัน จนครบ 6 ครั้ง
6. รวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

หลังจากเก็บข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผลข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลผลของระดับอาการปวดเข่า การวัดจ้องศาเข่า ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้า และกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง การนวดแบบราชสำนัก มาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับอาการปวดเข่า การวัดจ้องศาเข่า ก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้าในกลุ่มทดลองและการนวดรักษาแบบราชสำนักในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับระดับอาการปวดเข่า การวัดจ้องศาเข่า ของเข่า ก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข้าและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t- test

ผลการศึกษา

ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 33.30 น้ำหนักระหว่าง 50 – 59 กิโลกรัม ร้อยละ 60.00 ส่วนสูงระหว่าง 160 – 169 เซนติเมตร ร้อยละ 60.00 ค่า BMI น้ำหนักปกติ ร้อยละ 66.67 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.66

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 60 – 65 ปี ร้อยละ 30.00 น้ำหนักระหว่าง 60 – 69 กิโลกรัม ร้อยละ 50.00 ส่วนสูงระหว่าง 150 – 159 เซนติเมตร ร้อยละ 73.30 ค่า BMI น้ำหนักปกติ ร้อยละ 73.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.00

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อิริยาบถที่ใช้เป็นประจำอาการปวดเข่าในเวลา นั่งยองๆคุกเข่า พบเพียง คิดเป็นร้อยละ 56.70 ประวัติในอดีตไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณเข่า ร้อยละ 100.00 ความถี่ของการปวดข้อเข่า ปวดน้อยกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 70.00 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย น้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 93.30 วิธีที่เคยได้รับเมื่อมีอาการปวดข้อเข่าการรับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 90.00

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ อิริยาบถที่ใช้เป็นประจำอาการปวดเข่าในเวลา นั่งยองๆคุกเข่า พบเพียง คิดเป็นร้อยละ 40.00 ประวัติในอดีตไม่เคยได้รับอุบัติเหตุบริเวณเข่า ร้อยละ 100.00 ความถี่ของการปวดข้อเข่า ปวดน้อยกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 73.33 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย น้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 86.70 วิธีที่เคยได้รับเมื่อมีอาการปวดข้อเข่าการรับประทานยาแก้ปวด ร้อยละ 86.66

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า ก่อนและหลัง การนวดรักษาแบบราชสำนัก ของกลุ่มควบคุม (n = 30)

กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลองครั้งที่1		หลังทดลองครั้งที่6		t	P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน		
	(\bar{X})	เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	(\bar{X})	เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
อาการปวดเข่า (ชม.)	8.07	.828	5.13	1.01	15.83	0.000*
องศาการเคลื่อนไหว(องศา)	120.70	3.834	122.33	3.99	18.25	0.000*

* P-value < 0.05

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า ก่อนและหลัง การนวดรักษาแบบราชสำนัก ร่วมกับการพอกเข่า ของกลุ่มทดลอง (n = 30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลองครั้งที่1		หลังทดลองครั้งที่6		t	P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ค่าเฉลี่ย	ส่วน		
	(\bar{X})	เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	(\bar{X})	เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
อาการปวดเข่า(ชม.)	8.07	0.83	3.07	1.02	26.93	0.000*
องศาการเคลื่อนไหว(องศา)	121.80	5.182	127.50	4.71	14.62	0.000*

* P-value < 0.05

ตาราง 3 การเปรียบเทียบ อาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า ระหว่างหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับพอกเข่า (n = 30)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	P-value
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)		
อาการปวดเข่า(ซม.)	5.13	1.01	3.07	1.02	7.91	0.000*
องศาการเคลื่อนไหว(องศา)	122.33	3.99	127.50	4.71	4.60	0.000*

* P-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดเข่าลดลงและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าเพิ่มขึ้น ก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลสมเด็จพะพรชัยบุรี ตำบลตะลุมพันธ์ อำเภอสาวยบุรี จังหวัดปัตตานี พบว่าค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่าและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าของผู้ป่วยก่อนการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการนวดรักษาแบบราชสำนักช่วยลดอาการปวดเข่า ซึ่งการนวดรักษาแบบราชสำนักเป็นการกดจุดบริเวณกล้ามเนื้อเพื่อเป็นการกระตุ้นใยประสาทใหญ่ทำให้เกิดการนำสัญญาณประสาททางใยประสาทใหญ่ ที่มีผลยับยั้งสัญญาณเกี่ยวกับอาการปวดจากใยประสาทเล็ก ทำให้สัญญาณประสาทไปทำให้อาการปวดลดลงในขณะเดียวกันมีสัญญาณประสาทจากใยประสาทใหญ่บางส่วนเข้าสู่สมองบริเวณลิมบิกในสมองส่วนหน้าเกิดการหลั่งสารเอ็นโดรฟินออกมา ทำให้เกิดการตอบสนองต่ออาการปวดลดลง และมีผลต่อระบบการไหลเวียนของโลหิต ซึ่งการไหลเวียนของโลหิต ทำให้เลือดและน้ำเหลืองถูกบีบออกจาก บริเวณนั้น และมีเลือดและน้ำเหลืองใหม่มาแทน ระบบไหลเวียนจึง ทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ช่วยลดอาการบวมและยังทำให้บริเวณที่นวดมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น กระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียน นอกจากนี้ยังมีต่อระบบกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพราะมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อ มีความยืดหยุ่นดีขึ้นอาการเจ็บปวดจะลดลง ลดอาการเมื่อยล้า ลดอาการบวม และช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า ซึ่งการนวดเป็นกดจุดบริเวณกระดูกและข้อต่อ โดยข้อต่อเป็นส่วนปลายกระดูกที่มาต่อกันมีพังผืดหุ้มรอบข้อและภายในมีน้ำไขข้อ โดยการนวดทำให้ระบบหมุนเวียนเลือดในข้อต่อดีขึ้นทำให้น้ำไขข้อเพิ่มขึ้นจึงทำให้การเคลื่อนไหวได้คล่องขึ้นและไม่ทำให้ข้อต่อติดสามารถยืดเหยียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ กองกุล (2553) ได้ศึกษาผลการนวดไทยแบบราชสำนักต่อการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลกลาง อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ตผลการศึกษาพบว่าหลังที่ได้รับการนวดไทยแบบราชสำนักมีการปวดข้อเข่า ลดลงมากกว่าก่อนได้รับการนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ผลการวิจัยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการปวดเข่าลดลงและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าเพิ่มขึ้น ก่อนและหลังการนวดรักษาแบบราชสำนักร่วมกับการพอกเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลสมเด็จพะพรชัยบุรี ตำบลตะลุมพันธ์ อำเภอสาวยบุรี จังหวัดปัตตานี พบว่าค่าเฉลี่ยของอาการปวด

เขาและองค์การเคลื่อนไหวของข้อเข่าของผู้ป่วยก่อนการทดลองครั้งที่ 1 กับหลังการทดลองครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการนวดรักษาแบบราชสำนักกับการพอกเขา ช่วยลดอาการปวดเข่า และช่วยเพิ่มองค์การเคลื่อนไหวข้อเข่า โดยการนวดรักษาแบบราชสำนักกับการพอกเขาเป็นการช่วยทำให้บริเวณที่มีอาการได้รับการกระตุ้นทั้งระบบไหลเวียนเลือด และระบบกระดูกและข้อต่อ ซึ่งการพอกเขายังมีสมุนไพรในตำรับที่ประกอบไปด้วยผักเสี้ยนผี ไพล ข้าวสาร ปูนแดง โดยสมุนไพรเหล่านี้มีสารสำคัญที่มีสรรพคุณลดอาการปวด บวม ลดการอักเสบ แดงร้อน และช่วยกระจายลมที่คั่งตามข้อ จึงทำให้การไหลเวียนของโลหิตทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อ เพราะมีเลือดมาเลี้ยงเพิ่มขึ้น ช่วยจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้นทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้ลดอาการเมื่อยล้า ลดอาการบวมและบรรเทาความเจ็บปวด และข้อต่อเป็นส่วนปลายกระดูกที่มาต่อกันมีพังผืดหุ้มรอบข้อและภายในมีน้ำไขข้อ โดยการนวดทำให้ระบบหมุนเวียนเลือดในข้อต่อดีขึ้นทำให้น้ำไขข้อเพิ่มขึ้นจึงทำให้การเคลื่อนไหวได้คล่องขึ้นและไม่ทำให้ข้อต่อติดสามารถยืดเหยียดได้ และการพอกเขายังลดการอักเสบที่อาจเกิดจากการนวดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของผัดชา สมผุด (2558) ที่ได้ศึกษาผลของการพอกเขาด้วยตำรับยาพอกต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าอักเสบที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหลุมพ้อ อำเภอลำลูกกา จังหวัดกระบี่ โดยตำรับยาสมุนไพรพอกเขาประกอบไปด้วย ไพล ขมิ้นชัน ผิวมะกรูด รากชิงชี รากย่านาง รากคนทา รากเท้ายายม่อม รากมะเดื่อชุมพร ผลการศึกษาพบว่า อาการปวดเข่าของผู้ป่วยลดลง ค่าเฉลี่ยก่อนพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 องค์การเคลื่อนไหวของข้อเข่าของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยก่อนพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การบวมของเข่าของผู้ป่วยลดลง ค่าเฉลี่ยก่อนพอกครั้งที่ 1 และหลังการพอกครั้งที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการปวดเข่าและองค์การเคลื่อนไหวของข้อเข่าของผู้ป่วยหลังการทดลอง ครั้งที่ 6 ระหว่างการนวดรักษาแบบราชสำนักกับการนวดรักษาแบบราชสำนักกับการพอกเขาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งการรักษาโดยการนวดรักษาแบบราชสำนักกับการพอกเขาทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดที่ลดลง องค์การเคลื่อนไหวของข้อเข่าเพิ่มขึ้นกว่าการนวดรักษาแบบราชสำนัก ดังนั้นการนวดรักษาแบบราชสำนักกับการพอกเขาจึงดีกว่าการนวดรักษาแบบราชสำนักเพียงอย่างเดียวเนื่องจากสมุนไพรในตำรับยาพอกเขาที่มีสารที่ช่วยลดการอักเสบและบรรเทาอาการปวดโดยอาศัยฤทธิ์จากสมุนไพรในตำรับยาพอกเขาการพอกเขาคือผักเสี้ยนผี ไพล ข้าวสาร ปูนแดง มีสรรพคุณในการแก้ปวดกล้ามเนื้อ ลดการอักเสบ บวมได้สอดคล้องกับการศึกษาของ กรวินท์วิษณุ บุญพิสุทธิพันธ์ (2557) ที่ได้ศึกษาและมีการพัฒนาเป็นนวัตกรรม Yapox ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดอักเสบจากตำรับยาสมุนไพรพอกคุดพิช โดยตำรับยาสมุนไพรพอกคุดพิชนี้มีส่วนประกอบที่เป็นตัวยาหลักคือ ไพล มะขาม ส้มป่อย ย่านาง เท้ายายม่อม ชิงชี คนทา มะเดื่อชุมพร และสมุนไพรอื่นๆ อีกรวมทั้งหมด 25 ชนิด ซึ่งการพัฒนาในรูปแบบของตำรับยาพอกคุดพิช ได้พัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติที่ใช้เพื่อลดปวดและอักเสบ เพื่อง่ายสำหรับผู้ป่วยต่อการนำกลับไปใช้ได้เองที่บ้าน ผลการพัฒนาในรูปแบบของตำรับยาพอกคุดพิชพบว่า สารสกัดจากตำรับยาพอกคุดพิชสามารถลด nitric oxide production ได้มากกว่าวิตามินซีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสามารถลดอาการปวดและอักเสบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นได้เทียบเท่ากับยาไดโคลฟีแนลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

บรรณานุกรม

- กรวิมลวิชัย บุญพิสุทธินันท์. 2557. Yapox ผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดอักเสบจากตำรับยาสมุนไพรพอกจุดพิษ. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราช. 2549. แบบประเมินความเจ็บปวด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผัดชา สมพุด. 2558. ผลของการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอกต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหลุมพอ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. วิทยาลัยการแพทย์ไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม อายุรเวทวิทยาลัย. 2555. หัตถเวชกรรมแผนไทย นวตราชนำนัก (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์.
- รัตนภรณ์ มากะนัดต์. 2550. ผลการประคบสมุนไพรแห้งต่ออาการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). พะเยา: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมใจ กองกุล. (2553). ผลการนวดไทยแบบราชสำนักต่อการปวดข้อเข่าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในโรงพยาบาลกลาง อำเภอกลาง จังหวัดภูเก็ต. วิทยาลัยการแพทย์ไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- สร้อยเพชร วงศ์วาลย์. 2553. ผลการนวดสายราชสำนักต่อการบำบัดโรคข้อเข่าเสื่อมคลินิกการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยาลัยการแพทย์ไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- อัญชลี แก่นกลาง. 2553. ผลการนวดไทยแบบราชสำนักในการรักษาอาการปวดเข่าโรคข้อเข่าเสื่อมแห่งเข่าคลินิกการแพทย์แผนไทย อำเภอหนองบุญมาก โรงพยาบาลหนองบุญมาก. วิทยาลัยการแพทย์ไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.
- ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี 2554. ออร์โธปิดิกส์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด

ผลของสารสกัดสมุนไพรที่มีต่อเซลล์รากผมเพื่อพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์รักษาผมร่วง Effects of Medicinal Plants Extract on Dermal Papilla Cells for Anti-hair loss Products Development

วันชววรรณ วิสุทิพรต¹ เนติ วรรณุช¹ กรกนก อิงคนินันท์² และ วุฒิชัย วิสุทิพรต^{3,4}
Vanuchawan Wisuitiprot¹ Neti Waranuch¹ Kornkanok Ingkaninan² and Wudtichai Wisuitiprot^{3,4}

บทคัดย่อภาษาไทย

ภาวะผมร่วงเนื่องจากฮอร์โมนแอนโดรเจนเป็นภาวะผมร่วงที่เป็นปัญหาต่อการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นที่ทราบกันดีว่าภาวะผมร่วงดังกล่าวมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนไปเป็นไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (DHT) โดยการกระตุ้นของเอนไซม์ 5 α -รีดักเตส ซึ่งผลผลิตดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อเซลล์รากผม นอกจากนั้นภาวะการอักเสบของรากผมก็จัดเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดอาการผมร่วงในภาวะดังกล่าว จึงได้มีการศึกษาวิจัยจำนวนมากที่พยายามจะค้นหาสารประกอบที่สามารถรักษาอาการผมร่วงจากภาวะดังกล่าวได้โดยมุ่งหวังให้สารประกอบเหล่านั้นมีผลข้างเคียงที่น้อยที่สุดสารประกอบในพืชสมุนไพรจัดเป็นทางเลือกที่ได้รับความนิยมอย่างมากในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทดสอบผลของสารสกัดจากพืชสมุนไพร ซึ่งได้แก่ ฤๅษณา, กล้วย, ข้าว, บัวบก, ผักบุ้งทะเล, พิมเสนตัน, มะพร้าว, มังคุด, รากสามสิบ, รวงจืด, ส้มป่อย, หญ้าถอดปล้อง และหม่อน ที่ถูกระบุแต่โบราณถึงสรรพคุณในการบำรุงเส้นผม หรือมีการศึกษาถึงฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ โดยได้ทำการศึกษาถึงผลและความเป็นพิษของสารสกัดที่มีต่อเซลล์รากผม ในขณะที่การตรวจวัดการยับยั้งสารสื่ออักเสบ อินเตอร์ลิวคินวัน (IL-1) โดยทดสอบใน แม็คโครฟาจของหนู ผลการศึกษาพบว่า มีสมุนไพรจำนวน 3 ชนิด คือ พิมเสนตัน มังคุด และรากสามสิบ ที่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์รากผมที่ความเข้มข้น 100 – 500 $\mu\text{g/ml}$ ในขณะที่ สารสกัดจากฤๅษณาสามารถกระตุ้นการเจริญของเซลล์รากผมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีสมุนไพรที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบสูงสุดคือ มะพร้าว และมังคุด

คำสำคัญ : ภาวะผมร่วงเนื่องจากฮอร์โมนแอนโดรเจน, การอักเสบ, เซลล์รากผม

¹ ภาควิชาเทคโนโลยีเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ภาควิชาเภสัชเคมีและเภสัชเวท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ ภาควิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

⁴ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Androgenic alopecia is the hair loss problem interfering human life style. Generally, androgenic alopecia has caused from testosterone metabolism. Testosterone is metabolized to dihydrotestosterone (DHT). The reaction is induced by 5 α -reductase. A metabolite affected the growth of dermal papilla cells, in addition microinflammation of hair root also was the cause of hair loss. There were many researches attempted to find the new compounds that can improve hair loss with less adverse effects. The chemical components in medicinal plants are the one of favorite candidates in research. This study was to investigate the effect of medicinal plant extracts; they were *Garcinia mangostana*, *Acacia concinna*, *Aquilaria subintegra*, *Equisetum debile*, *Ipomoea pes-caprae*, *Centella asiatica*, *Thunbergia laurifolia*, *Musa acuminata*, *Asparagus racemosus*, *Morus alba*, *Pogostemon cablin*, *Oryza sativa* and *Cocos nucifera*. They were traditionally used in hair nourishment or reported as anti-inflammatory agent. The cytotoxic effect on dermal papilla cells

was done as well as the determination of Interleukin-1(IL-1 β) inhibition investigated by murine macrophages. The results revealed that Pogostemon cablin, Garcinia mangostana and Asparagus racemosus presented cytotoxic effect on dermal papilla cells at 100 – 500 μ g/ml while extract of Aquilaria subintegra significantly induced dermal papilla cell proliferation. Garcinia mangostana and Cocos nucifera showed the highest anti-inflammatory activity.

Key words : androgenic alopecia, Inflammation, dermal papilla cells

¹ Department of Pharmaceutical Technology, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

² Department of Pharmaceutical Chemistry and Pharmacognosy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

³ Department of Thai Traditional Medicine, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

⁴ Center of Excellence for Thai Traditional Medicine, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะผมร่วงเนื่องจากภาวะฮอร์โมนแอนโดรเจน (androgenic alopecia) จัดเป็นภาวะผมร่วงที่มักพบได้บ่อยในประชากรเพศชายที่ส่งผลต่อความมั่นใจในตนเอง ตามปกติแล้วเส้นผมบนศีรษะสามารถหลุดร่วงได้เฉลี่ยประมาณ 70-100 เส้นต่อวัน โคนเฉพาะระหว่างการสระผมและหวีผม หากผมร่วงมีจำนวนมากกว่าจำนวนเฉลี่ยดังกล่าวอาจก่อให้เกิดศีรษะล้านได้ ฮอร์โมนแอนโดรเจนจัดเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเจริญและหลุดร่วงของเส้นผม ตามปกติฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนซึ่งจัดเป็นฮอร์โมนแอนโดรเจนประเภทหนึ่งที่กระจายอยู่ในระบบหมุนเวียนโลหิต ซึ่ง 3 เปอร์เซ็นต์ของเทสโทสเตอโรนสามารถแพร่เข้าสู่เซลล์รากผมได้และถูกเปลี่ยนเป็นสารประกอบไดไฮโดรเทสโทสเตอโรน (DHT) โดยเอ็นไซม์ 5 α -รีดักเตส (5 α -reductase) ซึ่งสารประกอบดังกล่าวจะจับกับ แอนโดรเจนนิกิริเซพเตอร์ และกระตุ้นให้เกิดกระบวนการสร้างโปรตีนที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการตายของเซลล์รากผม (Kaufman, 2002; Trüeb, 2002) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกจำนวนมากที่ระบุถึงภาวะการอักเสบของรากผม และผลของสารสื่ออักเสบโดยเฉพาะ interleukin-1 ที่มีผลอย่างมากต่อการตายของรากผม อันนำมาสู่การหลุดร่วงของเส้นผมในที่สุด (Trüeb, 2002)

เนื่องจากภาวะผมร่วงเนื่องจากภาวะฮอร์โมนแอนโดรเจน มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน และการเจริญเติบโตของเซลล์รากผม จึงมีการศึกษาจำนวนมากที่พยายามรักษาภาวะผมร่วงดังกล่าว ไฟเนสเตอร์ไรด์ (Finasteride) เป็นรับประทานแผนปัจจุบันที่ได้รับการรับรองถึงประสิทธิภาพในการรักษาภาวะผมร่วงดังกล่าว โดยสามารถออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ 5 α -รีดักเตส แต่อย่างไรก็ตามผลการยับยั้งดังกล่าวจึงส่งผลให้ ไฟเนสเตอร์ไรด์มีผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ เช่นความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัว รวมถึงความผิดปกติในการหลั่งน้ำอสุจิ ในขณะที่ไมน็อกซิดิล (Minoxidil) ก็จัดเป็นยาทารักษาอาการผมร่วงที่ได้รับการรับรองถึงประสิทธิภาพในการรักษาเช่นกัน โดยไมน็อกซิดิลสามารถรักษาอาการผมร่วงได้โดยการเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลหล่อเลี้ยงผิวหนังบริเวณรากผมด้วยการขยายหลอดเลือด ถึงแม้ว่าไมน็อกซิดิลจะเป็นยาทาเฉพาะที่ จึงมักพบรายงานอาการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการระคายเคืองผิวหนัง รวมถึงการรายงานถึงอาการข้างเคียงต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด (Varothai & Bergfeld, 2014) เนื่องจากการพบอาการไม่พึงประสงค์ของตัวยาทั้งสองชนิดดังกล่าว จึงทำให้นักวิจัยพยายามค้นหา

สารประกอบใหม่ๆ ที่มีอาการข้างเคียงที่น้อยลง ซึ่งสารประกอบในพืชสมุนไพรจัดเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่านิยมนำมาใช้ ประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ และชนิดของพืชสมุนไพรประกอบกับประเทศไทยมีภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทยที่ถ่ายทอดกันออกมา การศึกษาวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาเพื่อค้นหาพืชสมุนไพรที่น่าจะมีความสามารถในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์รักษาผมร่วง โดยคัดเลือกจากสมุนไพรที่มีการกล่าวถึงในตำราคัมภีร์แพทย์แผนไทย และการศึกษาวิจัยที่มีการทำมาก่อนหน้านี้ทั้งในด้านการบำรุงผมและความสามารถในการยับยั้งการอักเสบ โดยสมุนไพรที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ กฤษณา, กลัวย, ข้าว, บัวบก, ผักบู่ทะเล, พิมเสนต้น, มะพร้าว, มังคุด, รากสามสิบ, รางจืด, ส้มป่อย, หล้าถอดปล้อง และหม่อน ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาสมุนไพรไทยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมในการพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์รักษาผมร่วง
2. เพื่อศึกษาผลของสารสกัดสมุนไพรที่มีต่อเซลล์รากผม
3. เพื่อตรวจหาฤทธิ์ในการต้านการอักเสบของสารสกัดสมุนไพร

ระเบียบวิธีวิจัย

การเตรียมสารสกัดสมุนไพร

สารสกัดสมุนไพรได้จากการนำส่วนต่างๆ ของสมุนไพร (ดังแสดงในตารางที่ 1) แช่ในแอลกอฮอล์ 95% เป็นเวลา 3 วันจากนั้นกรองสารสกัดที่ได้ด้วยกระดาษกรอง Whatman No1 ระบายแห้งด้วย Rotary evaporator เก็บสารสกัดทั้งหมดไว้ที่ -20 องศาเซลเซียส

ตารางที่ 1 สมุนไพรที่ใช้สำหรับการศึกษาวิจัย

ชนิดสมุนไพร	ส่วนที่ใช้	ชื่อวิทยาศาสตร์
มังคุด	เปลือก	<i>Garcinia mangostana</i>
ส้มป่อย	ฝัก	<i>Acacia concinna</i>
กฤษณา	ใบ	<i>Aquilaria subintegra</i>
หล้าถอดปล้อง	ใบ	<i>Equisetum debile</i>
ผักบู่ทะเล	ใบ	<i>Ipomoea pes-caprae</i>
บัวบก	ใบ	<i>Centella asiatica</i>
รางจืด	ใบ+ลำต้น	<i>Thunbergia laurifolia</i>
กลัวย	เปลือก	<i>Musa acuminata</i>
รากสามสิบ	หัว	<i>Asparagus racemosus</i>
หม่อน	ใบ	<i>Morus alba</i>
พิมเสนต้น	ใบ	<i>Pogostemon cablin</i>
ข้าว	เมล็ด	<i>Oryza sativa</i>
มะพร้าว	เนื้อ	<i>Cocos nucifera</i>

การเลี้ยงเซลล์รากผม (Dermal papilla cells) และ เซลล์ macrophage (Raw cell 264.7)

หาลอมละลายเซลล์รากผม (Biomed Diagnostic, Thailand) จากหลอดโครีโอที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียสและเลี้ยงด้วย Follicle dermal papilla cell growth media เซลล์จะถูกบ่มเอาไว้ที่ในตู้ที่ควบคุมอุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส, 5% คาร์บอนไดออกไซด์, ความชื้นสัมพัทธ์ 95% จนกระทั่งมีประมาณ 80-90 % ของภาชนะจึงเริ่มแบ่งเซลล์มาทดสอบ

Raw cell 264.7 จัดเป็นเซลล์ macrophage ที่ได้จากการจัดซื้อจาก ATCC โดยทำการเพาะเลี้ยงในสภาวะแวดล้อมเดียวกันกับการเลี้ยงเซลล์รากผม เพียงแต่อาหารที่ใช้การเลี้ยง Raw cell 264.7 ประกอบไปด้วย DMEM ที่มีส่วนผสมของ 10% fetal bovine serum

การศึกษาความเป็นพิษต่อเซลล์รากผม

การศึกษาความเป็นพิษต่อเซลล์รากผมได้ใช้วิธี MTT Assay เซลล์รากผมจำนวน หนึ่งหมื่นเซลล์ถูกเลี้ยงลงในภาชนะประเภท 96 wells plate และเลี้ยงเอาไว้ในตู้บ่มเซลล์เป็นเวลา 24 ชั่วโมง จากนั้นจึงทดสอบด้วยสารสกัดจากพืชต่างๆ และบ่มเซลล์อีกครั้งเป็นเวลา 24 ชั่วโมง จากนั้นเติมสารละลาย MTT เข้มข้น 5 µg/ml บ่มเซลล์ทั้งหมดเป็นเวลา 4 ชั่วโมง จากนั้นละลายผลึกฟอร์มาแซน (Formazan crystals) ด้วย ไดเมทิลซัลฟอกไซด์ (DMSO) วัดการดูดกลืนคลื่นแสงที่ความยาวคลื่น 595 นาโนเมตร ด้วยเครื่องไมโครเพลทรีดเดอร์ (microplate reader) (Sylvester, 2011) ความเป็นพิษของเซลล์คำนวณได้จากสมการดังนี้

$$\text{ร้อยละการรอดชีวิตของเซลล์} = \frac{\text{ค่าการดูดกลืนคลื่นแสงของตัวอย่าง} \times 100}{\text{ค่าการดูดกลืนคลื่นแสงของเซลล์ควบคุม}}$$

ในการศึกษาวิจัยได้ทำการทดสอบสมุนไพรมหาสารสกัดที่ความเข้มข้น 500, 100, 10 และ 1 µg/ml ตามลำดับ

การศึกษาฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ

ในกระบวนการศึกษาฤทธิ์ในการต้านการอักเสบได้ใช้เซลล์ macrophage ของหนู (Raw cell 264.7) Raw cell จำนวน 1 แสนเซลล์ถูกเลี้ยงลงใน well แบบ 24 1wells plate กระตุ้นสารสื่ออักเสบประเภท Interleukin-1 (IL-1) ด้วย lipo-polysaccharide (LPS) เข้มข้น 5 µg/ml ตรวจวัดปริมาณ IL-1 ด้วยชุดทดสอบ ELISA Kit ความเข้มข้นของสมุนไพรมหาสารสกัดที่ใช้ในการศึกษาคือ 100 µg/ml โดยใช้ Hydrocortisone 5 µg/ml เป็น positive control (E-Biosciences, 2016)

ผลการศึกษา

ในกระบวนการทดสอบความเป็นพิษของสารสกัดที่มีต่อเซลล์รากผมพบว่าสมุนไพรมหาสารสกัดต่างๆมีผลต่อเซลล์รากผมที่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลร้อยละการรอดชีวิตของเซลล์รากผมหลังทดสอบด้วยสารสกัดสมุนไพรมหาสาร

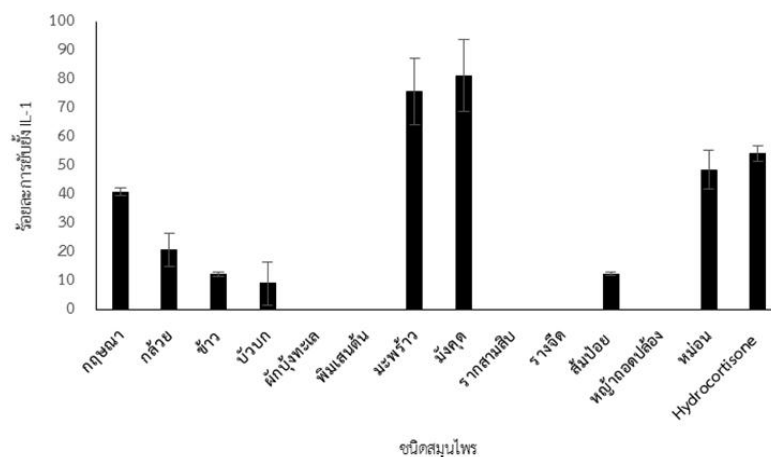
ชนิดสมุนไพรมหาสาร	ร้อยละของเซลล์ที่รอดชีวิต (% ± SD)			
	500 µg/ml	100 µg/ml	10 µg/ml	1 µg/ml
กฤษณา	96.57 ± 0.51	101.86 ± 10.38	94.40 ± 0.61	142.11 ± 18.99*
กล้วย	103.37 ± 11.43	112.40 ± 5.35	105.29 ± 12.67	111.58 ± 8.20
ข้าว	98.19 ± 5.09	100.65 ± 4.02	99.55 ± 13.61	105.17 ± 4.96
บัวบก	38.12 ± 2.93	87.12 ± 6.69	110.98 ± 4.41	109.93 ± 8.44

ผักบุ้งทะเล	63.89 ± 12.11	69.22 ± 26.66	93.88 ± 12.67	105.25 ± 7.41
พิมเสนต้น	None	None	81.41 ± 14.14	101.87 ± 8.27
มะพร้าว	103.37 ± 11.43	112.40 ± 5.35	105.29 ± 16.73	111.58 ± 8.20
มังคุด	None	37.60 ± 11.59	108.49 ± 16.73	109.06 ± 9.75
รากสามสิบ	None	None	96.61 ± 7.80	104.51 ± 3.95
รางจืด	65.27 ± 5.37	68.08 ± 10.18	90.94 ± 7.80	94.39 ± 6.36
ส้มป่อย	85.04 ± 14.14	98.97 ± 9.54	116.77 ± 7.06	102.66 ± 10.66
หญ้าถอดปล้อง	104.89 ± 7.19	103.96 ± 6.14	106.00 ± 16.91	113.22 ± 14.97
หม่อน	81.95 ± 5.39	85.45 ± 5.53	81.89 ± 9.21	100.25 ± 4.22

* $p < 0.05$, None: ตรวจไม่พบการรอดชีวิตของเซลล์

จากผลการทดสอบสารสกัดจากสมุนไพรทั้ง 13 ชนิดพบว่า สมุนไพรให้ผลต่อเซลล์รากผมที่แตกต่างกัน โดยพบว่า สมุนไพรโดยทั่วไปมักไม่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์รากผมโดยพบอัตราการรอดชีวิตของเซลล์มากกว่าร้อยละ 80 แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีสมุนไพร จำนวน 6 ชนิด ซึ่งได้แก่ บัวบก, ผักบุ้งทะเล, พิมเสนต้น, มังคุด, รากสามสิบ และรางจืด ที่แสดงความเป็นพิษต่อเซลล์ที่ความเข้มข้น 100 – 500 $\mu\text{g/ml}$ และมีสมุนไพรจำนวน 3 ชนิดนั้นคือ พิมเสนต้น, มังคุด และรากสามสิบ ที่ทำให้เซลล์รากผมตายจนหมดที่ความเข้มข้น 100 – 500 $\mu\text{g/ml}$ แต่อย่างไรก็ตามพบว่า ที่ความเข้มข้น 1 – 10 $\mu\text{g/ml}$ ไม่พบความเป็นพิษของสารสกัดสมุนไพรทั้ง 13 ชนิด นอกจากนี้ยังพบว่าสารสกัดของสมุนไพรจำนวน 1 ชนิด นั้นคือ กฤษณา สามารถทำให้เซลล์รากผมมีอัตราการรอดชีวิตที่มากกว่า 100% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การศึกษาถึงความสามารถในการยับยั้งการสร้าง IL-1 ในเซลล์ Raw 264.7 พบว่าสมุนไพรทั้ง 13 ชนิดสามารถยับยั้งการสร้าง IL-1 ได้แตกต่างกันดังแสดงใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงร้อยละการยับยั้ง IL-1 ของเซลล์ Raw 264.7 หลังทดสอบด้วยสารสกัดสมุนไพรเข้มข้น 100 $\mu\text{g/ml}$

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการยับยั้งการสร้าง IL-1 ของสารสกัดสมุนไพรในเซลล์ macrophage โดยพบว่า สารสกัดจากมังคุดและมะพร้าวสามารถยับยั้งการสร้าง IL-1 ได้ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม พิมเสนต้นและรากสามสิบไม่สามารถตรวจพบการยับยั้งได้เนื่องจากความเข้มข้นที่ 100 $\mu\text{g/ml}$ มีความเป็นพิษต่อ Raw cell 264.7 สำหรับผักบุ้งทะเล รางจืด และหญ้าถอดปล้องตรวจไม่พบคุณสมบัติในการยับยั้ง IL-1 ดังกล่าว

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลเบื้องต้นของสารสกัดจากสมุนไพรทั้ง 13 ชนิดที่มีการกล่าวถึงในคัมภีร์ตำราแพทย์แผนไทยถึงการใช้เพื่อบำรุงเส้นผม รวมถึงสมุนไพรที่มีการรายงานผลถึงความสามารถในการต้านการอักเสบ ทั้งนี้เพื่อใช้ผลการศึกษาเบื้องต้นนี้ในการคัดเลือกสมุนไพรเพื่อศึกษาวิจัยและพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์รักษาผมร่วงต่อไป

จากผลการศึกษาความเป็นพิษต่อเซลล์รากผมพบว่า พิมเสนต้น รากสามสิบ และมังคุดแสดงความเป็นพิษต่อเซลล์ค่อนข้างสูงโดยเฉพาะในความเข้มข้น 100 – 500 $\mu\text{g/ml}$ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพิมเสนต้นเป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยค่อนข้างสูง (Jeong, Choi, Lou, Jiang, & Lee, 2013) ซึ่งมีรายงานผลถึงความเป็นพิษต่อเซลล์ของน้ำมันหอมระเหย (Döll-Boscardin et al., 2012; LOIZZO et al., 2007) ในขณะที่รากสามสิบมีองค์ประกอบสำคัญของสารกลุ่มซาโปนินซึ่งสารกลุ่มนี้มักเป็นพิษต่อเซลล์เนื่องจากสามารถทำลายเยื่อหุ้มเซลล์ได้ เนื่องจากความเป็นพิษต่อเซลล์ของสมุนไพรทั้งสองชนิดจึงทำให้การศึกษาฤทธิ์ในการต้านการอักเสบในเซลล์ macrophage ไม่สามารถทำได้ สำหรับสารสกัดมังคุดเป็นสารสกัดที่มีองค์ประกอบของ tannin สูงซึ่งสารประกอบดังกล่าวมักเป็นพิษต่อเซลล์ จากผลของสารสกัดมังคุดที่มีต่อเซลล์จึงทำให้ผลการศึกษาฤทธิ์ในการต้านการอักเสบได้ค่าการยับยั้งค่อนข้างสูงเนื่องจากอาจมีเซลล์ Raw 264.7 ที่ตายไปในระหว่างการทดสอบด้วยสารสกัดมังคุด

สารสกัดจากสมุนไพรจำนวน 7 ชนิดที่ไม่แสดงถึงความเป็นพิษต่อเซลล์รากผมในช่วงความเข้มข้น 100 – 1 $\mu\text{g/ml}$ ได้แก่ กฤษณา, ข้าว, กล้วย, มะพร้าว, ส้มป่อย, หญ้าถอดปล้อง และหม่อนซึ่งสารสกัดทั้ง 7 ชนิดหากพิจารณาผลจากร้อยละการรอดชีวิตของเซลล์รากผมพบว่า สารสกัดจากกฤษณา มีความน่าสนใจเนื่องจากผลการรอดชีวิตของเซลล์รากผมมีมากกว่า 100% และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเซลล์ควบคุม นั้นแสดงถึงการแบ่งตัวที่มาก (Stockert, Blázquez-Castro, Canete, Horobin, & Villanueva, 2012) ขึ้นของเซลล์รากผมหลังจากทดสอบด้วยสารสกัดจากกฤษณา ซึ่งนับว่าเป็นผลดีหากจะศึกษาวิจัยต่อไปเพื่อพัฒนาสารสกัดจากกฤษณาให้เป็นผลิตภัณฑ์รักษาผมร่วง

การเกิดผมร่วงสาเหตุประการหนึ่งเกิดจากการอักเสบของรากผมซึ่งเกิดเนื่องมาจากการกระตุ้นของสารสื่ออักเสบกลุ่ม IL-1 (Boivin, Jiang, Utting, & Hunt, 2006; Mahé et al., 2000) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสารสกัดสมุนไพรที่ฤทธิ์ในการต้านการอักเสบสูงที่สุดคือ มังคุด, มะพร้าว, กฤษณา และหม่อน ตามลำดับ แต่ผลการต้านการอักเสบของสารสกัดมังคุดอาจยังไม่เด่นชัดมากนักเนื่องจากความเป็นพิษต่อเซลล์ดังกล่าวมาข้างต้น ดังนั้นจึงเหลือสมุนไพรที่เหมาะสมคือ มะพร้าว, กฤษณา และหม่อน แต่หากพิจารณาร่วมกับผลของสารสกัดที่มีต่อเซลล์รากผมจะพบว่าสารสกัดจากกฤษณาน่าจะมีความเหมาะสมมากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าผลการศึกษาจะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของสารสกัดกฤษณาที่มีเซลล์รากผมและความสามารถในการยับยั้งกระบวนการอักเสบก็ตาม แต่การพัฒนาเพื่อให้ได้เป็นผลิตภัณฑ์สำหรับรักษาผมร่วงนั้นยังคงต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ทราบถึงกลไกที่ถูกต้องของสาร

สกัดที่มีผลต่อภาวะดังกล่าวเนื่องจาก การเกิดภาวะผมร่วงจากฮอร์โมนแอนโดรเจนนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก

บรรณานุกรม

- Boivin, W. A., Jiang, H., Utting, O. B., & Hunt, D. W. C. (2006). Influence of interleukin-1 α on androgen receptor expression and cytokine secretion by cultured human dermal papilla cells. *Experimental Dermatology*, 15(10), 784-793. doi:10.1111/j.1600-0625.2006.00462.x
- Döll-Boscardin, P. M., Sartoratto, A., Sales Maia, B. H. L. d. N., Padilha de Paula, J., Nakashima, T., Farago, P. V., & Kanunfre, C. C. (2012). In Vitro Cytotoxic Potential of Essential Oils of *Eucalyptus benthamii* and Its Related Terpenes on Tumor Cell Lines. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 8. doi:10.1155/2012/342652
- E-Biosciences. (2016). Mouse IL-1beta Instant ELISA Protocol. In E-Biosciences (Ed.).
- Jeong, J. B., Choi, J., Lou, Z., Jiang, X., & Lee, S.-H. (2013). Patchouli alcohol, an essential oil of *Pogostemon cablin*, exhibits anti-tumorigenic activity in human colorectal cancer cells. *International Immunopharmacology*, 16(2), 184-190. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.intimp.2013.04.006
- Kaufman, K. D. (2002). Androgens and alopecia. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 198, 89-95.
- LOIZZO, M. R., TUNDIS, R., MENICHINI, F., SAAB, A. M., STATTI, G. A., & MENICHINI, F. (2007). Cytotoxic Activity of Essential Oils from Labiatae and Lauraceae Families Against In Vitro Human Tumor Models. *Anticancer Research*, 27(5A), 3293-3299.
- Mahé, Y. F., Michelet, J.-F., Billoni, N., Jarrousse, F., Buan, B., Commo, S., & Saint-Léger, D. (2000). Androgenetic alopecia and microinflammation. *International Journal of Dermatology*, 39(8), 576-584. doi:10.1046/j.1365-4362.2000.00612.x
- Stockert, J. C., Blázquez-Castro, A., Canete, M., Horobin, R. W., & Villanueva, Á. (2012). MTT assay for cell viability: Intracellular localization of the formazan product is in lipid droplets. *Acta Histochemica*, 114, 785-796.
- Sylvester, P. W. (2011). Optimization of the Tetrazolium Dye (MTT) Colorimetric Assay for Cellular Growth and Viability. In S. D. Satyanarayanajois (Ed.), *Drug Design and Discovery Methods and Protocols* (pp. 157-168). New York: Humana Press.
- Trüeb, R. M. (2002). Molecular mechanisms of androgenetic alopecia. *Experimental Gerontology*, 37(8-9), 981-990. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0531-5565(02)00093-1
- Varothai, S., & Bergfeld, W. F. (2014). Androgenetic Alopecia: An Evidence-Based Treatment Update. *American Journal of Clinical Dermatology*, 15, 217-230.
-

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: การเรียนรู้ตามสภาพจริง ในวิชาการนวดแผนไทย

Model of Humanized Care for Aging: Authentic Learning in Thai Massage Subject

สมศรี สัจจะสกุลรัตน์¹ และ พยอมน กันชัย²
Somsri Satjasakulrat¹ and Payom Kunchai²

บทคัดย่อภาษาไทย

การเรียนรู้ตามสภาพจริงในการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนการสอนรายวิชาการนวดแผนไทย วัตถุประสงค์เพื่อให้นักศึกษาศึกษาชีวิตของผู้สูงอายุ โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุ และศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ด้วยการนวดไทย การดำเนินการมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เตรียมนักศึกษาให้มีพื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) สร้างสัมพันธ์ภาพ 3) นักศึกษาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และให้การดูแลด้วยการนวดแผนไทย จำนวน 2 ครั้ง และผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อการนวดแผนไทย 4) นำเสนอในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ 5) สะท้อนคิดและสรุปบทเรียน เครื่องมือในการประเมินผลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และข้อคิดเห็นจากการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชน และนักศึกษา พบว่า 1) การศึกษาชีวิตของผู้สูงอายุ นักศึกษารับรู้ชีวิตจริง, ความทุกข์ และได้เปลี่ยนมุมมองความคิดของตนเอง 2) ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผลประเมินความพึงพอใจโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.37$ S.D.=.64) และจากข้อคิดเห็นสรุปว่า การเรียนรู้ตามสภาพจริงในวิชาการนวดแผนไทย สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 มีความสามารถให้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้รูปแบบ SSM ซึ่ง S คือ Service mind, S คือ Story, M คือ Meditation สิ่งสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้ครั้งนี้คือการเข้าใจชีวิตและความสุขจากการเป็นผู้ให้ และสามารถเชื่อมโยงกับทฤษฎีได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การเรียนรู้ตามสภาพจริง การนวดแผนไทย

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ²โรงพยาบาลปง

Abstract

Authentic learning in humanized care for aging was a part of the Thai massage subject. The purpose was to assign students to study the life of aging in Happy Aging School and to study satisfaction of humanized care for aging with Thai massage therapy among elderly people. The activity consisted of five steps. The first step was to prepare students to have basic humanized care for aging. The second step was to make a relationship. The third step was to interview aging about life, health and care and provide Thai massage two times by the students, and the elderly people answered questionnaire eventually. The fourth step was to present data in a small group, and then a large group by the students. The fifth step was to reflect and summarize. The researcher created tool and content validity by 3 experts. The data were analyzed by using percentage, mean and standard deviation. The evaluation was done by both questionnaire, and focus group of aging, community and students. The results found that 1) the study of aging people's life, true life perception among students, and suffering changed their attitude. 2) All 43 persons of aging answered the questionnaire, (100 %). The satisfaction of Thai massage for total care, on basic humanized care was at a good level ($\bar{X} = 4.37$ S.D.=.64). It could be concluded that authentic learning in the subject of Thai massage enabled students to provide service humanized care, through a SSM model, which was S for Service mind, S for Story, and M for Meditation. The most

important from this learning was “life and happiness as a giver”, as well as students could link it with the theory.

Key words: Aging, Humanized Care, Authentic learning, Thai massage

¹Boromarajonnani College of Nursing, Phayao ²Pong Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging Society) ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2553-2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ สัดส่วนประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ใน พ.ศ. 2583 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556:12) นั้นหมายถึงเป็นผลนำไปสู่ การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพด้วย การเปลี่ยนแปลง ด้านสุขภาพนอกจากเป็นไปตามวัยของผู้สูงอายุ จากอุบัติการณ์โรคหรืออาการเรื้อรังที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุไทย โดยการตรวจร่างกาย 5 อันดับแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก โรค อ้วนลงพุง ภาวะอ้วน และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข , 2557:10) ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายโดยรวมจะมีสภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลง ล้วนส่งผลกระทบต่อถึง สภาพอารมณ์ จิตใจ สังคม และปัญญาของผู้สูงอายุได้

โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุ วัดร่องห้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา อยู่ในความรับผิดชอบของ เทศบาลตำบลบ้านต๋อม เปิดทำการเมื่อปี พ.ศ. 2556 สัปดาห์ละ 1 วันคือทุกวันอาทิตย์ (แต่ปัจจุบัน เปลี่ยนมาเป็นวันเสาร์) โดยพระครูวิสุทธิปัญญารัตน์ สุขเมโธ (วันดีกัน) เจ้าอาวาสวัดร่องห้า อนุญาตให้ใช้ พื้นที่ของวัดร่องห้า เป็นที่ทำการ กิจกรรมในโรงเรียนมีหลาย ๆ หน่วยงานที่มีจิตอาสาเข้ามาให้ความรู้ ต่าง ๆ เช่นด้านอาชีพเสริม ด้านดนตรี ด้านกฎหมายและด้านสุขภาพ เป็นต้น ภายใต้แนวคิดของชุมชน ต้องการให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข เกื้อกูลกัน (ถวิล บัวดี, 2558) และจากบทสัมภาษณ์นายสาคร นาดี, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋อม (9 ตุลาคม 2558) กล่าวว่า “การฟื้นคืน วัฒนธรรมท้องถิ่น ก่อให้เกิดความเอื้ออาทร” ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา จึงได้ใช้พื้นที่ ของโรงเรียนสร้างสุขผู้สูงอายุเป็นแหล่งเรียนรู้ตามสภาพจริงให้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร บัณฑิต ชั้นปีที่ 1 ภาคการศึกษาที่ 3 ปีการศึกษา 2558 ในรายวิชาการนวดแผนไทย

การนวดไทย เป็นภูมิปัญญาไทยที่สืบทอดกันมา เป็นการช่วยเหลือที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ ที่กระทำต่อมนุษย์ และประโยชน์ของการนวดมีผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายช่วยให้ ระบบต่าง ๆ ทำงานมีประสิทธิภาพดีขึ้น เช่น ช่วยให้ระบบกล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ช่วยเพิ่มการ ไหลเวียนโลหิต ช่วยลดอาการท้องอืด เป็นต้น ทางด้านจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกาย และใจ (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2552 : 111-113) และการบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีตัดตน ทำให้ ร่างกายตื่นตัว แข็งแรงและเป็นการพักผ่อน นอกจากนี้ยังใช้ในการรักษาโรคเบื้องต้นได้ด้วย ได้แก่ ช่วย ให้เกิดการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติ ทำให้โลหิตหมุนเวียนดี เป็นการต่อต้านโรคภัย บำรุงสุขภาพให้มี อายุยืนยาว โดยเฉพาะการใช้สมาธิร่วมด้วย จะช่วยยกระดับจิตใจให้คลายความเครียด (สถาบัน การแพทย์แผนไทย, 2552 : 43)

การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เป็นคำที่กล่าวกันมากกว่าสามทศวรรษแล้ว ทำให้ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขภาพ ได้หันกลับมาดูมิติการบริการ ในการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพปัจจุบันต้องมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) นั่นคือการเข้าใจ มิติความเป็นคนของคนไข้ (ประเวศ วะสี, 2549 : 10-13) หัวใจสำคัญ คือการฟื้นฟูแบบองค์รวมทั้ง

ร่างกายและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักว่าแพทย์ พยาบาลเห็นใจ เข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย ปฏิบัติกับผู้ป่วยด้วยความเป็นมิตร และมีเมตตาธรรมร่วมกับการรักษาพยาบาลด้วยความรู้ ความเชี่ยวชาญ ทางด้านการแพทย์และพยาบาล สมจิต หนูเจริญกุล (2542) กล่าวว่าฐานคิดเพื่อการดูแลมนุษย์แบบองค์รวม 4 ประการได้แก่ (1) ฐานคิดความต้องการของมนุษย์ ซึ่งได้มาจากการที่พยาบาลทำงานอย่างแข็งขัน ปฏิบัติกิจกรรมแทนผู้ป่วยหรือทำร่วมกับผู้ป่วย (2) ฐานคิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษา ชี้แนะ สอน ช่วยผู้ป่วยหาความหมายของการเจ็บป่วย (3) ฐานคิดที่เป้าหมายของการพยาบาล มีความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อการฟื้นฟู และ (4) ฐานคิดของความเอื้ออาทรหรือมนุษยนิยม เน้นการดูแลเอาใจใส่ การเข้าถึงประสบการณ์และจิตวิญญาณของบุคคล

ศ.นพ.ประเวศ วะสี (2543 : ก) ชี้ให้เห็นถึงสภาพการณ์จริงของสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร มนุษย์ก็อยู่ในความเปลี่ยนแปลงนั้น เรียนรู้ในความเปลี่ยนแปลงนั้น ให้รู้พอ รู้ทัน รู้เผชิญ และรู้จักจัดระบบชีวิต และสังคมให้อยู่ในดุลยภาพในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ การเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นตัวตั้ง หรือยึดผู้เรียนสำคัญที่สุด หมายถึงการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง สถานการณ์จริงของแต่ละคนไม่เหมือนกัน มนุษย์ต่างจากสัตว์ที่มีพัฒนาการทางจิตวิญญาณ (spiritual development) ความเป็นมนุษย์อยู่ที่พัฒนาการทางจิตวิญญาณ วิกฤตการณ์ของมนุษย์เกิดจากการทอดทิ้งมิติทางจิตวิญญาณ เหลือแต่มิติทางวัตถุจึงพากันวิกฤตทั้งโลก การศึกษาสมัยใหม่ที่จะพามนุษย์รอดจากวิกฤตการณ์ต้องไปให้ถึงพัฒนาการทางจิตวิญญาณ เพราะจิตวิญญาณอยู่ในชีวิตมนุษย์ การเรียนที่เอาชีวิตเป็นตัวตั้งจะทำให้ค้นพบมิติทางจิตวิญญาณ

การจัดการศึกษาที่ให้บัณฑิตมีอัตลักษณ์ “การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ของสถาบันพระบรมราชชนกได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปีการศึกษา 2547 ซึ่งในปีการศึกษา 2558 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ได้เปิดการเรียนการสอนหมวดวิชาเลือกคือ ล 1008 การนวดแผนไทย เป็นครั้งแรกในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2555 เมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์การเรียนรู้ กำหนดไว้ 5 ด้าน ได้แก่ด้านคุณธรรม จริยธรรม ในเรื่องความรับผิดชอบ และซื่อสัตย์ต่อตนเองและสังคม ด้านความรู้ ให้ได้เนื้อหาการนวดไทย ด้านทักษะปัญญา ให้วิเคราะห์จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับกลุ่มคนที่หลากหลาย และทักษะการคิดวิเคราะห์เชิงตัวเลข ให้สามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา, 2555) และตามที่ ทิศนา ขัมมณี (2553 : 136) ให้นิยามการจัดการเรียนรู้ตามสภาพจริง (Authentic learning) หมายถึงการดำเนินการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยการให้ผู้เรียนเข้าไปเผชิญ สภาพการณ์จริง ปัญหาจริง ในบริบทจริง และร่วมกันศึกษาเรียนรู้ แสวงหาความรู้ ข้อมูล และวิธีการต่าง ๆ เพื่อที่จะแก้ไขปัญหานั้น และได้รับผลการประเมินตามมาตรฐานคุณภาพในชีวิตจริง ดังนั้น กลยุทธ์การสอนวิชาการนวดไทยจึงใช้สภาพการณ์จริง ที่จะสามารถครอบคลุมผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 5 ด้าน

จากสภาพปัญหา หลักการและแนวคิดดังกล่าว ผู้รับผิดชอบในรายวิชาการนวดแผนไทย จึงได้จัดรูปแบบการจัดการเรียนการสอนสภาพการณ์จริงให้นักศึกษาได้สัมผัสกับสภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ขณะที่ยังไม่เจ็บป่วยมาก ทั้งนี้ นักศึกษาต้องรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และวางแผนการดูแลด้วยการนวดไทย การให้คำแนะนำกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน อันเป็นภูมิปัญญาไทยตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ มีกระบวนการเตรียมนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และศึกษา

ผู้สูงอายุแบบองค์รวม และเพื่อเป็นการเตรียมนักศึกษาให้มีความมั่นใจในการดูแลด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์ ซึ่งจะเป็นคุณลักษณะที่เหมาะสมของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ นักศึกษาศึกษาชีวิตของผู้สูงอายุ โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงวัย วัดร่องห้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา บนพื้นฐานการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

2. ศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ด้วยการนวดไทย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจ ความเป็นมนุษย์

2. เสริมสร้างคุณลักษณะการมีจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับชั้นปีที่ 1

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสม กลุ่มประชากรและตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ โรงเรียนสร้างสุขผู้สูงวัย วัดร่องห้า อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ที่มาโรงเรียนในวันที่ 28 พฤษภาคม 2559 และ 18 มิถุนายน 2559 ผู้สูงอายุ 1 คน ต่อนักศึกษา 1 คน ได้จำนวนผู้สูงอายุ 43 คน

การพัฒนาผู้เรียนรายวิชาการนวดแผนไทย ให้มีความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ได้นั้น ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากสภาพจริง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การเตรียมให้นักศึกษามีพื้นฐานการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้แก่การปรับทัศนคติและฐานความคิด/มุมมองที่มีต่อผู้สูงอายุ กิจกรรมการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย 1) ให้ผู้เรียนอยู่กับตนเอง (Self-care หรือ Centering) โดยจัดบรรยากาศ เงียบ สงบ ทำสมาธิและเปิดเพลง เสียงธรรมชาติ เพื่อให้ผู้เรียนรู้สึกผ่อนคลาย (relax) และอยู่กับตนเอง 2) วิเคราะห์ตนเอง วิถีชีวิตของตนเอง 3) ให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รูปแบบการจับคู่ และการจับคู่คนพร้อมกันให้หาสาเหตุ/ปัจจัยที่ตอบได้ตรง หรือไม่ตรง 4) ให้ตัวแทนนำเสนอสาเหตุ/ปัจจัยที่ตอบได้ตรงหรือไม่ตรง และกลุ่มช่วยกันสรุปองค์ความรู้ที่ได้ 5) สะท้อนคิดการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 : การสร้างสัมพันธ์ภาพ ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะนำไปสู่การเอาใจใส่ กิจกรรมในการเตรียมความพร้อม ได้แก่แบ่งกลุ่มผู้เรียน เป็น 5 กลุ่ม ๆ ละ ประมาณ 8-9 คน ให้ตัวแทน 1 คนต่อกลุ่มเป็นผู้ถูกปิดตา ให้เดินโดยไม่มีใครพูดอะไร และต่อไปให้เพื่อนบอกให้เดิน ในสถานการณ์เช่นเดินลงบันได 2) ผู้ที่ถูกปิดตา กับเพื่อนที่บอก เล่าความรู้สึก และกลุ่มช่วยกันสรุปองค์ความรู้ที่ได้ 3) สะท้อนคิดการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 3 นักศึกษาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 2 ครั้ง เกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ ได้ข้อมูลนำมาวิเคราะห์การเจ็บป่วย วางแผนและให้การดูแลด้วยวิธีการนวดไทย ในครั้งสุดท้ายให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนวดไทย บนพื้นฐานการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ขั้นตอนที่ 4 นักศึกษานำเสนอในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่ โดยอาจารย์มีหน้าที่ในการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ขั้นตอนที่ 5 สะท้อนคิดและสรุปบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ ระหว่างวันที่ 24 พฤษภาคม – 22 มิถุนายน พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลเบื้องต้นของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ เป็นข้อความแบบตรวจคำตอบ (checklist) และเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้วยการนวดไทย จำนวน 4 ด้าน ซึ่งแต่ละด้านประกอบด้วยข้อความ ดังนี้ ด้านที่ 1 บุคลากร จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 2 การให้การดูแล จำนวน 11 ข้อ ด้านที่ 3 สถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 2 ข้อ และ ด้านที่ 4 ภาพรวม ของการให้การดูแลด้วยการนวดไทย จำนวน 1 ข้อ

โดยให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นที่มีต่อความพึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดไทย ออกเป็น 5 ระดับคือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's scale) เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด
4 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับมาก
3 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง
2 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับน้อย
1 คะแนน	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

คะแนน 4.51-5.00	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับมากที่สุด
คะแนน 3.51-4.50	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับมาก
คะแนน 2.51-3.50	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 1.51-2.50	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับน้อย
คะแนน 1.00-1.50	หมายถึง	พึงพอใจต่อการดูแล อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ เป็นแบบคำถามปลายเปิด

ขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างเครื่องมือจากเอกสาร 3) สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดแผนไทย 4) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงของเนื้อหา โดยยึดถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ของความเห็นตรงกันในแต่ละข้อความและปรับปรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยตนเอง เมื่อนักศึกษาให้การดูแลครบแล้ว ส่งแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุตอบ และ ประชุมกลุ่มย่อย เพื่อประเมินผลและนำเสนอ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย

2. ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้วยการนวดไทย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการหาค่ามัธยฐาน (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาชีวิตของผู้สูงอายุบนพื้นฐานการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษา ได้รับรู้ชีวิตจริงของผู้สูงอายุ และความทุกข์จากการเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนจากคำพูดของนักศึกษา ดังนี้

นักศึกษา กลุ่ม 1 : ทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงชีวิตจริงของผู้สูงอายุ คุณตาพูดว่า “ถึงอยู่เฉย ๆ ตามประสานคนแก่ เตี้ยร่างกายมันก็จะเสื่อมไปเปล่า ๆ สู้เราทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปก็เหมือนเป็นการออกกำลังกายได้” สัมผัสได้ถึงความสุขของผู้สูงอายุที่มักจะเล่าประสบการณ์ให้คนรุ่นใหม่ฟัง ดูแววตา สีหน้า ท่าทางและรอยยิ้มที่เปี่ยมไปด้วยความสุข

นักศึกษา กลุ่ม 2 : “ผู้สูงอายุนั้นไม่ค่อยมีลูกหลานมาหา เมื่อมาโรงเรียนได้พบเพื่อน ได้พูดคุยกัน ผู้สูงอายุถึงแม้ว่าพวกเขาจะอายุมากแล้วก็ยังคงมีการดูแลตนเอง ออกกำลังกายอย่างง่าย เช่น เดิน รำไทเก๊ก แต่ก็มีปัญหาด้านอาหารการกิน ที่ยังชอบรสจัด รสเค็ม เราก็เป็นห่วงพวกเขาเหมือนกับ ผู้สูงอายุเป็นญาติเราคนหนึ่ง เมื่อไปให้การดูแลแล้วนึกถึงคนที่บ้าน ไม่อยากให้ญาติพี่น้องอยู่คนเดียว หรือไม่มีคนดูแล”

นักศึกษา กลุ่ม 3 : คำพูดของคุณยาย “เพราะอายุมากแล้ว ลูกหลานไม่ยอมให้ออกไปไหน มาโรงเรียนจึงเปรียบเสมือนบ้านอีกหลัง ที่มีพี่น้อง ลูกหลานด้วยกัน” และเมื่อถามถึงความสุข ระบุว่า “ความสุขของคุณยายคือการได้อยู่กับครอบครัว” “อยากให้ถึงวันนี้เร็ว ๆ มาโรงเรียนแล้วได้เพื่อนคุย อยู่บ้านมันเหงา บางครั้งก็มาปรึกษากัน” “ที่นี่ให้ความสุข ให้เพื่อน ให้ความรู้และที่สำคัญทำให้ยายไม่คิดมากหรือฟุ้งซ่าน และที่นี่ให้อะไรเยอะแยะ” และบางคนบอกว่า “เมื่อก่อนไม่ได้เรียนหนังสือ ต้องเลี้ยงลูก “เหนื่อยนะแต่เพื่อลูก สู้ ๆ” เมื่อลูกหลานโตแล้ว ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ไม่ได้ทำงานแล้ว” ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และเข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้นว่า การดำเนินชีวิตของคนหนึ่งมีความเชื่อมโยงกับบริบทอื่น ๆ เช่น ร่างกาย คนในครอบครัว สังคม นอกจากนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ ได้ประสบการณ์ที่ไม่สามารถหาได้จากห้องเรียน ซึ่งนักศึกษาจดจำได้ดีกว่า และเกิดความสนุกสนานกับการเรียนแบบนี้อีกด้วย

นักศึกษา กลุ่ม 4 : “วันนั้นทำให้รู้ว่าชีวิตของผู้สูงอายุจริง ๆ แล้ว ท่านไม่ได้ต้องการเงินทอง แต่เพียงแค่ต้องการคนข้าง ๆ ที่คอยรับฟังและเป็นเพื่อนคุย ซึ่งผู้สูงอายุสมัยนี้ไม่ใช่แค่เข้าวัดทำบุญเสมอไป” นอกจากนี้ยังพบว่า เดียวนี้ผู้สูงอายุกับเทคโนโลยีไม่ใช่เรื่องไกลตัวหรือเป็นสิ่งยุ่งยากอีกต่อไป ผู้สูงอายุบางคนมีเฟซบุ๊กด้วย นักศึกษา กลุ่ม 5 : “พอรู้ว่าคุณยายมีอาการปวดเข่า ทำให้คิดทันทีว่าจะทำอย่างไรให้หายปวดได้บ้าง”

การที่ได้ไปศึกษาสภาพจริงของผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น และได้เปลี่ยนมุมมองความคิดไปจากเดิม ที่คิดว่าผู้สูงอายุมักจุกจิก ขี้บ่น “ตอนแรก ๆ รู้สึกตื่นตื้น และไม่ค่อยกล้า กังวลกลัวทำไม่ถูก และไม่รู้ว่าจะเข้าหา หรือจะถามเรื่องใดบ้าง จะคุยกันรู้เรื่องหรือเปล่า จะฟังไหม เมื่อได้พบคุณตาคุณยาย ท่านพูดคุยสนุก ฟังเรา เชื่อฟังเรา” และบอกว่า “ดีใจมากที่มีนักศึกษามา อยากให้มาทุกอาทิตย์เลย” ทำให้นักศึกษาบอกกับตนเองว่า “เราก็สามารถทำให้ใครก็ไม่รู้ ที่เราไม่รู้จึก แต่เราสามารถทำให้เขามีความสุขได้ ทำให้เขาหัวเราะได้ ยิ้มได้” นักศึกษาคนหนึ่งพูดว่า “ที่เคยมองว่าคนแก่ คงไม่ค่อยมีความสุขกับชีวิตตนเองนัก คงจะเบื่อชีวิตและเหงามาก แต่จากการที่ได้ไปเรียนรู้ ทำให้

ความคิดเปลี่ยนแปลงที่ ทำให้เรารู้ว่า การมองมองแค่ด้านเดียวไม่สามารถตัดสินใคร ๆ ได้” และ “การเรียนแบบนี้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมั่นใจในการดูแลมากขึ้น สนุก และมีความสุขที่ได้ออกไปให้บริการสุขภาพ” สรุปการเรียนรู้ในครั้งนี้คือการเข้าใจชีวิต, สุขที่เป็นผู้ให้ และสามารถเชื่อมโยงกับทฤษฎีได้

ข้อคิดเห็นจากชุมชน จากการสอบถามผู้สูงอายุ บอกว่านักศึกษาปฏิบัติดีมีคุณธรรม ชวนผู้สูงอายุพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ทำให้คลายความเหงาจากการที่บุตรหลานต้องไปทำงานที่อื่น และให้การดูแลด้วยการนวดไทย ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข อารมณ์สดใส และได้แนวทางนำไปปฏิบัติกับตนเองช่วงตอนเช้า-เย็น “หวังว่าเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาแล้ว จะเป็นพยาบาลที่ดีแบบนี้ตลอดไป”

2. ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ด้วยการนวดไทย ดังนี้ ส่วนที่ 1 ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 43 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 81.82 ส่วนใหญ่อายุ 71-80 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 41.86

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ต่อการดูแลด้วยการนวดไทย ดังตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้วยการนวดแผนไทย จำแนกเป็นรายด้าน (N=43 คน)

ด้าน	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1	บุคลากร	4.65	.57	ดีมาก
2	การให้การดูแล	4.07	.64	ดี
3	สถานที่	4.28	.74	ดี
4	ภาพรวมการให้บริการ	4.42	.59	ดี
รวม		4.37	.64	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า โดยภาพรวมทุกด้าน ผู้สูงอายุ พึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดไทย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.37$, S.D. = .64) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดไทยมากที่สุด ได้แก่ด้านบุคลากร อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = .57) และ ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดไทยน้อยที่สุด ได้แก่ด้านการให้บริการ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = .64)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลด้วยการนวดแผนไทย จำแนกเป็นรายข้อ (N=43 คน)

ข้อ	รายการ	\bar{X}	SD	ระดับ
1 ด้านบุคลากร				
1.1	ความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใสของนักศึกษา	4.65	0.53	ดีมาก
1.2	การต้อนรับ ทักทาย	4.70	0.46	ดีมาก
1.3	มีมนุษยสัมพันธ์และเต็มใจในการดูแล	4.51	0.59	ดีมาก
1.4	กระตือรือร้น เอาใจใส่ในการดูแล	4.44	0.63	ดี
1.5	ให้การดูแลด้วยความเท่าเทียมกัน	4.56	0.59	ดีมาก
1.6	การแต่งกายเหมาะสม	4.65	0.57	ดีมาก

2	ด้านการให้การดูแล			
2.1	การประชาสัมพันธ์	4.07	0.63	ดี
2.2	วิธีการลงทะเบียน	4.12	0.66	ดี
2.3	การวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว	4.33	0.57	ดี
2.4	การสวดมนต์ ทำสมาธิ	4.37	0.69	ดี
2.5	การซักประวัติ สอบถามอาการ	4.47	0.55	ดี
2.6	การแนะนำการบริหารด้วยท่าฤาษีตัดตน	4.23	0.57	ดี
2.7	การดูแลด้วยการนวดพื้นฐาน การลงน้ำหนักสม่ำเสมอ ตำแหน่งการนวดถูกต้อง และมีความปลอดภัย	4.14	0.74	ดี
2.8	การสอบถามอาการหลังการนวด	4.35	0.61	ดี
2.9	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการดูแล	4.19	0.66	ดี
2.10	การดูแลด้วยการนวดไทยตอบสนองความต้องการของ ท่าน	4.44	0.63	ดี
2.11	ท่านสามารถนำความรู้และประโยชน์ที่ได้รับไปปฏิบัติ ในชีวิตประจำวัน	4.30	0.64	ดี
3	ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก			
3.1	ความสะอาดของสถานที่ แสงสว่าง อากาศถ่ายเทได้ดี	4.28	0.67	ดี
3.2	ความพร้อมด้านสื่อที่ศูปลูกกรณ์	4.23	0.81	ดี
4	ภาพรวมของการดูแลด้วยการนวดไทย	4.42	0.59	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า โดยภาพรวมทุกข้อ ผู้สูงอายุ พึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดไทย อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุพึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดไทยมากที่สุด ได้แก่ การต้อนรับ ทักทาย อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X} = 4.70$, S.D. = .55) รองลงมาได้แก่ การแต่งกายเหมาะสม ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = .57), ความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส ($\bar{X} = 4.65$, S.D. = .53), การดูแลด้วยความเท่าเทียมกัน ($\bar{X} = 4.56$, S.D. = .59) มีมนุษยสัมพันธ์ เต็มใจในการดูแล ($\bar{X} = 4.51$, S.D. = .59) ส่วนพฤติกรรมการกระตือรือร้น เอาใจใส่ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.44$, S.D. = .63) และ พึงพอใจต่อการดูแลด้วยการนวดไทยน้อยที่สุด ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = .64)

การดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปได้เป็น SSM Model คือ S ตัวที่ 1 = Service mind จิตอาสา เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับผู้รับบริการในการสร้างเสริมสุขภาพ จากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการนวดไทยของนักศึกษา พบว่า ด้านบุคลากรซึ่งเป็นหัวข้อพฤติกรรมดูแล ได้ผลรายชื่ออยู่ในระดับดีมาก 5 ข้อ เรียงตามลำดับดังนี้ การต้อนรับ ทักทาย, ความสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส, การแต่งกายเหมาะสม, ให้การดูแลด้วยความเท่าเทียมกัน มีมนุษยสัมพันธ์ เต็มใจในการดูแล ส่วนพฤติกรรมการกระตือรือร้น เอาใจใส่ อยู่ในระดับดี การดูแลด้วยการนวดไทย กายบริหารแบบท่าฤาษีตัดตน อันเป็นภูมิปัญญาไทย มีความสอดคล้องกับผลการประเมินตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.44$ S.D.=.63) และผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเช้า-เย็น ได้ผลการประเมิน อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.30$ S.D.=.64) S ที่สอง = Story เรื่องราวจากการพูดคุยเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพและอื่น ๆ สอดคล้องกับผลประเมินการซักประวัติ สอบถามอาการ ได้ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.47$, S.D. = .55) และจากการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา นักศึกษาบอกว่า “เราต้องไม่เอาความคิดของเราไปตัดสินผู้อื่น” และ “ต้อง

ใช้น้ำเสียงที่ทำให้ผู้ฟังเกิดความมั่นใจในตัวเรา ที่จะพาเขาเดินไปที่ต่าง ๆ ” “น้ำเสียงที่ฟังแล้วอบอุ่นถึงแม้จะจำไม่ได้ว่าเพื่อนคนไหนพูด” “การสัมผัส จับมือเราแน่นที่จะก้าวเดินโดยที่เรามองไม่เห็น เป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจถึงความรู้สึกลำบาก แล้วมีใครมาช่วย” และ M = Meditation การสวดมนต์ ทำสมาธิ มีความสอดคล้องกับผลการประเมินของผู้สูงอายุต่อการสวดมนต์ ทำสมาธิ อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.44$ S.D.=.63) และได้มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

อภิปรายผล

จากข้อสรุปที่ได้พบว่านักศึกษาเกิดความเข้าใจพื้นฐาน ในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สะท้อนได้จากพฤติกรรมขณะที่นักศึกษาไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบอกว่า “นักศึกษาชวนคุยเรื่องต่าง ๆ ทำให้คลายเหงา มีความสุข” ถ้ามีประเด็นใดที่นักศึกษาไม่แน่ใจจะมีการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจเหตุผลของผู้สูงอายุในการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมบางอย่างเพื่อแก้ปัญหา นอกจากนี้การเรียนการสอนทำให้นักศึกษาได้มีการวิเคราะห์และทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นองค์รวม แสดงออกมาโดยการเข้าไปทำความเข้าใจความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตประจำวันการมีสังคมในวัยสูงอายุ สิ่งเหล่านี้สะท้อนจากข้อคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการเรียนการสอน พบว่า การเรียนรู้สภาพจริง ทำให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้นว่า การดำเนินชีวิตของคนหนึ่งคนจะมีการเชื่อมโยงกัน “เหนื่อยนะที่ต้องเลี้ยงลูกแต่สู้” เป็นคำพูดสะท้อนจากคุณยายท่านหนึ่ง “เวลามีปัญหาบางอย่างก็เอามาปรึกษากันที่นี่” เมื่อคุณยายบอกว่ามีอาการปวดหัวเข่า นักศึกษาก็คิดว่า “จะนวดอย่างไรให้หายปวดได้” เป็นการสะท้อนให้เห็นได้ว่า นักศึกษามีความสามารถในการมองเห็นความทุกข์ของผู้อื่น ต้องการช่วยเหลือผู้อื่น มีความสอดคล้องกับความหมายของความเมตตา คือความรัก ความปรารถนาดีอยากให้เขามีความสุข กรุณา คือความสงสาร (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) , 2548:104)

ข้อสรุปที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุริยะ วงศ์วงศาเทพ (2550, 5-12) ที่พบว่า การเรียนรู้ที่จะพัฒนาความคิดวิจารณ์ญาณของผู้เรียนได้นั้น ต้องอาศัยการเรียนรู้ในสภาพจริง ด้วยตนเองโดยผู้เรียนเป็นสำคัญ ด้วยกระบวนการปรับมุมมอง การเก็บข้อมูล การสรุปวิเคราะห์และการชี้ประเด็นของครู จะได้เรื่องมุมมองที่กว้างขึ้น และการรู้จักรับฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจในชีวิตจริง โดยไม่ใช้กรอบความคิดของผู้เรียนเอง และจากการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา นักศึกษาบอกว่า “เราต้องไม่เอาความคิดของเราไปตัดสินผู้อื่น” และ “น้ำเสียงที่ฟังแล้วอบอุ่น ถึงแม้จะจำไม่ได้ว่าเพื่อนคนไหนพูด” “การสัมผัส จับมือเราแน่น พาเดิน ในขณะที่เรามองไม่เห็น เป็นสิ่งที่ทำให้เข้าใจถึงความลำบาก” ซึ่งทัศนะต่อการเจ็บป่วยในพระพุทธศาสนา มีความแตกต่างจากวงการแพทย์ปัจจุบันคือพระพุทธเจ้าให้มองความเจ็บป่วยเป็นการเรียนรู้ ที่จะช่วยให้เข้าใจความทุกข์ของผู้อื่น ใช้วิกฤตให้เป็นโอกาส และจิตที่เป็นสมาธิจะช่วยให้มีพลัง รับฟังเรื่องราวได้อย่างลึกซึ้ง จึงควรใช้เป็นแนวทางในการปรับมุมมองตามวิถีพุทธ เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจการมองเห็นความทุกข์ได้กระจ่างชัด

ข้อเสนอแนะ

แนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การทำให้มองเห็นองค์รวม มองเห็นมนุษย์ และเห็นความทุกข์ ต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้ จึงควรมีการจัดการเรียนการสอนแบบเรียนรู้จากสภาพจริงอย่างต่อเนื่องในนักศึกษารุ่นต่อ ๆ ไป เพราะนักศึกษารู้สึกกระตือรือร้น มีความสุขและชอบกับการเรียนการสอนแบบเรียนรู้สภาพจริง

ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเพียงกลุ่มผู้สูงอายุ จึงควรศึกษารูปแบบการดูแลบุคคลในวัยอื่น ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และในหมวดวิชาอื่น ๆ เพื่อให้นักศึกษาเข้าใจบทบาทพยาบาลได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ถวิล บัวดี. (2558). รายงานการประเมินสุขภาวะชุมชน ประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๗ เทศบาลตำบลบ้านต้อม อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา.

ทศนา เขมมณี. (2553). ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บทสัมภาษณ์นายสาคร นาดี. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้อม. (9 ตุลาคม 2558).

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.

ประเวศ วะสี. (2543). การปฏิรูปการเรียนรู้ ผู้เรียนสำคัญที่สุด, กรุงเทพฯ : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.

_____. (2549). ยุคที่ 2 ของการสาธารณสุขไทย ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์, พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.).

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2548). สุขภาวะองค์กรรวมแนวพุทธ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. (2555). หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง 2555). อุดสำเนา.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2552). คู่มือประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2542). บทความวิชาการ : การบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2559 จาก เว็บไซต์ www.bcnr.ac.th/bcnrhu/pdf/hu3.pdf

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. (2550). การพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ : กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ฤทธิ์การต้านเชื้อแบคทีเรียของสารสกัดลูปีนโฟลีนจากลำต้นชะเอมเหนือ ต่อเชื้อ *Bacillus cereus*

Antibacterial activity of Lupinifolin, bioactive compound from the stem of *Derris reticulata* Craib., against *Bacillus cereus*

กมล อยู่สุข¹
Kamol Yusook¹

บทคัดย่อภาษาไทย

ปัจจุบัน การปนเปื้อนในอาหาร มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคหลายชนิด ได้แก่ แบคทีเรีย ไวรัส และ พยาธิต่างๆ เชื้อ *Bacillus cereus* เป็นเชื้อแบคทีเรียที่พบการปนเปื้อนในอาหารในอัตราสูง และพบบ่อย เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอาหารเป็นพิษ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อมีอาการท้องเสียและ อาเจียน การรักษา จะใช้ยาต้านเชื้อซึ่งเป็นสารเคมีที่สังเคราะห์ขึ้นและนำเข้ามาจากต่างประเทศ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก การคิดค้นยาชนิดใหม่ ที่สกัดได้จากพืชสมุนไพร จึงมีประโยชน์ในการลดปัญหานี้ ดังนั้น การศึกษาจึงได้ทำการสกัดหาสารลูปีนโฟลีน ซึ่งเป็นสารกลุ่มฟลาโวนอยด์ จากลำต้นชะเอมเหนือ (*Derris reticulata* Craib.) โดยใช้วิธี Soxhlet extraction ด้วยเฮกเซน และ วิเคราะห์เพื่อเพิ่มความบริสุทธิ์ของสารที่สกัดได้ เพื่อหาฤทธิ์ในการต้านเชื้อ *B. cereus* จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า สารลูปีนโฟลีน มีฤทธิ์ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อเมื่อเพาะเลี้ยงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ MHB ทำให้เกิด inhibition zone เมื่อทดสอบด้วยวิธี disc diffusion ทดสอบหาฤทธิ์การต้านเชื้อด้วยวิธี microdilution method มีค่า MIC และ MBC เท่ากับ 8 และ 16 µg/ml ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน สังเกตเห็นเซลล์แบคทีเรียมีลักษณะบวม มีการทำลายผนังเซลล์และเยื่อหุ้มเซลล์ของเชื้อ *B. cereus* ดังนั้น สารลูปีนโฟลีน ที่สกัดได้จากลำต้นชะเอมเหนือ สามารถนำไปพัฒนาเป็นยาต้านเชื้อแบคทีเรียได้ในอนาคต และยังเป็นการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ด้านการรักษาโรคด้วยพืชสมุนไพรไทย ให้เป็นที่ยอมรับในวงการวิทยาศาสตร์มากขึ้น

คำสำคัญ : ลูปีนโฟลีน, ชะเอมเหนือ, บาซิลลัส ซีเลียส

¹มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ จังหวัดเพชรบูรณ์

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The bacteria named *Bacillus cereus* which are the commonly cause of food poisoning in human have been found at a high rate in contaminated food. This study aimed to investigate the antibacterial effects of lupinifolin, a bioactive compound extracted from *Derris reticulata* against this pathogen. Treatment of lupinifolin showed the inhibition effect in *B.cereus* growth both on MHB agar cultured-bacteria and disc diffusion method different from ampicillin ($p<0.05$). Furthermore, microdilution method showed MIC and MBC of the pure compound were 8 and 16 µg/ml , respectively. Lupinifolin destructed bacterial cell wall and swelled cell membrane under electron microscope. In conclusion, the present results suggests that the lupinifolin discourage *B.cereus* growth by effecting cell wall and cell membrane.

Key words : Lupinifolin, *Derris reticulata* Craib., *Bacillus cereus*

¹Phetchabun Rajabhat university, Public health programme, Phetchabun

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

Bacillus cereus เป็นแบคทีเรียที่พบในดิน สามารถก่อโรคอาหารเป็นพิษ อาการที่พบบ่อยคือ อาเจียน และท้องเสีย ลักษณะและรูปร่าง เป็นแบคทีเรียแกรมบวก รูปร่างแท่ง (rod) เจริญได้ดีทั้งในสภาพมีและไม่มีออกซิเจน ส่วนใหญ่การปนเปื้อนมักเกิดจากสปอร์ปนเปื้อนลงไปในอาหารที่ได้รับการปรุงไม่เหมาะสม เมื่อสปอร์เจริญเป็น vegetative cell จะสร้างสารพิษ (enterotoxin) และทำให้เกิดโรคเมื่อบริโภคอาหารนั้นเข้าไป ปริมาณที่ก่อโรคได้คือ มากกว่า 10⁶ เซลล์ต่อกรัมอาหาร สิ่งแวดล้อมอื่นที่พบเชื้อได้นอกจากดิน ได้แก่ อากาศ ผุ่น สารพิษ enterotoxin เป็นสารพิษประเภทโปรตีน ที่ถูกสร้างโดยจุลินทรีย์ในลำไส้เล็กตอนล่าง มีความเป็นพิษต่อเซลล์ เยื่อบุผนังลำไส้ ส่วนใหญ่เป็นสารพิษที่ขับออกมาโดยแบคทีเรียที่ไปทำให้เกิดรูพรุนในเซลล์เมมเบรน มีผลทำให้เซลล์ตาย หลังจากเซลล์บุผนังลำไส้เล็กตาย ของเหลวต่างๆ จึงไหลออกมา ทำให้เกิดอาการท้องร่วง ตัวอย่างของจุลินทรีย์ที่สร้าง enterotoxin ได้แก่ *E. coli* O157:H7, *Clostridium perfringens*, *Vibrio cholerae*, *Staphylococcus aureus*, Rota virus และ *Yersinia enterocolitica* สารพิษที่สร้างโดย *B. cereus* มีสองชนิดคือ ชนิดที่ทำให้ท้องร่วง (diarrhea toxin) ซึ่งเป็น enterotoxin และชนิดที่ทำให้อาเจียน (emetic toxin) โรคอาหารเป็นพิษ มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายอย่าง อาจเกิดจากสิ่งปนเปื้อนหรือเชื้อโรคที่ปนเปื้อนอยู่ในอาหาร *Bacillus cereus* เป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่เป็นสาเหตุของโรคนี้อย่างจะ ทำให้ผู้ที่ได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย เกิดอาการอาเจียนและท้องเสีย อาการอาเจียนมักเกิดจากการได้รับสารพิษที่แบคทีเรียสร้างขึ้นชนิดที่มีความคงทนเป็นกรด -ด่างสูง มักปรากฏอาการภายหลังจากบริโภคอาหารที่มีสารพิษเข้าไป 30 นาทีถึง 6 ชั่วโมง ต่อมาจะถ่ายอุจจาระเหลว โดยทั่วไปอาการจะทุเลาลงภายใน 24 ชั่วโมง (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2557)

การรักษาโรคด้วยพืชสมุนไพร เป็นภูมิปัญญาของชาวบ้านทั่วทุกท้องถิ่น โดยเฉพาะในประเทศไทยมีพืชสมุนไพรหลายชนิดทั้งที่หาได้ทั่วไปตามบ้านและหาได้ยาก เพราะอาจอยู่ในป่าลึก แต่มีคุณประโยชน์มหาศาลทางด้านการแพทย์แผนไทย ที่ใช้รักษาโรคติดต่อต่างๆ ได้หลายชนิด ชะเอมเหนือ (*Derris reticulata* Craib.) เป็นพืชที่มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อไวรัส แบคทีเรีย ได้แก่ เชื้อ *B. cereus*, *Corynebacterium diphtheria* และ *Staphylococcus epidermidis* (Soonthorn chareonnon et al, 2004: 26) ฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด (Kumkrai, Kamonwannasit, and Chudapongse, 2014: 675) ต้านสารอนุมูลอิสระ ต้านการเกิดบาดแผล ต้านการเกิดพิษในตับ และต้านการอักเสบ (Cushnie and Lamp, 2005: 343) สารที่เป็นส่วนประกอบสำคัญในพืชเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มฟลาโวนอยด์ ได้แก่ ลูปีนฟอลิน (Mahidol et al, 1997: 825) อย่างไรก็ตามการหาความเข้มข้นต่ำสุดของสารลูปีนฟอลินที่มีฤทธิ์ยับยั้งและความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ยังไม่เคยมีการศึกษา มาก่อน และการตรวจสอบหาสารที่เป็นสารออกฤทธิ์สำคัญในพืชสมุนไพรยังเป็นสิ่งสำคัญ นำไปสู่การพัฒนา และวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้มีการยอมรับและเพิ่มความปลอดภัยต่อมนุษย์มากขึ้น ดังนั้น การวิจัยเรื่องนี้ จึงได้ทำการศึกษาสารลูปีนฟอลิน ที่สกัดได้จากลำต้นชะเอมเหนือ เพื่อศึกษาฤทธิ์ต้านเชื้อ *B. cereus* สาเหตุของโรคอาหารเป็นพิษ ที่พบได้บ่อยในปัจจุบันและหาเป้าหมายที่สำคัญของเซลล์แบคทีเรียซึ่งได้รับผลกระทบจากการทำลายของสารสกัดลูปีนฟอลิน ผลของการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาเป็นยาต้านเชื้อแบคทีเรียได้ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียของสารลูปินิฟอลิน สารสกัดจากลำต้นชะเอมเหนือต่อการต้านเชื้อ *Bacillus cereus*

ระเบียบวิธีวิจัย

1. การเตรียมตัวอย่างลำต้นชะเอมเหนือ

นำลำต้นของชะเอมเหนือ (*Derris reticulata* Craib.) ตัดเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วนำไปอบใน Hot air oven ที่อุณหภูมิ 50 องศาเซลเซียส ลำต้นที่อบแล้วเก็บไว้ในที่แห้ง ไม่มีความชื้น ที่อุณหภูมิห้องจนกว่าจะนำไปใช้ในการทดลอง

2. การทดสอบความบริสุทธิ์ของสารลูปินิฟอลิน

ลำต้นชะเอมเหนือที่ตัดเป็นชิ้นเล็ก นำมาสกัดด้วย เฮกเซน โดยใช้ Soxhlet extractor หลังจากนั้นนำสารละลายที่ได้นำมาล้างด้วยน้ำ 2 ครั้ง นำส่วนบนที่เป็นชั้นของ Hexane แยกออกมาแล้วทำการแยกสารให้บริสุทธิ์ด้วยวิธี Crystallization และ วิธี Thin layer chromatography บนแผ่น Silica gel G60 F254 อะลูมิเนียม โดยใช้ Dichloromethane : Methanol ในอัตราส่วน 95 : 5 (สมิตา วิเศษสุทธิชัย และ คณะ, 2548:11) เพื่อทดสอบหาความบริสุทธิ์ของลูปินิฟอลิน

3. การทดสอบฤทธิ์ต้านแบคทีเรีย

3.1 วิธี Disc diffusion

แบคทีเรียที่ใช้ในการทดสอบคือ *Bacillus cereus* (TISTR 687) โดยเฉพาะเลี้ยงแบคทีเรียในอาหาร Mueller-Hinton Broth (MHB) บ่มเชื้อให้เจริญเติบโตที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 16-18 ชั่วโมง (CLSI, 2012) แล้วนำมาเจือจางด้วยสารละลาย 0.85 % NaCl เทียบความเข้มข้นกับ 0.5 McFarland เพื่อให้ได้จำนวนเชื้อแบคทีเรียประมาณ 108 cfu/ml หลังจากนั้นป้ายเชื้อลงบนอาหารเลี้ยงเชื้อ Mueller-Hinton Agar (MHA) วางแผ่นกระดาษกรอง What man No.1 ขนาด 6 มิลลิเมตร ที่มีสารลูปินิฟอลิน จำนวน 25, 50, และ 75 µg/disc ตามลำดับ ใช้ 10% NaOH (1 N) และยาปฏิชีวนะ Ampicillin เป็น Vehicle control และ Positive control ตามลำดับ นำจานเพาะเลี้ยงเชื้อไปบ่มในตู้บ่มเพาะเลี้ยงเชื้ออุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง วัดขนาด Inhibition zones รอบแผ่นกระดาษกรองแล้วบันทึกผล ทำการทดลอง 3 ครั้ง

3.2 วิธี Minimum inhibition concentration (MIC) และ Minimum bactericidal concentration (MBC)

ทำการทดสอบด้วยวิธี microdilution method ใน หลุมเพาะเลี้ยงเชื้อ 96 well plate (Joycharat et al., 2013: 725) ละลายสารลูปินิฟอลิน ใน 10% NaOH (1 N) แล้วเติมลงในหลุมเพาะเชื้อที่มีอาหารเลี้ยงเชื้อ MHB ให้มีความเข้มข้นของสารลูปินิฟอลินตั้งแต่ 0.25-512 µg/ml ด้วยวิธี two-fold serial dilutions หลังจากนั้นเติมเชื้อ *Bacillus cereus* ให้มีจำนวนเชื้อสุดท้ายในหลุมทดลองเท่ากับ 5x10⁵ cfu/ml การทดลองด้วยวิธีนี้ใช้ยาปฏิชีวนะ Ampicillin, 0.5% NaOH (1 N) และ หลุมที่ไม่ใส่สารลูปินิฟอลิน เป็น positive, vehicle control และ negative control ตามลำดับ นำ หลุมเพาะเลี้ยงเชื้อ 96 well plate ไป บ่มในตู้บ่มเพาะเลี้ยงเชื้ออุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ค่า MIC คือค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่ไม่เห็นการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย หรือ ไม่เกิดความขุ่น วิเคราะห์ค่า MBC ด้วยการนำอาหารเลี้ยงเชื้อจากหลุมที่ไม่เกิดความขุ่นไปเพาะเลี้ยงเชื้อ

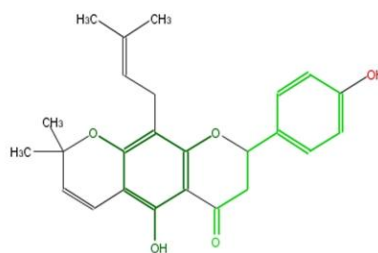
บน MHA แล้วนำไปป้อนในตู้อบเพาะเลี้ยงเชื้ออุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง ความเข้มข้นต่ำสุดที่ไม่เห็นเชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโต จะเป็นค่า MBC การทดลองทุกวิธีจะทำทั้งหมด 3 ครั้ง

3.3 การศึกษาฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน

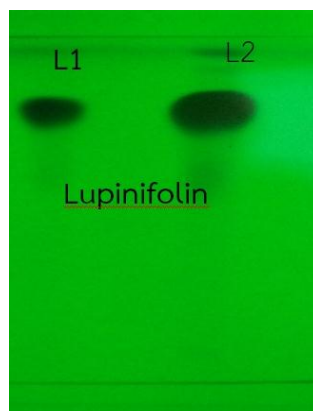
กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน หรือ Transmission electron microscope (TEM) มีประโยชน์ในการศึกษารูปร่างลักษณะของเชื้อแบคทีเรียแบบตัดขวาง สามารถมองเห็นองค์ประกอบที่เปลี่ยนแปลงหลังได้รับสารลูปีนฟอลิน ได้แก่ cell wall, cell membrane และ ลักษณะโครงสร้างภายในเซลล์ของเชื้อแบคทีเรีย (Ghosh et al, 2013: 103) ตัวอย่างเชื้อแบคทีเรียที่ทดสอบกับสารตัวอย่างแล้วจะล้างด้วย 0.1 M phosphate buffer (PBS, pH 7.2) ทำการ fixed ตัวอย่างด้วย 0.25% glutaraldehyde ล้างด้วย 0.1 M PBS อีกครั้ง แล้ว fixed ด้วย 1% osmium tetroxide หลังจากนั้น dehydrate ด้วย acetone จากความเข้มข้น 20-100 % นำตัวอย่างไปแทนที่ด้วย Spurr's resin เพื่อเก็บตัวอย่างให้อยู่ในแท่งพลาสติกนำไปตัด section ด้วยเครื่อง ultramicrotome ให้ตัวอย่างอยู่บนแผ่น copper grids ย้อมสีด้วย 2% uranyl acetate และ lead citrate แล้วตรวจตัวอย่างด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนเพื่อดูลักษณะของเซลล์แบคทีเรีย

ผลการศึกษา

จากการสกัดลำต้นชะเอมเหนือ เพื่อหาสารลูปีนฟอลิน ด้วยวิธี Soxhlet extraction โดยใช้เฮกเซนเป็นตัวทำละลาย และวิธีการ Crystallization จะได้ ผลึกสีเหลืองรูปเข็ม (รูปที่ 1) ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของสารชนิดนี้ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความบริสุทธิ์เบื้องต้น ด้วยวิธี TLC (รูปที่ 2)



ภาพที่ 1 ผลึกสีเหลืองรูปเข็ม และ รูปโครงสร้างทางเคมี ของสารลูปีนฟอลิน



ภาพที่ 2 ผล TLC บนแผ่นกระดาษ Silica gel G60 F254 อะลูมิเนียม ดูภายใต้แสง UV

ผลการทดสอบหาฤทธิ์ต้านเชื้อ *B. cereus* ด้วยวิธี Disc diffusion วัดค่า inhibition zone ได้ผลดังตารางที่ 1 พบว่า สารลูปีนิฟอลิน สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ *B. cereus*

ตารางที่ 1 Antibacterial activity of Lupinifolin

Microorganism	Diameter of inhibitions zone (mm)			Ampicillin (μg)
	Lupinifolin (μg)			
	25	50	75	10
<i>Bacillus cereus</i>	10 \pm 1.1*	13 \pm 0.6	25 \pm 0.6*	13 \pm 0.6*

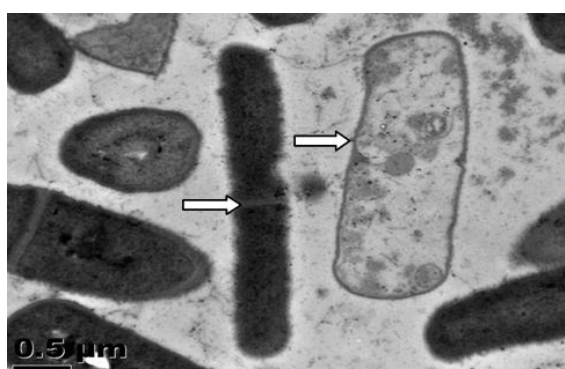
(n=3, * = p < 0.05)

เมื่อทำการทดสอบหาฤทธิ์ต้านเชื้อด้วยวิธี MIC และ MBC ด้วยวิธี microdilution method ได้ค่าเท่ากับ 8 $\mu\text{g}/\text{ml}$ และ 16 $\mu\text{g}/\text{ml}$ ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 The minimum inhibitory concentration (MIC) and minimum bactericidal concentration (MBC) of lupinifolin from *D.reticulata* against gram positive bacteria compared with ampicillin.

Microorganisms	Lupinifolin		Ampicillin	
	MIC ($\mu\text{g}/\text{ml}$)	MBC ($\mu\text{g}/\text{ml}$)	MIC ($\mu\text{g}/\text{ml}$)	MBC ($\mu\text{g}/\text{ml}$)
<i>B.cereus</i>	8	16	8	16

(n=3, p > 0.05)



ภาพที่ 3 เชื้อ *B. cereus* หลังจากเติมสารลูปีนิฟอลิน มีลักษณะบวมและ บางเซลล์มีขนาดเล็กลง

ผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน พบว่า เซลล์ของ *B.cereus* ที่เติมสารลูปีนิฟอลิน มีลักษณะเปลี่ยนไปเมื่อเทียบกับเซลล์แบคทีเรียปกติที่ไม่ได้เติมสารสกัด โดยลักษณะที่สังเกตเห็นมีรูปร่างบวม และ บางเซลล์จะติดสีเข้ม อาจเกิดจาก ผนังเซลล์ และ ผนังเซลล์อาจถูกทำลาย

สรุปและอภิปรายผล

การสกัดสารลูปินิฟอลิน จากลำต้นชะเอมเหนือ (*D. reticulata* Craib.) พบว่า สารที่สกัดได้มีลักษณะเป็นผลึกรูปเข็มสี่เหลี่ยม ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของสารชนิดนี้ สอดคล้องกับการสกัดหาสารลูปินิฟอลินในลำต้นชะเอม *Myriopteron extensum* (Wight) K. Schum. ซึ่งมีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อ *B. cereus* โดยวิธี Disc diffusion เท่านั้น ซึ่งเป็นการศึกษาฤทธิ์การต้านเชื้อแบคทีเรียเบื้องต้น แต่ไม่มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อราชนิด dermatophytes (Soonthorn chareonnon, Ubonopas, Kaewsuwan, & Wuttiudomlert, 2004) ในการศึกษาที่ผ่านมา สารลูปินิฟอลิน จัดเป็นสารประเภทฟลาโวนอยด์ จัดอยู่ในกลุ่ม ฟลาโวนอน ซึ่งพบมากในพืชสมุนไพร และมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยามากมาย ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการทดสอบหาฤทธิ์ต้านเชื้อ *B. cereus* ด้วยวิธี Minimal inhibitory concentration (MIC) และ Minimal bactericidal concentration (MBC) นอกจากนี้ยังทำการตรวจหาบริเวณเป้าหมายของเซลล์แบคทีเรียที่ได้รับผลกระทบจากสารลูปินิฟอลินด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน ผลการวิจัย พบว่า สารลูปินิฟอลินสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย โดยทำให้เกิด inhibition zones บนอาหารเลี้ยงเชื้อ MHB เมื่อเปรียบเทียบกับยา Ampicillin มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเหมือนกับการศึกษาฤทธิ์ของลูปินิฟอลินในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียของสารสกัดจาก *Eriosema chinense* (Prasad, Laloo, Kumar, & Hemalatha, 2013) และสารสกัดจาก *Myriopteron extensum* (Wight) K. Schum. ซึ่งเป็นการศึกษาจากสารสกัดสมุนไพรแบบหยาบ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบหาฤทธิ์ต้านเชื้อ *B. cereus* ด้วยวิธี microdilution method ได้ค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดลูปินิฟอลินที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย (MIC) และความเข้มข้นต่ำสุดในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (MBC) เท่ากับ 8 และ 16 $\mu\text{g/ml}$ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับยา Ampicillin พบว่า ไม่มีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถือว่าสารสกัดลูปินิฟอลินมีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อ *B. cereus* อยู่ในระดับดี

การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบว่า เซลล์แบคทีเรีย ที่เติมสารสกัดลูปินิฟอลิน มีลักษณะบวมและสังเกตเห็นการถูกทำลายบริเวณ cell wall หรืออาจทำลายที่ cytoplasmic membrane เมื่อเทียบกับเซลล์แบคทีเรียในกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตามการศึกษาหากกลไกการออกฤทธิ์ต่อเชื้อแบคทีเรียที่เฉพาะเจาะจง ของสารสกัดชนิดนี้ ยังต้องมีการศึกษาวิจัยในอนาคตด้วยวิธีทาง อนุชีวภาพและการแสดงออกของยีน เพื่อพัฒนาในการคิดค้นยาต้านเชื้อชนิดใหม่ต่อไป

บรรณานุกรม

- สมिता วิเศษสุทธิชัย, สุภาพ เตชะมหามณีรัตน์, วราภรณ์ จรรยาประเสริฐ และ นพมาศ สุนทรเจริญนนท์.(2548). การพัฒนาเจลสารสกัดชะเอมเหนือเป็นยาต้านเริ่ม. วารสารสมุนไพร, 12,11-22.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2557). กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข
- Clinical and Laboratory Standards Institute. (2012). Methods for Dilution Antimicrobial Susceptibility Tests for Bacteria That Grow Aerobically, Approved Standard. Clinical and Laboratory Standards Institute document M07-A8,pp 16-18.
- Cushnie, T.P., and Lamb, A.J. (2005). Antimicrobial activity of flavonoids. International Journal of Antimicrobial Agents, 26(5), 343-356.

- Ghosh, S., Indukuri, K., Bondalapati, S., Saikia, A.K., and Rangan, L. (2013). Unveiling the mode of action of antibacterial labdane diterpenes from *Alpinia nigra* (Gaertn.) B. L. Burtt seeds. *European Journal of Medicinal Chemistry*, 66(0), 101-105.
- Joycharat, N., Thammavong, S., Limsuwan, S., Homlaead, S., Voravuthikunchai, S.P., Yingyongnarongkul, B.E., Dej-Adisai, S., and Subhadhirasakul, S. (2013). Antibacterial substances from *Albizia myriophylla* wood against cariogenic *Streptococcus mutans*. *Archives of Pharmacal Research*, 36(6), 723-730.
- Kumkrai, P., Kamonwannasit, S., and Chudapongse, N. (2014). Cytoprotective and anti-diabetic effects of *Derris reticulata* aqueous extract. *Journal of Physiology and Biochemistry*, 70(3), 675-684.
- Mahidol, C., Prawat, H., Ruchirawat, S., Lihkitwitayawuid, K., Lin, L.-Z., and Cordell, G.A. (1997). Prenylated flavanones from *Derris reticulata*. *Phytochemistry*, 45(4), 825-829.
- Prasad, S. K., Laloo, D., Kumar, M., & Hemalatha, S. (2013). Antidiarrhoeal evaluation of root extract, its bioactive fraction, and lupinifolin isolated from *Eriosema chinense*. *Planta Med*, 79(17), 1620-1627.
- Soonthornchareonnon, N., Ubonopas, L., Kaewsuwan, S., & Wuttiudomlert, M. (2004). Lupinifolin, a bioactive flavanone from *Myriopterion extensum* (Wight) K. Schum. stem. *Thai Journal of Phytopharmacy*, 11(2), 19-27.
-

องค์ประกอบทางเคมีของตำรับยาน้ำมันไพลที่ได้จากการทอดด้วยน้ำมันพืช ตามวิถีภูมิปัญญาไทย

Chemical constituents in Phlai oil formulation prepared from plant fixed oils frying followed as traditional Thai wisdom

วุฒิชัย วิสุทธีพรต^{1,2} นิพนธ์ แก้วต่าย¹ วิทิตา ไปบน³ และ วันชวรรณ วิสุทธีพรต⁴

Wudtichai Wisutiprot^{1,2} Nipon Keawtai¹ Witita Paibon³ and Vanuchawan Wisutiprot⁴

บทคัดย่อภาษาไทย

ตำรับยาน้ำมันไพลเป็นตำรับยาเตรียมด้วยการทอดเหง้าไพล (*Zingiber cassumunar*) สดด้วยน้ำมันพืช ซึ่งเป็นวิธีการเตรียมตำรับยาตามวิถีภูมิปัญญาไทยที่สืบทอดต่อกันมา โดยตำรับดังกล่าวเป็นตำรายาที่แพทย์แผนไทยมักใช้สำหรับรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อหรือใช้ร่วมกับการนวดไทย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญเบื้องต้นของตำรับยาน้ำมันไพล โดยองค์ประกอบที่สนใจเป็นสารประกอบสำคัญที่อยู่ในไพลซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการยับยั้งกระบวนการอักเสบ ได้แก่ Sabinene, Terpinene-4-ol, (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl)butadiene (DMPBD), (E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol (Compound D) และ Curcumin โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวในตำรับได้ใช้วิธี Thin layer chromatography และ Gas chromatography ในการวิเคราะห์จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของตำรับด้วย TLC และ GC พบว่า ตำรับน้ำมันไพลมีองค์ประกอบของสารสำคัญที่มีอยู่ในไพลโดยเฉพาะ (E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol (Compound D) และน้ำมันที่สามารถสกัดสารสำคัญดังกล่าวได้สูงที่สุดคือน้ำมันปาล์ม ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้จะบ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของตำรับยาน้ำมันไพลในการใช้เพื่อรักษาอาการปวดอักเสบกล้ามเนื้อแต่การศึกษาวิจัยเชิงคลินิกก็นับเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำต่อไปในอนาคต ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้ในการสนับสนุนการใช้ยาในผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : *Zingiber cassumunar*, ไพล, คอมพาวด์ ดี

¹ ภาควิชาการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

² ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

³ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

⁴ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Phlai oil is an oil formulation prepared by frying rhizome of *Zingiber cassumunar* with plant fixed oils. Preparation process has been recommended from traditional Thai wisdom transferred by each of era. This formulation is usually used for treating muscle pain or combining with Thai massage. Current study was to analyze the basic compounds containing in oil formulation. The interested compounds are prominent in *Zingiber cassumunar* and present anti-inflammatory activity. They are Sabinene, Terpinene-4-ol, (E)-1-(3, 4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD), (E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol (Compound D) and Curcumin. Those compounds in formulation were measured by using thin layer chromatography and gas chromatography techniques. The results revealed that Phlai oil formulation possessed important components particularly compound D. Palm oil was the best solvent for extracting compound D. Although this

study focus on the potential of Phlai oil for muscle inflammation treatment, clinical study also is necessary for further investigating order to support patient treatment information.

Key words : Zingiber cassumunar, Phlai, Compound D

¹ Department of Thai Traditional Medicine, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

² Center of Excellence for Thai Traditional Medicine, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

³ Medical Sciences Center 2, Phitsanulok

⁴ Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน สมุนไพรไม่ว่าจากพืชหรือสัตว์ถูกนำมาสกัดและใช้เป็นยาเพื่อหวังผลในการบำรุงร่างกาย ป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งส่งเสริมความงาม มนุษย์ค้นพบฤทธิ์ทางชีวภาพและความปลอดภัยของสารสกัดเหล่านี้จากการสังเกตและการลองผิดลองถูก แล้วนำความรู้ที่ได้ถ่ายทอดมายังบุคคลรุ่นหลังซึ่งพัฒนาการองค์ความรู้ด้านแพทย์แผนไทยก็มีกระบวนการสืบทอดในลักษณะนี้เช่นกัน องค์ความรู้หลายประการได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป รวมถึงความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันสามารถพิสูจน์และสนับสนุนข้อมูลเหล่านั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์และความปลอดภัยสูงสุดในการที่จะนำสารสกัดจากธรรมชาติ มาพัฒนาให้อยู่ในรูปแบบต่างๆ เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยา และเครื่องสำอาง เพื่อนำมาใช้กับมนุษย์

น้ำมันไพล (Plai oil) จัดเป็นน้ำมันหอมระเหยที่ได้จากไพล (*Zingiber cassumunar* Roxb.) มีสรรพคุณที่ระบุไว้ในตำรายาไทยว่าสามารถต้านอาการปวดอักเสบของกล้ามเนื้อและข้อได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้แพทย์แผนโบราณยังใช้ไพลเข้าตำรับยากระตุ้นน้ำมันในสตรีให้นมบุตร และช่วยลดอาการท้องอืดในทารกอีกด้วย (มานิช วามานนท์และเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2540; วุฒิ วุฒิธรรมเวช, 2538) จากรายงานการศึกษาเชิงวิจัยพบว่า ไพลมีองค์ประกอบสำคัญหลายชนิดทั้งที่เป็นสารประกอบกลุ่มโพลีฟีนอล เช่น สารกลุ่ม curcuminoids และสารประกอบกลุ่มน้ำมันหอมระเหย เช่น terpenoids ชนิดต่างๆ อาทิ เช่น (E)-4 (3',4'-dimethylphenyl) but-3-en-1-ol, (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) but-3-en-2-ol, (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl) butadiene (DMPBD) และ terpinene-4-ol เป็นต้น ซึ่งสารประกอบเหล่านี้ล้วนมีคุณสมบัติสำคัญในด้านการต้านการอักเสบ (Ah-Reum Han และคณะ, 2005; Rattima Jeenapongsa และคณะ, 2003; T S Rao และคณะ, 1982; R R Satoskar และคณะ, 1986) โดยการศึกษาวิจัยพบอีกว่ามี terpinene-4-ol ในปริมาณสูงที่สุดในน้ำมันไพล (Ministry of Public Health Department of Medical Sciences, 2007; มานิช วามานนท์และเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2540) และในปัจจุบันตำรับยาของน้ำมันไพลได้ถูกกำหนดให้เป็นสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี 2554 กลุ่มที่ 2 บัญชียาพัฒนาจากสมุนไพร ยารักษาอาการกระดูกและกล้ามเนื้อประเภทยาสำหรับใช้ภายนอก โดยมีตำรับที่กำหนดไว้จำนวน 2 ตำรับคือ ตำรับยาครีมไพล ประกอบด้วยน้ำมันไพลที่ได้จากการกลั่น 14% v/w และ ตำรับยาน้ำมันไพล ซึ่งเป็นเภสัชตำรับของโรงพยาบาลที่สร้างขึ้น โดยกำหนดให้มีน้ำมันไพลที่ได้จากการทอดไม่น้อยกว่า 90% v/w กระบวนการสกัดน้ำมันไพลออกจากเหง้าไพลสามารถทำได้หลายวิธี อาทิ เช่น การสกัดโดยการกลั่น การสกัดด้วยตัวทำละลายอินทรีย์ และการทอดด้วยน้ำมันประเภทต่างๆ ในทางการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทย การสกัดน้ำมันไพลนิยมใช้การทอดด้วยน้ำมันพืชชนิดต่างๆ อาทิ เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันงา น้ำมันรำข้าวและ น้ำมันปาล์ม

เป็นต้น (มูลนิธิสุขภาพไทย, 2008; มาโนช วามานนท์และเพ็ญญา ทรัพย์เจริญ, 2540; วุฒิ วุฒิธรรม เวช, 2538) ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวสามารถทำได้โดยง่าย โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือที่ยุ่งยาก และซับซ้อนเหมือนวิธีการอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามยังมิได้มีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพในการสกัด น้ำมันไพลตามวิธีการดังกล่าว รวมถึงประสิทธิภาพในการลดการปวดอักเสบของน้ำมันไพลที่ได้จาก กระบวนการสกัดด้วยการทอดเหล่านั้นด้วย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงประสิทธิภาพ ของวิธีสกัดน้ำมันโดยการทอดตามภูมิปัญญาไทย ปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการสกัด สารสำคัญในน้ำมันไพลโดยวิธีการทอด รวมถึงประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดอักเสบของน้ำมัน ไพลที่ได้จากกระบวนการทอดด้วยน้ำมันพืช

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาองค์ประกอบทางเคมีของตำรับยาน้ำมันไพลที่เตรียมด้วยการทอดด้วยน้ำมันพืช ตาม หลักการภูมิปัญญาไทย

ระเบียบวิธีวิจัย

การสกัดน้ำมันไพลด้วยการทอด

เตรียมเหง้าไพลสดผานเป็นชิ้นบางๆทอดลงในน้ำมันพืชจนกระทั่งแผ่นไพลเหลืองกรอบ จึงตักออก กรองน้ำมันที่ได้ด้วยกระดาษกรอง What man No1 เก็บน้ำมันไพลที่ได้ให้แห้ง

การสกัดไพลด้วยตัวทำละลายเฮกเซน

การเตรียมสารสกัดไพลดำเนินการตามที่กำหนดไว้ใน Thai Herbal Pharmacopeia โดยหมักเหง้าไพลสดด้วยตัวทำละลายเฮกเซน บรรจุลงใน Soxhlet extraction apparatus ใช้ อัตราส่วน ไพล : เฮกเซน, 2 : 1 ทำการสกัดเป็นเวลา 3 ชั่วโมง กรองแล้วแยกสารสกัดไประเหยด้วย Rotary evaporator เก็บสารสกัดที่ได้ไว้ในตู้เย็น

การสกัดน้ำมันไพลด้วยการกลั่น

นำเหง้าไพลสดมาหั่นเป็นชิ้นเล็กๆและสกัดโดยการต้มกับน้ำร้อน ในอัตราส่วน 1: 2 และกลั่น ด้วยชุดกลั่นน้ำมันหอมระเหย นำน้ำมันหอมระเหยที่ได้เก็บไว้ที่ 4 องศาเซลเซียส

การศึกษาเอกลักษณ์โครมาโตกราฟีแบบผิวบาง (TLC) ของตำรับน้ำมันไพล

การแยกองค์ประกอบดำเนินการตามวิธีที่กำหนดไว้ใน Thai Herbal Pharmacopeia (THP) เปรียบเทียบค่ารีเฟล็กซ์ (Rf) จำนวนแถบสาร สีและความเข้มของแถบสี ของน้ำมันไพลที่สกัดได้จากน้ำมันพืชโดยการทอด โดยใช้ mobile phase เฮกเซน: เอทิลอะซิเตต ในอัตราส่วน 70: 30 โดยใช้ สารสกัดไพลในตัวทำละลายเฮกเซนและน้ำมันไพลที่ได้จากการกลั่น เป็นตัวอย่างในการเปรียบเทียบ ตำแหน่งของสารสำคัญในน้ำมันไพลที่สกัดได้ด้วยการทอด โดยกำหนดระยะทางในการวิ่งของmobile phase เป็น 15 cm หลังจากได้ระยะดังกล่าวนำแผ่น TLC ไปส่องภายใต้แสง UV ความยาวคลื่น 254 , 366 nm และ Spray เพลทด้วย vanillin reagent เปรียบเทียบสีและตำแหน่งของ spot โดย เปรียบเทียบกับตารางเทียบข้อมูลของ Thai Herbal Pharmacopeia (Ministry of Public Health Department of Medical Sciences, 2007)

การวิเคราะห์น้ำมันไพลด้วย Gas chromatography

ในการวิเคราะห์องค์ประกอบของน้ำไพลเพิ่มเติมโดยการใช้ Gas chromatography ร่วมกับ Column HP-5MS 0.25mm x 30m x 0.25 μ m (Agilent, model number 19091S-433), flow rate 1 ml/min โดยใช้แบบ constant flow อุณหภูมิคอลัมน์ 280 องศาเซลเซียส รอบต่อการฉีด 77 นาที Injection volume 1.0 μ l โดยใช้ Helium เป็น gas carrier การวิเคราะห์ใช้เครื่อง GC-MS ของ Hewlett Packard model 5989MS Engine การวิเคราะห์ใช้ สารสกัดไพลจากเฮกเซนและ essential oil ที่ได้จากการกลั่นเป็นตัวมาตรฐานในการเปรียบเทียบกับตำรับยาน้ำมันไพลที่ทอดจากน้ำมันชนิดต่างๆ ทั้ง 5 ชนิด โดยเปรียบเทียบองค์ประกอบจาก Library ของเครื่อง Mass spectrophotometry

ผลการศึกษา

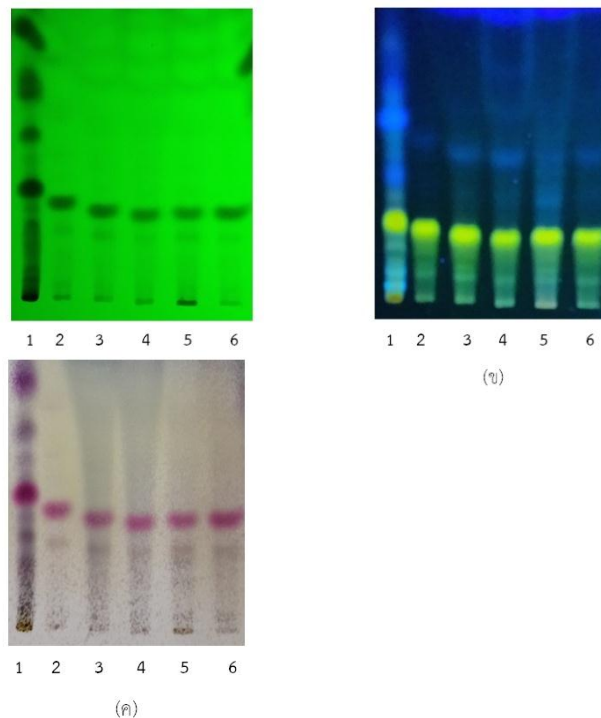
การกลั่นน้ำมันไพลโดยอาศัยการกลั่นด้วยไอน้ำได้น้ำมันไพลที่ใสไม่มีสี คิดเป็นเปอร์เซ็นต์ของน้ำมันไพลเท่ากับ 1.35 ± 0.45 % (n=3) ในขณะที่การสกัดไพลด้วยตัวทำละลายเฮกเซนได้จำนวนสารสกัดคิดเป็นร้อยละ 2.45 %

ในขั้นตอนของการเตรียมน้ำมันไพลตามกรรมวิธีของแพทย์แผนไทย ได้เตรียมโดยหั่นเหง้าไพลสดให้เป็นชิ้นบางทอดลงในน้ำมันในอัตราส่วนของไพลต่อน้ำมันพืช เท่ากับ 1: 2 โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทดลองศึกษาการเตรียมโดยใช้น้ำมันพืชจำนวน 5 ชนิดที่สามารถซื้อได้จากห้างสรรพสินค้าทั่วไป ซึ่งได้แก่ น้ำมันปาล์ม, น้ำมันเหลือง, น้ำมันงา, น้ำมันมะพร้าว และ น้ำมันรำข้าว

ซึ่งในกระบวนการทอดได้มีการควบคุมอุณหภูมิด้วยเครื่อง IKA C-Max HS7 และควบคุมอุณหภูมิน้ำมันด้วยเทอร์โมมิเตอร์ โดยการทอดกระทำเหมือนกับการทอดของแพทย์แผนไทยนั่นคือทอดจนกระทั่งกรอบแล้วจึงยกลง ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบองค์ประกอบเบื้องต้นของน้ำมันไพลที่ได้จากการสกัดด้วยการทอดด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนไทย โดยการเปรียบเทียบดังกล่าวได้ใช้วิธีการตรวจแยกองค์ประกอบสารด้วยวิธี รงคเลขฝิวบาง (Thin layer chromatography) โดยใช้วัฏภาคเคลื่อนที่ (Continues phase) เป็นตัวทำละลายอินทรีย์ประกอบไปด้วย Hexane: Ethylacetate (70: 30) โดยให้มีระยะการเคลื่อนที่ของสารละลายที่ 15 เซนติเมตร และดำเนินการตรวจสอบภายใต้แสง UV 254 nm และ 366 nm และสเปรย์ด้วยสารละลาย vanillin ในกรดซัลฟิวริก ตำรับน้ำมันไพลที่ได้จากกระบวนการทอดด้วยน้ำมันพืชจะเป็นน้ำมันไพลที่มีสีเหลืองแกมเขียว โดยสีเหลืองแกมเขียวดังกล่าวจะสามารถติดที่เสื้อผ้าและผิวหนังได้

การศึกษาเอกลักษณ์โครมาโตกราฟีแบบฝิวบาง (TLC) ของตำรับน้ำมันไพล

การแยกองค์ประกอบเบื้องต้นของตำรับน้ำไพลได้ ดำเนินการตามที่ได้มีการกำหนดไว้ใน Thai Herbal Pharmacopeia ซึ่งได้ใช้ สารสกัดไพลจากเฮกเซนเป็นสารมาตรฐานในการเปรียบเทียบแถบสีขององค์ประกอบที่ได้ในตำรับน้ำมันไพล ซึ่งจากการแยกองค์ประกอบของน้ำมันไพลจากการทอดด้วยน้ำมันพืชด้วย TLC พบว่าน้ำมันไพลที่ทอดด้วยน้ำมันพืชประเภทต่างๆ มีลักษณะของ TLC fingerprint ที่เหมือนกันดังแสดงใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 TLC fingerprint ของตำรับน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดด้วยน้ำมันพืชชนิดต่างๆเปรียบเทียบกับโพลสกัดด้วยเฮกเซน โดยการดูภายใต้แสง UV 254 nm (ก) UV 366 nm (ข) หลังจากสเปรย์ด้วย vanillin ในกรดซัลฟิวริก (ค); 1= โพลสกัดด้วยเฮกเซน; 2 = น้ำมันโพลทอดด้วยน้ำมันมะพร้าว; 3 = น้ำมันโพลทอดด้วยน้ำมันถั่วเหลือง; 4 = น้ำมันโพลทอดด้วยน้ำมันรำข้าว; 5= น้ำมันโพลทอดด้วยน้ำมันงา; 6 = น้ำมันโพลทอดด้วยน้ำมันปาล์ม

ภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงลักษณะของ TLC fingerprint ของสารประกอบในโพลที่ได้จากการสกัดด้วยเฮกเซน และการทอดด้วยน้ำมันพืชชนิดต่างๆ โดยพบว่าโพลที่สกัดด้วยเฮกเซนจะมีองค์ประกอบของสารในโพลที่มากกว่า แต่อย่างไรก็ตามน่าสังเกตว่าน้ำมันพืชที่แตกต่างชนิดกันให้ลักษณะของ TLC fingerprint ที่คล้ายคลึงกัน แต่อย่างไรก็ตามผลจาก TLC fingerprint เป็นเพียงการตรวจสอบองค์ประกอบเบื้องต้นเพียงคร่าวๆของสารประกอบจากโพลที่สกัดโดยวิธีที่แตกต่างกันเท่านั้น นอกจากนี้การปรากฏของแถบสีบนแผ่นซิลิกา ยังขึ้นอยู่กับความเข้มข้นขององค์ประกอบแต่ละชนิดในน้ำมันโพล ซึ่งหากสังเกตในภาพที่ 1 (ก) จะเห็นว่าน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดด้วยน้ำมันพืชมีร่องรอยของแถบสีที่คล้ายกับโพลสกัดในเฮกเซน แต่แถบสีต่างๆดังกล่าวของตำรับน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดมองเห็นไม่ชัดเจนทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมีความเข้มข้นขององค์ประกอบที่น้อยกว่าสารสกัดที่ได้จากเฮกเซน ซึ่งการยืนยันผลดังกล่าวสามารถยืนยันผลได้จากการตรวจวัดด้วย Gas chromatography อีกครั้งหนึ่ง

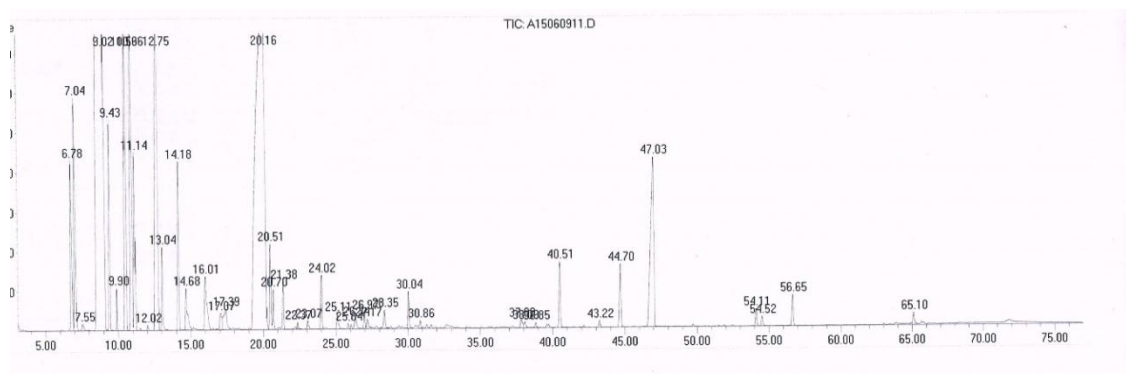
หลังจากที่มีการสเปรย์ TLC plate ด้วย vanillin ในกรดซัลฟิวริก พบว่ามีแถบสารที่ติดสีของ vanillin จำนวน 2 แถบสีคือแถบสีม่วงอ่อนและสีชมพู โดยมีค่า Rf ประมาณ 11-15 และ 15-18 ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาอ้างอิงจาก Thai Herbal Pharmacopeia จะพบว่าแถบขององค์ประกอบ

ทั้งสองน่าจะเป็น Curcumin และ [(E)-4-(3,4-dimethoxyphenyl)] but-3-en-1-ol (Compound D) ตามลำดับ (Ministry of Public Health Department of Medical Sciences, 2007)

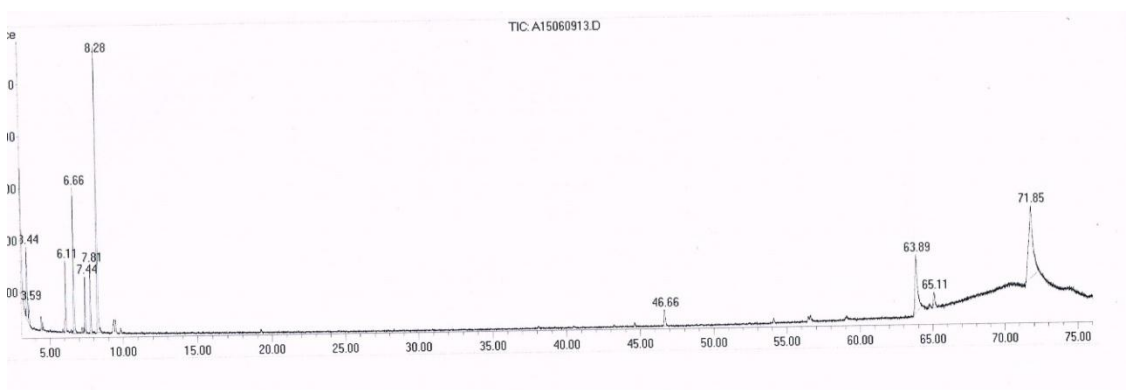
การวิเคราะห์ตำรับน้ำมันโพลด้วย Gas chromatography

หลังจากที่มีการวิเคราะห์องค์ประกอบของตำรับน้ำมันโพลแล้ว การวิเคราะห์ด้วย Gas chromatography ซึ่งนับว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถยืนยันผลการศึกษาขององค์ประกอบของสารที่ตรวจพบได้ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้ สารสกัดโพลจากเฮกเซนเป็นหลักในการเปรียบเทียบโดยพบว่า สารสกัดโพลจากเฮกเซน และตำรับน้ำมันโพลมีลักษณะโครมาโตแกรมดังภาพที่ 2

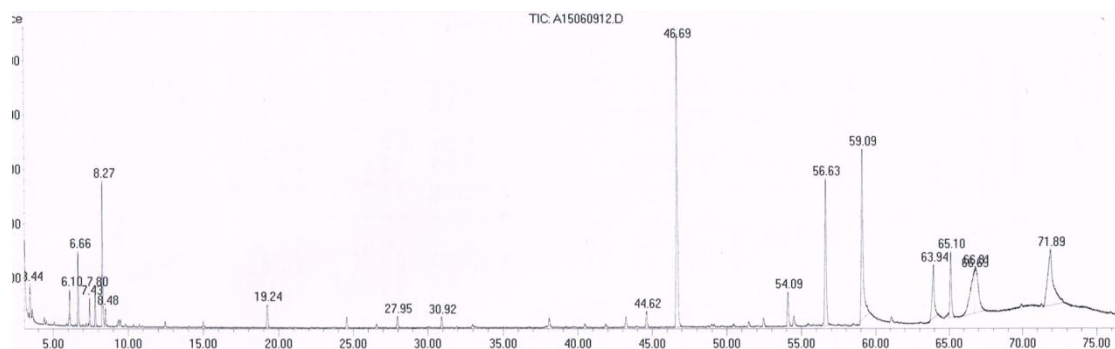
จากภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่าลักษณะของโครมาโตแกรมของโพลสกัดที่ได้จากทั้ง 3 วิธีมีลักษณะที่แตกต่างกันโดยพบว่าน้ำมันโพลที่ได้จากการกลั่นมีจำนวนชนิดขององค์ประกอบที่มากกว่า ในขณะที่โพลสกัดด้วยเฮกเซนและตำรับน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดมีจำนวนองค์ประกอบที่น้อยกว่า โดยพบว่าองค์ประกอบสารตามโครมาโตแกรมตั้งแต่วันที่ 10-40 หายไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการสกัดโพลทั้งสองแบบมีการใช้ความร้อนในระหว่างขั้นตอนการสกัดจึงทำให้สารสำคัญในโพลที่ระเหยได้ เช่น สารกลุ่ม monoterpene ถูกทำลายไป ในกระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบของสารสกัดประเภทต่างๆของโพลพบว่ามียังมีองค์ประกอบโดยรวมที่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 1



(ก)



(ข)



(ค)

ภาพที่ 2 GC chromatograms เปรียบเทียบ น้ำมันไพลที่ได้จากการกลั่น (ก), ไพลสกัดจากเฮกเซน (ข) และ ตำรับน้ำมันไพลจากการทอดด้วยน้ำมันปาล์ม (ค)

ตารางที่ 2 องค์ประกอบของสารสกัดไพลที่สกัดด้วยวิธีการต่างๆ

ประเภทน้ำมัน (Retention time: minute)		
น้ำมันไพลจากการกลั่น	สารสกัดไพลจากเฮกเซน	ตำรับน้ำมันไพลจากการทอด***
α -thujene	α -pinene	Sabinene
α -pinene	Sabinene	terpinene-4-ol
Sabinene	β -pinene	(E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol
β -pinene	α -terpinene	
α -terpinene	γ -terpinene	
O-cymene	terpinene-4-ol	
γ -terpinene	α -terpineol	
terpinene-4-ol	(E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol	
α -terpineol		
(E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol		

*** ตำรับน้ำมันไพลที่ทอดโดยใช้ น้ำมันปาล์ม

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าตำรับน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดมีจำนวนองค์ประกอบที่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำมันโพลจากการกลั่นและโพลสกัดจากเฮกเซน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความร้อนระหว่างการเตรียมดังได้กล่าวมาแล้ว

สรุปและอภิปรายผล

ตำรับยาน้ำมันโพลที่เตรียมด้วยการทอดโพลสดด้วยน้ำมันพืช เป็นวิธีการเตรียมตำรับยาตามวิถีภูมิปัญญาไทยที่สืบทอดต่อกันมาซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบสำคัญเบื้องต้นของตำรับยาน้ำมันโพล โดยองค์ประกอบที่สนใจดังกล่าวเป็นสารประกอบสำคัญที่อยู่ในโพลที่มีความเกี่ยวข้องกับการยับยั้งกระบวนการอักเสบ ได้แก่ Sabinene, Terpinene-4-ol, (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl)butadiene (DMPBD), (E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol (Compound D) และ Curcumin โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบดังกล่าวได้ใช้วิธี Thin layer chromatography และ Gas chromatography ในการตรวจวัดองค์ประกอบทางเคมีของสารสกัดโพลในเฮกเซน น้ำมันโพลจากการกลั่น และตำรับยาน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดร่วมกับน้ำมันพืชด้วย TLC และ GC-MS โดยเปรียบเทียบกับ Library ของเครื่องมือ พบว่าตำรับยาน้ำมันโพลที่ได้จากการทอดร่วมกับน้ำมันพืช สามารถสกัดสารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการอักเสบได้ทั้งสิ้น 4 ชนิดนั้นคือ Sabinene, Terpinene-4-ol, (E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol และ Curcumin โดยกระบวนการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วย TLC สามารถตรวจพบสารประกอบ (E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol และ Curcumin ในตำรับยาน้ำมันโพล ในขณะที่ GC สามารถตรวจพบ Sabinene, Terpinene-4-ol และ (E)-4(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol ทั้งนี้เป็นไปตามคุณสมบัติของสารแต่ละชนิดจึงทำให้ตรวจพบในระบบการวิเคราะห์ที่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของตำรับน้ำมันโพล พบว่าตำรับยาน้ำมันโพลมีสารประกอบที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยับยั้งการอักเสบ ซึ่งจากผลดังกล่าวตำรายาน้ำมันโพลจึงควรมีการดำเนินการศึกษาวิจัยในระดับคลินิกเพิ่มเติม เพื่อศึกษาประสิทธิภาพในการรักษาหรือต้านการอักเสบของกล้ามเนื้อในสภาวะความเป็นจริง ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการใช้ยาตำรับดังกล่าวในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

บรรณานุกรม

- M. O. P. H. Department of Medical Sciences. (2007). *Thai Herbal Pharmacopoeia* (Vol. 1). Bangkok: Prachachon.
- A.-R. Han, M.-S. Kim, Y. H. Jeong, S. K. Lee, & E.-K. Soe. (2005). Cyclooxygenase-2 inhibitory phenylbutenoids from the rhizomes of *Zingiber cassumunar*. *Chemical & Pharmaceutical Bulletin*, 53, 1466-1468.
- R. Jeenapongsa, K. Yoovathaworn, K. M. Sriwatanakul, U. Pongprayoon, & K. Sriwatanakul. (2003). Anti-inflammatory activity of (E)-1-(3,4-dimethoxyphenyl)butadiene from *Zingiber cassumunar* Roxb. *Journal of Ethnopharmacology*, 87(2-3), 143-148. doi:10.1016/s0378-8741(03)00098-9
- T. S. Rao, N. Basu, & H. H. Siddiqui. (1982). Anti-inflammatory activity of curcumin analogues. *The Indian Journal of Medical Research*, 75, 574-578.

R. R. Satoskar, S. Shah, & S. Shenoy. (1986). Evaluation of antiinflammatory property of curcumin (diferuloyl methane) in patient with postoperative inflammation. *International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology*, 24, 651-654.

มูลนิธิสุขภาพไทย.(2008).น้ำมันไพล.Retrieved from

<http://www.thaihof.org/handmade/%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B3%E0%B8%A1%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%84%E0%B8%9E%E0%B8%A5>

มาโนช วามานนท์, และ เพ็ญญา ทรัพย์เจริญ. (2540). ยาสมุนไพรสำหรับงานสาธารณสุขมูลฐาน.

กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวง.

วุฒิ วุฒิธรรมเวช. (2538). สารานุกรมสมุนไพรไทย. กรุงเทพฯ: โอ เอส พรีนติ้ง.

การจัดการกับอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ The pain management through the reliance on the local wisdom of the elderly patients with the musculoskeletal disorders

วิสุทธิ์ โนจิตต์¹ ปารวีร์ กุลรัตวิโรจน์² พิมพรรณ รัตนโกมล³ และ ไพศาล สูดยา⁴
Wisut Nojit¹ Parawee Kulrattavirojana² Pimpun Rattanakomol³ and Paisan Soodya⁴

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการความปวดในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อโดยใช้ภูมิปัญญาไทยของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดชัยนาท จำนวน 65 ราย สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีบอกต่อ โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2559 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างการจัดการความปวด ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามร่างกาย ร้อยละ 83 ความปวดมีผลกระทบต่อการทำงานหนัก การใช้ท่าทางไม่เหมาะสมในวัยทำงาน ร้อยละ 84.60

ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุนำมาใช้ในการจัดการกับความปวด ได้แก่ การพัก การบริหารร่างกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนำวัสดุพื้นบ้านมาช่วยนวดตนเอง เช่น กะลา ท่อนไม้ไผ่ ไม้ไผ่ผ่าซีก ไร่ไม้พลองและสมุนไพรปัจจัยส่งเสริมในการเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ ปฏิบัติได้เองปฏิบัติได้ง่าย ประหยัดและประสบความสำเร็จในการลดปวด ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจธรรมชาติของความปวดในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะวิธีการจัดการความปวดโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

คำสำคัญ : อาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ, การจัดการกับอาการปวด, ภูมิปัญญาท้องถิ่น, ผู้สูงอายุ

¹ พย.ด., ² พย.ม. (การพยาบาลชุมชน) ³ วท.ม. ⁴ ส.บ

^{1,2,3} วิทยาลัยวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยนาท

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This survey study has its purposes to find out the pain management through the reliance on the local wisdom of the elderly patients with the musculoskeletal disorders. Those 65 elderly patients with the musculoskeletal disorders, derived from the Snowball Sampling technique, were the sample in the study. The questionnaire and the structured interviews were utilized in data collection from February to July 2016 while Percentage was used in data analysis. It is found that the most common pain is the aching pain (83%) and this affects the sample's behavior, mentality, society, and economy respectively. The causes of the pain are their hard working and the inappropriate gestures while working (84.60%).

It is revealed that the local wisdoms the sample used to treat the pain are the rest, the stretching exercise, the local materials found in the community like the bamboo rail, the coconut shell, and the herbs. Moreover, it is found that the factors contributing to the pain relief practices with the local wisdoms are the ability to manage oneself, the ease, the low cost of the materials, and the success of the pain relief respectively. From the study, it is recommended that the medical

staff understand the nature of the musculoskeletal disorders' pain and that they appreciate the significance and the fruitfulness of the local wisdom.

Key words : musculoskeletal disorders, pain management, local wisdom, elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” เนื่องจากมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ผู้สูงอายุไทยมีอาการปวดของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง เกือบร้อยละ 80 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) จากการสำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 247 คน พบว่าผู้สูงอายุ มีอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ อย่างน้อย 1 ตำแหน่ง มากถึงร้อยละ 80 (วิสุทธิ โนจิตต์, 2558) คนไทยเมื่อมีอาการเจ็บป่วยพบว่า นอกจากการพึ่งพาแพทย์กระแสหลักแล้ว ยังมีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ รวมถึงการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ในชุมชนของตนเอง (สุพัตรา ศรีวณิชชกรและสุรศักดิ์ อธิคมานนท์, 2552) เห็นได้ว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญมากในการพัฒนาระบบสุขภาพในปัจจุบัน ดังเช่น นโยบายอำเภอสุขภาพดี (District Health System) ได้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคคลากรด้านสุขภาพสุขภาพกับประชาชนในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และใช้ประโยชน์ของภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ (Community Participation and Resource Sharing) ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยใช้ผู้รู้ในชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น (เดชา แซ่หลี่ นางจิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์และทัศนีย์ ญาณะ, 2557)

เมื่อพิจารณาจากการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นจังหวัดชัยนาทเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ พบว่ามีการสืบค้นและเผยแพร่จากตำรายาของหลวงปู่ศุข วัดปากคลองมะขามเฒ่า (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2547) การนำกะลาม่าใช้ในการนวดตนเองในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาคุณยายวิรุฬ ชะเอมศิลป์ (เน้ย) (พจนานายกประภรณ์ชัย ดวงใจ เกริกชัยวันและวิสุทธิ โนจิตต์, 2547) เพื่อต่อยอดขององค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ โดยใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ (2001) เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายลักษณะของอาการ สาเหตุ และผลกระทบของอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อของผู้สูงอายุ
2. เพื่ออธิบายวิธีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อของผู้สูงอายุ
3. เพื่ออธิบายผลลัพธ์ของการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการอาการปวดกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูกของผู้สูงอายุในผู้สูงอายุ นำแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ และคณะ

(2001) ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ 1) ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) โดยมีการรับรู้สาเหตุ ความรุนแรงของอาการ และการรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน 2) การจัดการกับอาการ (Symptom management) คือ วิธีการการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการอาการปวด และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดจากการจัดการอาการ โดยมีเกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ อย่างน้อยหนึ่งตำแหน่งในร่างกาย 3) มีประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการจัดการตนเอง 4) ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย 5) เข้าใจภาษาไทยและตอบคำถามได้

ในการวิจัยนี้ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงจนได้ข้อมูลครบถ้วน จึงนำไปใช้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยจริง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท

การเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยผู้วิจัย คือ 1) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปี 2 ที่กำลังศึกษาในรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งนักศึกษาทุกคนเคยมีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการเรียนวิชามนุษย์ สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้เตรียมตัวผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 106 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน โดยการบรรยายขั้นตอนการวิจัย การทบทวนการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ สังเกตโดยการลัดอคติ และการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 2 ชั่วโมง และให้ผู้ช่วยผู้วิจัยทดลองลงมือเก็บข้อมูลในชุมชน และนำข้อมูลมาเรียนรู้ร่วมกัน จำนวน 1 ครั้ง และเปิดให้ผู้ช่วยผู้วิจัยซักถามข้อสงสัยและตอบคำถาม ก่อนที่ผู้ช่วยผู้วิจัยจะลงมือเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์และตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ซึ่งมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจกับข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปมาถอดเทปคำให้สัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ทำความเข้าใจข้อมูลในภาพรวม โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวกับประสบการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นๆของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. อ่านแต่ละกลุ่มคำที่ค้นพบ คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วใส่รหัสเบื้องต้น (initial coding) ข้อมูลใดที่ยังไม่ครบถ้วนหรือยังไม่ชัดเจน จะต้องวางแผนกำหนดประเด็นหรือแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

3. นำมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ (categorizing) ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ประกอบด้วย

3.1) ประสบการณ์จากอาการปวด ได้แก่ สาเหตุและความรุนแรงหรือผลกระทบจากอาการปวด

3.2) วิธีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการอาการปวด

3.3) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้จัดการอาการปวด

4. ทบทวนประเด็นหลักประเด็นย่อยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ด้วยวิธีการดังนี้ นำข้อมูลผลสรุปไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (member checking) และร่วมตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. ประสบการณ์จากอาการปวด ประกอบด้วยสาเหตุและความรุนแรงหรือผลกระทบของอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ

1.1 สาเหตุของอาการปวด

อาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อของผู้สูงอายุมี 3 สาเหตุ คือ การทำงานหนักขณะที่อยู่ในวัยทำงาน ความเสื่อมตามอายุ และการบริโภคอาหารที่มีการปนเปื้อนสารเคมี โดยที่การทำงานหนักในวัยทำงานเป็นสาเหตุที่ผู้สูงอายุกล่าวถึงมากที่สุด เกิดจากการมีท่าทางที่ไม่เหมาะสมในการทำงาน เช่น ก้มหลังปลูกข้าวหรือต้นไม้ การก้มหลังยกของ การอยู่ในท่าทางเดียวในการทำงานนานๆ การยกของหรือหอบของที่หนักเป็นเวลานาน การทำงานในท่าทางเดิมซ้ำๆ เช่น ก้มๆ เงยๆ เป็นต้น

1.2 ความรุนแรงหรือผลกระทบของการมีอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ

ผลกระทบของอาการปวดเมื่อใช้ชีวิตประจำวันผู้สูงอายุนั้นสามารถ จำแนกได้ 3 กลุ่ม คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ด้านร่างกายแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ 1. มีอาการปวดแต่ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันเลย 2. ทำให้ความทนจากการทำงานลดลง ทำให้ไปไหนมาไหนไม่สะดวกและทำให้ทำงานไม่ได้ 3. ด้านจิตใจ คือ ทำให้รู้สึกรำคาญกับความเรื้อรังของอาการปวด และ 4. ด้านเศรษฐกิจ คือ ทำให้รายได้ลดลง

2. การจัดการกับอาการ (Symptom management)

ผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการกับอาการปวดโดยการประเมินระดับความปวดด้วยตนเองก่อนที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการในการจัดการกับอาการปวด โดยมีการจัดการอาการปวดที่เกิดขึ้นโดยการ หยุดหรือลดการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากๆ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนำวัสดุพื้นบ้านมาใช้ และการใช้สมุนไพร

2.1 หยุดหรือลดการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากๆ

ผู้สูงอายุมักประเมินตนเองว่า ถ้ามีอาการปวดไม่มากจะปล่อยให้หายเอง ร่วมกับหลีกเลี่ยงการทำงานหรือทำกิจกรรมประจำวันที่ต้องใช้แรงมาก

2.2. การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

เป็นวิธีที่ผู้สูงอายุนิยมใช้ พบว่ามีวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อหลายวิธี ทั้งยืดเหยียดในท่านอนราบกับพื้น นั่ง และยืน เพื่อลดอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณลำตัว หลัง ขา

แบบที่ 1 นั่งขัดสมาธิเหยียดกล้ามเนื้อวิธีการคือ จะมานั่งขัดสมาธิบริเวณพื้นบ้านแล้วโน้มตัวเหยียดไปทางด้านซ้าย 1 ครั้ง ด้านขวา 1 ครั้ง ด้านหน้า 1 ครั้งโดยในท่านั่งจะเหยียดขาทั้ง 2 ข้างออกมาด้วย และสุดท้ายก็เหยียดแขนทั้ง 2 ข้างพร้อมเอนตัวไปทางด้านหลังจึงถือว่าครบ 1 รอบซึ่งหากยังไม่หายปวดก็จะเพิ่มจำนวนรอบไปเรื่อยๆ

แบบที่ 2 นอนราบยกขาขึ้นตั้งตรงไม่งอเข้า เอามือจับปลายเท้าค้างไว้ นับ 1-10 ในใจแล้วค่อยๆ วางขาลง หมุนข้อเท้าทั้ง 2 ข้าง แล้วจะบริหารแขนต่อในท่านอนโดยการวางแขนแนบลำตัวแล้ว

ค่อยๆยกแขนขึ้นไปจนสุดวางแนบอยู่กับพื้นเหนือศีรษะ ทำนี้ก็ทำประมาณ 10 ครั้ง ต่อด้วยท่านอนราบกับพื้นวางแขนแนบลำตัวชันเข้าขึ้นแล้วยกกันให้เหนือพื้นค้างไว้ นับ 1- 10 ในใจแล้วค่อยๆ ลง ทำสุดท้ายเป็นท่านั่งเหยียดขาตรงกางขาออกให้กว้าง แล้วค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าพร้อมกับยืดแขนตรงแนบศีรษะก้มลงกับพื้น

แบบที่ 3 ใช้มือเท้าขานั่งขัดสมาธิ นั่งเหยียดขาข้างหนึ่งแล้วใช้มือของแขนด้านตรงข้ามแตะปลายเท้า หันหน้าไปทางด้านหลังให้ได้มากที่สุดค้างไว้ นับ 1 ถึง 10 แล้วทำสลับข้าง ทำที่แปดนั่งเหยียดขาตรงทั้งสองข้าง แยกขาออกให้กว้างที่สุดแล้วค่อยๆ โน้มตัวเหยียดแขนและหลังไปด้านหน้าจนราบกับพื้นค้างไว้ นับ 1 ถึง 10

แบบที่ 4 นอนปิดลำตัวซ้ายและขวาสลับกัน โดยนอนหงายราบกับพื้นชันเข้าขวามือวางข้างลำตัว ปิดไปทางซ้าย แล้วชันขาซ้าย ขาขวาเหยียดตรง แล้วปิดไปทางขวา ทำสลับกัน 10 ครั้ง แก้วปวดกล้ามเนื้อตามลำตัว ทำแล้วทำให้รู้สึกสบายตัว

แบบที่ 5 ท่าที่ 1 ยืนแยกขาเล็กน้อย เท้าเอว ท่าที่ 2 ปิดตัวไปข้างซ้ายและขวา 2-3 ครั้ง ท่าที่ 3 ยืนในท่าเดิมแล้วเหยียดขาข้างขวาไปข้างหน้าไม่งอเข้าค้ำไว้ นับ 1-5 และสลับข้างทำเหมือนเดิม ทำซ้ำ 2-3 รอบ ท่าที่ 4 ยืดแขนสองข้างไปข้างหน้าให้ขนานกับพื้น กำและแบมือสลับกันไปมา ทำ 10 ครั้ง ท่าที่ 5 มือประสานกันยืดแขนให้ตึงยกให้เหนือศีรษะให้แขนแนบใบหู

แบบที่ 7 นั่งยกขาสลับไปมา แก้อาการปวดข้อเข่า ทำให้กล้ามเนื้อเข่าแข็งแรง ให้นั่งห้อยเท้า แล้วเหยียดและยกขาสลับไปมาซ้ายขวา 100 ครั้ง หรือ จะให้ผลดีตอนยกเหยียดให้ค้างไว้ นับ 1-3 จำนวนครั้งที่ได้จะน้อยกว่าแบบไม่นับ พอรู้สึกขาล้าก็พักแล้วทำใหม่

แบบที่ 8 แก้วแขน ช่วยแก้ปวดเมื่อยตามร่างกาย ป้องกันข้อไหล่อึดติด ช่วยทำให้กล้ามเนื้อมีแรง วิธีทำ คือ ยืนกางขาเล็กน้อย มองไปข้างหน้า แขนไว้ข้างลำตัว มือในท่าคว่ำ ให้หัวแม่มืออยู่ด้านลำตัว แก้วแขนให้มือสูงอย่างน้อยระดับอก แก้วไปข้างหลังให้เลยกันไปจนสุดแขน ทำจนรู้สึกว้ากแร้วร้อน หรือให้ทำ 100 ครั้งทุกวัน มีผู้สูงอายุบางคนทำถึง 500 ครั้ง

2.3 ปีนวดและกดตรงตำแหน่งที่ปวดด้วยตนเอง ผู้สูงอายุบางคนใช้วิธีการปีนวดร่วมกับการใช้ยาหม่องทาเมื่ออาการปวดตามกล้ามเนื้อขา

2.4 นำวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้เป็นอุปกรณ์หรือประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือตนเองผู้สูงอายุใช้เหยียบกะลาเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยบริเวณขา และนำกะลามาคือเป็นอุปกรณ์นวดหลังโดยการนอนทับและขยับเลื่อนกะลาไปตรงตำแหน่งที่ต้องการนวด

แบบที่ 1 เหยียบกะลาเพื่อแก้อาการปวดกล้ามเนื้อขาและข้อเข่า

ท่าแรกคือเดินย่ำบนกะลา ท่าที่สองใช้เท้าข้างหนึ่งนวดย่ำหลังเท้าของอีกข้างหนึ่งแล้วทำสลับข้างกัน ท่าที่สามใช้เท้าข้างหนึ่งนวดขาอีกข้างหนึ่งตามแนวกระดูกหน้าแข้งแล้วทำสลับข้างกัน ท่าที่สี่วางปลายนิ้วเท้าบนยอดกะลาแล้ววางสันเท้ากับพื้นทั้งสองข้าง ทำนี้จะช่วยคลายกล้ามเนื้อน่อง ท่าที่ห้า ยืนเขย่งบนกะลาทั้งสองข้างจากนั้นทำท่านั่ง โดยใช้กะลาหนุนใต้ก้นแล้วเหยียดขา แขนแตะปลายเท้าทั้งสองข้าง ท่าที่สองนั่งเหมือนท่าแรกใช้มือนวดช่วงต้นขาทั้งสองข้าง ท่าที่สามนั่งบนกะลาแล้ววางขาข้างหนึ่งพาดอีกข้างหนึ่งแล้วให้มือนวดหมุนข้อเท้าไปด้านหน้าสลับกับด้านหลังทั้งสองข้าง

แบบที่ 2 กะลานวดตัว ใช้กะลานวดตัวเพื่อแก้อาการปวดหลัง สะบัก มีวิธีทำดังนี้ นอนหงายใช้กะลา 2 ลูกวางวางตรงเอวสองข้าง ใช้กะลาสองลูกวางช่วงสะบัก (รวมเป็น 4 ใบ) ใช้ลูกมะพร้าวที่แห้งมาตัดแต่งเป็นหมอนใช้หนุนหัว หรือจะใช้กะลาหนุนก็ได้ ขณะนอนหนุนกะลา 5 ลูกให้เหยียดแขนทั้งสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ ให้ขยับกะลาบริเวณหลัง กับสะบักให้เลื่อนไปตำแหน่งที่เราต้องการนวดได้

แบบที่ 3 กะลานวดท้อง การใช้กะลาสำหรับนวดท้องเพื่อลดอาการปวดตึงบริเวณท้องด้านหน้า ช่วยเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้ และช่วยขับระบายลมลมจากกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยนำกะลามากดบริเวณรอบสะดือโดยกดค้างไว้ 1-5 วินาที แล้วเลื่อนไปกดตำแหน่งอื่น นวดจากจุดเหนือสะดือ โดยห่างจากสะดือสองนิ้วมือให้นวดวนรอบสะดือจากขวามือผู้นวดไปซ้ายมือ เมื่อครบหนึ่งรอบให้ขยับกดที่จะจุดให้ห่างจากสะดือประมาณสามนิ้วมือ แล้วกดวนเหมือนรอบแรก

แบบที่ 4 เขี่ยบรางไม้ไผ่ เขี่ยบเมื่อมีอาการปวดเมื่อย จากการทำงาน เขี่ยบโดยการย่ออยู่กับที่บนรางไม้ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที การเขี่ยบจะลงน้ำหนักสลับเท้าไปมา ถ้านั่งกดลงบนเท้าข้างขวา ข้างซ้ายจะผ่อนคลาย ถ้ารู้สึกเขี่ยบแล้วปวดตรงไหนให้ค่อยๆกดและค้างไว้ นับ 1-5 ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง อาการปวดจะเบา ทำวันเว้นวัน จะรู้สึกเบาตัว ทำชา จะหายชา”

แบบที่ 5 ยืนบนแท่นกระดาน เคยปวดขามาก ไปรักษาทั้งที่รพ. คลินิกไม่หาย ลูกสาวซื้อไม้แท่นกระดานแบบปรับความชันได้มาฝาก จึงเขี่ยบ แล้วจึงหายปวด วิธีการทำ ยืนบนไม้กระดาน ท่าที่จับให้มั่นคง เช่น เก้าอี้ เส้าบ้าน หรือขอบหน้าต่าง เอนขาไปกับลำตัวไปข้างหน้า อยู่หนึ่งๆ แรกๆเริ่มทำค้างไว้ นานนับ 1-3 พอก้ามเนื้อเริ่มคลายให้นับหรือ 1-5 ถ้าไม่ปวดก็นับนานได้ถึง 10 ทำซ้ำ 5- 10 ครั้ง ทำทุกวันช่วยแก้อาการปวดขาได้ดีมากๆ”

แบบที่ 6 ใช้ไม้หนีบสำหรับกดตามตามแนวกล้ามเนื้อที่ปวด ใช้ไม้คิ๊บ (มีลักษณะเหมือนไม้คิ๊บพอนข้าวเพื่อพาดกับไม้เพื่อให้เมล็ดข้าวหลุดออกจากก้านรวง) มาบีบหรือกดบริเวณที่ปวด “ใช้ไม้้นวดนวดตอนเย็นๆหลังจากที่ทำงานเสร็จแล้วหรือก่อนนอน เริ่มจากทำนั่ง ให้ใช้ไม้้นวดนวดกดตามแนวใต้กระดูกหน้าแข้งจากเหนือข้อเท้า ขึ้นมาจนถึงโคนขา การกดจะค่อยๆกด แล้วนั่งค้างไว้ นับ 1-3 จึงเปลี่ยนจุดกดตามแนวขาโดยไล่จากบริเวณข้อเท้ามาจนถึงขาหนีบแล้วสลับข้างจากขวาไปซ้าย”

แบบที่ 7 รั้วไม้พลอง ใช้บางท่าแก้ปวดเมื่อยตัวและหลัง มีในตำรา 36 ท่า เลือกใช้ 6 ท่าที่ง่าย สะดวก ท่าบิดไหล่ ท่าชั่งน้ำหนัก ท่ายกไม้พลอง ท่าก้มหลัง และท่านวดหลังจนถึงข้อเท้า

แบบที่ 8 ออกกำลังกายด้วยลูกเปตอง แก้อาการมือชา ใช้ลูกเปตอง จำนวน 2 ลูก เป็นอุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย โดยเริ่มจากสะบัดมือ ยืดแขน งอศอก ท่าที่ 1 ยืนแยกเท้าเล็กน้อย มือถือลูกเปตองแบบหงายมือขึ้นข้างบน ออกแรงพับแขนทั้งสอง ยกลูกเปตองขึ้นพร้อมๆกัน มาใกล้หน้าอก และเหยียดแขนลงข้างเพื่อออกแรงต้านกับตามแรงโน้มถ่วง ทำซ้ำ 100 ครั้ง ท่าที่ 2 มือถือลูกเปตองกำให้แน่น หงายมือขึ้น ออกแรงพับแขนทั้งสองยกลูกเปตองขึ้นพร้อมๆกัน ให้ลูกเปตองแตะที่หลังคอ และยกลูกเปตองกลับมาที่ท่าเดิม ทำซ้ำ 100 ครั้ง ท่าที่ 3 มือถือลูกเปตองแบบคว่ำมือให้แน่นวางไว้ข้างขาด้านนอก กางแขนให้สุดจนระดับไหล่ แขนขนานกับพื้น หุบแขนทั้งสองข้างลงชิดลำตัวพร้อมกัน ทำซ้ำ 50 ครั้ง ท่าที่ 4 มือถือลูกเปตองแบบคว่ำมือให้แน่นออกแรงยกลูกเปตองขึ้นพร้อมกันในระดับอก และลดมือลงจนสุด ทำซ้ำ 100 ครั้ง

2.5 ใช้สมุนไพร

นำเมล็ดลำไยจำนวน 27 เม็ดมาล้างให้สะอาด และตำในครกหินให้แหลก นำมาใส่ขวด หรือภาชนะ เทเหล้าขาว 35 หรือ 40 ดีกรี ให้ท่วมเมล็ดลำไย ปิดฝาขวด หรือภาชนะให้สนิท หมักไว้ 27 วัน หรือ หนึ่งเดือน เอาน้ำเหล้ามาทาที่หัวเข่า ช่วยแก้ปวดเข่าได้

เหตุผลที่ผู้สูงอายุภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการจัดการกับอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ คือ สามารถทำได้ด้วยตนเอง ไม่เสียค่าใช้จ่าย และได้ผลลัพธ์ที่ดี แหล่งข้อมูลของผู้สูงอายุได้รับเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ เพื่อนบ้าน ชุมชนผู้สูงอายุ สมาชิกภายในครอบครัว วิทยุและโทรทัศน์ ตนเอง และบุคลากรทางการแพทย์

3. การประเมินผล

เมื่อมีการจัดการกับอาการปวดเมื่อย ผู้สูงอายุแต่ละรายจะมีการประเมินผลการจัดการเพื่อหาวิธีการจัดการหากยังคงมีอาการปวดเมื่อย หรือบางรายหากอาการปวดเมื่อยหมดไปวิธีการที่ใช้ก็จะเป็นวิธีที่ผู้สูงอายุเลือกใช้ต่อไป การประเมินผลอาการปวดเมื่อยของผู้สูงอายุมิ วิธี คือ การรับรู้ด้วยสัญญาณและการรับรู้ด้วยความรู้สึก

3.1 การรับรู้ด้วยสัญญาณเตือนบางอย่าง เป็นวิธีการประเมินผลที่ทำให้ทราบว่าอาการบรรเทาลง เช่น เสียงกร๊อบแกร็บที่เกิดขึ้นขณะที่กำลังยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ความรู้สึกร้อนบริเวณที่ใช้ไม้นวดกด พอปล่อยจะรู้สึกเบาสบาย

3.2 การประเมินจากความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกดี รู้สึกสบาย รู้สึกสบาย รู้สึกอาการปวดเมื่อยลดลง ในแต่ละคนจะแตกต่างกัน

3.3 สามารถกลับมาทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนปกติ

สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) จากการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ของผู้สูงอายุมีสาเหตุ 3 ประการ คือ 1. การทำงานหนักขณะที่อยู่ในวัยทำงาน 2. ความเสื่อมตามอายุ และ 3. การบริโภคอาหารที่มีการปนเปื้อนสารเคมี อภิปรายผลการวิจัย ผลกระทบหรือความรุนแรงจากอาการปวด แบ่งออกได้ 4 ระดับ คือ 1. มีอาการปวดแต่ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเลย 2. ทำให้ความทนจากการทำงานลดลง เป็นอุปสรรคในการเดินทางและการดำเนินกิจวัตรประจำวัน 3. ด้านจิตใจจากความรู้สึกรำคาญกับความเรื้อรังของอาการปวด และ 4. ด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีการจัดการกับอาการ (Symptom management) แบ่งออกได้ 5 วิธี คือ 1. หยุดการทำงานและใช้แรง 2. ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 3. ป้อนวดบริเวณปวดด้วยตนเอง 4. การนำวัสดุ อุปกรณ์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้เป็นอุปกรณ์หรือประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือตนเอง เช่น เหยียบกะลาเพื่อแก้อาการปวดกล้ามเนื้อขาและข้อเข่า กะลานวดตัว กะลานวดท้อง เหยียบรางไม้ไผ่ ยืนบนแท่นกระดาน ใช้ไม้หนีบสำหรับกดตามตามแนวกล้ามเนื้อที่ปวด รำไม้พลอง การออกกำลังกายโดยการใช้อุปกรณ์ประกอบท่าทาง และ 5. การใช้สมุนไพร สำหรับผลลัพธ์ (Outcome) ที่เกิดจากการจัดการอาการปวด แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ 1. การรับรู้ด้วยสัญญาณเตือนขณะปฏิบัติภารกิจดูแลสุขภาพตนเอง 2. การประเมินจากความรู้สึกที่เกิดขึ้น และ 3. สามารถกลับมาทำงานได้

อภิปรายผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 75 อยู่ร่วมชีวิตคู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 35 ส่วนใหญ่เคยมีอาชีพทำนา รับจ้าง และลูกจ้างชั่วคราว ที่เคยใช้แรงงานในวัยทำงานมาก่อน

ประสบการณ์อาการปวดของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการทำงานหนักในวัยทำงานมากที่สุด รองลงมา คือ ความเสื่อมตามวัย จากการที่ต้องทำงานที่ใช้แรงงานในวัยทำงาน เช่น การยกของที่มีน้ำหนักมากกว่า 11.34 กก. ท่าทางการทำงานที่ไม่ถูกต้อง เช่น ก้มโค้ง หลังยกสิ่งของ การทำงานด้วยท่าซ้ำหรืออยู่ในท่าเดิมนานๆ เช่น ดำนา เกี่ยวข้าว ขับรถไถ รถแทรกเตอร์ จะทำให้กล้ามเนื้อหลังเกิดความเครียด หมอนรองกระดูกรับน้ำหนักมากกว่าปกติ จะทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อตามลำตัว โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหลังและข้อเข่าตามมา (สุวรรณณี จรุงจิตราอารี และ

นวลอนงค์ ชัยปิยพร, 2544) ผลกระทบของอาการปวดมีในหลายมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันลดลง ความเรื้อรังของอาการปวดก่อให้เกิดความรำคาญ วิตกกังวล และถ้ามีระดับการปวดที่สูงและเป็นนานๆ จะทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในชีวิต จนเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ในขณะที่สังคมในยุคปัจจุบัน ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงต้องทำงานหารายได้ อาการปวดจึงเป็นอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเช่นปกติ ทำให้เกิดขาดรายได้ตามมา (อมรพันธุ์ ธานีรัตน์, วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร และนิยา สออารีย์, 2550)

วิธีการจัดการ พบว่าผู้สูงอายุเลือกการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือการประยุกต์ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ หาได้ง่ายในชุมชนมาใช้ในการจัดการกับอาการปวด เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การแกว่งแขน นอกจากจะช่วยทำให้กล้ามเนื้อ จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย การแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างเซลล์มีคุณภาพมากขึ้น ของเสียที่ตกค้างอยู่ในระหว่างเซลล์ ถูกขจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากจะเป็นการรักษาอาการปวดแล้วยังเป็นการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้อาการปวดเกิดกลับมาซ้ำอีก (สมภพ สุอำพัน, 2558) สำหรับการนวดด้วยตนเอง หรือการนำวัสดุพื้นบ้านมาใช้เป็นอุปกรณ์ สำหรับช่วยนวดตนเอง เช่น การเหยียบหรือนวดตัวด้วยกะลา การเหยียบไม้ไผ่ผ่าซีก ไม้กวาดหรือนวดตามกล้ามเนื้อ จะทำให้รู้สึกสบาย ทำให้ลดความเครียดของกล้ามเนื้อ ช่วยลดฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอกจากช่วยอาการปวดแล้ว ยังทำให้อ่อนหลับสบาย (อมรพันธุ์ ธานีรัตน์ และคณะ, 2550) การรำไม้พลองนอกจากช่วยบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อแล้วยังสามารถเพิ่มการทรงตัวให้กับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุลดความเสี่ยงในการหกล้ม (ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา, 2546) การที่ผู้สูงอายุใช้สมุนไพร โดยนำมาเสีตล่ำโยมาแช่กับเหล้าขาว แล้วนำน้ำเหล้าที่ผ่านการหมักแล้วมาทานนั้น จากการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ในเมล็ดล่ำโยมีสารสำคัญที่ช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่าได้ (เพ็ญพิชิตา เตียว, 2555)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการกับอาการปวดกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ด้วยวิธีการที่หลากหลาย โดยผ่านการพิจารณาแล้วว่าเห็นว่าวิธีไหนที่ตนเองสามารถทำได้เอง เสียค่าใช้จ่ายน้อย มีความปลอดภัย สะดวกใช้ และได้ผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้วิธีการนั้นๆ (อมรพันธุ์ ธานีรัตน์ และคณะ, 2550) ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวจึงมีความสำคัญมากในการตัดสินใจเลือกของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์และบุคคลที่สนใจการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้เข้าลักษณะและวิธีการที่หลากหลายในการจัดการอาการปวดด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือการประยุกต์ใช้ สามารถพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ให้เผยแพร่ต่อไป โดยเฉพาะการพัฒนาสุขภาพประชาชนตามแนวทางนโยบายอำเภอสุขภาพ (District Health System) ที่เน้นการผสมผสานความรู้ประสบการณ์ระหว่างประชาชนกับบุคลากรทางการแพทย์ (Resource Sharing) การศึกษาในครั้งนี้ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นที่มีวัฒนธรรมแตกต่างได้ แต่สามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาในพื้นที่อื่นได้

บรรณานุกรม

Dodd M, Janson S, Facione N, Fawcett J, Froelicher E, Humphreys J. (2001) Advancing the science of symptom management. J Adv Nurs, 33: 668-76.

- จรรย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานันต์ และ จารุวรรณ มานะสุรการ (2556). ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการ ของผู้ป่วยมะเร็งตับ. สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มิถุนายน 2559 จาก http://www.hu.ac.th/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/728_161-169.pdf
- เฉลิมศรี แนวจำปา, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช และนพดล โสภารัตนาไพศาล. (2557). ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ IV ที่ได้รับเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก. วารสารสภาการพยาบาล, 29 (1), 15-28.
- เดชา แซ่หลี ชิตสุรางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ ซาลีสมาศ ต้นสุเทพวีรวงศ์ และทัศนีย์ ญาณะ (2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.). กรุงเทพฯ: โครงการการพัฒนาไกล่เกลี่ยสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพะ มูลนิธิแพทย์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พจนนา ปิยะปรภณชัย ดวงใจ เกริกชัยวันและวิสุทธิ์ โนจิตต์ (2547). การนำกะลามายใช้ในการนวดตนเองในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาคุณยายวิรุฬ ชะเอมศิลป์ (เน้ย). ชัยนาท: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท.
- เพ็ญพิชิตา เตียว (2555). สก๊ตเมล์ดล่ำไยแก้ข้อเสื่อม ทางเลือกใหม่ใช้ธรรมชาติบำบัด. สืบค้นข้อมูลวันที่ 26 มิถุนายน 2559 จาก <http://www.thairath.co.th/content/edu/246345>
- ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา (2546). การศึกษาสมรรถภาพทางกายของประชาชนไทยโดยการทดสอบอย่างง่าย. กองวิทยาศาสตร์การกีฬา ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: นิเวไทยมิตรการพิมพ์ (1996).
- วิสุทธิ์ โนจิตต์ (2558). สถานะสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ปี พ.ศ 2557. รายงานประกอบการประชุม.
- สมภพ สุอำพัน (2558). การแพทย์ทางเลือกกับการรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ประจำปี ๒๕๕๘.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2555). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ: ที คิว พี จำกัด.
- สำนักสถิติสังคม (2557). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท (2557). สืบสานตำรายาหลวงปู่ศุข วัดปากคลองมะขามเฒ่า. ชัยนาท: จุฬพล การพิมพ์
- สุพัตรา ศรีวณิชชกรและสุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (2552). จากประสบการณ์สู่ยุทธศาสตร์ความร่วมมือ “สร้างสังคม ชุมชนเข้มแข็งเพื่อสร้างสุขภาพ”. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน.
- สุวรรณี จรุงจิตอรารี และนวลอนงค์ ชัยปิยพร (2544). การศึกษาความชุกของอาการปวดหลังในอาชีพพยาบาล. วารสารกายภาพบำบัด, 18; 37-44.
- อมรพันธุ์ ธาณินทร์, วงจันทร์ เพชรพิเชษเชียร และนิยา สออารีย์ (2550). ความปวดและการจัดการความปวดของผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรังจากความผิดปกติในระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่ไม่ใช่มะเร็ง. สืบค้นข้อมูลวันที่ วันที่ 26 มิถุนายน 2559 จาก medinfo.psu.ac.th/smj2/26_1/pdf26_1/03.pdf

องค์ความรู้การนวดรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อแบบพื้นบ้านไทย วัดหนองหญ้าาง จังหวัดอุทัยธานี

THE KNOWLEDGE OF THAI FOLK MASSAGE FOR TREATMENT OF MUSCLE PAIN AT WAT NONG YA NANG, UTHAI THANI PROVINCE

ฐานิตา เสรีศิริวัฒนา¹

THANITA SERISIRIWATTHANA¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความเป็นมาขององค์ความรู้การนวดแบบพื้นบ้านไทย 2) กระบวนการถ่ายทอดโดยวิเคราะห์องค์ความรู้การนวดแบบพื้นบ้านไทย 3) การนำองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านมาประยุกต์ใช้ในการนวดรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อและ 4) การประเมินผลการนวดรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อของหมอพื้นบ้าน ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ประชากรที่ศึกษามีหมอพื้นบ้านและผู้ป่วยที่วัดหนองหญ้าาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง มีหมอพื้นบ้านนายสำอางค์ เสาวมาลย์ ประสบการณ์การรักษาไม่น้อยกว่า 30 ปี และผู้ป่วย 20 ราย โดยเก็บข้อมูลจากเอกสารและลงภาคสนาม นำผลของการศึกษาทั้งหมดมาแยกประเด็น เสนอผลวิจัยแบบพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยพบว่า องค์ความรู้การนวดรักษาพื้นบ้านไทยของวัดหนองหญ้าางเริ่มตั้งแต่บรรพบุรุษมาสู่รุ่นพระครูอุปการพัฒนกิจถ่ายทอด 6 รุ่น โดยได้รับการถ่ายทอดมาจากลุง ท่านชำนานุรักษ์วิชาโรคมัณฑกษัตริย์อัมพาต เหน็บขา จากนั้นจึงถ่ายทอดมาสู่รุ่นหมอสสำอางค์ เสาวมาลย์ หมอนวดรุ่นแรก ซึ่งรูปแบบการรักษาจะใช้สมุนไพรตำรับเดียวกัน การนวด กดจุด เหยียบเหล็กแดงร่วมกับการใช้คาถาและบำบัดทางพุทธศาสตร์ เริ่มจากการไหว้ครูก่อนและซักประวัติ นวด ประคบ และเหยียบเหล็กแดงองค์ประกอบคือน้ำมันงา ดูดซับความร้อนได้ดีที่ผิวหนังได้นานกว่าปกติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลการรักษาไปในทางที่ดี ผลจากการติดตามผู้ป่วย 20 ราย ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งหมด ปวดกล้ามเนื้อ 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 แม้แต่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก 6 ราย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 30

คำสำคัญ : การนวด อาการปวดกล้ามเนื้อ พื้นบ้านไทย วัดหนองหญ้าาง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The objective of this study were 1) To tell the background of Thai folk massage knowledge, 2) To pass on Thai folk massage by the knowledge analysis, 3) To take the Thai folk massage knowledge from the folk medicine man and apply to the current massage therapy, 4) To summarize the result of Thai folk massage therapy treatment evaluation. The study was a qualitative research. The samples of this research were drawn from the folk medicine man and the patients at Wat Nong Ya Nang Uthai Thani by using the particular group method. These were included the folk medicine man, Ms. Samang Saowaman, he has experienced more than 30 years. There were 20 patients. The documentary collection process and the field work were done during that time. The results were brought into separated issues and were done by the descriptive analysis.

The results of the study were found that Thai folk massage knowledge at Wat Nong Ya Nang was started from the ancestors of Pra Kru Auppakampattanakij. He learnt from his uncle.

There were 6 generations that were passed on the Thai folk massage knowledge. He had specialized in the paralysis and beriberi. As the successful of the treatment, Thai folk massage knowledge was passed on to Ms.Samang Saowaman, the first generation student. The treatment included herbs, massage, acupressure and foot stamp together with the incantation and Buddhism prayer. All the treatment start with the teacher veneration, patient interview and history talking, then take massage, massage with hot press and foot stamp. The main treatment oil was sesame oil that has ability to absorb the heat from human skin for a long time. The result of the treatment got better. According to the treatment of 20 patients, all the patients got the good result. There were as follows, first,14 patients got muscle pain, the scale was 70 in percentage. Second, 6 hemiplegia patients can improve their mobility and help themselves. The scale was 30 in percentage.

Key words : Massage, Muscle Pain, Thai Folk, Wat Nong Ya Nang

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย เป็นภูมิปัญญาของชาวบ้านที่มีคู่มากับคนไทยสมัยก่อน ซึ่งอาศัยประสบการณ์และการถ่ายทอดต่อกันมากลายเป็นรากฐานภูมิปัญญาที่เหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรมไทย โดยหมอพื้นบ้านเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชนบท มีทั้งการใช้สมุนไพร การนวด ตลอดจนการรักษาทางจิตใจ โดยใช้พิธีกรรมหรือคาถาต่างๆ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างหมอพื้นบ้านกับชาวบ้านจึงเป็นความผูกพันด้วยความเชื่อในจิตสำนึกและความศรัทธา แต่จากความเจริญก้าวหน้าของสังคมสมัยใหม่ทำให้คนส่วนใหญ่หันไปรับบริการจากสถานพยาบาล ทำให้ภูมิปัญญาด้านการรักษาของไทยจำนวนมากได้สูญหายไปพร้อมกับหมอพื้นบ้านรุ่นเก่า

อย่างไรก็ตามหลังจากได้มีแนวคิดในการดูแลระบบสุขภาพแบบองค์รวมทำให้สังคมไทยหันกลับมาให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น หลายหน่วยงานได้ส่งเสริมให้นำความรู้ภูมิปัญญาเหล่านี้กลับขึ้นมาใช้อีกครั้ง แต่คำถามสำคัญคือ ยังมี “หมอพื้นบ้าน” ในท้องถิ่นแต่ละแห่งเหลืออยู่ในปัจจุบันมากน้อยเพียงใด และจะมีวิธีการใดในการส่งเสริมและรักษาสิ่งเหล่านี้ไว้ให้คงอยู่ในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ปัจจุบันนี้การจัดการความรู้ภูมิปัญญาการนวดพื้นบ้าน ยังไม่มีกลไกทางวิชาการที่เข้มแข็งเพราะการนวดจะเน้นการปฏิบัติมากกว่าทฤษฎี ทำให้การบันทึกวิธีการนวดด้วยภาษาเขียนนั้นทำได้ยาก การสืบทอดจึงมักจะสืบทอดด้วยวาจาและการปฏิบัติ หมอพื้นบ้านจะไม่กล่าวถึงสมุฏฐานโรค แต่จะเน้นวิธีการนวด ส่วนใหญ่แนวของเส้นการนวด การเหยียบจะใช้แนวเดียวกับเส้นประธานสิบและแนววดของการนวดไทย โดยที่ไม่ได้เรียกชื่อตามการนวดไทย ยกเว้นการนวดเหยียบเหล็กแดงของวัดหนองหญ้าางที่ใช้แนวการเหยียบแบบเดียวกับการนวดไทย (รายงานการสาธารณสุขไทยด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก๒๕๕๔-๒๕๕๖)

วัดหนองหญ้าาง จังหวัดอุทัยธานี เป็นวัดเก่าแก่มาตั้งแต่สมัยอยุธยา (พระครูอุปการพัฒนกิจ (สมัยอาณาจักรอยุธยา), 18 ธันวาคม 2546) ท่านพระครูอุปการพัฒนกิจได้รับยกย่องให้เป็นหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2554 ท่านได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษและนำความรู้เหล่านี้มาใช้ในการรักษาที่มีชื่อเสียงและรู้จักกันทั่วไปในด้านของวิชาแพทย์พื้นบ้าน การนวด ยาสมุนไพรและโรคกระดูก ซึ่งประชาชนในและนอกพื้นที่มีความเชื่อและศรัทธาเป็น จากการรักษาที่ให้ผลตามความเชื่อของผู้รับบริการทำให้วัดหนองหญ้าางมีชื่อเสียงและผู้คนนิยมมาบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านเหล่านี้ แต่เนื่องจากภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านดังกล่าวมีมากมาย ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาเฉพาะกรณีการนวดรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ

แบบพื้นบ้านไทยของหมอฟันบ้านวัดหนองหญ้าาง การรวบรวมองค์ความรู้ดังกล่าวเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนรุ่นหลังได้ตระหนักถึงคุณค่า สร้างมาตรฐานในการนวดไทยแบบพื้นบ้านเพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการรักษา และยังเป็นฐานข้อมูลแหล่งการเรียนรู้พัฒนาความรู้ความสามารถการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเพื่อพัฒนางานแพทย์แผนไทยอีกต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. ศึกษาความเป็นมาขององค์ความรู้การนวดแบบพื้นบ้านไทยที่วัดหนองหญ้าาง
2. ศึกษากระบวนการถ่ายทอดโดยวิเคราะห์องค์ความรู้การนวดแบบพื้นบ้านไทยที่วัดหนองหญ้าาง
3. การนำองค์ความรู้ของหมอฟันบ้านมาประยุกต์ใช้ในการนวดรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อแบบพื้นบ้านไทยที่วัดหนองหญ้าาง
4. การประเมินผลการนวดรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อแบบพื้นบ้านไทยของหมอฟันบ้านที่วัดหนองหญ้าาง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รายละเอียดการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

1. แหล่งข้อมูลการวิจัย
 - 1.1 ข้อมูลเอกสาร ห้องสมุดมรภ.สวนสุนันทา หอสมุดแห่งชาติ และสสจ.อุทัยธานี
 - 1.2 ข้อมูลบุคคล ประชากรที่ศึกษา หมอฟันบ้านและผู้ป่วยในวัดหนองหญ้าาง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการเฉพาะเจาะจง ใช้เกณฑ์ดังนี้

1. หมอฟันบ้าน เฉพาะรุ่นที่ 1 คือหมอสำอองค์ เสาวมาลย์ เป็นหมอที่ได้รับการถ่ายทอดโดยตรงจากท่านพระครูอุปการพัฒนกิจ มีประสบการณ์การรักษาไม่น้อยกว่า 30 ปี
2. ผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 จำนวน 20 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 2.1 เครื่องมือหลัก (นักวิจัย) ประเด็นที่ต้องการศึกษา ดังนี้
 - 2.1.1 ความเป็นมาขององค์ความรู้การนวดแบบพื้นบ้านไทยที่วัดหนองหญ้าางเป็นอย่างไร
 - 2.1.2 กระบวนการถ่ายทอดโดยการวิเคราะห์องค์ความรู้ ประสบการณ์ในการนวดแบบพื้นบ้านไทยที่วัดหนองหญ้าางเป็นอย่างไร
 - 2.1.3 ประวัติหมอฟันบ้านและองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการนวดรักษา
 - 2.1.4 หมอฟันบ้านใช้กระบวนการนวดรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ
 - 2.1.5 หมอฟันบ้านมีการประเมินผลการรักษาอย่างไร แล้วผลการรักษาเป็นอย่างไร

2.1.6 ผลการรักษาการนวดรักษาอาการแบบพื้นบ้านไทยที่วัดหนองหญ้าาง

2.2 เครื่องมือช่วย (เครื่องบันทึกเสียงและภาพ)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ศึกษาตำรา เอกสาร ทฤษฎี บทความ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตของเนื้อหาโดยศึกษารายละเอียดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

3.3 จัดทำเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีความรู้และประสบการณ์และเชี่ยวชาญด้านภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านแพทย์แผนไทยและผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชนตรวจสอบความถูกต้อง

3.4 ปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์เหมาะสมตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาวิจัยนี้

3.5 ขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และขอความอนุเคราะห์เจ้าอาวาสวัดหนองหญ้าางในการขอเก็บข้อมูลทั้งสถานที่และหมอพื้นบ้านที่วัดหนองหญ้าาง รวมถึงทำหนังสือขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

3.6 ผู้ศึกษาวิจัยลงเก็บข้อมูลจากภาคสนาม โดยเก็บข้อมูลจากหมอพื้นบ้านโดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึก แล้วนำข้อมูลมาเรียบเรียงเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลที่ได้จากเอกสาร การลงสถานที่ และบทสัมภาษณ์มาสรุปสาระสำคัญตามประเด็นที่กำหนดไว้ในขอบเขตด้านเนื้อหา และนำมาผลมาตรวจสอบวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบเนื้อหาข้อมูลด้วยตัวเองในเบื้องต้น แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์แผนไทยให้ความคิดเห็นอีกวิธีหนึ่ง

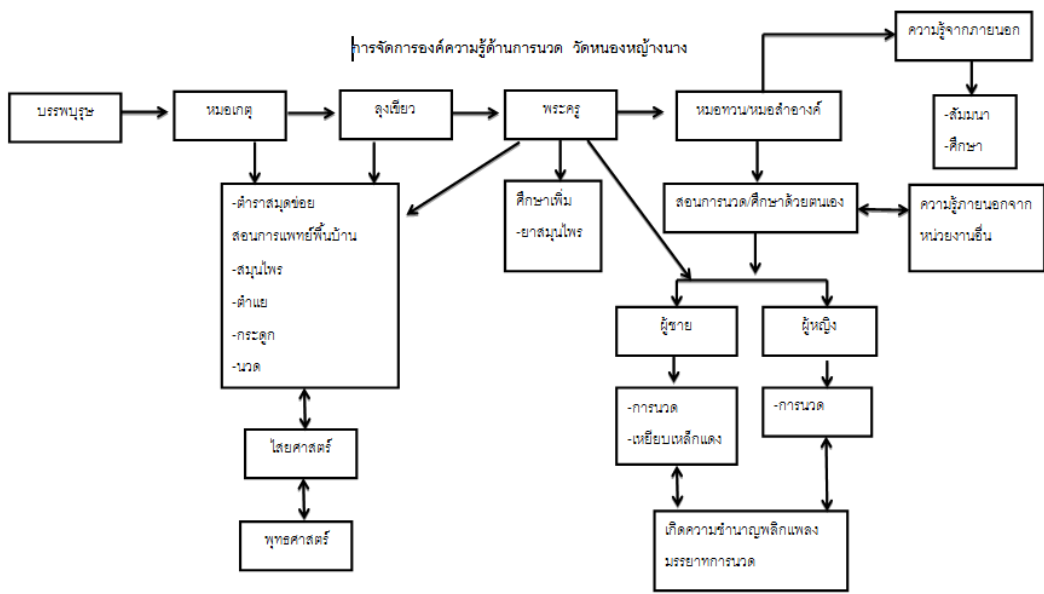
ผลการศึกษา

1. ความเป็นมาขององค์ความรู้การนวดไทยแบบพื้นบ้านของหมอพื้นบ้าน วัดหนองหญ้าาง สร้างเมื่อประมาณ พ.ศ.2320 เป็นวัดเก่าแก่ตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา ปัจจุบันตั้งอยู่ใน ต.หนองไผ่แบน จ.อุทัยธานี ได้รับการคัดเลือกจากสสจ.อุทัยธานีเป็นศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทยของจังหวัดอุทัยธานีตั้งแต่ปี 2547 เพื่อเป็นศูนย์กลางองค์ความรู้การส่งเสริมเรียนรู้และถ่ายทอด

พระครูอุปการพัฒนกิจหรือหลวงพ่อดมย์ อาภาธโร เป็นชาวอุทัยธานี ตระกูลฝ่ายบิดาเป็นหมอที่มีความเชี่ยวชาญในแพทย์แผนโบราณ มีตำราแพทย์แผนโบราณเป็นมรดก ต่อมาหมอเขียวซึ่งเป็นลุงได้ถ่ายทอดความรู้ให้ท่านจนกระทั่งได้บวชเรียนจำพรรษาที่วัดหนองหญ้าาง จึงทำการรักษาคนป่วยเป็นครั้งแรก

พ.ศ.2516 เปิดโรงหมอ ในช่วงแรกเป็นการรักษาเกี่ยวกับกระดูก โดยใช้ยาสมุนไพร น้ำมันเหยียบเหล็กแดง นวดประคบ ต่อมาเมื่อท่านได้ศึกษาเพิ่มเติม จนเกิดความเชี่ยวชาญในการรักษาโรคต่างๆ และยอมรับกันว่าท่านเชี่ยวชาญเป็นพิเศษจนมีชื่อเสียงก็คือ การบรรเทาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เหน็บชาและสร้างชุมชนหมอโดยหลวงพ่อดมย์คือคนไข้ให้กลายเป็นหมอของวัด และให้หมอรุ่นพี่สอนหมอรุ่นน้อง จนมีลูกศิษย์ที่ได้รับการถ่ายทอดได้เป็นหมอของวัดจนถึงปัจจุบัน

2. กระบวนการถ่ายทอดโดยการวิเคราะห์องค์ความรู้ ประสบการณ์ในการนวดไทยแบบพื้นบ้าน



๕

3.1 ประวัติท่านพระครูอุปการพัฒนกิจหรือหลวงพ่อส้มยี่ พระครูอุปการพัฒนกิจ เดิมชื่อ ส้มยี่ จันทรประจักษ์ เกิด 16 มีนาคม 2489 ต.หนองไผ่แบน จ.อุทัยธานี เป็นบุตรของนายสี นางทองสุข จันทรประจักษ์ มีพี่น้อง 5 คน (เสียชีวิต 2 คน) ท่านเป็นคนกลาง จบการศึกษาชั้นม. 6 ในทางด้านแพทย์แผนไทย ท่านได้รับการถ่ายทอดวิชาจากหมอเอียดซึ่งเป็นลุง ตั้งแต่อายุ 13 ปี และได้ศึกษาจากตำราการแพทย์ต่างๆ ด้วยตนเองและจากประสบการณ์ในการดูแลรักษาคนไข้ จนมีความรู้แตกฉานและเพิ่มพูนขึ้น เริ่มจากการรักษาโรคกระดูกหัก ข้อเคลื่อน ต่อมาคือ อัมพาต อัมพฤกษ์และโรคอื่นๆ จนมีชื่อเสียงและเป็นที่ศรัทธาของประชาชน เมื่อปี พ.ศ.2554 พระครูอุปการพัฒนกิจได้รับการประกาศเกียรติคุณเป็น “หมอไทยดีเด่นแห่งชาติปี 2554” จากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทย

3.2 ประวัติหมอพื้นบ้าน นายสำอางค์ เสาวมาลย์ อายุ 80 ปี บ้านเลขที่ 75 หมู่ 5 ต.หนองไผ่แบน จ.อุทัยธานี การศึกษา จบป.4 จากโรงเรียนหนองเขื่อน ภูมิลำเนา อุทัยธานี อาชีพหลักทำไร่ทำนา

3.3 ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน เมื่อตอนอายุ 39 ปี เป็นโรคกระเพาะอาหาร เครียด อาเจียนเป็นเลือด ไปหาหมอทั้งกินยาหลวงทุกอย่าง ฉีดยาก็ดัดไม่หาย แล้วจึงมารักษาที่หลวงพ่อกิ่งกินยาสมุนไพร ไม่ถึงเดือนอาการก็หาย หลังจากนั้นก็ได้มาอยู่กับหลวงพ่อกิ่งท่านที่วัดหนองหญ้านางนี้ ประมาณเมื่อ พ.ศ.2516 เริ่มมาเป็นหมอพื้นบ้าน รักษาผู้ป่วยวันนึ่งก็ 5-6 คน อาการที่รักษาจะมี ปวดบ่า ปวดไหล่ ปวดแขน สะบักจม ปวดศีรษะไมเกรน

ปวดหลัง จุดสลักเพชร จุดเสียด ท้องผูก ปวดเข่า ข้อเท้าแพลง ปวดประจำเดือน และอัมพฤกษ์อัมพาต แต่อาการที่เชี่ยวชาญมากที่สุด คือ ปวดไหล่ หลัง สะบักจม ปวดเข่าจะเป็นโรคผู้สูงอายุ

3.4 องค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการนวดรักษาของหมอพื้นบ้าน จากการสัมภาษณ์กระบวนการรักษาของวัดหนองหญ้านางมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ขั้นตอนแรกคือการไหว้ครู ก่อนที่จะทำการรักษาจะต้องบูชาครูก่อนเสมอทุกครั้ง ก่อนทำการนวด มีค่าไหว้ครู 20 บาทให้ใส่ตู้เพื่อใช้เป็นค่าน้ำ-ค่าไฟให้กับวัด ค่าบริการนวดแล้วแต่ศรัทธาทำงานแบบจิตอาสาไม่ได้มีเงินเดือน มีการทอผ้าก่อนทำการรักษา คาถาเรียนมาจากหลวงพ่อกิ่งไม่สามารถบอกได้ต้องมอบตัวเป็นศิษย์เท่านั้นจึงจะถ่ายทอดให้ได้

เพราะมันคาถาโบราณมีครูไม่สามารถบอกกล่าวกันได้ด้วยปากเปล่า ชั้นที่ 2 ประเมินอาการก่อนทำการรักษา ชั้นแรกจะเริ่มดูจากการเดินมาหาก่อน ดูว่าเป็นข้างไหน หลังจากนั้นก็จะซักประวัติคนไข้ และลงบันทึกไว้ในทะเบียนของเรา หลังจากนั้นก็จะเข้าสู่กระบวนการนวดรักษา อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสาเหตุของโรค ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเกิดจาก ยกของหนัก ขับรถนาน เล่นคอมพิวเตอร์กันเยอะ กล้ามเนื้อบริเวณนั้นจะแข็งตึง ถ้าเป็นที่แขนก็จะยกแขนไม่ขึ้น เป็นต้น ชั้นที่ 3 กระบวนการรักษาแตกต่างกันไปตามโรคของคนนั้น คือ นวดธรรมดา นวดประคบ นวดเหยียบเหล็กแดง ซึ่งคุณสมบัติการนวดทั้ง 3 ประเภทนี้จะแตกต่างกันไปตามประเภทของโรค เช่น การนวดจะเป็นการรักษาเพื่อผ่อนคลาย การประคบจะเป็นการรักษาสำหรับคนที่บอบช้ำ และการเหยียบเหล็กแดงจะเป็นการรักษาในเรื่องของกระดูก ซึ่งถ้าผ่านกระบวนการรักษานี้แล้วผู้นวดจะแนะนำว่าจะควรทำอะไรต่อ บางส่วนจะต้องกลับมารักษาอีก เพื่อที่จะให้ความต่อเนื่องในการรักษาให้ได้ผล การรักษาของวัดหนองหญ้านางแบ่งออกได้ 6 ประเภทดังนี้

1. การนวด การนวดรักษาแบบพื้นบ้านของวัดหนองหญ้านางมีแบบฉบับมาจากท่านพระครู เพราะท่านเป็นผู้ถ่ายทอดให้ ทำหลัก 4 ทำประกอบด้วยด้วยท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง ท่านอนคว่ำ และท่านั่ง แบ่งออกทั้งหมดเป็น 95 ท่าย่อย โดยเริ่มจากฝ่าเท้าคือนวดให้เขารู้สึกตัวก่อนและการไหลของหลอดเลือดแดงและดำ เพื่อให้เลือดลมไหลเวียนดีและมาที่ขาด้านใน ด้านนอกทั้งสองขาแล้วและที่ตรงระหว่างขาเพื่อที่จะเปิดประตูลม โดยใช้ขาเหยียบแล้วใช้มือนวดเพื่อเปิดประตูลมอีกครั้งหนึ่ง เมื่อเปิดประตูลมแล้วก็จะเข้าสู่กระบวนการนวดที่ขา และมาที่มือซึ่งทำการนวดเหมือนเดิม โดยการนวดในลักษณะแบบนี้เป็นการนวดเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จากนั้นก็นวดที่ท้องเพื่อแก้ปวดหลังและคว่ำตัวเพื่อนวดที่หลังก่อนที่จะให้ผู้ปวยนั่งและหมอนวดจะนวดที่ศีรษะเป็นลำดับสุดท้าย



ภาพที่ 2 วิธีการนวดรักษาอาการแบบพื้นบ้านไทยของวัดหนองหญ้านาง

- 1.1 อวัยวะที่ใช้ในการนวด นิ้วมือ มือ ศอก เท้า
- 1.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการนวด ลูกประคบสมุนไพร แผ่นเหล็กเผาไฟ น้ำมันงา
- 1.3 รูปแบบการนวด
 - 1.3.1 การนวดแบบสิ้นเกล็ด นวดแบบตรง นวดวงกันหอย นวดสัมผัสอย่างเบาๆ
 - 1.3.2 การนวดแบบลิกปานกลาง กำและบีบ ดึง เคล้น
 - 1.3.3 การนวดแบบลิกถึงเส้นเอ็น กดด้วยนิ้วหัวแม่มือ สันมือ ข้อศอก เหยียบด้วยเท้า
 - 1.3.4 การนวดแบบยึดหยุ่น วิธีสับ วิธีทุบ วิธีบีบ

การเทียบเคียงแนวเส้นประธานสิบกับทฤษฎีการนวดรักษาแบบพื้นบ้านไทยของวัดหนองหญ้านางทั้งหมด 95 ท่ามีดังนี้

2. การประคบ ลูกประคบได้จากการตำสมุนไพรจนแหลกมี 1 ขนาน ห่อด้วยผ้าขาวทำเป็นลูก

	เส้นประธานสิบ			เส้นประธานสิบ			เส้นประธานสิบ			เส้นประธานสิบ	
	ซ้าย	ขวา		ซ้าย	ขวา		ซ้าย	ขวา		ซ้าย	ขวา
1	กาลทารี	กาลทารี	25	อิทา	ปิงคลา	49	กาลทารี	กาลทารี	73	กาลทารี	กาลทารี
2	สหัสรังสี	ทวารี	26	อิทา	ปิงคลา	50	สหัสรังสี	ทวารี	74	อิทา	ปิงคลา
3	กาลทารี	กาลทารี	27	กาลทารี	กาลทารี	51	กาลทารี	กาลทารี	75	กาลทารี	กาลทารี
4	สหัสรังสี	ทวารี	28	กาลทารี	กาลทารี	52	อิทา	ปิงคลา	76	กาลทารี	กาลทารี
5	สหัสรังสี	ทวารี	29	กาลทารี	กาลทารี	53	อิทา	ปิงคลา	77	กาลทารี	กาลทารี
6	สหัสรังสี	ทวารี	30	กาลทารี	กาลทารี	54	อิทา	ปิงคลา	78	กาลทารี	กาลทารี
7	กาลทารี	กาลทารี	31	กาลทารี	กาลทารี	55	อิทา	ปิงคลา	79	สุมนา	สุมนา
8	สหัสรังสี	ทวารี	32	กาลทารี	กาลทารี	56	อิทา	ปิงคลา	80	อิทา	ปิงคลา
9	กาลทารี	กาลทารี	33	กาลทารี	กาลทารี	57	กาลทารี	กาลทารี	81	อิทา	ปิงคลา
10	กาลทารี	กาลทารี	34	กาลทารี	กาลทารี	58	สหัสรังสี	ทวารี	82	อิทา	ปิงคลา
11	กาลทารี	กาลทารี	35	กาลทารี	กาลทารี	59	กาลทารี	กาลทารี	83	สหัสรังสี	ทวารี
12	กาลทารี	กาลทารี	36	กาลทารี	กาลทารี	60	กาลทารี	กาลทารี	84	สหัสรังสี	ทวารี
13	สหัสรังสี	ทวารี	37	กาลทารี	กาลทารี	61	กาลทารี	กาลทารี	85	สหัสรังสี	ทวารี
14	สหัสรังสี	ทวารี	38	กาลทารี	กาลทารี	62	สหัสรังสี	ทวารี	86	สหัสรังสี	ทวารี
15	กาลทารี	กาลทารี	39	กาลทารี	กาลทารี	63	กาลทารี	กาลทารี	87	สหัสรังสี	ทวารี
16	สหัสรังสี	ทวารี	40	กาลทารี	กาลทารี	64	กาลทารี	กาลทารี	88	สุมนา	สุมนา
17	สหัสรังสี	ทวารี	41	สหัสรังสี	ทวารี	65	อิทา	ปิงคลา	89	สุมนา	สุมนา
18	กาลทารี	กาลทารี	42	สหัสรังสี	ทวารี	66	กาลทารี	กาลทารี	90	จันทุกุสัณ	รุข่า
19	กาลทารี	กาลทารี	43	สหัสรังสี	ทวารี	67	กาลทารี	กาลทารี	91	สุมนา	สุมนา
20	อิทา	ปิงคลา	44	กาลทารี	กาลทารี	68	กาลทารี	กาลทารี	92	สุมนา	สุมนา
21	อิทา	ปิงคลา	45	กาลทารี	กาลทารี	69	กาลทารี	กาลทารี	93	สุมนา	สุมนา
22	อิทา	ปิงคลา	46	กาลทารี	กาลทารี	70	อิทา	ปิงคลา	94	สุมนา	สุมนา
23	อิทา	ปิงคลา	47	กาลทารี	กาลทารี	71	กาลทารี	กาลทารี	95	สุมนา	สุมนา
24	กาลทารี	กาลทารี	48	สหัสรังสี	ทวารี	72	กาลทารี	กาลทารี			

ประคบ เวลาใช้นำลูกประคบใส่ซึ่งนั่งบนเตาไฟ เมื่อลูกประคบร้อนดีแล้วจึงนำไปประคบตามส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีต่อครั้ง การใช้ยาประคบให้ผลทั้งจากความ ร้อนและจากตัวยาที่ซึมผ่านผิวหนังเข้าสู่ร่างกายซึ่งเป็นการทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว เส้นเอ็นหย่อน เส้น เลือดขยายตัวและไหลเวียนสะดวก ลดการติดขัดของข้อต่อ ลดปวดและลดอาการบวมที่เกิดจากการ อักเสบของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น

3. การเหยียบเหล็กแดง ขั้นแรกคือการไหว้ครูโดยใช้คาถาอาคมโดยการดับพิษไฟ เพื่อให้ผู้นั้น มีความเชื่อความศรัทธาว่าจะเข้าสู่กระบวนการนวดนั้นที่จะต้องใช้อวัยวะของร่างกาย คือเท้าที่ต้อง สัมผัสความร้อน กระบวนการที่เป็นแบบเฉพาะของเหยียบเหล็กแดงคือ การใช้เท้าทาบน้ำมันงา แล้ว ไปแตะความร้อนที่แผ่นเหล็กบนเตาไฟ ซึ่งบางคนจะใช้เติมเท้า บางคนจะใช้สันเท้า ขึ้นอยู่กับความ ชำนาญของแต่ละคน โดยการรักษาจะเน้นไปที่ผู้ป่วยที่มีอาการทางกระดูก เช่น แขน ขา คอ หลัง เป็น

ต้น โดยที่เน้นไปที่ส่วนที่มีอาการมาก แล้วในขณะที่นวดผู้นวดจะไตร่ตรองถามอาการว่านวดเป็นอย่างไรบ้างถูกจุดหรือไม่อย่างไร ร้อนไหม โดยที่การนวดลักษณะอย่างนี้จะมีส่วนประกอบ คือ น้ำมันงาสาเหตุที่ใช้ น้ำมันงาเพื่อให้ น้ำมันได้ซึมเข้าสู่จุดที่ผู้รับบริการมีอาการเจ็บปวด บางรายจะต้องผสมกับตัวยาสมนไพร ซึ่งผลการรักษาทั้งหมด แล้วแต่อาการของโรคว่ารุนแรงหรือไม่ การนวดด้วยวิธีนี้ ผู้นวดจะต้องได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถควบคุมน้ำหนักความแรงของการกด โดยต้องรู้จักการประคองตัวให้สามารถผ่อนแรงหรือเพิ่มแรงกดได้ตามต้องการ การนวดเหยียบเหล็กแดงจะใช้ในกรณีที่มีการนวดด้วยมืออย่างเดียวไม่ได้ผล การใช้เวลานวดน้อยหรือมากแล้วแต่อาการของผู้รับบริการ และจะทำการนวดทุกวัน ยกเว้นวันพระ เพราะเชื่อว่า จะส่งผลกับตัวผู้ป่วยไม่ดี ผู้ที่ทำทำการนวดให้จะต้องเป็นผู้ชายเท่านั้น เพราะเป็นความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์อย่างหนึ่ง



ภาพที่ 3 วิธีการนวดเหยียบเหล็กแดงรักษาอาการแบบพื้นบ้านไทยของวัดหนองหญ้าาง

4. การอบสมุนไพร ยาอบไอน้ำสมุนไพร มี 1 ขนาน การอบสมุนไพรจะบำบัดรักษาได้เกือบทุกโรค เพราะนอกจากการทานอย่างเดียวจะช่วยให้ถ่ายแล้ว ผู้ป่วยต้องอบยาสมุนไพรเพื่อช่วยให้ของเสียที่อยู่ในร่างกายออกมาอีกวิธีคือถ่ายออกทางผิวหนังรูขุมขน ประโยชน์การอบไอน้ำสมุนไพรช่วยให้เลือดลมเดินสะดวก ระบบหายใจดีขึ้นผิวหนังเต่งตึง รักษาอาการเหน็บชา อัมพาต ปวดเมื่อย ผื่นคัน แพ้อากาศ เป็นต้น ข้อห้ามของผู้ป่วยในการอบไอน้ำสมุนไพรได้แก่ มีไข้ โรคหัวใจ โรคติดต่อร้ายแรง ลมชัก อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

5. การใช้สมุนไพรในการบำบัดรักษาโรคได้ทั้งหมด 5 อย่าง

5.1 ยาต้ม ยาต้มมี 9 ขนาน ได้แก่ 1) ยาอัมพฤกษ์อัมพาตมีทั้งหมด 5 ขนาน 2) ยาลมประสาท มีทั้งหมด 2 ขนาน 3) ยาแก้เส้นและเหน็บชา มีทั้งหมด 2 ขนาน 4) ยาไขข้อและกระดูกมีทั้งหมด 1 ขนาน 5) ยาแก้เบาหวานมีทั้งหมด 1 ขนาน 6) ยาแก้ลิ้นกระด้างคางแข็งมีทั้ง 1 ขนาน 7) ยาแก้ผิมีะเร็ง มีทั้งหมด 1 ขนาน 8) ยาถ่ายเลือด ถ่ายลม มีทั้งหมด 1 ขนาน และ 9) ยาแก้หัวใจ มีทั้งหมด 1 ขนาน

5.2 ยาลูกกลอน มี 1 ขนาน ประกอบไปด้วยสมุนไพรที่ใช้ปรุงเป็นยา 30 ชนิด กรรมวิธีที่ทำการปรุงยาสมุนไพรคือนำสมุนไพรแห้งทั้งหมด 30 ชนิด ได้แก่ โกฐสอ โกฐหัวบัว โกฐจุฬาลัมพา ยาตำหรือยางว่านทางจระเข้ ลูกจันทร์ กระวาน เปล้าน้อย เปล้าใหญ่ ผักแพวแดง มหาหิงค์ ขิงแห้ง บอระเพ็ด กานพลู หัวตองดึง หัวอุตพิต ว่านน้ำ การบูร ผิวมะกรูด หัวแห้วหมู

ลูกเร่ว รากกำจาย เทียนดำ เจตพังคี หัสคุณเทศ พริกไทย มาบดเป็นผงให้ละเอียด(ตามสัดส่วน) นำมาหมักกับน้ำผึ้งเป็นเวลา 1 คืน

5.3 ยาน้ำมันมนต์มี 1 ขนาน เป็นการนำสมุนไพรแห้ง 4 ชนิดได้แก่ ไพล ใบไผ่ป่า ใบสีสุกและผักเป็ดแดง มาผ่านกรรมวิธีน้ำมันมนต์ ได้จากการเคี่ยวสมุนไพรที่บดแล้วกับน้ำมันมะพร้าว ใช้พ่นรักษาโรค ทาแผลทาถูประกอบการนวดประคบกับรักษาโรคกระเพาะ

5.4 ยาประคบ ได้จากการตำสมุนไพรจนแหลกมี 1 ขนาน สมุนไพรที่ใช้ในการประคบ มีตัวยาที่เป็นสมุนไพรสดได้แก่ ไพล และผิวมะกรูด ไพลมีสรรพคุณช่วยรักษาและคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ผิวมะกรูดทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ในยาประคบจะใส่การบูรผสมเข้าไปด้วยเพื่อเป็นตัวเสริมสรรพคุณให้กับสมุนไพรแก้เคล็ด ชัดยอก

5.5 ยาอบไอน้ำสมุนไพร มี 1 ขนาน มีสมุนไพรทั้งหมด 43 ชนิด ได้แก่ แก่นขี้เหล็ก แก่นขนุน แก่นปฐหรือแก่นมะหาด แก่นกรักเกรา แก่นลั่นทม แก่นสักชี แก่นแกแล แก่นกำลั่ง แสมสาร แสมทะเล แก่นหนามพรม แก่นฝาง แก่นตะโกนา แก่นพุทตอ ก่นรางแดง แก่นมะขามไก่ แก่นหางนกกระริง แก่นชันทองพยาบาท แก่นสะแกนา กุ่มบก กุ่มน้ำ กำแพงเจ็ดชั้น พญามูลเหล็ก ใบหนาด การบูรตัน ตะไคร้หอม ตะไคร้แดง ดอกคำฝอย ส้มป่อย แผลหอม พริกพาน ไม้รู้ล้ม กระเพราแดง กระเพราขาว ข่า ไพล จันทร์แดง จันทร์หอม จันทร์ชเมด สมุลแว้ง เปลือกไต้หอม ขาดัน นำสมุนไพรทั้งหมดไปต้มรวมกันในภาชนะขนาดใหญ่คือหม้อต้ม แล้วติดท่อให้อไอน้ำร้อนเข้าไปสู่อ่างอบยาคือห้องที่สร้างขึ้น

6. การบำบัดทางพุทธศาสตร์ เป็นการประยุกต์เอาหลักธรรมคำสอนในพุทธศาสนามาใช้ โดยเฉพาะการให้ทาน รักษาศีลห้า ตั้งหมั่นอยู่ในพรหมวิหารสี่ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา มีหิริโอตตปยะคือ ความละเอียดต่อสิ่งที่เป็นบาป ละเว้นอบายมุข นอกจากนี้การสวดมนต์ ทำสมาธิทุกวันพระจะช่วยบ่มเพาะจิตใจให้ผ่องใส ช่วยให้การหายจากโรคร้ายได้เร็วขึ้น

นอกจากนี้ธรรมะบำบัดยังสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต เบาหวาน มะเร็ง หรือแม้กระทั่งเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความทุกข์ใจเกี่ยวกับปัญหาของการเจ็บป่วยของตัวเองอยู่แล้ว ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นการสวดมนต์หรือนั่งสมาธิก็สามารถที่จะช่วยให้ร่างกายเราหายจากโรคร้ายได้

3.5 การประเมินผลการรักษาของหมอพื้นบ้าน

ถ้าเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต ดูจากอาการจากเดินไม่ได้เลย ก็ค่อยๆเดินจับราวๆ ถ้าปวดเมื่อยประเมินจากการถามเป็นไงสบายดีขึ้นมัย ถ้ายังไม่หายขาดก็จะนัดมารักษาต่อเนื่องจนหายเป็นปกติ ปัญหาในการรักษาคือเราก็ต้องระวังพวกโรคแทรกซ้อน พวกโรคหัวใจ มะเร็ง ไรประมาณนี้นวดได้แต่ก็ต้องระวัง ส่วนใหญ่มานวดรักษาแล้วดีขึ้น มีการให้คำแนะนำและข้อควรปฏิบัติของผู้รับบริการร่วมด้วย

3.6 ผลการประเมินการนวดรักษาแบบพื้นบ้านที่วัดหนองหญ้าาง

ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 20 ราย โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยอาการปวดกล้ามเนื้อ ใช้ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาวันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รักษาติดต่อกันต่อเนื่องกันอย่างน้อย 3 ครั้ง ไม่เกิน 6 ครั้ง 2) กลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ใช้ระยะเวลาในการติดตามผลการรักษาวันเว้นวันหรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง รักษาติดต่อกันต่อเนื่องกันอย่างน้อย 18 ครั้ง ไม่เกิน 24 ครั้ง

จากการติดตามประเมินผลการรักษาอาการของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาด้วยกระบวนการนวดแบบพื้นบ้านของวัดหนองหญ้าาง โดยการติดตามผู้ป่วยอาสาสมัครจำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาโดยมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ได้แก่ ปวดบ่า/สะบักจม/คอ/ไหล่/ ปวดหลัง/เอว และปวดขา/เข่า จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 แม้แต่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจำนวน 6 ราย สามารถช่วยเห็นผลการเปลี่ยนแปลงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ คิดเป็นร้อยละ 30 เช่น เดินใช้ไม้เท้าค้ำยันได้ ทานข้าวหรือดื่มน้ำเองได้ เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

องค์ความรู้และวิธีการถ่ายทอดองค์ความรู้ของพระครูอุปการพัฒนากิจ ท่านเป็นผู้ถ่ายทอดโดยวิธีบอกปากต่อปากกับลูกศิษย์และให้ลูกศิษย์ทำการนวดให้ตัวท่านเองซึ่งท่านไม่ได้เก็บรวบรวมองค์ความรู้เป็นเอกสารหรือตำราแม้แต่สมุดโบราณของตัวท่านเอง จึงเป็นความรู้ที่อยู่ภายในตนเอง ผู้เรียนจะต้องสังเกต จดจำเอาเอง ในอดีตหมอพื้นบ้านวัดหนองหญ้าางในรุ่นแรกจะได้รับการถ่ายทอดวิชาเส้นประทาน 10 เส้น ถ่ายทอดความรู้ด้านการนวด การจับเส้น เน้นหนักในด้านการรักษาโรคอัมพฤกษ์อัมพาต ส่วนการถ่ายทอดจากหมอพื้นบ้านรุ่นแรกให้กับหมอพื้นบ้านรุ่นต่อมาเป็นการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น นอกจากนี้หมอพื้นบ้านยังได้ไปเรียนรู้และฝึกอบรมเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพอย่างถูกวิธีกับหน่วยงานภาครัฐ

รูปแบบในการรักษาของหมอพื้นบ้านวัดหนองหญ้าาง คือหมอพื้นบ้านวัดหนองหญ้าางจะใช้สมุนไพรตำรับเดียวกัน การนวด การกดจุด การเหยียบเหล็กแดงร่วมกับการใช้คาถาในการรักษาอาการเจ็บป่วยของคนไข้ วิธีการรักษา คือเริ่มจากการซักประวัติคนไข้เกี่ยวกับอาการและสอบถามสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากอะไรร่วมกับการตรวจร่างกายของคนไข้ ส่วนใหญ่ไม่มีการเทียบกับตำราหรืออาศัยการตรวจจากแพทย์แผนปัจจุบัน แต่จะใช้ศาสตร์การรักษาแบบพื้นบ้านของวัดหนองหญ้าาง การรักษาจะใช้วิธีการรักษาตามอาการที่ป่วย เช่น ถ้าป่วยเป็นไข้ จะใช้ยาหม้อ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อัมพฤกษ์อัมพาตจะใช้การนวดกดจุด การเหยียบเหล็กแดง การอบสมุนไพร การประคบ อาการกระดูกแตกหักจะใช้น้ำมันมนต์ร่วมกับคาถา เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะเรื่องการปฏิบัติตัวด้วย ส่วนหมอพื้นบ้านจะต้องรักษาศีล 5 อย่างเคร่งครัดทุกวันพระจะต้องเข้าวัดทำบุญทุกคน ยกเว้นมีกิจธุระจำเป็น

จากการที่ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เพื่อทำการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าด้านองค์ความรู้และการถ่ายทอดความรู้ เนื่องจากองค์ความรู้ส่วนใหญ่พระครูอุปการพัฒนากิจเป็นผู้ที่ถ่ายทอดแต่เพียงผู้เดียวไม่ได้เขียนตำราไว้อย่างชัดเจน ไม่มีเอกสารอ้างอิง ซึ่งเป็นความรู้ฝังลึก ความรู้การนวดเป็นองค์ความรู้ของพระครูอุปการพัฒนากิจ จึงไม่ได้ถูกถ่ายทอดให้กับบุคคลอื่นอย่างเต็มที่ การขาดงบประมาณในการสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้การรักษาแพทย์แผนไทยดำรงอยู่อย่างยั่งยืน และปัญหาของผู้ป่วยที่ไม่เข้าใจในการรักษา ไม่เชื่อฟังและปฏิบัติตามแนวทางการรักษา เป็นต้น ข้อเสนอแนะในการพัฒนา ควรมีการเก็บรวบรวมองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านในวัดหนองหญ้าางที่แต่ละคนมี เพื่อรวบรวมเป็นตำราจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและเก็บองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ และพัฒนาบุคคลให้มีแนวคิดอุดมการณ์ในการสืบสานงานด้านการนวดแผนไทยและมีความรู้ความสามารถ คุณธรรม จริยธรรม อีกทั้งการพัฒนาให้มีผู้สำเร็จวิชาชีวะมีใบประกอบอย่างถูกต้อง ให้หน่วยงานภายนอกด้านสาธารณสุขให้ความร่วมมือในการจัดหาบุคลากร วิจัย วิจารณ์โรคขึ้นพื้นฐานมาประจำที่ศูนย์นวดเพื่อ

อาการเบื้องต้นก่อนการรักษาและให้มีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานเอกชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้งาน

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนให้มากกว่าเดิมโดยเฉพาะด้านหมอพื้นบ้าน ซึ่งยังคงคุณค่าและเป็นทางเลือกด้านหนึ่งของชาวบ้านในชุมชนในการรักษาอาการเจ็บป่วย เพื่อเป็นเอกลักษณ์ที่ดีและเด่นประจำท้องถิ่น

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เป็นต้น ควรจัดหาวิธีการจัดการองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านวัดหนองหญ้า nang ให้มีการบันทึกรายละเอียดของวิชาหมอพื้นบ้านให้เป็นหมวดหมู่เป็นแบบแผน เพื่อให้การค้นคว้าและสืบทอดวิชาความรู้ต่อคนรุ่นหลังได้ง่ายยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

กัญจนนา ดีวิเศษและคณะ. (2542). การนวดแบบราชสำนัก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

จันทร์ทิพย์ ศรีลัมพ์. (2549). การศึกษาองค์ความรู้ด้านการนวดพื้นบ้าน: กรณีศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นวัดหนองหญ้า nang จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

ประเวศ วะสี. (2545). เครือข่ายปัญญา. ใน เอกสารการประชุมวิชาการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ประจำปี 2545. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ศกุนตลา เหลืองสกุล. (2550). กระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้ทรงภูมิปัญญาท้องถิ่น: กรณีศึกษาจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2540). เส้น จุดและโรค. ใน ทฤษฎีการนวดไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สถาบันการแพทย์แผนไทย. (2542). คู่มือการอบรมการนวดไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือเก็บข้อมูลองค์ความรู้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านเชิงลึก. กรุงเทพฯ: กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2548). ศูนย์การเรียนรู้การแพทย์พื้นบ้านไทย วัดหนองหญ้า nang จังหวัดอุทัยธานี. อุทัยธานี: สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี.

อินใจ วงศ์รัตนเสถียร. (2551). ความรู้ของหมอเมืองเกี่ยวกับสมุนไพรและสิ่งแวดล้อม. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาการจัดการมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้เพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อน ที่เท้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

Effects of Bamboo rails foot care on Reducing Diabetic Foot of the elderly patients with diabetes

ศศิมา พึ่งโพธิ์ทอง¹, สุทธิศา สงวนสังข์², อรนุช นุ่นละออง³, ยุทธนา นุ่นละออง⁴

Sasima Pungoptong¹, Suthisa Sa-nguansa², Oranoot Nunla-ong³, Yutdhna Nunla-ong⁴

บทคัดย่อภาษาไทย

วิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้เพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสองแบบสุ่มอย่างง่ายจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางซุด กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการชาที่เท้าด้วยโมนิฟิลาเมนต์ เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการดูแลเท้าและนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ แผนการทดลองมีระยะเวลา 1 เดือน โดยกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้และ กลุ่มควบคุม เข้าร่วมการดูแลเท้าตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินอาการชาที่เท้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมประเมินโดยโมนิฟิลาเมนต์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าลดลงโดยจำนวนจุดชาที่เท้าและค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ มีประสิทธิภาพในการลดอาการชาและค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้ดีกว่าโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลเท้าเพียงอย่างเดียว

ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าควบคู่ไปกับการสอนให้ผู้ป่วยเบาหวานนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้เพื่อลดอาการชาและค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนที่เท้าเนื่องจากเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีและยังเป็นการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเข้ากับการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

คำสำคัญ: คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้, ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและสูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน

1, 2, 3, 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This quasi-experimental research has its aims to determine the effect of the foot care with the bamboo rails foot care to reduce the diabetic foot of the elderly patient with diabetes. The sample, derived through the Simple Random Sampling technique, in this study were those 25 patients who receive the services at the health district hospitals. The monofilament was utilized for the numbness examination while the manual foot care as well as the foot massage were used for stepping. The statistical tool, t-test, was used in data analysis.

It is revealed that the foot numbness and the ankle-brachial pressure Index in the feet of the experimental sample studied after participating in the program was reduced or relieved at the statistically significant level of $p < 0.05$. This shows that the program is highly effective for the

patients with diabetes. Moreover, it is recommended that the nurses should have knowledge on the foot care and they should help promote this kind of traditional treatment.

Key words: Traditional bamboo foot care, Diabetic foot, Elderly patients with diabetes

1, 2 Boromarajonani College of Nursing, Chainat

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก จากข้อมูลสมพันธ์เบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปัจจุบันทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 4 ล้านคนต่อปี (WDD, 2011) โดยปี พ.ศ. 2556-2558 ทำให้คนไทยเสียชีวิตขึ้นทุกปี 8.80, 15.48 และ 19.54 ต่อแสนประชากร (สำนักงานโรคไม่ติดต่อและกรมควบคุมโรค, 2559) ผู้ป่วยหากควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดและอวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต ระบบประสาท และหัวใจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ตามระบบต่างๆ ดังกล่าว อาการแทรกซ้อนทางระบบประสาทกลุ่มหนึ่งซึ่งสำคัญ คือ อาการที่เกิดจากปลายประสาทส่วนปลายเสื่อม เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า การถูกตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 85 เริ่มจากการ มีแผลที่เท้า ทำให้เกิดการสูญเสียขาและเท้าซึ่งพบผู้ป่วยในช่วงวัยสูงอายุมากที่สุด (ศรีอุไร ปรมารกุล, 2551) การบริหารเท้าจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

การรักษาอาการชาที่เท้ามีหลายวิธี ในทางแพทย์แผนปัจจุบัน ดังนี้ การควบคุมระดับน้ำตาล การใช้ยากระตุ้นเส้นประสาทที่เสื่อมให้ดีขึ้น การรักษาโดยวิธีการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้าแต่วิธีการรักษาเหล่านี้ถ้าหยุดการรักษาอาการชาที่เท้าก็จะกลับมาเป็นอีกซึ่งก็จะมีค่าใช้จ่าย แพทย์ทางเลือก การใช้สมุนไพรร่วมกับการนวด และการนวดเท้าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีผลกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดบริเวณเท้าจากการขยายตัวของเส้นเลือดฝอยที่ผิวหนัง การขยายตัวของเส้นเลือดฝอยและการเพิ่มปริมาณการไหลเวียนเลือดนี้ทำให้เซลล์เม็ดเลือดและสารประกอบภายในน้ำเลือดที่มากับการขยายตัวของเส้นเลือดฝอย จะช่วยเร่งการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ได้รับการบาดเจ็บได้ เมื่อกระบวนการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นจะทำให้ความร้อนที่อุณหภูมิถูกถ่ายเทมายังผิวหนังได้ง่ายขึ้นจึงอาจมีการเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิผิวหนังบริเวณเท้าได้ การนวดเท้ามีทั้งการนวดโดยใช้มือนวดและการนวดเท้าด้วยอุปกรณ์ มีการศึกษาผลของการเหยียบแผงไข่มะกรูดเพื่อลดอาการชาปลายเท้าของผู้สูงอายุที่มีอาการปลายประสาทชาจากเบาหวาน (ทักษิษา ไกรราชและคณะ, 2556) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการชาเท้าลดลงแต่มีข้อจำกัด คือ ในกรณีไม่มีมะกรูดและขนาดมะกรูดต้องเหมาะสมกับแผงไข่และการศึกษาประสิทธิภาพของการนวดเท้าในผู้ป่วยที่มีอาการชาเท้า (จิตต์สกุล ศกุนะสิงห์ และคณะ, 2555) พบว่าสามารถลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานได้แต่การนวดเท้านั้นใช้ผู้อื่นนวดให้

ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานควรให้ควบคู่กับการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ เป็นการใช้ภูมิปัญญาและใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นสามารถหาได้ง่ายและผู้ป่วยสามารถนวดเท้าได้ด้วยตนเองที่บ้านเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดและระบบประสาทบริเวณเท้าเท้าดีขึ้นด้วยและส่งผลให้หลอดเลือดบริเวณผิวหนังเกิดการขยายตัว (vasodilatation) ทำให้ผิวหนังมีสีแดง และส่งผลให้เกิดการลดปวดได้ด้วย (สำนักการแพทย์ทางเลือก, 2559) มีผลให้ลดอาการชาที่เท้าและชะลอการเกิดโรคหลอดเลือดส่วนปลายอุดตันได้โดยการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับผลดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้เพื่อบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

นิยามศัพท์การวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ หมายถึง การให้ความรู้ในการดูแลเท้า สาธิตการดูแลเท้าด้วยการนวดโดยใช้รางไม้ ทั้งหมด 5 ท่า โดยแต่ละท่าใช้เวลา 3 นาที และเหยียบส้นเท้าเสมอกัน 5 วันต่อสัปดาห์เป็นระยะเวลา 1 เดือน

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า หมายถึง สภาวะของเท้าที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีตันซึ่งประเมินจากระดับอาการชาที่เท้าและค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขน

3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 – 75 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้รับการรักษาโดยใช้อารับประทานเพื่อควบคุมยาระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการเลือกตัวอย่าง

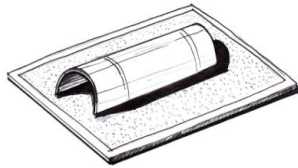
การวิจัยครั้งนี้ ประชากรผู้สูงอายุที่ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยนาทตั้งแต่ เดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 จำนวน 2,956 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 60 – 75 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดตั้งแต่ 140-250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรม เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาทรงตัว โรคจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต มากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท ทดสอบอาการชาที่เท้าด้วยโมโนฟิลาเมนต์ พบว่าสูญเสียการรับความรู้สึกที่เท้าอย่างน้อย 1 จุด ไม่เคยบริหารเท้าด้วยอุปกรณ์ใดๆ หรือนวดเท้ามาก่อนอย่างน้อย 1 เดือนและเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ตลอด 1 เดือน และสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีอิทธิพลต่อผลการวิจัยครั้งนี้จึงได้ควบคุมตัวแปรด้วยวิธีการจับคู่ (Matching) ในตัวแปร คือ เพศ อายุ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1996) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบเท่า .80 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐานที่ใช้กันทั่วไปที่มีอำนาจเพียงพอในการทดสอบทางสถิติโดยขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) เท่ากับ .80 ต้องใช้ขนาดตัวอย่างประมาณ 20 ราย สำหรับการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ คู่มือการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อใช้ประกอบการสอน โดยคู่มือประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการผิดปกติของ

เท้า และการดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน วิธีการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ ซึ่งรางไม้นี้ทำจากไม้ไผ่ที่โตเต็มที่เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 4 นิ้ว ยาวประมาณ 1 ฟุต นำมาผ่าซีกและกลุ่มทดลองได้รับการสอนทักษะการนวดเท้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งประยุกต์ทำที่ใช้ในการนวดเท้าด้วยรางไม้จากคุณยายวิรุฬชะเอมสินธุ์ ซึ่งหลักการนวดเท้าด้วยรางไม้จะช่วยให้น้ำหนักตัวกดลงมาที่เท้าทั้งสองข้างนับ 1-5 และเมื่อยกเท้าขึ้นเลือดจะไหลเวียนดีขึ้น ลดการตึงของเส้นเอ็นและกล้ามเนื้อที่เท้า (พจนา ปิยะปกรณชัย, วิสุทธิ์ โนจิตต์และดวงใจ เกริกชัยวัน, 2548) (สุนิษา บริสุทธิ์, วิภาวดี คงอินทร์และชนิษฐา นาคะ, 2552) โดยผู้เข้าร่วมโปรแกรมที่จะนวดขึ้นไปยืนเหยียบบนรางไม้ทั้งสองข้าง และมีผืนหรือหลักยึดเป็นที่ผึ่งตัว ควรมีผ้ารองรางไม้เพื่อป้องกันการลื่น ทำที่ใช้ประกอบการนวดเท้าประกอบด้วย 5 ท่าใช้เวลาท่าละ 3 นาที ซึ่งท่าที่ใช้ในการนวดเท้ามีดังนี้



ท่าที่ 1 ท่าข้อเกรง เริ่มต้นโดยการวางรางไม้บนพื้นราบห่างกับหลักยึดพอประมาณ ยืนเหยียบรางไม้โดยให้หลังตรง มือทั้งสองข้างจับหลักยึดเอนตัวไปข้างหน้าเล็กน้อย หรือเรียกว่าท่าพัก แล้วเลื่อนส้นเท้าทั้งสองข้างลงมาที่พื้นราบโดยให้อุ้มเท้าและปลายเท้าแนบกับรางไม้ นับ 1-5 แล้วกลับไปยืนที่พัก

ท่าที่ 2 ท่าขาแข็ง ยืนเหยียบรางไม้ในท่าพักแล้วเหยียดปลายเท้าบนรางไม้ นับ 1-5 กลับมาในท่าพัก โดยให้อุ้มเท้าและปลายเท้าแนบกับรางไม้ทำสลับกัน

ท่าที่ 3 ท่าผ่อนคลาย เดินย่อไปบนรางไม้ให้ทั่วฝ่าเท้าทั้งสองข้างจุดไหนเจ็บให้กดแช่ไว้นานเท่าที่จะทนได้

ท่าที่ 4 ท่านวดหลังเท้า ยืนเหยียบรางไม้ในท่าพัก โดยใช้ส้นเท้ากดลงบนหลังเท้า สลับกันทั้งสองข้าง

ท่าที่ 5 ท่านวดแข้ง ใช้ส้นเท้าขวานวดไปตามแนวข้างกระดูกหน้าแข้งของขาออกแรงกดส้นเท้าลงไปค้างไว้ นับ 1-5 แล้วเลื่อนส้นเท้าขึ้นมาเรื่อยๆ ตามแนวข้างหน้าแข้งจนมาถึงเข่าแล้วใช้ส้นเท้ากดเหนือเข่าค้างไว้ นับ 1-5 และผู้เข้าร่วมโปรแกรมดำเนินการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ที่บ้าน ครบทุกท่าเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที ในช่วงเวลาว่างของแต่ละวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติโรคประจำตัว การใช้ยาในปัจจุบัน ระดับน้ำตาลในเลือด และปัญหาสุขภาพเท้าผู้ป่วยเบาหวาน

2. แบบประเมินจำนวนจุดขาที่เท้าโดยใช้โมโนฟิลาเมนต์ ตรวจวัดระดับความรู้สึกที่เท้าสองข้าง ทั้ง 8 จุด ประเมิน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ประเมินอาการขาที่เท้าเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและครั้งที่ 2 ประเมินจำนวนจุดขาที่เท้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือนและแบบประเมินค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตประเมิน 2 ครั้ง เช่นกัน

3. แบบบันทึกการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ซึ่งให้กลุ่มทดลองบันทึกตามวันที่ได้นวดเท้าด้วยการรางไม้เป็นระยะเวลา 1 เดือน

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม เข้าร่วมได้รับการให้ความรู้ในการดูแลเท้าตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแหล่งบริการ ประเมินจำนวนจุดชาที่เท้าและค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมห่างกัน 1 เดือน

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าโดยใช้วัสดุพื้นบ้านรางไม้ โดยให้ความรู้การดูแลเท้าและฝึกทักษะการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ที่บ้านในช่วงเวลาว่างของแต่ละวันครั้งละ 15 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ มอบคู่มือการดูแลเท้า และการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ไปทบทวนและทำต่อที่บ้านผู้วิจัยติดตามเยี่ยมประเมินความถูกต้องและความสม่ำเสมอของการนวดเท้าด้วยการเหยียบรางไม้ระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม 2 ครั้งและประเมินจำนวนจุดชาที่เท้าและค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมห่างกัน 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) เปรียบเทียบความแตกต่างในเรื่องเพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและรายได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนจุดชาที่เท้าค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนและภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนจุดชาที่เท้าค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนและระหว่างภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติค่าทีอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 25 คน โดยพบว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 และ 64 ตามลำดับ ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 92 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92 และ 88 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธทุกคน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84 และ 88 ส่วนใหญ่ไม่เคยบริหารเท้า ร้อยละ 53.80 และ 84.60 และมีปัญหา รู้สึกเท้าชา ร้อยละ 72 และ 76 ตามลำดับ (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด การบริหารเท้า ปัญหาที่เท้า (N=50)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	
	ทดลอง N (25)	ควบคุม N (25)
เพศ		
ชาย	7 (28)	9 (36)
หญิง	18(72)	16(64)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับน้ำตาลในเลือด การบริหารเท้า ปัญหาที่เท้า (N=50) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	
	ทดลอง N (25)	ควบคุม N (25)
อายุ		
60 - 65 ปี	8(32)	6(24)
66 - 70 ปี	8(32)	10(40)
71 - 75 ปี	9(36)	9(36)
สถานภาพสมรส		
โสด	2(8)	3(12)
คู่	23(92)	22(88)
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	2(8)	1(4)
เกษตรกร	21(84)	22(88)
รับจ้าง	2(4)	2(8)
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	2(8)	2(8)
ประถมศึกษา	23(92)	23(92)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 - 5 ปี	5(20)	8(32)
6-10 ปี	12(48)	10(40)
11 - 15 ปี	5(20)	5(20)
16 - 20 ปี	3(12)	2(8)
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า		
101 - 140 mg%	11(44)	10(40)
141 - 200 mg%	9(36)	9(36)
201 - 250 mg%	5(20)	6(24)
การบริหารเท้า		
ไม่ได้บริหารเท้า	6 (24)	8(32)
เดิน	16(64)	16(64)
กระดกเท้า	3(12)	1(4)
ปัญหาที่เท้า		
ไม่มีปัญหาที่เท้า	2(8)	3(12)
รู้สึกเท้าชา	18(72)	19(76)
ปวดฝ่าเท้า	2(8)	1(4)
ตะคิว	3(12)	2(8)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนจุดขาที่เท้าของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=50)

กลุ่มที่	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-value	p-value
	(25)		(25)			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กลุ่มควบคุม	2.92	2.55	3.08	2.75	1.44	.61
กลุ่มทดลอง	2.36	1.73	1.24	1.48	4.80	.00*

* $p < .05$

จากตารางที่ 2 พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนจุดขาที่เท้าน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=50)

กลุ่มที่	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t-value	p-value
	(25)		(25)			
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
กลุ่มควบคุม	2.56	1.95	1.92	2.03	1.44	.16
กลุ่มทดลอง	2.36	1.97	3.20	1.63	2.10	.04

* $p < .05$

จากตาราง 3 พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการตีบหลอดเลือดส่วนปลายที่เท้าน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของจำนวนจุดขาที่เท้าหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .01$) และค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ที่มีการให้ความรู้หลักในการดูแลสุขภาพเท้ารวมทั้งสอนทักษะการนวดเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ในกลุ่มทดลองมีอาการชาลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการนวดเท้าด้วยกะลามะพร้าวผลต่ออาการขาที่เท้าซึ่งเป็นผลจากการนวดทำให้เกิดการขยายตัวของเส้นเลือดฝอยที่ผิวหนัง เนื่องจากการหลังสารฮีสตามีนซึ่งเป็นปฏิกิริยาของเนื้อเยื่อผิวหนังและผนังของหลอดเลือดฝอยหลังจากการนวดเท้าเมื่อเส้นเลือดฝอยขยายตัวส่งผลให้มีการไหลเวียนของเลือดมากขึ้น เส้นประสาทจึงได้รับเลือดมาเลี้ยงมากขึ้นด้วย เซลล์เม็ดเลือดแดงและสารประกอบภายในน้ำเลือดที่มากับการขยายตัวของเส้นเลือดฝอย จะช่วยเร่งการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อต่างๆ ได้ (สุนิษา บริสุทธิ์, วิภาวดี คงอินทร์และชนิษฐา นาคะ, 2552) (ยมพร ศักดานุภาพและคณะ, 2553) การไหลเวียนของเลือดที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คุณสมบัติของผิวหนังเพิ่มสูงขึ้น สังเกตได้จากผิวหนัง

บริเวณฝ่าเท้าที่เหยียบบรางไม้จะอุ่นขึ้นและสีผิวมีสีแดงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การออกกำลังกายที่เท้าจะช่วยให้พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันดีขึ้นและค่า ABI (ankle brachial index) ซึ่งเป็นค่าที่ทำนายค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขน สามารถกลับมาเป็นปกติได้ถ้าออกกำลังกายในระยะยาวและสม่ำเสมอ (Hong et al., 2013)

ในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลเท้าโดยใช้วัสดุพื้นบ้านรางไม้ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ใช้วัสดุพื้นบ้านที่มีในท้องถิ่นและภูมิปัญญาในการนวดเท้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งกลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้สูงอายุบอกว่าท่าที่ใช้ในการนวดเท้าง่าย ขั้นตอนการทำไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถทำได้เองที่บ้านและทำเมื่อไรก็ได้ที่ว่าง ใช้อุปกรณ์น้อย ซึ่งในทางทฤษฎีผู้สูงอายุจะมีขีดความสามารถในการจำลดลง ได้แก่ ระบบประสาทการรับรู้ความไม่ใส่ใจที่จะเริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และสภาวะทางกายโดยเฉพาะโรคทางสมอง ส่งผลต่อการรับข้อมูลและความจำบกพร่องไป แต่การทดลองนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามการสอนได้แต่อาจมีบางท่านนวดที่ทำสลับกันบ้าง นอกจากนี้โปรแกรมการดูแลเท้าโดยใช้วัสดุพื้นบ้านรางไม้ยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความถูกต้องของการนวดเท้าและเป็นการเสริมแรงและให้กำลังใจของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุ ความรู้สึกพึงพอใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชชรมณีย์และพรณี ภาณุวัฒน์, 2555). การนวดเท้าด้วยรางไม้ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและลดการตึงของเส้นเอ็นที่เท้า อาจเนื่องจากการนวดเท้าด้วยการเหยียบบรางไม้เป็นการนวดเท้าโดยที่กลุ่มตัวอย่างยืนเหยียบบนรางไม้แล้วใช้แรงกดที่ฝ่าเท้าจากน้ำหนักตัวทั้งหมดกดลงบนรางไม้ อาจส่งผลให้มีแรงกดที่ฝ่าเท้าถึงจุดนวดมากกว่าการนวดเท้าด้วยมือ จึงทำให้เกิดการกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดและการทำงานของเส้นประสาทได้ดีกว่า นอกจากนี้ผลการลดอาการชาที่เท้ายังสอดคล้องกับการศึกษาการใช้เท้าเหยียบบนกะลา พบว่าการใช้เท้าเหยียบบนกะลาเป็นการกระตุ้นให้มีการไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และยังเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้ออ่อน รวมทั้งป้องกันและรักษาการเกิดตะคริวบริเวณน่องได้ (พจนา ปิยะปกรณ์ชัยและคณะ, 2548) กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ มีสภาพเท้าภายนอกที่ดีขึ้นแล้วยังมีสภาพเท้าภายในที่ดีขึ้นด้วยกล่าวโดยสรุป โปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้สามารถลดอาการชาและชะลอการตีบของหลอดเลือดส่วนปลายที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ดีกว่าโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลเท้าเพียงอย่างเดียวประกอบกับโปรแกรมสามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานซึ่งมีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้าควบคู่ไปกับการสอนให้ผู้ป่วยเบาหวานนวดเท้าด้วยการเหยียบบรางไม้เพื่อสุขภาพเท้าที่ดีของผู้ป่วยและลดอาการแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากเป็นวิธีที่ใช้ได้ผลดีและยังเป็นการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเข้ากับการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือหน่วยบริการอื่นๆ เพราะเป็นการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านมากใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและสามารถดำเนินการด้วยตนเองที่บ้านได้ตลอดเวลาเพื่อเป็นการป้องกันหรือช่วยบรรเทาอาการชาที่เท้าซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และควรให้กำลังใจ อธิบายและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเบาหวานเห็นความสำคัญของการดูแลเท้าในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาโปรแกรมการดูแลเท้าด้วยวัสดุพื้นบ้านรางไม้ ที่มีขนาดของ

กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มมากขึ้น และผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินจำนวนจุดชาที่เท้าและค่าดัชนีความดันของข้อเท้าเมื่อเทียบกับแขนให้ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้นและควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการนวดเท้าด้วยรางไม้กับการนวดเท้าด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการนวดเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

บรรณานุกรม

- จิตต์สกุล ศกุนะสิงห์ และคณะ.(2555). ประสิทธิภาพของการนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชา.วารสารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, กาศสินธุ์, มหาสารคาม, 19(1), 36-43.
- ทักษิณาร์ ไกรราชและคณะ.(2556). ผลของการเหยียบแผ่นไม้มะกรูดเพื่อลดอาการชาปลายเท้าของผู้สูงอายุที่มีอาการชาปลายประสาทจากเบาหวาน.วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(2), 64-82.
- พจนนา ปิยะปรกรณ์ชัย, วิสุทธิ์ โนจิตต์, และดวงใจ เกริกชัยวัน. (2548). การใช้กะลาในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา คุณยายวิรุฬ ชะเอมสินธุ์ (เน้ย). ศูนย์ศึกษาผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสันนาท, สันนาท.
- ยมพร ศักดานุภาพ, ลดาวัลย์ นิชิโรจน์และนพวรรณ เปี้ยชื่อ.(2553). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จุดสูญเสียความรู้สึกละแรงกดที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่2.วารสารสุขศึกษา. 33(114), 44-54.
- ศรีอุไร ปรมาธกุล. Diabetic Foot Disorders. (2551). โรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติครั้งที่ 23. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุนิษา บริสุทธิ์, วิภาวดี คงอินทร์และชนิษฐา นาคะ.(2552). เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการดูแลเท้ากับโปรแกรมการดูแลเท้าที่ผสมผสานการนวดเท้าด้วยการเหยียบกะลาต่ออาการชาที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 21(1), 94-105.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์ กาญจนา วณิชรมณีย์ พรรณี ภาณุวัฒน์.(2555). สุขคู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ.นนทบุรี; ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อและกรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2550 – 2558. เข้าถึงเมื่อวันที่27 มิถุนายน 2559, จาก<http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data>.
- สำนักการแพทย์ทางเลือก. การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า. (บทความออนไลน์). สืบค้นจาก [http:// www.thaicam.go.th/](http://www.thaicam.go.th/) เมื่อ 4 สิงหาคม 2559.
- Hong, Junggi ; Barnes, Meredith ; Kessler, Nathan. (2013). Case study: Use of vibration therapy in the treatment of diabetic peripheral small fiber neuropathy. Journal of Bodywork & Movement Therapies (BODYWORK MOVEMENT THER), 17 (2), 235-8.
- Polit, D.F.and Hungler,B.P.(1987). Nursing Research: Principles and methods.3rd.ed. Philadelphia: Lippincott.
- WDD 2011: ACT ON DIABETES. NOW. [online].[cited 2011 Nov.16].; Available from : URL : <http://www.idf.org/worlddiabetesday/act-on-diabetes-now>.

การพัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคลองขวาง อำเภอสว่าง จังหวัดนนทบุรี Development of Hot Herbal Compress Cuff for Patients with Knee Pain at Klongkwang Health Promoting Hospital, Amphoe Sainoi, Nonthaburi

ฐานิตา สุวรรณชัย ฉันทยาพร แก้วมณี อำพล บุญเพียร และอรุณี ยันตรปรกรณ์

Thanita Suwannatha, Tanyaporn Kaewmanee, Aumpol Bunpean and Arunee Yantarapakon

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการใช้ลูกประคบสมุนไพรรักษาอาการปวดเข่า 2) พัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพร 3) ศึกษาผลการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย 6 คนและผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทย 30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ปลอกประคบร้อนสมุนไพร แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบประเมินอาการปวดและแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ดำเนินการเก็บข้อมูล 4 ระยะคือ ระยะศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะการพัฒนา ระยะการทดลองใช้และระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Paired-Samples-T-Test

ผลการวิจัยพบว่าการประคบรูปแบบเดิมมีความยุ่งยากด้านการผลิตและขั้นตอนการนำมาใช้ รูปแบบที่ต้องการคือ สามารถประคบร่วมกับการทำกิจกรรมประจำวันได้ ผลิตจากวัสดุที่ยืดหยุ่นเก็บความร้อนได้ดีและนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบปลอกประคบร้อนสมุนไพรโดยตัวปลอกทำจากผ้ามองตาการ์ มีช่องบรรจุสมุนไพรแห้ง 100 กรัม พร้อมคู่มือ เมื่อนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด หลังการใช้ค่าเฉลี่ยอาการปวดเข่าและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลดลงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่างานวิจัยชิ้นนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการผลิตปลอกประคบร้อนสมุนไพรสำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดข้อเข่าและสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ไปสู่เชิงพาณิชย์ได้

คำสำคัญ : ปลอกประคบร้อน สมุนไพร อาการปวดเข่า

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This study is a research and development study with objectives to 1) analyze situations and problems of herbal compress ball usage for knee pain 2) develop a hot herbal compress cuff 3) evaluate results of using hot herbal compress cuff. The samples in this study were 6 Thai traditional practitioners and 30 clients of Thai traditional medicine clinic using purposive sampling. The tools used to collect data included: focus group discussion, hot herbal compress cuff, satisfaction questionnaire, visual analogue scale for pain and knee osteoarthritis severity assessment form. The research was conducted in 4 phases: situations and problems analysis phase, innovation development phase, trial phase and evaluation phase. The research was carried out from September to November, 2015. Content analysis, percentage, mean, standard deviation and Pair Sample T-test were used for data analysis.

The results of the study showed that original hot herbal compress balls were difficult to produce and apply. The desired compress innovation should be able to use along with daily

routine. The material should be elastic, heat retaining and reusable. Therefore, the researchers have developed a hot herbal compress cuff from Montagut™ cloth containing an envelope of 100 grams of dried herbs together with a user manual. The results from a trial phase revealed users satisfaction at the highest level. The average knee pain and knee osteoarthritis severity after using the cuff were found to be significantly decreased ($p < 0.05$).

It could be suggested that the innovation in this research had a potential to be developed as a hot herbal compress cuff for patients with knee pain and could be commercialized in the future.

Key words : herbal compress, cuff, knee pain

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุของประชากรทั่วโลก สถิติของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของประเทศไทยคือ ร้อยละ 34.5-45.6 ของประชากรทั้งประเทศ โดยส่วนใหญ่จะพบในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ปัจจุบันกลับพบในกลุ่มที่มีอายุน้อยลงมาเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆส่งเสริม เช่น ภาวะอ้วน อิริยาบถในชีวิตประจำวัน รวมถึงการประสบอุบัติเหตุหรือการเล่นกีฬาหักโหมเกินไป เป็นต้น (วรรณิ สัตยวิวัฒน์, 2551: 69)

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในทางการแพทย์แผนปัจจุบันสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดไม่มากมักจะให้พักการใช้งานของข้อ หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิิดอาการปวดและใช้น้ำแข็งหรือน้ำอุ่นจัดๆ ประคบบริเวณเข่า ทายานวด เช่น ไโดโคลฟีแนก ไพร็อกซิแคมชนิดเจล หากอาการปวดมากจะให้รับประทานยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อหรือยาต้านการอักเสบสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อบวมแพทย์จะทำการเจาะดูดน้ำในข้อออกและอาจพิจารณาฉีดสเตียรอยด์เข้าในข้อเป็นครั้งคราว ในรายที่มีข้อเข่าเสื่อมรุนแรงจนไม่สามารถปฏิบัติภารกิจกิจวัตรประจำวันได้ปกติหรือข้อเข่าผิดรูป แพทย์อาจพิจารณาทำการผ่าตัดซึ่งมีอยู่หลายวิธี ซึ่งแพทย์จะเลือกให้เหมาะกับอายุ ความรุนแรง และลักษณะการใช้งานข้อเข่า (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2551: 172)

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในทางการแพทย์แผนไทยมีทั้งการรักษาด้วยการนวดร่วมกับ การประคบร้อน การจ่ายยาสมุนไพรและการทำท่ากายบริหาร นอกจากนี้ยังทำการรักษาด้วยการพอกปูนแดงตามศาสตร์การแพทย์พื้นบ้านได้อีกด้วย (ดารณี อ่อนชมจันทร์, 2555) เมื่อพิจารณาทั้งการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยจะเห็นได้ว่าต่างมีการประคบด้วยความร้อนในการรักษา ซึ่งการประคบความร้อนนั้นสามารถนำกลับมาทำเองได้ที่บ้านแต่การประคบร้อนสมุนไพรด้วยลูกประคบร้อนสมุนไพรแบบเดิมนั้นมีข้อจำกัดในการใช้งาน ผู้ป่วยต้องอยู่ในอิริยาบถที่ถูกจำกัด เช่น การนอนหรือการนั่งประคบอยู่กับที่จนกว่าลูกประคบจะเย็น ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมอื่นร่วมกับการประคบร้อนสมุนไพรได้

ประชากรในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีก็ประสบปัญหาของโรคข้อเข่าเสื่อมเช่นกัน เนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรที่มีการใช้งานข้อเข่าติดต่อกันเป็นเวลานาน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและมีความสนใจที่จะพัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าเพื่อความสะดวกในการใช้งานและสามารถบรรเทาอาการปวดเข่าร่วมกับการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีความทันสมัยและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้ที่มีปัญหาข้อเข่าและโรคข้อเข่าเสื่อม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการรักษาอาการปวดเข่าด้วยการประคบร้อนสมุนไพรสำหรับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อพัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีจำนวน 6 คนและกลุ่มผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ 1)ไม่จำกัดเพศ อายุตั้งแต่ 40-60 ปี ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพ 2)มีระดับอาการปวดเข่าปานกลาง 3)ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคอื่น ๆ ที่อันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้ 4)ผู้ป่วยยินดีให้ความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่เป็นเทคนิคและแนวทางคำถามการสนทนากลุ่ม โดยใช้ข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 5 ข้อเพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา แนวความคิดและข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่เป็นปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าเป็นรูปแบบใหม่ที่สร้างขึ้นซึ่งประกอบไปด้วยปลอกประคบร้อน ถูบรจสมุนไพรและคู่มือวิธีการใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านวิจัยและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยและด้านพยาบาลจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมพร้อมให้ข้อเสนอ คำแนะนำที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยได้ปรับเนื้อผ้า ขนาดของผ้าและรูปแบบปลอกให้มีความยืดหยุ่นและคงทนต่อการใช้งานมากยิ่งขึ้น

ประเภทที่ 3 แบบประเมินระดับอาการปวดเข่าเป็นการใช้เส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็นระดับ 0-10 (คณะแพทยศาสตร์ศิริราช, 2549)

ประเภทที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับอาการปวดเข่าที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันแต่ละคำถามมีคะแนน 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนที่ได้จะถูกนำมารวมกันและแปลผล (กรมอนามัย, 2556)

ประเภทที่ 5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า เป็นแบบประเมินที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ แบ่งเป็นรายด้าน จำนวน 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะทางกายภาพ ด้านคุณภาพและด้าน

ประโยชน์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คนดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้มีอาการปวดเข่าจำนวน 30 คนหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.82

การดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพหุศาสตร์โดยชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ทั้งนี้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2558 จนถึงเดือนพฤศจิกายน 2558 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการพัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการรักษาด้วยการประคบร้อนรูปแบบเดิมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จากการสนทนากลุ่ม

ระยะที่ 2 ขั้นการสร้างและพัฒนาการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าสำหรับผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี โดยคณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบที่ออกแบบก่อนนำไปสร้างและพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการนำปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าไปทดลองใช้

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

1) ให้ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยทดลองใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าครั้งที่ 1 ประเมินความพึงพอใจ สรุปลปัญหา แล้วปรับปรุงปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าตามความคิดเห็น

2) ให้ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยทดลองใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าครั้งที่ 2 ประเมินความพึงพอใจ สรุปลปัญหา แล้วปรับปรุงปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าให้เป็นนวัตกรรมที่สมบูรณ์

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทย

1) ให้ผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยทดลองใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าครั้งที่ 1 โดยการประคบร้อน เข้า-เย็น 10-15 นาทีทำวันเว้นวันเป็นเวลา 3 วันแล้วประเมินอาการปวด ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อน-หลังและความพึงพอใจต่อการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าสรุปลปัญหาแล้วนำมาปรับปรุงตามความคิดเห็น

2) ให้ผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยทดลองใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าครั้งที่ 2 โดยการประคบร้อน เข้า-เย็น 10-15 นาที ทำวันเว้นวัน เป็นเวลา 3 วัน แล้วประเมินอาการปวด ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อน-หลังและความพึงพอใจต่อการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าแล้วปรับผลิตภัณฑ์ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าให้เป็นนวัตกรรมที่สมบูรณ์

ระยะที่ 4 ขั้นประเมินผลการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า

1) ประเมินความพึงพอใจของผู้ที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยที่วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีครั้งที่ 2

2) ประเมินความพึงพอใจของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดนนทบุรีต่อการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า ครั้งที่ 2

3) เปรียบเทียบอาการปวดเข่าก่อนและหลังการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า

4) เปรียบเทียบความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของการใช้ลูกประคบสมุนไพรจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ลูกประคบแบบเดิมมีความยุ่งยากด้านการผลิตและขั้นตอนการนำไปใช้จึงทำให้ผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยต้องการรูปแบบการประคบร้อนใหม่ที่สามารถประคบร่วมกับการทำกิจกรรมประจำวันได้ โดยต้องการในรูปแบบของวิธีการพันรอบเข่า ผลได้จากวัสดุที่มีคุณสมบัติยืดหยุ่นและเก็บความร้อนได้ดี มีน้ำหนักและขนาดที่เหมาะสม สามารถนำมาใช้ซ้ำได้หลายครั้งและมีวิธีการใช้ใกล้เคียงกับลูกประคบสมุนไพรแบบเดิม

2. การพัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพร ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบและรายละเอียดของปลอกประคบร้อนสมุนไพร ประกอบด้วย ตัวปลอกประคบร้อน ถูบรรจุสมุนไพรและคู่มือวิธีการใช้ โดยอาศัยผลจากการสนทนากลุ่ม เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. ขั้นตอนการนำปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยครั้งที่ 1 ให้ข้อเสนอแนะว่า ผ้าที่ใช้ในการผลิตปลอกประคบร้อนสมุนไพรไม่มีความคงทนต่อการใช้งาน ควรเป็นผ้าที่มีความยืดหยุ่นและมีความคงทนต่อการใช้งาน ครั้งที่ 2 ให้ข้อเสนอแนะว่า ผ้ามีความยืดหยุ่นได้ดีและมีความคงทนต่อการใช้งาน การทำความสะอาดและการเก็บรักษา ถูสมุนไพรมีขนาดพอเหมาะกับความยาวของปลอกประคบและเข่า

กลุ่มผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยครั้งที่ 1 ให้ข้อเสนอแนะว่า ผ้าที่ใช้ทำปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่านั้นมีความยืดหยุ่นได้ดีแต่ไม่ค่อยมีความคงทน ลักษณะของผ้ามีความบางไปทำให้เมื่อใส่ถูบรรจุสมุนไพรที่นึ่งไปแล้วมีความร้อนที่ร้อนเกินไป ครั้งที่ 2 ให้ข้อเสนอแนะว่า ผ้าที่ใช้ทำปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่ามีความยืดหยุ่นได้ดีและมีความคงทนต่อการใช้งาน การทำความสะอาดลักษณะกระชับกับเข่าเมื่อสวมใส่และสามารถเก็บความร้อนได้ดีกว่าครั้งที่ 1 แต่ยังคงเก็บความร้อนได้ไม่ดีเท่าที่ควร มีหลายขนาดที่เหมาะสมกับขนาดของขาและเข่าของแต่ละบุคคล

หลังจากนำปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าไปทดลองใช้แล้วมาปรับปรุงปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าให้สมบูรณ์ซึ่งประกอบด้วย

1) ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าปลอกประคบร้อนทำจากผ้ามองตาเกอ เป็น Polyester โครงสร้างผ้า 150/48 ทอ 20 เส้นหน้ากว้าง 60 นิ้วมี 4 ขนาด S:24-31 เซนติเมตร M: 31-38 เซนติเมตร L: 38-45 เซนติเมตร XL: 45-52 เซนติเมตร

2) ถูบรรจุสมุนไพรขนาดกว้าง 7 เซนติเมตรยาว 10 เซนติเมตรทำมาจากผ้า Cotton 65% ผสมกับ Polymer 35% บรรจุสมุนไพรแห้ง 100 กรัมประกอบด้วยไพล ผิวมะกรูด ขมิ้นชัน ใบมะขาม ใบส้มป่อย ตะไคร้บ้าน เกลือ พิมเสน การบูรและใบพลับพลึง

3) คู่มือวิธีการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าประกอบด้วย ชื่อผลิตภัณฑ์ ส่วนประกอบของสมุนไพร วิธีการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า ข้อควรระวังในการใช้และสรรพคุณของปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า

4. ประเมินผลการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ในกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.7 มีช่วงอายุ 56-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส คิดเป็นร้อยละ 90.0 และโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.3

2) ระดับความพึงพอใจ ต่อการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าของครั้งที่ 2 จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}=4.62$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความพึงพอใจด้านคุณภาพมากที่สุด ($\bar{x}=4.78$) รองลงมาคือ ด้านลักษณะทางกายภาพ ($\bar{x}=4.55$) และ ด้านประโยชน์ ($\bar{x}=4.53$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวางอำเภอไทรน้อยจังหวัดนนทบุรีต่อการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าครั้งที่ 2 จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=30)

รายการ	ความพึงพอใจ		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ด้านลักษณะทางกายภาพ	4.55	0.25	มากที่สุด
ด้านคุณภาพ	4.78	0.14	มากที่สุด
ด้านประโยชน์	4.53	0.23	มากที่สุด
รวม	4.62	0.13	มากที่สุด

3) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) คะแนนระดับอาการปวดเข่าและคะแนนระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีก่อนและหลังการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับอาการปวดเข่าก่อนใช้มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=4.40$) และหลังใช้มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=2.70$) ผลของค่าเฉลี่ยของระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่ามีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=27.43$) และหลังใช้มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}=24.23$) แสดงว่าระดับอาการปวดเข่าก่อนและหลังใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) ของคะแนนระดับอาการปวดเข่าและคะแนนระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้มารับบริการด้านแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวางอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีก่อนและหลังการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า (n=30)

นวัตกรรมการปลอก ประคบร้อน สมุนไพรลดอาการ ปวดเข่า	ก่อนการรักษา		หลังการรักษา		p-value t-test
	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ค่าเฉลี่ย(\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	
คะแนนระดับ อาการปวดเข่า	4.40	0.50	2.70	0.46	21.108 0.000*
คะแนนระดับความ รุนแรงของโรคข้อ เข่าเสื่อม	27.43	0.52	24.23	0.37	3.247 0.003*

* $p < 0.05$ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการสนทนากลุ่ม พบว่า สถานการณ์และปัญหาจากการใช้ลูกประคบคือ มีความยุ่งยากด้านการผลิตและขั้นตอนการนำไปใช้ เนื่องจากการทำลูกประคบต้องผ่านกระบวนการมัดลูกประคบซึ่งค่อนข้างยุ่งยากและทำให้เสียเวลา ประกอบกับผู้ถูกประคบจะต้องอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลา 10-15 นาที ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมอื่นได้ สอดคล้องกับงานวิจัยลูกประคบสมุนไพรแบบหูด-อายุรเวทศิริราช ที่พูดถึงปัญหาของการใช้ลูกประคบว่า มีขั้นตอนการผลิตใช้เวลามากทำให้มีต้นทุนสูง (ศุภกิจ สุวรรณไตรย์ และคณะ, 2553 : 493) และวิจัยการเปรียบเทียบผลของความร้อนระหว่างแผ่นประคบร้อนและลูกประคบสมุนไพรต่อการบรรเทาปวดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้กล่าวถึงปัญหาของลูกประคบว่าขั้นตอนการใช้นั้นมีความยุ่งยาก (พรณี ปิงสุวรรณและคณะ, 2552 : 74-82)

2. การพัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพรผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบและรายละเอียดของปลอกประคบร้อนสมุนไพรประกอบด้วย 1)ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า ปลอกทำจากผ้ามองตาการ์เป็น Polyester โครงสร้างผ้า150/48 ทอ 20 เส้นหน้ากว้าง 60 นิ้ว 2)ถุงบรรจุสมุนไพรขนาดกว้าง 7 เซนติเมตรยาว 10 เซนติเมตรทำมาจากผ้า Cotton 65% ผสมกับ Polymer 35% บรรจุสมุนไพรแห้ง 100 กรัม 3)คู่มือวิธีการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า เนื่องจากรูปแบบการพันรอบข้อเข่านั้นจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่นๆได้ ผ้ามองตาการ์ Polyester มีคุณสมบัติในการยืดหยุ่นได้ดี ทนความร้อนได้ดี แต่ดูดความชื้นได้ต่ำจึงเหมาะสำหรับการนำมาเป็นปลอกประคบร้อนสมุนไพร สำหรับถุงบรรจุสมุนไพร ประกอบด้วยสมุนไพรที่นิยมใช้ในการประคบจึงมีความปลอดภัยในการนำมาประคบ สอดคล้องกับทฤษฎีของการวิจัยและพัฒนาที่ให้ความหมายของนวัตกรรมที่ดีคือ ต้องมีความเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาหรือความต้องการ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและมีความสะดวกในการใช้งาน (สุพักตร์ พิบูลย์, 2552: 43-46)

3. ระดับความพึงพอใจต่อการใช้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า จำแนกเป็นรายด้านและในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากกระบวนการสร้างและพัฒนาปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่านั้นมีการเก็บข้อมูลจากการสนทนาจากผู้ให้บริการแพทย์แผนไทยทำให้รูปแบบของปลอกประคบร้อนสมุนไพรออกมาได้ตรงตามความต้องการและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการ

ประคบสมุนไพรแบบดั้งเดิมเป็นอย่างดี อีกทั้งหลังจากการสร้างปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าเสร็จสิ้นได้มีการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการแล้วนำความคิดเห็น ข้อเสนอแนะมาปรับปรุง ทำให้ปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าได้รับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัย นวัตกรรมฉลากน้ำกันกระเด็น ที่พัฒนาฉลากน้ำจากอ่างล้างมือเพื่อป้องกันการสะสมของเชื้อโรคบริเวณอ่างล้างมือในห้องคลอดซึ่งเป็นงานวิจัยจากปัญหาการทำงาน มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นกัน (ทองปาน สบาย, 2553: 64-66)

4. คะแนนระดับอาการปวดเข่าของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้มารับบริการด้านแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี หลังการใช้มีค่าเฉลี่ยอาการปวดเข่าลดลงก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่า ใช้ความร้อนกระตุ้นระบบการไหลเวียนบริเวณข้อเข่า เนื้อเยื่อรอบๆข้อเข่าจึงคลายตัวและสรรพคุณจากสมุนไพรที่ช่วยคลายกล้ามเนื้อ ระดับอาการปวดข้อเข่าจึงลดลง ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการแพทย์แผนไทยที่อธิบายประโยชน์ของการประคบสมุนไพรไว้ว่า ช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อพังผืด ยืดตัวออก (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2552: 11)

5. ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้มารับบริการด้านแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรีหลังการใช้มีค่าเฉลี่ยความรุนแรงลดลงก่อนการใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากปลอกประคบร้อนสมุนไพรลดอาการปวดเข่าใช้ความร้อนกระตุ้นระบบการไหลเวียนบริเวณข้อเข่าและสรรพคุณจากสมุนไพรที่ช่วยคลายกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อรอบๆข้อเข่าจึงคลายตัว การเคลื่อนไหวของจึงสามารถทำได้เพิ่มขึ้น อาการปวดทุเลาลง ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยการศึกษาผลของการประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อผืดและความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการประคบร้อนด้วยสมุนไพรมีคะแนนอาการปวดข้อ ข้อผืดและความลำบากในการทำกิจกรรมลดลงเช่นกัน (พยอม สุวรรณ, 2543)

บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2552). องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าสินค้าในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมอนามัย. (2556). แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราช. (2549). แบบประเมินความปวด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพักตร์ พิบูลย์. (2552). การวิจัยและพัฒนา (Research and Development). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุเกียรติ อาชานภาพ. (2551). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป เล่ม 1: แนวทางการตรวจรักษาโรคและการใช้ยา. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- วรรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส;
- ทองปาน สบาย. (2553). นวัตกรรมฉลากน้ำกันกระเด็น. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

- พยอม สุวรรณ. (2543). ผลของการนวดประคบร้อนด้วยสมุนไพรต่ออาการปวดข้อข้อฝืดและความลำบากในการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- พรรณิ ปิงสุวรรณ. (2552). การเปรียบเทียบผลของความร้อนระหว่างแผ่นประคบร้อนและลูกประคบสมุนไพรต่อการบรรเทาปวดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 21(1), 74-82
- ดารณี อ่อนชมจันทร์. (2554). เสนอใช้ภูมิปัญญาไทยทางเลือกรักษาข้อเข่าเสื่อมโดยการลดการพึ่งยา. เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2558, จาก: <https://www.doctor.or.th/article/detail11402>.
- ศุภกิจ สุวรรณไตรย์ และคณะ. (2553). ถุงประคบสมุนไพรแบบหุรด-อายุรเวทศิริราช. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิง จำกัด.
-

การใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

Thai Wisdom used for Self-management among elderly People with Hypertension

มยุรี บุญทัต¹ ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ¹ และมณี ดีประสิทธิ์¹
Mayuree Boontad¹, Tipawan Tangwongkit¹, and Manee Deeprasit¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของชุมชนชนบทในจังหวัดชัยนาท และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเอง ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสบการณ์การจัดการตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาไทย จำนวน 30 ราย รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบว่า 1) การจัดการตนเองด้านร่างกาย ประกอบด้วย การออกกำลังกาย เช่น การทำกายบริหารทุกเช้าบนที่นอน การออกกำลังกายด้วยวิธี “กระที่บลม” การทำสวน ถากหญ้า ทำงาน การเดิน โดยเดินไปใส่บาตรทุกเช้า เดินไปวัด เดินไปนา การขี่จักรยาน โดยขี่เพื่อออกกำลังกาย และขี่เพื่อการเดินทางไปทำนา ขี่ไปวัด ขี่ไปบ้านญาติในหมู่บ้าน การออกกำลังกายโดยใช้วัสดุพื้นบ้าน เช่น เขี่ยบกะลา นวดกะลา รำกระบองไม้ไผ่ การรับประทานอาหาร เน้นพืชผัก เป็นผักพื้นบ้านท้องถิ่นที่ปลูกเอง การใช้สมุนไพร มักเป็นสมุนไพรที่หาได้ง่าย มีดังนี้ กระเทียม กระเพรา กระเจี๊ยบแดง ตะไคร้ ขิง น้ำสมุนไพร 2) ด้านจิตใจ คือ การทำจิตใจให้สงบ แจ่มใส ปลอ่ยวาง ไม่คิดมาก 3) ด้านสังคม ไปร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือช่วยงานแต่งงาน งานบวช ของเพื่อนบ้านใน 4) ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การตักบาตรทุกเช้า การไปวัดทำบุญ และถือศีลที่วัด โดยทำให้จิตใจสงบ การสวดมนต์ ทำสมาธิ การมีแนวคิดยอมรับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิต ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความเชื่อกฎแห่งกรรมในพุทธศาสนา ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเอง 1) การสังเกตและเรียนรู้ด้วยตนเอง 2) แหล่งสนับสนุนสอดคล้องกับวิถีชีวิต 3) การมีกำลังใจจะซื้อหาได้

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การใช้ภูมิปัญญาไทยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุความดันโลหิตสูง เพราะภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย โดยมีการเรียนรู้ พัฒนาให้เหมาะสมกับตนเอง ทำให้เกิดการสั่งสมความรู้และการประยุกต์ใช้มากขึ้น ซึ่งพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้ข้อมูลนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ภูมิปัญญาไทย, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The aim of this study was to understand the ways older people with hypertension living in rural communities in Chainat province using Thai wisdom for self-management and to identify factors influenced their management. Participants were 30 elderly people who had experienced in using the local wisdom for the self-management for hypertension. In-depth interview was used to inform data collection. Thematic analysis was used for analysis. The results revealed that 1) Physical self-management consisted of exercise such as exercise on bed every morning, “Kra-teub-lom”, gardening, walking, cycling, exercise with local equipment; eating mostly vegetables and homegrown vegetables; herbs using garlic, holy basil, rosella, lemongrass, ginger, 2) Mental self-

management mostly calm down, let it be 3) Social self-management mostly social activities, 4) Spiritual self-management included giving food offerings to the monks, making merit, prayer and meditation, accept everything in one's life based on Karma. Factors influenced using Thai wisdom self-management included 1) observing and learning with oneself 2) social resource harmonized with way of life 3) affordability

These results reflect that using Thai wisdom is essential for promoting self-management among older people with hypertension because Thai wisdom has coherence with way of life among Thai people. Learning with oneself and developing impact to more application. Nurses and other health care providers could apply this information for developing the way to promote the quality of life among older people with hypertension.

Key words : Thai wisdom, Hypertension, elderly people

¹ Boromrajonani College of Nursing, Chainat

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งในผู้สูงอายุไทย คิดเป็นร้อยละ 41 ของประชากรผู้สูงอายุ (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน การเกิดโรคหัวใจ โรคไตวายและตาบอด (สุจินดา ริมศรีทอง, สุตาพรรณ ธัญจิรา, & อรุณศรี เตชสังข์, 2546) ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ภูมิปัญญาไทยในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อการจัดการตนเองที่เหมาะสมเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ซึ่งภูมิปัญญาไทยเป็นวิธีการได้รับการส่งเสริมใช้สืบเนื่องกันมาและมีความสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย จากผลการศึกษาหลายฉบับ พบว่าการใช้ภูมิปัญญาไทยสามารถลดความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง 2 กลุ่มของ ชิติสุดา สมเวที และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวก่อนนอนไทยซึ่งงวันละ 2 ครั้ง นาน 30 นาที ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกต่ำกว่าก่อนการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวก่อนนอนไทยซึ่งงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวก่อนนอนไทยซึ่งงนี้มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายศึกษาการดูแลแบบผสมผสานเพื่อควบคุมโรคและจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การใช้วิธีการนวด อาหารและสมุนไพร ช่วยลดระดับความดันโลหิต และลดอาการอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูงได้ (ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์ และคณะ, 2554)

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไทยในชนบทยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ ในจังหวัดชัยนาทมีผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน การศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาการใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองโดยนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบทได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบท จังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนชนบท จังหวัดชัยนาท

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมืองชัยนาท ในจังหวัดชัยนาท คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้ คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี 3) มีประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อการจัดการตนเอง 4) ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย 5) เข้าใจภาษาไทยและตอบคำถามได้

ในการวิจัยนี้ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ช่วยบันทึกข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงจนได้ข้อมูลครบถ้วน จึงนำไปใช้กับกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยจริง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เมื่อโครงการผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงข้อมูลการวิจัย ซึ่งหากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามและยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพใดๆ การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่อ้างอิงบุคคล หน่วยงาน เพื่อป้องกันผลกระทบทางลบต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยโดยแบบบันทึกข้อมูลและแบบบันทึกเสียงจะถูกจัดเก็บอย่างมิดชิดและเป็นความลับ หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชนในการระบุชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยจะติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล และนัดวัน เวลาในการสัมภาษณ์หากผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีให้ความร่วมมือ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายข้อมูลการวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ตามกระบวนการการพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเน้นหลักการปรับเปลี่ยนไปตามข้อมูลที่ผู้ร่วมการวิจัยให้ข้อมูล บอกเล่าประสบการณ์ของตนตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 – 60 นาที การเก็บข้อมูลจะเสร็จสิ้นเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (data saturation) คือ ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมวิจัยได้จำนวน 30 คน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแล้ว ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ซึ่งเป็นวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพตามแนวคิดของ Braun and Clarke (2006) ซึ่งมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ทำความเข้าใจกับข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปมาถอดเทปคำให้สัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ผู้วิจัยอ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม โดยเฉพาะความรู้สึกที่เกี่ยวกับประสบการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นๆของผู้เข้าร่วมวิจัย

2. อ่านแต่ละกลุ่มคำที่ค้นพบ คำต่อคำ บรรทัดต่อบรรทัด แล้วใส่รหัสเบื้องต้น (initial coding) ข้อมูลใดที่ยังไม่ครบถ้วนหรือยังไม่ชัดเจน จะต้องวางแผนกำหนดประเด็นหรือแนวคำถามเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

3. นำมาจัดกลุ่มเป็นหมวดหมู่ (categorizing) ตามลักษณะที่เชื่อมโยงกัน โดยสรุปเป็นความคิดรวบยอดทั้งประเด็นหลักและประเด็นย่อย

4. ทบทวนประเด็นหลักประเด็นย่อยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

5. สรุปเป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย เขียนบรรยายเรียบเรียงแล้วนำไปให้ผู้ร่วมวิจัยตรวจสอบ และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ด้วยวิธีการดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่มีประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเองจริง 2) นำข้อมูลผลสรุปไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (member checking) และร่วมตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา

จังหวัดชัยนาท เป็นจังหวัดที่อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 200 กิโลเมตร ตั้งอยู่บนพื้นที่ลุ่ม มีเขื่อนเจ้าพระยาซึ่งมีเขื่อนทดน้ำ เพื่อประโยชน์ด้านการชลประทาน การทดน้ำเพื่อการเกษตร มีคลองชลประทานส่งน้ำให้ประชาชนใช้ทำการเกษตร โดยเป็นแหล่งปลูกข้าวที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่ ปลูกพืชไร่ ปลูกผลไม้ เช่น ข้าว มันสำปะหลัง พืชผักสวนครัว ประชากรส่วนใหญ่ยังคงอนุรักษ์วัฒนธรรมและประเพณีอันดีงามไว้ เช่น ประเพณีทำบุญกฐิน ผ้าป่า มหาสงกรานต์ ลอยกระทง การช่วยงานบุญ งานบวช หรืองานแต่งงานเพื่อนบ้านเพื่อเอื้อเฟื้อกัน สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นของรัฐบาล เช่น โรงพยาบาลทั่วไป ประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชากรส่วนใหญ่ในชนบทมีความเชื่อในหลักพุทธศาสนา ตักบาตรทุกเช้า ทำบุญที่วัดทุกวันพระ เชื่อในเรื่องกฎแห่งกรรม มีความเชื่อในเรื่องการรักษาโดยใช้สมุนไพร การนวด การประคบ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยในการศึกษานี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิง 18 คน เพศชาย 22 คน อายุอยู่ในช่วง 60-82 ปี อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และยังคงประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร มีระยะเวลาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 ปี อาการของโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เวียนศีรษะ มีนศีรษะ ปวดศีรษะ ใจสั่น ส่วนใหญ่มีรายได้น้อย มีรายได้จากการได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุจากรัฐบาล การทำเกษตร การรับจ้างและได้จากลูกหลานบ้าง

การใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ

สำหรับประสบการณ์การใช้ภูมิปัญญาไทย พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเองในแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 การออกกำลังกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการออกกำลังกายที่บ้านและทำด้วยตนเองเป็นหลัก เช่น การทำกายบริหารทุกเช้าบนที่นอน การออกกำลังกายด้วยวิธี “กระที่บลม” คือ การแกว่งแขนยกแขนชูเหนือศีรษะขึ้นลง และกระที่บขาไปในอากาศ เป็นการยืดเหยียดและบริหารกล้ามเนื้อแขนขา เพราะมีความสะดวก เรียบง่าย ดังคำสัมภาษณ์ “บางทีก็ยกอย่างนี้บ้าง (ทำท่ายกแขนชูเหนือศีรษะขึ้นลงให้ดู) บางทีนอนอยู่ก็ยก พอจะลุกก็ทำยืดแข้งยืดขาแล้วก็ลุกมาล้างหน้าล้างตา” ทั้งนี้เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยมักอยู่ดูแลบ้าน ดูแลหลาน กิจกรรมในแต่ละวันจะอยู่ที่บ้านเป็นส่วนใหญ่ เช่น การทำสวน ถากหญ้า ทำงานบ้าน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยนับเป็นการออกกำลังกาย และเหมาะสมกับวัยสูงอายุ โดยจะทำตอนเช้าตรู่เนื่องจากอากาศยังไม่ร้อน และจะหยุดเมื่อแดดเริ่มแรง “เราอยากจะถากหญ้าเพราะหญ้ามันรก เช้าๆก็ออกไปถากสักพักหนึ่ง ก็เรียกว่าออกกำลังกายนี่ละนะเราก็ทำ เราอยากจะทำอะไรก็ไปทำ ถ้าเห็นว่าหลังเรื้อนรก ใส่บาตรกินข้าวแล้วก็ออกไปทำ สักพักหนึ่งถากแล้วก็บิหญ้ารวมๆ แล้วก็ขนขึ้นหญ้าไปทิ้ง” การเดิน โดยเดินไปใส่บาตรทุกเช้า เดินไปวัด เดินไปนา การขี่จักรยาน โดยขี่เพื่อออกกำลังกาย และขี่เพื่อการเดินทางไปทำนา ขี่ไปวัด ขี่ไปบ้านญาติในหมู่บ้าน การออกกำลังกายโดยใช้วัสดุพื้นบ้าน เช่น เหยียบกะลา นวดกะลา รำกระบองไม้ไผ่

1.2 การรับประทานอาหาร ผู้เข้าร่วมวิจัยจะรับประทานอาหารตามธรรมชาติ โดยมุ่งเน้นพืชผัก เป็นผักพื้นบ้านท้องถิ่นที่ปลูกเอง และเลือกรับประทานปลาที่เกิดตามธรรมชาติ จากการสังเกตทุกบ้านจะมีสวนพืชผักสวนครัวในบ้าน ขนาดเล็กบ้างใหญ่บ้าง เช่น กระเพรา พริก โหระพา ตะไคร้ ทั้งนี้จะหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มซึ่งเป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแม้จะไม่ใช่อาหารที่ชอบก็ตาม ดังคำพูดของผู้สูงอายุ “ป่าจะกินผักเป็นหลัก ปลูกกินกันเองนี่แหละ ทุกบ้านเขาก็ปลูกกัน” “ชอบกินนอร์สจัด แต่มาเป็นโรคนี้แล้วก็กินเค็มน้อยลง แทบจะจัดแล้ว ไม่อร่อยแต่ต้องกิน”

2. การใช้สมุนไพร มักเป็นสมุนไพรที่หาได้ง่าย และได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล คนในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน หรือฟังจากโฆษณาทางวิทยุ หรือดูรายการโทรทัศน์ การจัดอบรมผู้สูงอายุจากสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน สมุนไพรที่ใช้ มีดังนี้ กระเทียม กระเพรา กระเจี๊ยบแดง ตะไคร้ ขิง น้ำใบบวบ บางส่วนใช้สมุนไพรหรือน้ำสมุนไพรจากการฟังโฆษณาทางวิทยุ แต่มีราคาแพงจึงใช้ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างนี้มีรายได้น้อยเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานผักเพื่อใช้เป็นยาในการลดความดันโลหิต เช่น กระเทียม ตะไคร้ “เรากินผักเป็นยา อยากรักษาแบบนี้ป้องกันสามสี่กับกินกับข้าวทุกเช้านะ เป็นยาลดความดันได้” บางรายใช้น้ำสมุนไพรเพื่อเป็นยาขับปัสสาวะช่วยลดความดันโลหิต เช่น น้ำมะเขือเทศปั่น

3. ด้านจิตใจ การปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นการทำจิตใจให้สงบ แจ่มใส ปล่อยวาง ไม่คิดมาก ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้ “แบบว่าใจคอมันหงุดหงิด อะไรนิดหน่อยก็ไม่สบายใจ เราตัดปัญหาไปเลย ว่า เอ้าไม่ต้องไปคิดอะไรมัน ถือว่าเราทำบุญมาแค่นี้ ตัดเลยไม่มาคิด”

4. ด้านสังคม ส่วนใหญ่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือช่วยงานแต่งงาน งานบวช ของเพื่อนบ้านในหมู่บ้าน ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จิตใจแจ่มใส อีกทั้งเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเองกับผู้อื่นอีกด้วย ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังนี้ “ไปตลาดไปดูเขาเล่นพระอะไรบ้าง ไปฟังข่าวสาร อะไรที่ตีมาเราก็จำไว้ ไรที่ไม่ตีเราก็ไม่สนใจ” หรือ “อย่างงานบวช งานแต่งงาน ถ้ามาขอแรงไปช่วยงานไป ไปทั้งนั้น งานวัดก็ไป เตียวนี้ยังมีขอแรงกัน ที่เราไปร่วมนี่ชอบมาก เพราะสนุก ชอบไปรำขอไปเต้น สนุก ได้เจอเพื่อนฝูง เจอญาติพี่น้อง”

5. ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย

5.1 การตัดบาตรทุกเช้า การไปวัดทำบุญ และถือศีลที่วัด โดยทำให้จิตใจสงบ และการได้ไปพบเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้องที่วัด มีความรู้สึกสบายใจที่ได้ปฏิบัติตามประเพณี ดังคำพูดที่ว่า “ใส่บาตรนี้ก็ทำต่อๆกันมาตั้งแต่รุ่นพ่อรุ่นแม่ พ่อแม่เราใส่เราก็ต้องใส่ ทำต่อๆกันมา เพราะเราเคยทำกันมาอย่างนั้น เราก็อยากจะทำ ทำแล้วสบายใจ” และ “ส่วนหนึ่งจิตใจนี้ต้องไปต้องทำบุญเป็นที่พึ่งทางใจของเรา ไปทำบุญไปถือศีลภาวนาแล้วสบายใจ อย่างเข้าวัดแล้วสบายใจถือเป็นที่พึ่งทางใจของเรา นี่เราเชื่อไปแล้วนะ เป็นที่พึ่งทางใจของเรา”

5.2 การสวดมนต์ ทำสมาธิ เป็นภูมิปัญญาในการจัดการตนเองทางจิตวิญญาณจะทำให้จิตใจสงบ และรับรู้ที่ทำให้ความดันโลหิตลดลง “สวดมนต์ นั่งสมาธินี้แหละดี ผ่อนคลาย ความดันก็ไม่ขึ้นนะ”

5.3 การมีแนวคิดยอมรับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิต ซึ่งมีพื้นฐานมาจากความเชื่อกฎแห่งกรรมในพุทธศาสนา และเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง “แบบว่าใจคอมันหงุดหงิด อะไรนิดหน่อยก็ไม่สบายใจ เราตัดปัญหาไปเลย ว่า เอ้า ไม่ต้องไปคิดอะไรมัน ถ้าวัดเราทำบุญมาแค่นี้ ตัดเลยไม่มาคิดหงุดหงิดเพราะว่าอย่างเช่นมีเรื่องนิดหน่อยใจคอมันหงุดหงิด อย่างเช่นมีใครมาว่าอะไรเรา ใจเราก็หงุดหงิด อย่างกับปากก็คิดนะว่าอยู่กับตัวเขา ปล่อยเขา เพราะไม่ได้เป็นความจริงอย่างที่เขาคิด ปล่อยเขา อยู่กับตัวเขา เตียวกรรมตามสนองเขาเองแหละ”

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสะท้อนข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ภูมิปัญญาไทยในการจัดการตนเอง ดังต่อไปนี้

1. การสังเกตและเรียนรู้ด้วยตนเอง

การนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการจัดการตนเองนั้นส่วนใหญ่เรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งได้ทดลองใช้ดูจากหลากหลายวิธี แล้วเลือกรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยกล่าวว่า การเป็นความดันโลหิตสูงมาหลายปีจะมีการจัดการตนเองได้ดีกว่าตอนที่ความดันโลหิตสูงใหม่ๆ โดยใช้การสังเกตอาการของตนแล้วปรับวิถีชีวิตและการรับประทานอาหาร เช่น “ถ้าปวดหัวแบบนี้เนาะ ไปวัดความดันจะขึ้น เราก็สังเกตเห็นจะกินเค็มเยอะ ก็ลด[เค็ม]ลง” หรือ “ช่วงไหนเครียดมากจะปวดหัว สงสัยความดันจะขึ้น ก็จะพยายามผ่อนคลาย เย็นๆก็ออกไปเดินออกกำลัง” ผู้ให้ข้อมูลจะเลือกใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อจัดการตนเองโดยเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและเหมาะสมกับตนเอง เช่น การออกกำลังกายโดยการกระทับลม

อย่างไรก็ตามอุปสรรคในการใช้สมุนไพรคือ ความยุ่งยากในการจัดเตรียม ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยจะใช้วิธีให้จ่ายขึ้นโดยนำสมุนไพรที่เชื่อว่าลดความดันโลหิตได้มาเป็นส่วนหนึ่งของอาหาร เช่น เป็นเครื่องปรุงหรือเครื่องเคียง “จะทำน้ำตะไคร้ก็เสียเวลา ก็ทำต้มยำนี้อะไร หรือผักนั้นก็จิ้มน้ำพริกกินเลย”

2. การมีแหล่งสนับสนุนสอดคล้องกับวิถีชีวิต

การได้มาของแนวทางการจัดการตนเองส่วนใหญ่ได้มาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนในครอบครัว และเพื่อนบ้าน นอกจากนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้รับข้อมูลเรื่องการใช้สมุนไพรจากการโฆษณาทางสื่อวิทยุ ซึ่งจะมีกลยุทธ์โฆษณาผู้ที่ป่วยเป็นโรคเดียวกันโทรศัพท์มาบอกเล่าประสบการณ์ความสำเร็จในการใช้สมุนไพรที่เสนอขาย ทำให้ผู้ฟังคล้อยตามและลองหาซื้อมารับประทาน แต่ไม่ได้ใช้ในเวลานานเนื่องจากมีราคาแพง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีรายได้น้อย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังไม่มั่นใจเพียงพอกับการใช้

วิธีการรักษาโรคความดันโลหิตอื่นๆเท่ากับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้ทดลองใช้การแพทย์ทางเลือก ซึ่งส่วนใหญ่ไม่แจ้งให้แพทย์ทราบเมื่อไปตรวจตามนัดเนื่องจากกลัวแพทย์จะตำหนิและมีผลต่อการรักษาของตน ผู้เข้าร่วมวิจัยรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่างๆที่ฟังจากโฆษณาทางวิทยุ ได้รับฟังบอกต่อกันมาว่าดี เช่น กาแฟโสม เครื่องดื่มผงจากใบอ่อนข้าวสาลี แต่จะมีราคาแพง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานซื้อหามาให้รับประทาน และเป็นการทดลองใช้ไปเรื่อยๆ แต่ไม่ได้ใช้เป็นระยะเวลาานาน เนื่องจากมีราคาแพง และเกรงใจบุตรหลานที่ต้องจัดซื้อมาให้ ดังผู้ป่วยกล่าวว่า “อาหารเสริมนี้ลูกสาวเขาซื้อมาให้ กินทุกวัน แต่ก็เกรงใจเขา มันแพง” “ลุงก็มีสูตรสมุนไพรที่ช่วยแก้ขัดเบาและทำให้ผิวสวย ได้มาจากการแพทย์แผนจีนที่ภักย์ภูเบศร จากครั้งที่เคยไปอบรมกับชมรมผู้สูงอายุ คือ น้ำมะเขือเทศปั่น วันละ 1 ถัง (30 มิลลิลิตร)”

3. การมีกำลังพอจะซื้อหาได้

การอาศัยอยู่ในความยากจนเป็นปัจจัยหนึ่งผลักดันให้ผู้ร่วมวิจัยหันมาใช้วิธีการที่เรียบง่าย และนำสิ่งใกล้ตัว ปฏิบัติได้ง่าย ไม่เสียค่าใช้จ่ายมากมาใช้ในการจัดการตนเอง เช่น ใช้สมุนไพรท้องถิ่นที่ปลูกไว้ในครัวเรือน “ลุงก็ใช้สมุนไพรที่บ้าน ไม่ต้องไปซื้อให้เปลือง ของดีเรามีอยู่” หรือใช้การสวดมนต์ นั่งสมาธิ หายใจเข้าออกลึกๆ ให้จิตใจผ่อนคลาย โลงสบาย หรือการออกกำลังกายที่บ้านด้วยตนเอง โดยใช้อุปกรณ์พื้นบ้านเช่น กะลา หรือไม้ไผ่ หรือแม้แต่ไม่ใช้อุปกรณ์ เช่น การกระทุบลม

ในส่วนของผลของการใช้ภูมิปัญญาไทยต่อระดับความดันโลหิต และจัดการกับอาการอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะหรือมีศีรษะ อาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย อาการตาพร่า อาการใจสั่น ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า การใช้ภูมิปัญญาไทยสามารถลดระดับความดันโลหิตสูงได้ โดยเฉพาะการสวดมนต์ทำสมาธิ ส่วนวิธีอื่นๆ คือ การออกกำลังกาย อาหารและสมุนไพร การปล่อยวาง การทำจิตใจให้แจ่มใส ร่วมงานสังคม และการมีแนวคิดยอมรับทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิตเป็นวิธีการแบบผสมผสานร่วมกันที่ทำให้ระดับความดันโลหิตไม่เพิ่มขึ้น โดยการสวดมนต์ทำสมาธิบรรเทาอาการปวดศีรษะ/มีศีรษะ และอาการใจสั่น ส่วนอาหารและสมุนไพรร่วมกับการออกกำลังกาย รวมทั้งการจัดการตนเองด้านจิตใจและสังคมช่วยทำให้อาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายลดลง ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ใช้เกณฑ์การประเมินหลายอย่างประกอบกันในการประเมินผลการใช้ภูมิปัญญาไทย อันประกอบด้วย ค่าใช้จ่าย ความรู้สึกไม่สุขสบายจากผลข้างเคียง และความสะดวกสบายในการเข้าถึงภูมิปัญญาไทย

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่ามีการนำภูมิปัญญาไทยที่หลากหลายมาใช้ในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เช่น การใช้สมุนไพร การออกกำลังกายบริหารร่างกายทุกเช้า กระทุบลมเหยียบกะลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทศนีย์ ศรีญาณลักษณ์, อุมพร ปุญญโสพรรณ, and ไหมไทย ศรีแก้ว (2011) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใช้การดูแลแบบผสมผสานรูปแบบต่างๆเพื่อควบคุมโรค เช่น อาหารและสมุนไพร การนวด โยคะ ชีวจิต ชี่กง ผู้เข้าร่วมวิจัย การสวดมนต์ การทำสมาธิเป็นรูปแบบที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูล เนื่องจากทำได้ง่ายไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องมีอุปกรณ์ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นการปรับสภาพจิตใจและกาย ทำให้ลดอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตลดลง ซึ่งมีผลการวิจัยหลายฉบับที่พบว่า การปฏิบัติสมาธิ การฝึกหายใจ สามารถลดความเครียด อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลงได้ (ธิติสฎา สมเวที, 2554)

ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการแสวงหาแนวทางในการจัดการตนเอง โดยเรียนรู้จากการสังเกต อาการประสบการณ์ของตนเอง และเรียนรู้จากประสบการณ์ผู้อื่น จากคนใกล้ชิด ครอบครัว ญาติพี่น้อง รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพ แล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเองที่มีกำลังพอจะซื้อหาได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Goudge, Gilson, Russell, Gumedde, and Mills (2009) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคลทุกช่วงวัย คือ การมีกำลังพอซื้อหาได้ การมีความพร้อม และการยอมรับได้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการวิจัยในไทยของ Panpanit, Carolan-Olah, and McCann (2015) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเรื้อรัง คือ วิธีการจัดการที่เข้าถึงได้ มีกำลังพอซื้อหาได้ และยอมรับวิธีการนั้นได้ ทั้งนี้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทในจังหวัดชัยนาทเป็นวิถีชีวิตเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ประชาชนมีที่ดินทำกิน ปลูกพืชผักเป็นของตนเอง จึงสามารถดำเนินวิถีชีวิตดั้งเดิม คือ รับประทานผักท้องถิ่นที่ปลูกเอง อีกทั้งวิถีชีวิตชนบทเอื้อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายโดยที่ผสมผสานไปกับกิจวัตรประจำวัน เช่น การขี่จักรยานไปทำนา เดินไปวัด และด้วยการประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมทำให้ผู้สูงอายุในชนบทไม่มีการเกษียณอายุจากการทำงาน ถึงแม้มีโรคประจำตัว ก็ยังสามารถประกอบอาชีพหรือทำสวน ทำงานบ้าน ทำงานในรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเดิมอยู่ได้ จึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และยังคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีไว้เพราะสามารถทำตนให้เป็นประโยชน์แก่ครอบครัวได้ นอกจากนี้การมีงานทำจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าอยู่เสมอ

นอกจากนี้ การอยู่ร่วมกันในลักษณะครอบครัวขยายที่ประกอบไปด้วยหลายรุ่นทำให้ผู้สูงอายุมีลูกหลานคอยดูแล เอาใจใส่ และช่วยแสวงหาแนวทางการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปุลวิชช ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (ปุลวิชช ทองแดง & จันทร์จิรา สีสว่าง, 2557) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kitreerawutiwong and Mekrungrongwong (2016) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยปกติแล้วสังคมไทยเราจะเชื่อและให้คุณค่ากับการกตัญญูต่อบุพการี และการให้การเคารพต่อผู้สูงวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลช่วยเหลือให้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการตนเองและปฏิบัติตัวอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีความสุข ทั้งนี้ชุมชนชนบทในจังหวัดชัยนาทยังคงยึดมั่นในขนบธรรมเนียมการเคารพเอาใจใส่ผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่ ดังในผลการวิจัยที่พบว่า มีลูกหลานช่วยแสวงหาสมุนไพร อาหารเสริมมาให้พ่อแม่รับประทาน

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยยังมีแหล่งข้อมูลที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารได้ดีขึ้น เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การบอกเล่าต่อ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความรู้จะมีการแสวงหาวิธีการจากสื่อต่างๆ เพื่อช่วยรักษาระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปุลวิชช ทองแดง และจันทร์จิรา สีสว่าง (ปุลวิชช ทองแดง & จันทร์จิรา สีสว่าง, 2557) อย่างไรก็ตามการเข้าถึงข้อมูลโดยผ่านทางโฆษณาทางวิทยุซึ่งเข้าถึงง่ายนี้อาจเป็นช่องทางที่ทำให้สังคมถูกครอบงำได้ง่ายจากการโฆษณาชวนเชื่อ ซึ่งหากไม่ได้ใคร่ครวญถึงผลดีผลเสียและพิจารณาให้เห็นถึงความเป็นจริงอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายได้

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นการใช้ภูมิปัญญาเพื่อการจัดการตนเองเพื่อมีสุขภาพดี เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการดูแลตนเอง เพราะภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย โดยมีการเรียนรู้ พัฒนาให้เหมาะสมกับตนเอง ทำให้เกิดการสั่งสมความรู้และการประยุกต์ใช้มากขึ้น

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้กับบุคลากรทางสุขภาพ หน่วยงานรัฐและผู้บริหารวางนโยบายที่จะส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาไทยเพื่อจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีวิถีชีวิตคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ การหาแนวทางต่อการจัดการตนเองโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิภาพอาจจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนได้

บรรณานุกรม

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Goudge, J., Gilson, L., Russell, S., Gumede, T., & Mills, A. (2009). Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC health services research*, 9(1), 1.
- Kitreerawutiwong, N., & Mekrungrongwong, S. (2016). Factor influencing health behavior among elderly living in the community. *The Public Health Journal of Burapha University-วารสาร สาธารณสุข มหาวิทยาลัย บูรพา*, 11(1), 63-74.
- Panpanit, L., Carolan-Olah, M., & McCann, T. V. (2015). A qualitative study of older adults seeking appropriate treatment to self-manage their chronic pain in rural North-East Thailand. *BMC geriatrics*, 15(1), 1.
- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี.
- ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์, อุมพร ปุญญโสพรรณ, & ไหมไทย ศรีแก้ว. (2011). การ ดูแล แบบผสมผสาน ของ ผู้ ป่วย โรค ความ ดัน โลหิต สูง. *วารสาร มหาวิทยาลัย นราธิวาส ราชนครินทร์*, 3(1).
- ธิติสดา สมเวที. (2554). ผลของการปฏิบัติสมาธิเคลื่อนไหวไทยซึ่งก่ต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 38(4), 81-92.
- ปูลิวซ์ ทองแดง, & จันทร์จิรา สีสว่าง. (2557). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง *วารสารพยาบาลสาร*, 41 (ฉบับพิเศษ), 1-10.
- สุจินดา ริมศรีทอง, สุดาพรรณ ธัญจิรา, & อรุณศรี เตชสังข์. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล เล่ม 2*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

การศึกษาประสิทธิผลของการประคบไข่โดยใช้ร่วมกันเงินและความร้อน
เพื่อบรรเทาอาการปวดตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของชนเผ่าม้ง
ในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนสิบลองพัฒนา

The effectiveness of the eggs using traditional mutual funds and heat
for pain relief, according to the local Hmong
in the Sibsangphattana public health

พรทิพย์ สง่าผากุล¹ ณัฐพล ทนุติ² นิธิกานต์ ชมชื่น³

Porntip Sangaphakul¹ Nattaaphokrtan Tanudee² and Nitikan chomchaen³

บทคัดย่อภาษาไทย

“การประคบไข่” เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นของชนเผ่าม้งใช้ประคบเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น ปวดหลัง ปวดเอว ฯ โดยใช้ร่วมกับเงินซึ่งชนเผ่าม้งเชื่อว่า “เงิน” สามารถดึงดูดความเจ็บปวดและสิ่งไม่ดีออกจากร่างกายได้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประคบไข่กับผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจำนวน 112 ราย ตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2558 ถึง 30 เมษายน 2559 เป็นการวิจัยเชิงสำรวจรวบรวมข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผลการศึกษาพบผู้ป่วยมีความพึงพอใจก่อนประคบในระดับพอใช้ร้อยละ 12.50 ระดับดีร้อยละ 80.35 และระดับดีมากร้อยละ 7.14 ความพึงพอใจหลังประคบระดับดีร้อยละ 1.78 และระดับดีมากร้อยละ 98.22 ส่วนผลการประเมินเพศเกสส์ พบกลุ่มปวดเล็กน้อยก่อนประคบร้อยละ 51.78 หลังประคบร้อยละ 72.42 ไม่ปวด และร้อยละ 27.57 ปวดเล็กน้อย กลุ่มปวดปานกลางก่อนประคบร้อยละ 34.82 หลังประคบร้อยละ 43.58 ไม่ปวด ร้อยละ 53.84 ปวดเล็กน้อย และร้อยละ 2.56 ปวดปานกลาง กลุ่มปวดมากก่อนประคบร้อยละ 9.82 หลังประคบร้อยละ 18.18. ไม่ปวด ร้อยละ 45.45 ปวดเล็กน้อย และร้อยละ 27.27 ปวดปานกลาง และร้อยละ 9.09 ปวดมาก กลุ่มปวดมากที่สุดก่อนประคบร้อยละ 3.57 หลังประคบร้อยละ 25 ไม่ปวด ร้อยละ 50 ปวดเล็กน้อย และร้อยละ 25 ปวดมาก

จากผลการศึกษาพบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นหลังการประคบ และเพศเกสส์⁵ หลังประคบมีแนวโน้มดีขึ้นดังนั้นสถานบริการสาธารณสุขชุมชนสิบลองพัฒนาจึงนำ “การประคบไข่” มาใช้ในสถานบริการอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ความรู้ และปรับปรุงวิธีการให้เหมาะสมตามหลักการแพทย์เพื่อลดการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น

คำสำคัญ: ประคบไข่ ชนเผ่าม้ง บรรเทาอาการปวด เงิน ความร้อน

¹⁻³ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนสิบลองพัฒนา

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

"The traditional egg" is the local knowledge of the Hmong use compresses to relieve pain, such as back pain, lumbar shall be shared with the money which the Hmong believe that "money" to attract more pain and bad things out. body The study aimed to determine the effectiveness of the traditional egg with patients who received a systemic disease, skeletal muscle and number 112

on December 4, 2558 to April 30, 2559 to survey research data using descriptive statistics. the average percentage

Results showed patients were satisfied with the first pack in some 12.50 percent level of 80.35, and a very good level of 7.14 satisfying the traditional level of 1.78, and a very good level of 98.22 the results. Rated Effects scale's fifth found the pain slightly assuaged percent 51.78 after compression of 72.42 pain and percentage 27.57 minor pains of moderate pain before assuaged percent 34.82 after compression of 43.58 pain of 53.84 minor pains and hundreds. at 2:56 moderate pain the pain before compression of 9.82 after assuaged 18.18 percent. no pain of 45.45 minor pains and percentage 27.27 moderate pain, and 9.09 percent pain the pain the first pack of 3:57 after the compressed percent. no pain, 25 percent, 25 percent and 50 minor pain, pain.

The study found that patient satisfaction levels tend to increase after compression. Scale effects and left after five packs so promising better health facilities, Sibsangphattana pubic health."hot" eggs used in continuous service. Dissemination of knowledge And how to provide appropriate medical principles to minimize injury potential.

Keywords: The traditional egg Hmong Pain relief Silver Hot.

¹⁻³ Sibsangphattana plubic health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานบริการสาธารณสุขชุมชนสิบลองพัฒนา ตำบลผาช้างน้อย อำเภอปาง จังหวัดพะเยา เป็นสถานบริการด้านสาธารณสุขระดับปฐมภูมิขนาดเล็ก มีประชาชนในเขตความรับผิดชอบ 2 หมู่บ้านคือบ้านน้ำตมและบ้านสิบลองพัฒนา มีประชากรรวม 1,461 คน ประชากรร้อยละ 99 เป็นชาวไทยภูเขาเผ่าเมี่ยน และเผ่าม้ง มีสภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน ร้อยละ 98 มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก เช่น ปลูกข้าวโพด สวนผลไม้ เป็นต้น ทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคระบบทางเดินหายใจ โดยผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดขา ซึ่งการรักษาพยาบาลเบื้องต้นทางสถานบริการจะจ่ายยา Diclofenac ร่วมกับยา Paracetamol เพื่อบรรเทาอาการปวดแต่ผลข้างเคียงของยา Diclofenac คือยับยั้งการสร้างเมือกปกคลุมกระเพาะอาหารทำให้กระเพาะอาหารเกิดการระคายเคืองจากน้ำย่อยกลายเป็นโรคแผลเพ็ปติก และกระเพาะอาหารอักเสบได้ง่ายและมีผลเสียต่อตับ ไต (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, 2553: 229) จึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่กินยาเป็นประจำเนื่องจากต้องทำงานหนักติดต่อกัน

ดังนั้นทางสถานบริการสาธารณสุขชุมชนสิบลองพัฒนาจึงร่วมกันหาแนวทางการบรรเทาอาการปวดโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น จากการศึกษาเบื้องต้นพบวิธีการที่สามารถบรรเทาอาการปวดของชาวบ้านคือ “การประคบไข่” ซึ่งวิธีการประคบคือต้มไข่ให้สุก ใช้ผ้าสะอาดห่อเฉพาะไข่ขาวและวางเครื่องประดับเงินลงไปจากนั้นห่อปิดให้มีลักษณะคล้ายลูกประคบนำไปถูไปมาเบาบริเวณที่มีอาการปวดโดยขณะประคบต้องคอยนำลูกประคบมาจุ่มน้ำอุ่นเสมอ ทำประมาณ 5 – 10 นาที หลังจากประคบ

เสร็จเมื่อแกะห่อผ้าดูจะพบว่าเครื่องประดับเงินที่เคยใส่วาวจะกลายเป็นสีเหลืองออกเขียว ซึ่งชาวบ้านเชื่อว่า “เงิน” สามารถดึงดูดความเจ็บปวดและสิ่งไม่ดีออกจากร่างกายได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประคบไข้โดยใช้ร่วมกับเงินและความร้อนในการบรรเทาอาการปวดตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของชนเผ่าม้งในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนสิบสองพัฒนา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประคบไข้โดยใช้ร่วมกันเงินและความร้อนเพื่อบรรเทาอาการปวดตามภูมิปัญญาท้องถิ่นของชนเผ่าม้งในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนสิบสองพัฒนา ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้ป่วยโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ จำนวน 112 ศึกษาตั้งแต่วันที่ 4 ธันวาคม 2558 ถึง 30 เมษายน 2559 รวบรวมข้อมูลโดยใช้เฟสเกลส์ (face scales)⁵ และแบบทดสอบความพึงพอใจ สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละซึ่งมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. ศึกษาวิธีการบรรเทาอาการปวดด้วยอภัยภูมิปัญญาท้องถิ่น
2. คัดเลือกวิธีบรรเทาปวด 1 อย่างเพื่อทำการศึกษา
3. ศึกษาวิธี “ประคบไข้” บรรเทาอาการปวดจากหมอนพื้นบ้านชนเผ่าม้ง⁴
- 4.ชี้แจงการประคบไข้เพื่อบรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้มารับบริการ
5. ประเมินระดับความพึงพอใจและระดับของความเจ็บปวดก่อนการประคบไข้ด้วยเฟสเกลส์ (face scales)⁵
6. นำวิธีการ “ประคบไข้” บรรเทาอาการปวดให้แก่ผู้มารับบริการด้วยความสมัครใจ
7. ประเมินระดับของความเจ็บปวดหลังการประคบไข้ด้วยเฟสเกลส์ (face scales)⁵ และประเมินผลความพึงพอใจ
6. สรุปผลการศึกษา

⁴นางปวง ส่างผากุล

ผลการศึกษา

1. ตารางแสดงระดับเฟสเกลส์ (face scales) ของผู้ป่วยก่อนและหลังประคบไช้โดยใช้ร่วมกับเงินและความร้อน

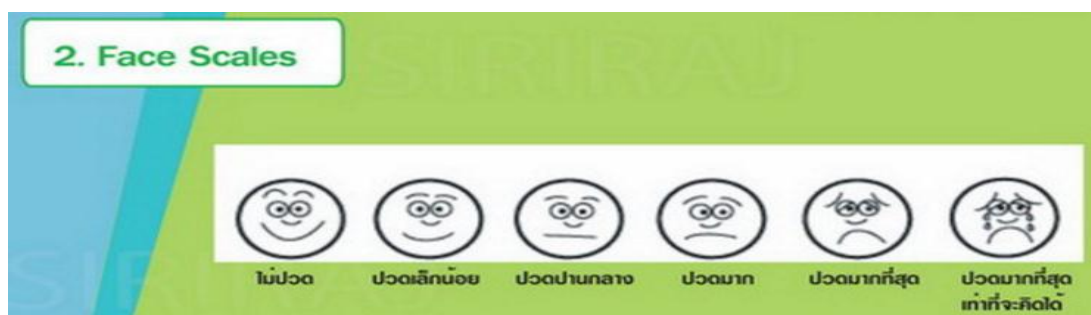
เฟสเกลส์ (face scales) ก่อนประคบ(n=112)	จำนวน (P)	ร้อยละ	เฟสเกลส์ (face scales) หลังประคบ(n=(P))	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ปวด	0	0	ไม่ปวด		
			ปวดเล็กน้อย		
			ปวดปานกลาง		
			ปวดมาก		
			ปวดมากที่สุด		
			ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้		
ปวดเล็กน้อย	58	51.78	ไม่ปวด	42	72.42
			ปวดเล็กน้อย	16	27.57
			ปวดเล็กน้อย		
			ปวดปานกลาง		
			ปวดมาก		
			ปวดมากที่สุด		
ปวดปานกลาง	39	34.82	ไม่ปวด	17	43.58
			ปวดเล็กน้อย	21	53.84
			ปวดเล็กน้อย	1	2.56
			ปวดปานกลาง		
			ปวดมาก		
			ปวดมากที่สุด		
ปวดมาก	11	9.82	ไม่ปวด	2	18.18
			ปวดเล็กน้อย	5	45.45
			ปวดเล็กน้อย	3	27.27
			ปวดปานกลาง	1	9.09
			ไม่ปวด	1	25
ปวดมากที่สุด	4	3.57	ปวดเล็กน้อย	2	50
			ปวดปานกลาง		
			ปวดมาก	1	25
			ปวดมากที่สุด		

ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้	0	0	ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้
			ไม่ปวด
			ปวดเล็กน้อย
			ปวดปานกลาง
			ปวดมาก
			ปวดมากที่สุด
			ปวดมากที่สุดเท่าที่จะคิดได้

จากการศึกษาการบรรเทาอาการปวดด้วยการประคบไช้โดยใช้ร่วมกับเงินและอาศัยความร้อนจากน้ำอุ่น พบว่าผู้ป่วยมีระดับของความเจ็บปวดลดลง ซึ่งผู้ศึกษาใช้การวัดระดับของความเจ็บปวดด้วย เฟคสเกลส์ (face scales)⁵ คือการใช้รูปภาพแสดงสีหน้าบอกความรู้สึกปวดจากอาสาสมัครจำนวน 112 ราย

⁵เฟคสเกลส์ (face scales)

ที่มา: <http://www1.si.mahidol.ac.th/km/taxonomy/term/1551>



2. ตารางแสดงระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังประคบไช้โดยใช้ร่วมกับเงินและความร้อน

ระดับของความพึงพอใจ	ก่อนประคบ(ร้อยละ)	หลังประคบ(ร้อยละ)
ควรปรับปรุง	0	0
พอใช้	12.50	0
ดี	80.35	1.78
ดีมาก	7.14	98.22

จากตารางพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจก่อนประคบในระดับพอใช้ร้อยละ 12.50 ระดับดีร้อยละ 80.35 และระดับดีมากร้อยละ 7.14 ความพึงพอใจหลังประคบระดับดีร้อยละ 1.78 และระดับดีมากร้อยละ 98.22

สรุปและอภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงระดับของความปวดของอาสาสมัครก่อนและหลังการประคบไช่

จากการศึกษาการบรรเทาอาการปวดด้วยการประคบไช่ โดยใช้ร่วมกับเงิน และความร้อนจากน้ำอุ่นพบว่าผู้ป่วยมีระดับของความเจ็บปวดที่ลดลงซึ่งเกิดจากการที่หลอดเลือดขยายตัวทำให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้นทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว (สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์ และ ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์(2550), *ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.)

ความพึงพอใจต่อการประคบไช่บรรเทาอาการปวด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครผู้ป่วยมีความพึงพอใจก่อนประคบในระดับพอใช้ร้อยละ 12.50 ระดับดีร้อยละ 80.35 และระดับดีมากร้อยละ 7.14 ความพึงพอใจหลังประคบการประคบไช่โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับดี ร้อยละ 1.78 และระดับดีมาก ร้อยละ 98.22 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจง จารุงค์ (2541) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องมีความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาลและโดยรวมอยู่ในระดับสูง แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้พบว่าในวันแรกของการผ่าตัดผู้ป่วยมีความปวดสูงสุดอยู่ในระดับสูงก็ตามแต่ผู้ป่วยมีความปวดอย่างอื่น คือ ความปวดขณะประหมื่นอยู่ในระดับต่ำ ความปวดต่ำสุดอยู่ในระดับต่ำและความปวดโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้พบว่าแพทย์และพยาบาลได้ให้ความสนใจและถามถึงอาการปวดของตน การให้ความสนใจเอาใจใส่และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยในนี้คือความปวดทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (รุ่งนภา ชัยรัตน์, 2545) รู้สึกประทับใจที่แพทย์และพยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิดประทับใจในความช่วยเหลือที่ได้รับ

บรรณานุกรม

สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา ปรารงค์ทิพย์ อุจะรัตน์ และ ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์(2550). *ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.)

สุรเกียรติ อาชานุภาพ, 2553. *ตำราการตรวจโรคทั่วไป 1 : แนวทางการตรวจรักษาโรคและการใช้ยา*. พิมพ์ครั้งที่ 5 ฉบับปรับปรุง—กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิง

บรรจง จารุงค์. (2551). *ความปวด การจัดการกับความปวด และผลของความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องใน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชธานี

รุ่งนภา ชัยรัตน์. (2545). *ผลของกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่าง มีจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

การจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล , *การจัดการความปวดของผู้ป่วย* . เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2559, จาก <http://www1.si.mahidol.ac.th/km/taxonomy/term/1551>

สารานุกรมเสรี,เงิน (โลหะ). เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2559, จาก <https://th.wikipedia.org/wiki/%>

สารานุกรมเสรี,วิธีการ การทำความสะอาดเครื่องประดับเงิน. เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2559, จาก <http://th.wikihow.com>

สุวิญญา ธนสีลังกุล,*เครื่องมือที่ใช้วัดความปวด* . เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 มิถุนายน 2559, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/301625.%20%20>

การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านการนวดจับเส้นรักษา
อาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กรณีศึกษาหมอสมบัติ วงษ์ขำ จังหวัดลพบุรี
A Wisdom of Folk Folk Healer's on Jab Sen Massage for Herniated
Nucleus Pulposus: A Case Study of Sombat Wongkhum

กัญจรัตน์ อินทพลชัย ชนพร แรมกลาง ปฐมา จันทรพล และอำพล บุญเพียร
Kanjirat Intaphalan, Tanaporn Reamklang, Patama Chantarapon and Aumpol Bunpein

บทคัดย่อภาษาไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาและรวบรวมภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านการนวดจับเส้นรักษาอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กรณีศึกษานายสมบัติ วงษ์ขำ วิธีการศึกษา: ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ควบคู่กับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ.2558 ผลการศึกษา: นายสมบัติ วงษ์ขำ ทำการรักษาผู้ป่วยเฉลี่ยเดือนละ 50-60 ราย ส่วนใหญ่พึงพอใจในผลการรักษา กระบวนการรักษาประกอบไปด้วย 1) การซักประวัติ 2) การตรวจร่างกาย 3) การรักษา ด้วยการนวดจับเส้น การตบเหล็กแดงและการประคบสมุนไพร 4) ประเมินผลการรักษา 5) การนัดทำการรักษา สรุป: การรักษาอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทของหมอพื้นบ้านมีความสอดคล้องกับหลักการแพทย์แผนไทยและแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยด้านการรักษา จึงควรนำความรู้ไปเผยแพร่ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชน และพัฒนาองค์ความรู้ของหมอพื้นบ้านต่อไป
คำสำคัญ : ภูมิปัญญาพื้นบ้าน, การนวดจับเส้น, หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Objective: To study and compile the wisdom of folk healer's on Jab Sen massage to treat herniated nucleus pulposus from Mr.Sombat Wongkhum Methods: The study was carried out by in-depth interview, observation and record. The research was conducted from July to December 2015. Results: Mr.Sombat Wongkhum treated average of 50-60 people per month. Most people were satisfied with the outcome. The treatment process included, 1) history taking 2) physical examination 3) treatment with Jab Sen massage, red steel plate and hot compression with herbal ball 4) assessment of treatment 5) follow-up appointment. Conclusion: The treatment of herniated nucleus pulposus of the traditional healer was conformed to the principle of Thai traditional and conventional medicine. This could be an alternative treatment for patients which should be introduced as a model to community and developed further as indigenous knowledge.

Key words : Folk wisdom, Jab Sen Massage, Herniated Nucleus Pulposus

Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท เป็นโรคที่มีการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้รากประสาทที่กระดูกสันหลังถูกกดทับ สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ การบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลัง น้ำหนักตัวที่มากเกินไป กิจกรรมประจำวัน การมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเป็นระยะเวลานาน (สุรเกียรติ์ อาษา

นานภาพ, 2553: 745) จากการสำรวจในภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานครพบว่ามีผู้ที่มีอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทจำนวน 1,956 ราย จากจำนวนของผู้ป่วยในจำนวน 100,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.956 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ปัจจุบันเมื่อเป็นโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท จะมีแนวทางการรักษาโดยใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น ยาแก้อักเสบ ยาคลายกล้ามเนื้อเพื่อบรรเทาอาการปวด การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงประสาท ซึ่งอาจก่อให้เกิดอาการข้างเคียงและการดื้อยาจากการใช้ยาเป็นระยะเวลานาน หากอาการไม่ทุเลาก็จะพิจารณาการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ดังนั้นการรักษาจึงมีการนำศาสตร์การแพทย์อื่นๆ ร่วมด้วย (สุวัฒน์ เชียงใหม่, 2557) จากการสำรวจพบว่ามีหมอพื้นบ้านหลายท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท แต่ยังไม่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบ

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษารวบรวมภูมิปัญญาการนวดจับเส้นรักษาอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ของจังหวัดลพบุรี เพื่อเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการรักษาโรคอย่างเป็นระบบ เป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับใช้ และวิจัยต่อยอดผลการรักษา ตลอดจนช่วยอนุรักษ์ภูมิปัญญาการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านไม่ให้สูญหาย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและรวบรวมภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านการนวดจับเส้นรักษาอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท กรณีศึกษานายสมบัติ วงษ์ขำ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative method) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หมอพื้นบ้านโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) มีประสบการณ์ในการรักษาอย่างน้อย 20 ปี 2) มีใบประกอบโรคศิลปะสาขาการนวดไทย หรือสาขาเวชกรรมไทย 3) ได้รับการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี 4) มีผู้มารับบริการตลอดต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก 5) มีผลในการรักษาผู้ป่วยด้วยการนวดจับเส้นเป็นที่ยอมรับของชุมชน 6) อนุญาตยินยอมให้ทำการศึกษาอย่างเต็มใจและมีลายลักษณ์อักษร และกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในปัจจุบันจำนวน 15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีแนวคำถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหมอพื้นบ้าน จำนวน 10 ข้อ, ส่วนที่ 2 แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน จำนวน 9 ข้อ และส่วนที่ 3 แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับผลการรักษา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของหมอพื้นบ้าน ระหว่างเดือนสิงหาคม 2558 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2558 โดยดำเนินการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ระหว่างการสัมภาษณ์มีการบันทึกสิ่งที่สังเกตเห็น เช่น สถานที่ ลักษณะทางกายภาพ บทสนทนา พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลการศึกษาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และทำการขออนุญาตบันทึกเทปก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และดำเนินการถอดเทปหลังจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเสร็จทุกครั้ง

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของหมอพื้นบ้าน พบว่า หมอที่ทำการศึกษาคือหมอสมบัติ วงษ์ขำ เนื่องจากมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทุกประการ หมอเกิดเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2478 เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 สามารถอ่านออกเขียนได้ สถานภาพหม้าย มีบุตรสาว 5 คน เป็นหมอพื้นบ้านที่มีผลงานและมีประสบการณ์ในการรักษาด้านการนวดจับเส้นและการตบเหล็กแดง เชี่ยวชาญในการรักษาโรคกลุ่มอาการทางกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น อัมพาต หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท หัวไหล่ติด จับโปงเข่า และการรักษาอาการกระดูกหักด้วยน้ำมัน ได้รับการถ่ายทอดความรู้มาจากหมอพื้นบ้านที่รู้จักและศรัทธาโดยวิธีการสังเกตและจดจำ แล้วฝึกฝนจนเกิดความชำนาญ นำปรับใช้ในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 2 แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน พบว่า อาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท มีขั้นตอนการรักษาดังต่อไปนี้

1) การซักประวัติ โดยเริ่มแรกมีการซักประวัติการเจ็บป่วยโดยทั่วไป สอบถามถึงอาการที่มา และหาสาเหตุการเกิดโรค ระยะเวลาที่มีอาการ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการประสบอุบัติเหตุ ประวัติการได้รับการผ่าตัด ประวัติการรักษาที่เคยทำการรักษามาก่อน เพื่อค้นหาสาเหตุของโรคเป็นข้อพิจารณาว่าสามารถทำการรักษาได้หรือไม่

2) การตรวจร่างกาย ดูการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ คลำดูความแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ ดูการอักเสบ บวม แดง ร้อน ดูแนวกระดูกสันหลังว่าผิดปกติหรือไม่ หลังจากนั้นจึงทำการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท จะมีอาการปวดร้าวบริเวณช่วงบนเอว ร้าวลงมาที่สะโพกออกหน้าขา ทำให้ก้าวขาไม่ออก ยกขาไม่ขึ้น เดินได้ลำบาก บางครั้งอาจมีอาการชา อ่อนแรง บริเวณข้อเท้า ส่วนใหญ่จะเป็นหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาทบริเวณหลังส่วนล่าง ก่อนทำการรักษาจะต้องมีการตรวจดูชีพจรข้อมือและข้อเท้า เพื่อตรวจดูว่าคนไข้มีความดันโลหิตสูงหรือไม่ กรณีที่มีความดันโลหิตสูงจะไม่ทำการนวดรักษา

3) การรักษา หมอสมบัติ วงษ์ขำจะเป็นผู้ทำการรักษาด้วยตนเอง ประกอบไปด้วย 3 วิธีการรักษา ได้แก่ การนวดจับเส้น การตบเหล็กแดง และการประคบสมุนไพร

การนวดจับเส้น มีการบริกรรมคาถาไปพร้อมกับการนวด ทำจิตให้เป็นสมาธิเพื่อให้การรักษาเกิดผลมากขึ้น โดยมีขั้นตอนการนวดดังนี้

1) ให้ผู้ป่วยนอนหงาย แล้วเริ่มจากนวดโดยใช้ฝ่ามือ อุ้งมือหรือนิ้ว นวดคลึงรอบๆ ใต้ข้อพับเข้าทางด้านใน จากนั้นนวดไล่ที่เส้นตามแนวต้นขาเริ่มจากแนวขาด้านนอก นวดไล่ขึ้นไปถึงโคนขา ส่วนแนวต้นขาด้านในจะนวดไล่จากข้อพับเข้าจนถึงขาหนีบ จุดนี้จะช่วยแก้อาการก้าวขาไม่ออก

2) จากนั้นนวดจากแนวเส้นต้นขาท่อนบนไล่ตามแนวเส้นที่เส้นลงมาขาท่อนล่าง จนถึงบริเวณตาตุ่ม จากนั้นเปิดประตูลมข้อเท้า โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดคลึงๆ และเช็ยบริเวณใต้ตาตุ่มด้านใน

3) จากนั้นเปิดประตูลมขาข้างที่นวดก่อน โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบริเวณโคนขาทางด้านใน นับค้ำไว้ 10 วินาที แล้วจึงค่อยๆ ปล่อยเพื่อเป็นการจ่ายเลือดไปเลี้ยงทั่วทั้งขา

4) จากนั้นนวดไล่เส้นขาอีกข้าง และเปิดประตูลมขาอีกข้างทำเหมือนกัน

5) กดจุดบริเวณท้อง ซึ่งมีทั้งหมด 6 จุด แบ่งออกเป็น จุดบริเวณเหนือสะดือมี 3 จุด และจุดบริเวณใต้สะดือมี 3 จุด โดยเริ่มจากใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุดห่างจากใต้สะดือ 1 นิ้ว นับค้ำไว้ 10

วินาที จุดห่างจากเหนือสะดือ 1 นิ้ว นับค้างไว้ 10 วินาที ทำสลับกันไปมาจนครบได้สะดือ 3 จุด และเหนือสะดือ 3 จุด เพื่อเป็นการขับลม แก้อืด ช่วยให้เห็นท้องหย่อนซึ่งช่วยลดอาการปวดหลัง

6) ให้ผู้ป่วยนอนคว่ำเริ่มนวดโดยใช้นิ้วมือ และอุ้งมือ กดคลึงบริเวณรอบๆ จุดสลักเพชร บั้นเอวและสะโพก โดยจะเน้นบริเวณจุดสลักเพชร

7) นวดตามแนวเส้นข้างกระดูกสันหลัง โดยใช้มือทั้งสองวางซ้อนกันในลักษณะคว่ำมือ โดยให้บริเวณฝ่ามือช่วงอุ้งมือสัมผัสกับแนวกล้ามเนื้อข้างกระดูกสันหลัง รัศมีครึ่งวงไม่ให้โดนกระดูกสันหลัง โดยเริ่มทำการกดจากจุดแนวข้างกระดูกสันหลังส่วนเอวขึ้นไป 5 ไล่ไปจนถึงแนวข้างกระดูกสันหลังส่วนคอขึ้นไป 7 จากนั้นไล่ตามแนวเส้นเดิมลงมาจนถึงจุดเริ่มต้น ทำทั้งสองข้างเหมือนกัน ช่วยแก้อาการปวดหลัง หรือหลังขบ ที่เกิดจากการทำงานหนัก ยกของหนัก

8) นวดคลึงรอบๆ จุดสลักเพชรและสะโพก นวดไล่ตามขาไปถึงบริเวณข้อพับเข่าลงไป ไล่ลงไปถึงข้อเท้า

การตบเหล็กแดง หลังจากทำการนวดเสร็จสิ้นขั้นตอนต่อไปคือการตบเหล็กแดง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) เริ่มจากการนำเหล็กเผาด้วยถ่านจนร้อน

2) จะบริกรรมคาถาดับพิษไฟ แล้วเสกใส่น้ำสะอาดในขันทั้งหมด 9 จบ โดยท่อง 3 จบ แรกเสกเป่าใส่น้ำ ท่อง 3 จบรอบที่ 2 เสกเป่าใส่น้ำ และ 3 จบรอบที่ 3 เสกแล้วอมน้ำแล้วพ่นใส่เหล็กแดง

3) ใช้ฝ่ามือตบเหล็กแดงที่ร้อน เพื่อเป็นการนำความร้อนจากเหล็กแดงสู่ฝ่ามือแล้วนำความร้อนมาใช้ในการนวดไล่ตามแนวเส้นกล้ามเนื้อที่นวดไว้ เพื่อให้เกิดความคลายตัวของกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต

การประคบสมุนไพร โดยจะใช้ลูกประคบสมุนไพรที่ได้จากกากสมุนไพรที่ใช้ในการเคี้ยว น้ำมัน นำมาตากจนแห้งแล้วห่อด้วยผ้าขาวชุบน้ำมันงาสมุนไพรที่ได้จากการเคี้ยวสมุนไพรมากกว่า 108 ชนิด ทำการเคี้ยวในน้ำมันงาและน้ำมันหิวเสียงผา ผ่านการปลุกเสกจากพระ 9 รูปนำไปคลึงบนเหล็กแดง จากนั้นนำมาประคบ คลึงไล่ไปตามแนวเส้นกล้ามเนื้อที่นวดไว้แล้ว เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น

4) ประเมินผลการรักษา ใช้วิธีการซักถามอาการของผู้ป่วยโดยตรง จากนั้นให้ผู้ป่วยลงเดินเพื่อดูการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดูลักษณะท่าทางการเดิน บางรายอาการดีขึ้นในครั้งแรกที่ทำการรักษาสามารถเดินได้คล่องขึ้น อาการปวดเจ็บเสียวลดลง บางรายอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย

5) การนัดการรักษา ในรายอาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย หมอสมบัติก็จะนัดมาทำการนวดรักษาต่ออีกอาจเว้นระยะเวลาประมาณ 2-3 วัน หมอได้กล่าวว่า “อาการจะหายเร็วหรือช้านั้นขึ้นอยู่กับระยะเวลาของโรคที่เป็น ถ้าเป็นมานานมากอาจจะต้องใช้เวลาในการรักษา” หมอสมบัติจะติดตามผลการรักษาในครั้งต่อไปโดยจะแนะนำให้มาทำการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การรักษาเห็นผลเร็วขึ้น

ส่วนที่ 3 แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับผลการรักษา พบว่า ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2558 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2558 มีผู้มาขอรับการรักษาเฉลี่ยเดือนละประมาณ 50-60 คน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาปรึกษาพบว่าส่วนใหญ่อาการดีขึ้นในครั้งแรก บางรายต้องมานวดต่อเนื่อง 2-3 ครั้ง อาการจึงหาย ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการเป็นโรค

สรุปและอภิปรายผล

การชักประวัติของหมอสุมบัติ วงษ์ขำ ทำการชักประวัติเพื่อค้นหาสาเหตุของโรค เป็นข้อพิจารณาว่าสามารถทำการรักษาได้หรือไม่ เนื่องจากการชักประวัติที่ดีย่อมนำไปสู่การตรวจร่างกาย และการรักษาที่มีคุณภาพ การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของโรคนั้น มีความสำคัญต่อการรักษาและการวางแผนป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ อีกทั้งยังเป็นการคัดกรองความเสี่ยง ภาวะความผิดปกติเบื้องต้นก่อนทำการรักษาซึ่งสอดคล้องกับหลักการชักประวัติทางการแพทย์แผนปัจจุบันคือ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน และประวัติอดีต การชักประวัติมีความสำคัญมาก โรคโดยส่วนมาก สามารถวินิจฉัยจากการชักประวัติเพียงอย่างเดียว (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551: 329)

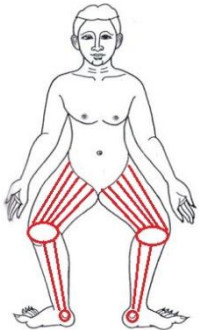
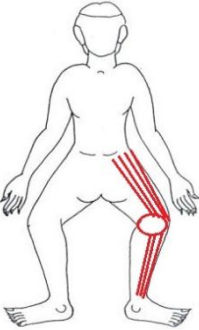
การตรวจร่างกาย หมอกล่าวว่า “การตรวจร่างกายเป็นข้อมูลสนับสนุนให้กับการชักประวัติ หากมีความสอดคล้องกันจะนำไปสู่การวินิจฉัย และการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม” การตรวจร่างกายของหมอพื้นบ้านใช้การเคลื่อนไหวของของหมอและผู้ป่วย ไม่ได้ใช้เครื่องมือในการตรวจ การตรวจจึงจำเป็นต้องอาศัยความชำนาญของหมอในการตรวจ ซึ่งการตรวจของหมอสอดคล้องกับการตรวจร่างกายทางหัตถเวชกรรมแผนไทย การนวดราชสำนักที่มีการตรวจจับชีพจรก่อนทำการรักษาเพื่อคุมเบี่ยงสูงและลมเบี่ยงต่ำว่าเท่ากันหรือไม่รวมถึงการทำงานของหัวใจและการตรวจ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯโรงเรียนอายุรเวท, 2548: 22) และสอดคล้องกับการตรวจร่างกายระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อของแพทย์แผนปัจจุบัน ที่ใช้การดู การคลำหรือวัด และสังเกตการณ์เคลื่อนไหว (แสงหล้า ฝนอก, 2552: 14-31)

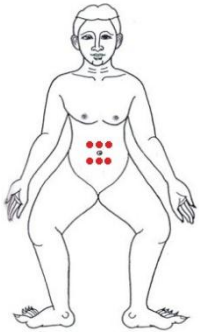
การรักษา ด้วยการนวดจับเส้น พบว่าแนวการนวดของหมอสุมบัติ วงษ์ขำ เป็นไปตามแนวของมัดกล้ามเนื้อ การนวดมีผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว กระตุ้นระบบการไหลเวียน ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยทุเลาลง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวการนวดราชสำนัก เส้นประธานสิบ และกายวิภาคศาสตร์ (ตารางที่ 1)

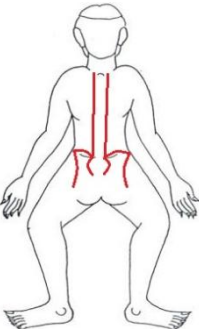
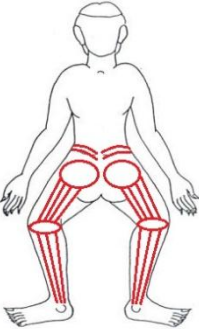
การตบเหล็กแดง และการประคบสมุนไพร ซึ่งใช้ลูกประคบสมุนไพรชุบน้ำมันว่านสมุนไพรนำไปคลึงบนเหล็กแดง จากนั้นนำมาประคบ เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น เนื่องจากความร้อนมีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัว กระตุ้นระบบการไหลเวียนเลือด ส่งผลให้กล้ามเนื้อมีการคลายตัว ประกอบกับสมุนไพรในลูกประคบและน้ำมันว่านสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการแก้อาการทางกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ทำให้อาการโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2552: 11) ที่พบว่า การประคบสมุนไพรบำบัดรักษาอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้พังผืดยึดตัวและช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต

ประเมินผลการรักษา ใช้วิธีการซักถามอาการของผู้ป่วยโดยตรง จากนั้นให้ผู้ป่วยลองเดินเพื่อดูการเคลื่อนไหวของร่างกาย เป็นการวัดความพึงพอใจของผู้มารับการรักษาและตรวจดูความผิดปกติหลังการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับหลักการหัตถเวชกรรมไทยที่มีการตรวจหลังการรักษาเพื่อประเมินอาการ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯโรงเรียนอายุรเวท, 2548: 27) และการนัดการรักษาในรายที่อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หาย หมอสุมบัติก็จะนัดมาทำการนวดรักษาต่ออีกอาจเว้นระยะเวลาประมาณ 2-3 วันนั้น เนื่องจากการนวดโดยตรงบนกล้ามเนื้ออาจส่งผลให้กล้ามเนื้อล้า หากนวดติดต่อกันอาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วยได้มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับหลักการนวดไทยที่ว่า การนวดควรเว้น 2-3 วัน การนวดซ้ำทุกวันเป็นระยะเวลานานอาจเป็นผลร้าย เช่นเกิดการระบม การอักเสบของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และข้อ เป็นต้น การเว้นระยะการนวดนานเกินไป ผลดีที่ผู้ป่วยควรจะได้รับก็จะไม่ติดต่อกัน ทำให้เสียผลการรักษาได้ (กองประกอบโรคศิลปะ, 2541: 35)

ตารางที่ 1 แสดงการนวดรักษาเปรียบเทียบตำแหน่งกับการนวดแบบราชสำนัก เส้นประธานสิบ และกายวิภาคศาสตร์

แนวการนวดของหมอปันบ้านการนวดราชสำนัก	ราชสำนัก	เส้นสิบ	กายวิภาคศาสตร์
 <p>1. เริ่มจากนวดโดยใช้ฝ่ามือ อุ้งมือหรือนิ้ว นวดคลึงรอบๆ ใต้ข้อพับเข้าทางด้านใน</p> <p>2. จากนั้นนวดไล่ที่ละเส้นตามแนวต้นขาเริ่มจากแนวขาด้านนอก นวดไล่ขึ้นไปถึงโคนขา</p> <p>3. ส่วนแนวต้นขาด้านในจะนวดไล่จากข้อพับเข้าจนถึงขาหนีบ</p>	<p>-ส. 4 ขาด้านใน</p> <p>-พฐ.ขาด้านนอก</p> <p>-พฐ.ขาด้านใน</p>	<p>-อิทา ปิงคลา</p> <p>-อิทา ปิงคลา สหัสรังสี ทวารี่ กาล ทารี่</p> <p>-อิทา ปิงคลา สหัสรังสี ทวารี่ กาล ทารี่</p>	<p>-Knee joint, Popliteal fossa, Tibial n., Popliteal a.</p> <p>-Biceps femoris m., Vastus lateralis m., Rectus femoris m., Lliotibial-tract t.</p> <p>- Adductor longus m., Gracilis m. Satorius m., vastusmedialis m., Femoral n., Femoral a.</p>
 <p>4. นวดจากแนวเส้นต้นขาท่อนบนไล่ตามแนวเส้นที่ละเส้นลงมาขาท่อนล่างจนถึงที่บริเวณตาตุ่ม</p>	<p>-ส. 4 ขาด้านใน</p> <p>-พฐ.ขาด้านนอก</p> <p>-พฐ.ขาด้านใน</p>	<p>-อิทา ปิงคลา สหัสรังสี ทวารี่ กาล ทารี่</p> <p>-อิทา ปิงคลา สหัสรังสี ทวารี่ กาล ทารี่</p>	<p>-Knee joint, Popliteal fossa, Tibial n., Popliteal a.</p> <p>-Biceps femoris m., Vastus lateralis m., Rectus femoris m., Lliotibial-tract t., Tibialis anterior m., Extenser digitorum longus m., Anterior tibial a.</p> <p>- Adductor longus m., Gracilis m., Satorius m., Vastusmedialis m., Femoral n., Femoral a., Soleus m.</p>

แนวการนวดของหมอบ้านการนวดราชสำนัก	ราชสำนัก	เส้นลึบ	กายวิภาคศาสตร์
<p>5. เปิดประตูลมข้อเท้าโดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดคลึงๆ เชี่ยวบริเวณใต้ตาตัมด้านใน ซึ่งตรงกับจุดสัญญาณ 5 ขาด้านใน</p> <p>6. จากนั้นเปิดประตูลมขาข้างที่นวดก่อน โดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบริเวณโคนขาทางด้านในนับค้างไว้ 10 วินาทีแล้วจึงค่อยๆ ปล่อย จากนั้นนวดอีกข้างทำเหมือนกันแล้วเปิดประตูลม</p>	<p>-ส. 5 ขาด้านใน</p> <p>-จุดเปิดประตูลม</p>	<p>-สหัสรังสี ทวารี</p> <p>-อิทา ปิงคลา สหัสรังสี ทวารี กาล ทวารี</p>	<p>- Posterior tibial a., Tibial n.</p> <p>-แนว Anterior superior iliac spine Femoral a.</p>
 <p>7. กดจุดบริเวณท้อง ซึ่งมีทั้งหมด 6 จุด แบ่งออกเป็น จุดบริเวณเหนือสะดือมี 3 จุด และจุดบริเวณใต้สะดือมี 3 จุด โดยเริ่มจากใช้นิ้วหัวแม่มือกดจุดห่างจากใต้สะดือ 1 นิ้ว นับค้างไว้ 10 วินาที จุดห่างจากเหนือสะดือ 1 นิ้ว นับค้างไว้ 10 วินาที ทำสลับกันไปมาจนครบใต้สะดือ 3 จุดและเหนือสะดือ 3 จุด</p>	<p>-พฐ.ท้อง</p> <p>-ส. 3-4ท้อง</p>	<p>-อิทา ปิงคลา สุมนา กาล ทวารี สหัสรังสี ทวารี จันท ภูสัง รุขำ สุขุมัง สิกขิณี</p>	<p>-Rectus abdominis m., Internal abdominal oblique m.,</p> <p>-Internal oblique m., External oblique m., Transversus abdominis m., Lateral femoral cutaneous n., Lumbar a.</p>

แนวการนวดของหมอนพื้นบ้านการนวดราชสำนัก	ราชสำนัก	เส้นลึบ	กายวิภาคศาสตร์
 <p>8. เริ่มนวดโดยใช้นิ้วมือ และอุ้งมือ กดคลึง บริเวณรอบๆสะลักเพชร บั้นเอวและสะโพก โดยจะเน้นบริเวณสะลักเพชร</p> <p>9. นวดตามแนวเส้นข้างกระดูกสันหลังโดยใช้มือทั้งสองวางซ้อนกันในลักษณะคว่ำมือโดยให้บริเวณฝ่ามือช่วงอุ้งมือสัมผัสกับแนวกล้ามเนื้อข้างกระดูกสันหลังพอดี รัศมีครึ่งวงไม่ให้โดนกระดูกสันหลัง โดยเริ่มทำการกดจากจุดแนวข้างกระดูกสันหลังส่วนเอวขึ้นที่ 5 ไล่ไปจนถึงแนวข้างกระดูกสันหลังส่วนคอขึ้นที่ 7 จากนั้นไล่ตามแนวเส้นเดิมลงมาจนถึงจุดเริ่มต้น ทำทั้งสองข้างเหมือนกัน</p>	<p>-ส. 1 ขาด้านนอก</p> <p>-ส. 3 ขาด้านนอก</p> <p>-พฐ.หลัง</p>	<p>-อิทา ปิงคลาทวารีสหัสรังสี</p> <p>-อิทา ปิงคลา</p>	<p>-Ilium b., Gluteal fascia covering, Gluteus medius m., Gluteal n., Superior gluteal a.</p> <p>-Ischium b., Gluteus maximus m., Sciatic n., Inferior gluteal a.</p> <p>- Trapezius m., Latissimus dorsi m., Rhomboideus major m., Rhomboideus minor m.,</p> <p>ระหว่างกระดูก lumbar vertebrae ขึ้นที่ 5-1 ถึงระหว่างกระดูก thoracic vertebrae ขึ้นที่ 12-1 ถึงระหว่างกระดูก cervical vertebrae ขึ้นที่ 7-1,</p> <p>Lumbar a., Cauda equine n., Spinal n.</p>
 <p>10. นวดคลึงรอบๆจุดสะลักเพชรและสะโพก นวดไล่ตามขาไปถึงบริเวณข้อพับเข่าลงไปไล่ลงไปถึงข้อเท้า</p>	<p>-ส. 1 ขาด้านนอก</p> <p>-ส. 3 ขาด้านนอก</p> <p>-พฐ.ขาด้านนอก</p> <p>-พฐ.ขาด้านใน</p>	<p>-อิทา ปิงคลาทวารีสหัสรังสีกาลทวารี</p>	<p>-Ilium b., Gluteal fascia covering, Gluteus medius m., Gluteal n., Superior gluteal a.</p> <p>-Ischium b., Gluteus maximus m., Sciatic n., Inferior gluteal a.</p> <p>-Bicep femoris m., Vastus lateralis m., Lliotibial-tract t.,Gastrocnemius m., Peronius longus m., Tendon calcaneus., Soleus m.</p>

แนวการนวดของหมอป้านการนวดราชสำนัก	ราชสำนัก	เส้นลึบ	กายวิภาคศาสตร์
	-ส. 4 ขาด้านใน		-Gracilis m., Satorius m., Adductor magnus m., Semitendinosus m., Semimembranosus m., Gastrocnemius m., Soleus m. -Knee joint, Popliteal fossa, Tibial n. ,Popliteal a.

หมายเหตุ: m. คือ muscle n. คือ nerve a. คือ artery t. คือ tendon ส. คือ สัณฐาน พฐ. คือ พื้นฐาน
ราชสำนัก หมายถึง การนวดแบบราชสำนัก (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมา, 2555)
เส้นลึบ หมายถึง เส้นประธานลึบ (กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541)
กายวิภาคศาสตร์ (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมา, 2555)

จากศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษามีความพึงพอใจในการรักษา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การรักษาด้วยวิธีการนวดจับเส้น และการตบเหล็กแดงจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งให้กับผู้ป่วยที่มีอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้เป็นเพียงการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต้น จึงควรมีการศึกษาเชิงคลินิกเพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษาอาการหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบแผนปัจจุบันต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2552). องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยสำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . (2541). ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขา เวชกรรม เล่ม 3. บริษัทไทภูมิ พลัทธิขิงจำกัด.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ. (2555). หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯโรงเรียนอายุรเวท.(2548). หัตถเวชกรรมแผนไทย (นวดแบบราชสำนัก). กรุงเทพฯ : พิษณศ พรินท์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2553). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2553. เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558, จาก<http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic53/statistic53.pdf>
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2551). ตำราการตรวจโรคทั่วไป 1: การซักประวัติตรวจร่างกาย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2553). ตำราการตรวจโรคทั่วไป 2: โรคกับการดูแลและป้องกัน. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- สุวัฒน์ เชียงใหม่. (2555). การนวดบรรเทาอาการหมอนรองกระดูกทับเส้น L4-L5. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2559, จาก <http://tharathaimassage.blogspot.com/2014/06/l4-l5-l4-l5-s1-1.html>
- แสงหล้า ผลนอก. (2552). การประเมินระบบกระดูก กล้ามเนื้อ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยและหนังสือนิทาน Supporting Childhood's Development from Thai Traditional Toys and Telling Story

ศรีสุดา เอกลักขณารัตน์¹ ศรีวัฒนา เพ็ชรรัตน์¹ และ พนิดา บุญอินทร์¹

Srisuda Eklakkanarat, Sriwatana Phetcharat and Panida Bunin

บทคัดย่อภาษาไทย

ในยุคปัจจุบันเด็กไทยชอบเล่นของเล่นที่ทำจากเทคโนโลยีมากกว่าของเล่นภูมิปัญญาไทย การส่งเสริมให้เด็กได้เล่นของเล่นภูมิปัญญาไทยอาจช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยและหนังสือนิทาน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดนครสวรรค์ สุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20คน กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทย ได้แก่ หม้อข้าวหม้อแกง จักจั่น หวีผมลูกตาล ม้าก้านกล้วย และหนังสือนิทานเพิ่มขึ้นจากการสอนปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 3 เดือนโดยใช้แบบทดสอบพัฒนาการ 4 ด้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของแบบประเมินพัฒนาการของDenver II มีจำนวน 49 ข้อทดสอบ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้นำไปทดลองและหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ KR 20 เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ independent t-test หลังการทดลอง ผลการวิจัย พบว่า 1. คะแนนพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2.คะแนนพัฒนาการด้านภาษา และด้านกล้ามเนื้อใหญ่ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

คำสำคัญ : พัฒนาการ, ของเล่นภูมิปัญญาไทย, นิทาน

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The quasi-experimental research was conducted to examine the results of playing with Thai traditional toys and telling story of childhood. The participants were children in the Daycare in Nakhon Sawan and were selected by purposive sampling. The control group was received as usual and intervention group was added more about playing Thai traditional toys including playing MorKaowMorKang, Jugkajun, Combing from plant seed, Plant Horse Riding and telling story about My home. The data was collected in pretest and posttest at 3 months later. The measurement was the Denver II that had the 49 items and was test by 3 experts. The measurement reliability was tested with KR 20 (.97). The statistics for analyzing data was independent t-test. The findings revealed that 1. There were statistically significant differences between intervention and control groups at p value < .05. The score of fine motor development of children in the intervention group was higher than those of the control group. 2. There were statistically significant differences between intervention and control groups at p value < .001. The

score of language development and gross motor development of children in the intervention group was higher than those of the control group.

Key words : Development ,Traditional Toys, Telling Story.

Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak, Nakhonsawan

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป็นการกระทำ หรือการปฏิบัติของผู้เลี้ยงดู เพื่อให้เด็กมีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม โดยการจัดกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการเรียนรู้ของเด็ก เพื่อให้เด็กพัฒนาความสามารถให้กระทำได้ตามวัย การส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีความสำคัญเทียบเท่าการป้องกันโรค พบว่าเมื่อเด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการจะส่งผลให้เด็กมีผลการเรียนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การส่งเสริมพัฒนาการยังรวมถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและสังคมอย่างเหมาะสม การส่งเสริมพัฒนาการนอกจากจะต้องคำนึงถึงความพร้อม ความต้องการด้านจิตใจของเด็ก โดยอาศัยความรัก ความเข้าใจให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกฟัง เห็นแบบอย่างจากผู้ดูแลและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เด็กได้ใช้ความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย อุบัติเหตุและสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กได้

(วันเพ็ญ มโนวงศ์, 2550:2) ของเล่นภูมิปัญญาไทยหมายถึงของเล่นพื้นบ้าน เป็นของเล่นที่ได้จากการนำวัสดุที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น หรืออาจเหลือใช้จากธรรมชาติก็ได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่นและวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของสังคมอื่นๆ ช่วยเสริมพัฒนาการทางร่างกาย สังคม อารมณ์และสติปัญญาให้แก่เด็ก

(พัชรี บุญเป็ง, 2554:2) สอดคล้องกับครูใจคำ ตาปัญญา(2556)กล่าวว่า“ของเล่นพื้นบ้านมีมาตั้งแต่บรรพบุรุษ เด็กกับของเล่นเป็นของคู่กัน สมัยก่อนปู่ย่าตายายเลี้ยงเด็ก จึงทำของเล่นให้หลานเล่นแต่เดี๋ยวนี้เด็กไปโรงเรียนอนุบาล ของเล่นพื้นบ้านล้านนา เช่น ลูกข่าง ใบพัด นกหวีด กะลามะพร้าวทำเป็นเต่าวิ่งแข่งกับกระต่าย ของเล่นพื้นบ้านประหยัดทำจากวัสดุธรรมชาติจึงปลอดภัยย่อยสลายได้ มีประโยชน์ช่วยเสริมการเรียนรู้ให้แก่เด็ก”

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ของเล่นภูมิปัญญาไทยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังมีน้อยพบจำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ พชรี บุญเป็ง(2554,บทคัดย่อ) ศึกษาการใช้ชุดกิจกรรมการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้านเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของเด็กปฐมวัย ซึ่งกิจกรรมการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้านได้แก่ การปั้นดินเหนียว ตักตาไขล้่มลูก ม้าก้านกล้วย เรือก้านกล้วย รถกาบมะพร้าว หุ่นมือ สัตว์กะลา ปองแปง และการทำวาว ผู้วิจัยได้ทดลองใช้ชุดกิจกรรมการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้าน จำนวน 9 กิจกรรม ทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-60 นาที ใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ ในนักเรียนในระดับชั้นอนุบาล 3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเทศบาลตำบลหนองแห่ย์ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ภาคเรียนที่1 ปีการศึกษา 2554 จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. ชุดกิจกรรมการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้านทั้ง 9 กิจกรรม สามารถพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียนได้ 2. นักเรียนมีความคิดสร้างสรรค์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 46.93 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง

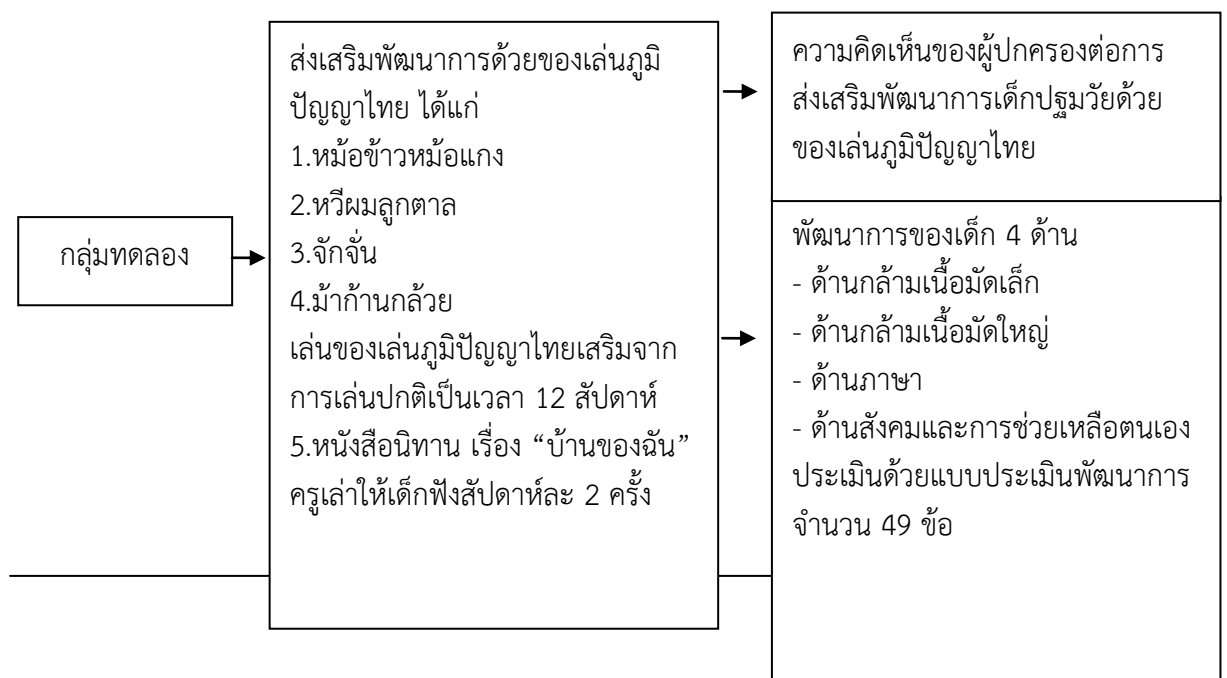
จากการจัดทำโครงการบริการวิชาการ เรื่อง “การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทย” พบว่า ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมแห่งความเป็นไทยที่สะท้อนความเป็นเอกลักษณ์มาเป็นเวลายาวนาน มีการประดิษฐ์ของเล่นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในแต่ละภูมิภาคที่แตกต่างกัน ของเล่นพื้นบ้านที่พบในเขตจังหวัดนครสวรรค์ ได้แก่ หม้อข้าวหม้อแกง และหวีผมลูกตาล เป็นของเล่นที่เด็กๆ นิยมเล่น จากการศึกษารวบรวมของเล่นพื้นบ้านในเขตนครสวรรค์ยังพบการเล่นม้าก้านกล้วย และจักจั่นในเด็กปฐมวัยอายุ 3-4 ปี สามารถช่วยส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็กและกล้ามเนื้อมัดใหญ่ได้ (ศรีสุตา เอกลัคนารัตน์ และศรีวัฒนาพานิต, 2556:4) นอกจากนี้ตามพัฒนาการของเด็กวัยนี้ อายุ 3-4 ปี เด็กชอบฟังนิทาน ดูรูปภาพ การเล่านิทานให้เด็กฟังช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ด้านภาษาของเด็กได้ (Kimmatic, 2556:1) ผู้วิจัยจึงเลือกของเล่นภูมิปัญญาไทย ได้แก่ การเล่นหม้อข้าวหม้อแกง หวีผมลูกตาล จักจั่นและม้าก้านกล้วยซึ่งเป็นของเล่นในท้องถิ่นจังหวัดนครสวรรค์ ทำจากวัสดุธรรมชาติ และหาได้ง่ายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และผู้วิจัยได้แต่งนิทานเรื่อง บ้านของฉันเล่าให้เด็กฟัง ซึ่งเด็กจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับรูปภาพและคำต่างๆ ที่ใช้เรียกสัตว์ในภาพเช่น ม้า นก แมว และกริยาของสัตว์ต่างๆ เช่น ม้าวิ่ง กีบ นกบินได้ แมวร้องเหมียวๆ อีกทั้งคำบุพบทต่างๆ เช่น ข้างบน ข้างล่าง ข้างหน้า ข้างหลัง เป็นต้น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็กในวัยนี้ นอกจากนี้เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเป็นรูปธรรมและสืบสานวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย จึงทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยและหนังสือนิทาน” เพื่อนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาให้บริการวิชาการด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและพัฒนาการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในวิชาสร้างเสริมสุขภาพเด็กต่อไป

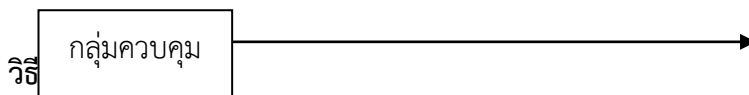
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทย ได้แก่ 1. หม้อข้าวหม้อแกง 2. หวีผมลูกตาล 3. จักจั่น 4. ม้าก้านกล้วย และหนังสือนิทาน เรื่อง “บ้านของฉัน”

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนพัฒนาการทั้ง 4 ด้านของเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนพัฒนาการทั้ง 4 ด้านของเด็กกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม





การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยและการเล่นนิทาน เรื่อง บ้านของฉัน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 3-4 ปี ศึกษาในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกัน ทั้งเพศ อายุ ระดับพัฒนาการ ลำดับที่ของบุตร รวมถึงระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่เด็กอยู่ด้วย จำนวน 20 คู่ รวม 40 คนและผู้ปกครองยินดีให้เด็กเข้าร่วมการวิจัย สุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ของเล่นภูมิปัญญาไทย จำนวน 4 ชุด ได้แก่ หม้อข้าวหม้อแกง หวีผมลูกตาล จักจั่น ม้า ก้านกล้วย และหนังสือนิทาน เรื่อง บ้านของฉัน ซึ่งเป็นเรื่องราวของเด็กที่มีครอบครัวหลายคน และมีสัตว์เลี้ยงชนิดต่างๆ ได้แก่ แมว หมา นกและม้า สัตว์แต่ละชนิดร้องเสียงแตกต่างกัน นอกจากนี้นิทานเล่มนี้ทำให้เด็กได้เรียนรู้ถึงคำต่างๆ เช่น ถ้าหิวจะทำอย่างไร ถ้าอากาศหนาวหรือร้อนเด็กควรทำอย่างไร รวมทั้งใช้คำบอกตำแหน่งที่อยู่ของสิ่งของ เช่น ข้างหน้า ข้างหลัง ข้างบนและข้างล่าง เป็นต้น ของเล่นภูมิปัญญาไทยและหนังสือนิทานใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ภาษา สังคมและการช่วยเหลือตนเอง เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 2 ท่าน และเป็นพยาบาลเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 ท่าน

2. แบบสอบถามความคิดเห็นและข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กและผู้ปกครอง มีข้อความถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ลำดับที่ของบุตร อาชีพ การศึกษาของผู้ปกครองและความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการใช้ของเล่นภูมิปัญญาไทยในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก จำนวน 10 ข้อ มี 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึงมากที่สุด มีค่าคะแนน 1-5 แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ≤ 1.50	ระดับความคิดเห็นเท่ากับเห็นด้วยน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50	ระดับความคิดเห็นเท่ากับเห็นด้วยน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50	ระดับความคิดเห็นเท่ากับเห็นด้วยปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50	ระดับความคิดเห็นเท่ากับเห็นด้วยมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.51 ขึ้นไป	ระดับความคิดเห็นเท่ากับเห็นด้วยมากที่สุด

3. แบบประเมินพัฒนาการเด็ก Denver II ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองพัฒนาการสำหรับเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 ปี ประกอบด้วยข้อทดสอบจำนวน 125 ข้อ โดยมีการประเมินพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว
2. ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่
3. ด้านภาษา
4. ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง

รวมถึงการประเมินพฤติกรรมของเด็กระหว่างทดสอบ โดยมีค่าเฉลี่ยของค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำมีค่า .90 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน.12 (นิตยา คชภักดี และอรพิน เลิศอวัศตระกูล, 2556:6) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อทดสอบตามแบบประเมินพัฒนาการของ Denver II ในเด็กอายุ 3-4 ปี ดังนี้

1. ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว จำนวน 11 ข้อ
2. ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ จำนวน 11 ข้อ
3. ด้านภาษา จำนวน 18 ข้อ

4. ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง จำนวน 9 ข้อ รวมทั้งหมด 49 ข้อทดสอบ โดยนำมาเป็นแบบประเมินพัฒนาการเด็กอายุ3-4 ปี ถ้าเด็กผ่านการประเมินทำข้อทดสอบนั้นได้ ให้ 1 คะแนน ถ้าทำไม่ได้ให้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำของเล่นภูมิปัญญาไทย หนังสือนิทาน แบบประเมินพัฒนาการเด็ก และแบบสอบถามความคิดเห็น เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา(content validity) แก่ไขจนผู้ทรงคุณวุฒิเห็นพ้องกัน และได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง(construct validity) โดยนำเครื่องมือของเล่นภูมิปัญญาไทยและนิทาน เรื่อง บ้านของฉัน และแบบประเมินพัฒนาการเด็กไปทดลองใช้ในเด็กอายุ 3-4 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขสาธิต บ้านเด็กแสนสุข จำนวน 20 ราย นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการที่ได้มาวิเคราะห์ พบว่า เด็กที่มีอายุ 3 ปี มีคะแนนพัฒนาการน้อยกว่าเด็กอายุ 4 ปี และได้ นำแบบประเมินพัฒนาการดังกล่าวไปหาความเที่ยงโดยการวัดความสอดคล้องภายใน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR 20 เท่ากับ 0.97

ส่วนแบบสอบถามความคิดเห็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของเด็กที่มารับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขสาธิต บ้านเด็กแสนสุข จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคอนบาค(cronbach coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.78

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 0 ประเมินพัฒนาการก่อนการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 1-12

กลุ่มควบคุม

ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการสอนและเล่นของเล่นตามปกติ

กลุ่มทดลอง

ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มจากแผนการสอนปกติ ดังนี้

1. เล่นของเล่นภูมิปัญญาไทย ได้แก่ หม้อข้าวหม้อแกง หวีผมลูกตาล จักจั่น ม้าก้านกล้วย เล่นสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที โดยเด็กจะสลับกันเล่นเป็นกลุ่ม

2. ครูเล่านิทาน เรื่อง บ้านของฉัน ให้เด็กฟัง สัปดาห์ละ 2 วันๆ ละ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 13 ประเมินพัฒนาการหลังการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน เป็นเด็กมีอายุระหว่าง 3 ปี จำนวนเท่ากัน กลุ่มละ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85.0 ส่วนน้อยอายุ 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงใกล้เคียงกับเพศชายร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับนอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรคนแรกและคนที่ 2 เท่ากันร้อยละ 50 ใกล้เคียงกัน

2. ผู้ปกครองของเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55 รองลงมาอาชีพ แม่บ้าน ร้อยละ 30 และส่วนน้อยมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 15 ระดับการศึกษาเหมือนกัน ส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90 ส่วนน้อยของผู้ปกครองที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี เพียงร้อยละ 10 ผู้ปกครองส่วนใหญ่อายุ 31-50 ปี ร้อยละ 50 ส่วนน้อยเด็กอยู่กับผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 10

3. ก่อนการทดลองคะแนนพัฒนาการเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน จากเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการของเด็กกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่าคะแนนพัฒนาการของเด็ก ทั้ง 4 ด้านได้แก่ 1.ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง 2.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว 3.ด้านภาษา 4.ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับใด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ด้วย Independent t-test (n=40)

คะแนนพัฒนาการเด็ก	Min-Max	Mean (S.D.)	t-test
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (9 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	4-9	6.50 (1.43)	.11 ^{ns}
กลุ่มควบคุม	4-9	6.45 (1.46)	
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว(11 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	4-9	6.35 (1.72)	1.27 ^{ns}
กลุ่มควบคุม	2-9	5.60 (2.01)	
ด้านภาษา(18 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	4-17	10.60 (3.03)	1.41 ^{ns}
กลุ่มควบคุม	3-15	9.15 (3.46)	
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่(11 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	3-10	6.75 (2.04)	- .51 ^{ns}
กลุ่มควบคุม	3-10	7.10 (2.24)	

^{ns} P > .05

4. หลังการทดลอง 3 เดือน นำคะแนนพัฒนาการทั้ง 4 ด้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาเปรียบเทียบกัน พบว่า มีพัฒนาการ 3 ด้านได้แก่ พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว ของเด็กกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 พัฒนาการด้านภาษาและด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ.001 ส่วนพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับใด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ด้วย Independent t-test (n=40)

คะแนนพัฒนาการเด็ก	Min-Max	Mean (S.D.)	t-test
ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (9 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	6-9	8.45 (1.05)	.83 ^{ns}
กลุ่มควบคุม	5-9	8.15 (1.22)	
ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว(11 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	5-11	8.95 (2.28)	2.58 *
กลุ่มควบคุม	5-11	7.25 (1.86)	
ด้านภาษา(18 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	9-18	15.00 (2.59)	4.14 ***
กลุ่มควบคุม	6-16	11.45 (3.81)	
ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (11 ข้อ)			
กลุ่มทดลอง	6-11	10.05 (1.79)	3.97***
กลุ่มควบคุม	4-11	7.70 (1.94)	

^{ns} P> .05 , * P<.05 , *** P<.001

5. จากการสำรวจความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความเห็นด้วยมากถึงมากที่สุดว่าของเล่นภูมิปัญญาไทยได้แก่ หม้อข้าวหม้อแกง หวีผมลูกตาล จักจั่น ม้าก้านกล้วย และการเล่านิทาน เรื่อง บ้านของฉัน ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ โดยเฉพาะผู้ปกครองเห็นด้วยมากที่สุด ข้อที่ 6.การเล่นม้าก้านกล้วยช่วยส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำให้เด็กกระโดดได้ดีขึ้น (Mean 4.68,SD .47) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กกลุ่มทดลองต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยและหนังสือนิทาน เรื่อง บ้านของฉัน (n=20)

รายการประเมิน	Mean	(SD)	ระดับความคิดเห็น
1. การเล่นหม้อข้าวหม้อแกงช่วยส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดเล็ก ทำให้การใช้นิ้วมือของเด็กดีขึ้น	4.23	(.69)	เห็นด้วยมาก
2. การเล่นหม้อข้าวหม้อแกงช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กตักอาหารรับประทานได้คล่องขึ้น	4.40	(.71)	เห็นด้วยมาก
3. การเล่นหวีผมลูกตาลช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กหวีผมตนเองได้ดีขึ้น	4.20	(.65)	เห็นด้วยมาก
4. การเล่นจักจั่นช่วยส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่และมัดเล็ก ทำให้การใช้นิ้วมือข้อมือและแขนของ	4.20	(.69)	เห็นด้วยมาก

เด็กดีขึ้น			
5. การเล่นม้าก้านกล้วยช่วยส่งเสริมพัฒนาการ	4.60	(.59)	เห็นด้วยมากที่สุด
กล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำให้ขาของเด็กแข็งแรง			
6. การเล่นม้าก้านกล้วยช่วยส่งเสริมพัฒนาการ	4.68	(.47)	เห็นด้วยมากที่สุด
กล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำให้เด็กกระโดดได้ดีขึ้น			
7. การเล่นนิทานให้เด็กฟังเป็นการฝึกให้เด็กนั่งนิ่งๆ มี	4.40	(.74)	เห็นด้วยมาก
สมาธิดีขึ้น			
และส่งเสริมด้านภาษาได้			
8. การเล่นนิทานให้เด็กฟังช่วยส่งเสริมพัฒนาการด้าน	4.58	(.64)	เห็นด้วยมากที่สุด
ภาษาทำให้เด็กเรียกชื่อ แมว สุนัข นก ม้า และคนได้			
9. ของเล่นภูมิปัญญาไทยสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	4.53	(.64)	เห็นด้วยมากที่สุด
ได้และหาได้ง่ายในท้องถิ่น			
10. ของเล่นที่ทำจากวัสดุเหลือใช้ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	4.52	(.64)	เห็นด้วยมากที่สุด
ได้และช่วยให้ประหยัดค่าใช้จ่าย			

นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า

1. เด็กมีความสนใจเล่นจุกจุกมากเพราะเมื่อหมุนจะมีเสียงดัง เวลาเล่นต้องให้เด็กยืนห่างกันประมาณ 2 ฟุต เพราะเมื่อเด็กหมุนจุกจุก อาจมาพันกันได้
2. ม้าก้านกล้วย เมื่อเด็กขี่ม้าแล้วเด็กๆจะชอบวิ่งมากกว่าการกระโดด ครูจันทร์แพงจะร้องเพลงให้จังหวะเด็กในการกระโดด ทำให้เด็กสนุกสนานและสามารถกระโดดตามจังหวะทำนองเพลง
3. ลูกตาลหิวผมเด็กจะใช้หิวฝักหิวผมลูกตาล ซึ่งครูบอกว่ามีปัญหาเกี่ยวกับเส้นใยที่เปรียบเสมือนผมของลูกตาลค่อนข้างแห้งและแข็งทำให้หิวยาก จึงแนะนำให้นำไปล้างใหม่ด้วยน้ำยาสระผมและใส่ครีมนวดผม ล้างให้สะอาดแล้วนำไปผึ่งแดดให้แห้ง จะทำให้เส้นใยซึ่งเปรียบเสมือนเส้นผมของลูกตาลนุ่มยิ่งขึ้น
4. หม้อข้าวหม้อแกงเป็นเครื่องปั้นดินเผา มีหม้อ เต่า เต้าขนมครก ครกและสาก ครูจะหาใบไม้ เช่น ใบเตยหอมมาให้เด็กๆเล่นตำ เล่นขายของกัน
5. หนังสือนิทาน เรื่อง บ้านของฉันทน์ ครูจะอ่านให้เด็กฟังและให้เด็กๆระบายสีภาพในหนังสือนิทาน เด็กอายุ 3 ปีครึ่ง-4 ปี จะระบายสีอยู่ในกรอบภาพได้ดีกว่าเด็กอายุ 3 ปี

สรุปและอภิปรายผล

1. ก่อนการทดลองคะแนนพัฒนาการเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน จากเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการของเด็กกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่าคะแนนพัฒนาการของเด็ก ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง 2.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว 3.ด้านภาษา 4.ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันที่ระดับใดๆ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีพัฒนาการใกล้เคียงกัน

2. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 คะแนนพัฒนาการ 3 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและการปรับตัว 2. ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{df=38}=2.58, p<.05$) และ .001 ($t_{df=38}=3.97, p<.001$) ดังตารางที่ 2 แสดงว่าของเล่นภูมิปัญญาไทยได้แก่ หม้อข้าวหม้อแกง และจักจั่น ช่วยส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อเล็กได้ เนื่องจากในการเล่นเด็กได้ใช้นิ้ว มือและข้อแขนในการตักอาหารและแกว่งจักจั่นไปมา ส่วนหม้อก้านกล้วย ทำให้เด็กได้กระโดดและวิ่งจึงช่วยส่งเสริมพัฒนาการกล้ามเนื้อใหญ่ แสดงให้เห็นว่าของเล่นภูมิปัญญาหรือของเล่นพื้นบ้านช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง “การใช้ชุดกิจกรรมการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้านเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของเด็กปฐมวัย” ของพัชรี บุญเป็ง (2554, บทความย่อ) โดยศึกษาเกี่ยวกับการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้าน ได้แก่ การปั้นดินเหนียว ตักตาไขล้มลูก หม้อก้านกล้วย เรือก้านกล้วย รถก้ามพรวัว หุ่นมือ สัตว์ทะเล ปอแปง และการทำวาว เพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของเด็กปฐมวัย ผลการวิจัยพบว่า ชุดกิจกรรมการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้านทั้ง 9 กิจกรรม สามารถพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของนักเรียนได้ และนักเรียนมีความคิดสร้างสรรค์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 46.93 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง

3. ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 คะแนนพัฒนาการด้านภาษาของเด็กกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2 ($t_{df=38}=4.14, p<.001$) แสดงว่าหนังสือนิทาน เรื่อง “บ้านของฉัน” ที่ผู้วิจัยแต่ง ซึ่งเป็นเรื่องราวของเด็กที่มีครอบครัวหลายคน และมีสัตว์เลี้ยงชนิดต่างๆ สัตว์แต่ละชนิดร้องเสียงแตกต่างกัน โดยให้ครูเล่าให้เด็กฟัง ทำให้เด็กจำชื่อสัตว์และเสียงร้องของสัตว์ได้ดี รวมถึงการนำคำคุณศัพท์มาผูกเป็นเรื่องราวและมีภาพประกอบทำให้เกิดความเข้าใจในความหมายมากยิ่งขึ้น จึงมีผลในการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาของเด็ก สอดคล้องกับที่คิมมาติก (Kimmatic, 2556) กล่าวว่า “เด็กปฐมวัยจะมีความสนใจในระยาะสั้นมาก ประมาณ 5-10 นาทีเท่านั้น หนังสือนิทานจึงต้องเน้นรูปภาพและเป็นเรื่องราวสั้นๆ เนื่องจากพัฒนาทางภาษาของเด็กปฐมวัย เมื่อเด็กอายุ 2-4 ปี เด็กวัยนี้จะเริ่มหัดพูดเป็นคำๆ ระยะเวลาจะเป็นการพูดโดยเรียกชื่อคำนาม เรียกชื่อคนที่อยู่รอบข้าง สิ่งของต่างๆ ที่อยู่รอบตัว รวมทั้งคำคุณศัพท์ที่เด็กได้ยินผู้ใหญ่พูดกัน ตามพัฒนาการด้านภาษาเป็นระยะขยาย (The Stage of Expansion) การฟังนิทานจึงช่วยส่งเสริมด้านพัฒนาการด้านภาษาของเด็กได้”

ส่วนพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันที่ระดับใด ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเนื่องจากการประเมินพัฒนาการเด็กด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง เน้นการแต่งตัวเอง เล่นเกมกระดาน แปรงฟันเอง จัดอาหารและรินน้ำได้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ ร้อยละ 75 ของเด็กจะทำได้เมื่อมีอายุมากกว่า 4 ปี ขึ้นไป ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 3 ปี จึงยังทำกิจกรรมเหล่านี้ไม่ได้ ตามการประเมินพัฒนาการยังไม่ถือว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้า ประกอบกับของเล่นภูมิปัญญาไทยที่ผู้วิจัยนำมาทดลอง มีเพียง 4 ชนิด ซึ่งเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยที่มีของเล่นจำนวนน้อย ทำให้ยังไม่ครอบคลุมต่อการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง จึงควรเพิ่มของเล่นภูมิปัญญาไทยชนิดอื่นๆ เพิ่มขึ้นอีก เช่น การแต่งตัวตุ๊กตา การเล่นหม้อข้าวหม้อแกง ควรเพิ่มอุปกรณ์เกี่ยวกับการรินน้ำใส่แก้ว เป็นต้น เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเองให้มากยิ่งขึ้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์สำหรับผู้สนใจจะนำของเล่นภูมิปัญญาไทยไปส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็กปฐมวัย ดังนี้

1. ด้านนโยบาย หน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ควรมีนโยบายสนับสนุนให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นำของเล่นภูมิปัญญาไทย ได้แก่ หม้อข้าว

หม้อแกง หวีผมลูกตาล จักจั่น และ ม้าก้านกล้วย หรือ ของเล่นภูมิปัญญาไทยชนิดอื่นๆ ในท้องถิ่น มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพิ่มจากของเล่นยุคใหม่ที่ทำจากพลาสติก

2. ด้านการปฏิบัติ/การศึกษา ควรนำองค์ความรู้เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทย ได้แก่ หม้อข้าวหม้อแกง หวีผมลูกตาล จักจั่น ม้าก้านกล้วย และการเล่นนิทาน ไปสอนนักศึกษาพยาบาล ในวิชาสร้างเสริมสุขภาพเด็ก เพื่อนำความรู้ไปจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และด้านภาษา ในคลินิกสุขภาพเด็กต่อไป ส่วนการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ควรเพิ่มกิจกรรมให้มากกว่านี้ เช่น กิจกรรมการแต่งตัวตุ๊กตา กิจกรรมการรินน้ำเมื่อเล่นหม้อข้าวหม้อแกง เพื่อให้เด็กได้ฝึกหัดการสวมใส่เสื้อผ้าให้ตุ๊กตา แล้วมาฝึกใส่เสื้อผ้าตนเอง เล่นรินน้ำใส่แก้วแล้วมารินน้ำดื่มเอง

3. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาวิจัยประเด็น การให้ครอบครัวของเด็กมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยที่บ้าน หรือการศึกษาวิจัยของเล่นหรือกิจกรรมการเล่นชนิดอื่นๆของไทย ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กในแต่ละวัยต่อไป

บรรณานุกรม

นิตยา คชภักดี และอรพิน เลิศอวัตตาดระกูล.(2546).คู่มือการฝึกอบรมการทดสอบพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II (ฉบับภาษาไทย) ฉบับแก้ไขปรับปรุง สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีสุดา เอกกลิ่นรัตน์ ศรีวิวัฒนา เพ็ชรรัตน์ และ พนิดา บุญอินทร์.(2556). รายงานผลการดำเนินโครงการบูรณาการบริการวิชาการ เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยของเล่นภูมิปัญญาไทยกับการวิจัย. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงฯ กระทรวงสาธารณสุข.

พัชรี บุญเป็ง.(2554). การใช้ชุดกิจกรรมการประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้านเพื่อพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ของเด็กปฐมวัย. (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประถมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

วันเพ็ญ มโนวงศ์.(2550).การรับรู้ประโยชน์ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยหัดเดินของมารดา.(พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

ใจคำ ตาปัญญา. (2556). การประดิษฐ์ของเล่นพื้นบ้านล้านนา.สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา เข้าถึงเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2556, จาก

<http://www.youtube.com/watch?v=ciDZ57xEPhY>

Kimmatic. (2556). พัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัย เข้าถึงเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2556

จาก : <http://www.bloggang.com/viewdiary.php?id=kimmatic&month>

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ตำบลป่าโปง

อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน

The Effectiveness of the Application of the Health Education and
Health Promotion Behavioral Development Program
for the Karen Hill Tribe Elderly, Pa Pong Sub-District,
Sop Moei District, Mae Hong Son Province

ธวัช บุญยmani¹ ตะวัน บุญเชื้อ¹ พรรณนิภา บุญยmani¹
เนาวรัตน์ ศรีประดับไพโร¹ และอภิสมัย สุกุลกระจ่าง¹

Thawat Boonyamanee,¹ Tawan Boonseur,¹ Phannipha Boonyamanee,¹
Naowarat Sripradapphrai,¹ and Aphisamai Sakulkrajang¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง ประชากรเป็นผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ตำบลป่าโปง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพด้วยภาษาปกากะญอ ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อ การสาธิต กิจกรรมเสริมพลัง กิจกรรมกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

คำสำคัญ : ชาวเขาเผ่าปกากะญอ โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The purpose of this research is to study the effectiveness of the application of the health education and health promotion behavioral development program for the elderly by comparing knowledge of health promotion and health promotion behavior of the Karen hill tribe elderly before and after participating in the health promotion program. This research is a quasi-experimental research with one group pretest-posttest design. The sample group of 42 persons is purposive sampling from a population group of Karen hill tribe elderly in Pa Pong Sub-District, Sop Moei District, Mae Hong Son Province. The health education and health promotion behavioral development program in Karen language distributed to the sample group comprises of medias with narrations, demonstrations, power activities, group activities and home visits by village health volunteers. The questionnaires are given to the elderly before and after tests. The statistics applied for data analysis include frequency, mean, standard deviation, and paired t-test. The findings indicate that knowledge of health promotion of Karen hill tribe elderly before and after tests is statistical significant difference at the level of $<.01$ and health promotion behavior of Karen hill tribe elderly before and after tests is statistical significant difference at the level of $<.01$.

Keywords : Karen Hill Tribe, Health Education and Health Promotion Behavioral Development Program

¹ Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้สูงอายุได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ กลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจมากทั้งในระดับชาติและในระดับโลก เพราะมีผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งในระดับมหภาคและจุลภาค โดยเฉพาะด้านการเงินและด้านสุขภาพ จากการสำรวจประชากรไทยปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้สูงอายุ 10,014,699 คน หรือร้อยละ 15.38 ของประชากรไทยทั้งหมด 65,124,716 คน และจากการคาดการณ์ทางประชากรศาสตร์การเพิ่มของประชากรสูงอายุจะเร็วขึ้นโดยคาดว่าในปีพ.ศ.2563 จะมีประชากรสูงอายุ 12,620,340 คน และ พ.ศ. 2568 จะมีประชากรสูงอายุ 15,125,900 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเป็นโรคเรื้อรังและมีความรุนแรงของโรคมมากกว่ากลุ่มวัยอื่น อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลควบคุมโรคเรื้อรังในอดีต โรคเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ โรคไตวาย ตาบอด โรคหัวใจอัมพาต หรือเสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน เป็นต้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557)

จากสถานการณ์ดังกล่าวย่อมส่งผลให้อัตราการรับบริการผู้ป่วยในที่เป็นผู้สูงอายุและค่ารักษาพยาบาลของกองทุนหลักประกันสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีซึ่งหากยังไม่มียุทธศาสตร์ป้องกันปัญหา สุขภาพที่ดีอาจทำให้ประเทศต้องสูญเสียเงินไปกับค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังนั้น การส่งเสริม สุขภาพและการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการให้มีประสิทธิผล

จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีประชากรทั้งหมด 248,981 คน เป็นผู้สูงอายุ 27,599 คน ในส่วนของอำเภอสบเมย มี 7 ตำบล รวมประชากรทั้งหมด 35,270 คน และเฉพาะในเขตตำบลป่าโป่ง มีประชากรทั้งหมด 4,977 คน เป็นผู้สูงอายุ 341คน แบ่งเป็นเพศชาย 173 คน หญิง 168 คน (สำนักบริหารการทะเบียนจังหวัด กรมการปกครอง, 2558)

ตำบลป่าโป่งเป็นตำบลที่มีชาวเขาเผ่าปกากะญออาศัยอยู่โดยตั้งหมู่บ้านอยู่กลางหุบเขาและยังเป็นพื้นที่ชนบทที่ยังมีความกันดารโดยส่วนใหญ่แล้วชาวบ้านยังยึดถือวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมทั้งภาษาและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ อาหารการกิน และเครื่องครัดในเรื่องประเพณีที่สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ชาวบ้านใช้ชีวิตแบบเรียบง่ายอยู่แบบพอเพียง โดยการปลูกข้าว ปลูกพืชผักกินเอง ชาวบ้านส่วนใหญ่ ที่อยู่ในหมู่บ้านจะพูดและเขียนภาษาไทยไม่ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องใช้ภาษาปกากะญอในการสื่อสาร มีเพียงวัยรุ่นและวัยเด็ก ที่สามารถพูดและเขียนภาษาไทยได้ เนื่องจากมีโอกาสได้เรียนหนังสือ แต่เมื่อเรียนจบลูกหลานต้องไปทำงานและไปแต่งงานที่อื่น จะกลับมาบ้านก็ต่อเมื่อมีงานเทศกาลต่างๆ ชาวบ้านจึงใช้ชีวิตแบบเดิมๆ

การที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาไทยส่งผลต่อประสิทธิภาพการรับรู้ความรู้หรือรับข่าวสารจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆที่เป็นภาษาไทย รวมทั้งสื่อ แผ่นพับ โปสเตอร์และการให้สุขศึกษาของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าโป่งด้วย ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของสุขภาพ และขาดความสนใจและความเอาใจใส่ต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างจริงจัง ดังนั้น ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้และศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ตำบลป่าโป่ง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอนโดยใช้ภาษาปกากะญอ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสรับรู้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอด้วยการใช้ภาษาปกากะญอ โดยทำการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดสองครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ชาวเขาเผ่าปกากะญอในเขตตำบลป่าโป่ง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลป่าโป่ง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีขั้นตอนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1) พิจารณาตำบลในอำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีชาวเขาเผ่าปกากะญอ ได้แก่พื้นที่ตำบลป่าโป่ง

2) เลือกหมู่บ้านตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเพื่อเลือกหมู่บ้าน 2 หมู่บ้าน จากตำบลป่าโป่งทั้งหมด 7 หมู่บ้าน คือ บ้านป่าโป่ง บ้านกองแปเหนือ บ้านต้นจ้าวเหนือ บ้านห้วยหมูเหนือ บ้านแม่ลายจอลา บ้านห้วยเหี้ยะ และบ้านห้วยกึ่ง ได้หมู่บ้านในการวิจัย คือ บ้านแม่ลายจอลา และบ้านห้วยกึ่ง

3) เลือกผู้สูงอายุที่สมัครใจและมีคุณลักษณะของประชากรตามเกณฑ์ ดังนี้

- มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
- สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมได้ทุกครั้ง
- ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด
- เป็นชนเผ่าชาวปกากะญอ อ่านหนังสือภาษาไทยไม่ออกและเขียนไม่ได้

ได้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 กิจกรรมการบรรยายประกอบสื่อเพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการไปเยี่ยมเยียนแนะนำ กระตุ้น และการติชมการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 3 ถึง 5 โดยกลุ่มทดลองทุกคนจะได้รับการเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 ครั้ง ตามคัมละแวกบ้านที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับผิดชอบ

1.3 วิดีทัศน์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง

1.4 เอกสารแผ่นพับ เรื่อง ทำออกกำลังกายด้วยยางยืดสำหรับผู้สูงอายุ

1.5 สาธิตการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ หนี้สิน ที่พักอาศัย แหล่งได้รับความรู้ทางสุขภาพ และภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบปรนัยชนิด 2 ตัวเลือก (ใช่, ไม่ใช่) เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ เป็นแบบประเมินค่า มีมาตรวัด 3 หน่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำ = 2 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย = 0 คะแนน

ข้อความที่แสดงการปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำ = 0 คะแนน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 1 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติเลย = 2 คะแนน

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเบื้องต้นจากการประเมินผลการดำเนินงานอบรมผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ป่าโป่ง อำเภอสบเมย จังหวัด แม่ฮ่องสอน รวมทั้งศึกษา ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการวิจัย เพื่อนำมา กำหนดเนื้อหาและกิจกรรม ในโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย การบรรยายประกอบวีดิทัศน์และเอกสารแผ่นพับ การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การเสริมพลัง กิจกรรมกลุ่ม การสาธิต เพื่อให้เกิดความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 แผนการประชุมกลุ่ม โดยได้ศึกษาแนวคิดในการประชุมกลุ่ม เพื่อนำมาประยุกต์ ในการจัดทำแผนการประชุม โดยมุ่งเน้นให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

1.3 กิจกรรมการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยกำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุคนละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3-5

1.4 กิจกรรมการสร้างพลัง กิจกรรมกลุ่ม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื้อหาเน้นการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการส่งเสริมสุขภาพ

1.5 วิดีทัศน์ เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง นำมาจาก

รศ.ดร.เจริญ กระบวนรัตน์ ภาควิชาพลศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เวลาประมาณ 20 นาที โดยมีการบรรยายประกอบด้วยวาจาเป็นภาษาปกากะญอ

1.6 เอกสารแผ่นพับ เรื่อง ทำออกกำลังกายด้วยยางยืดสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเอกสารแผ่นพับนี้ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเอง โดยได้ศึกษาถึงการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีการบรรยายประกอบด้วยวาจาเป็นภาษาปกากะญอ

2. แบบสัมภาษณ์

2.1 ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ของ (ไพฑูริย์ ดารา, 2551) และศึกษาทฤษฎี เอกสารคู่มือวิชาการและผลงานวิจัยเกี่ยวข้อง นำมาดัดแปลงเครื่องมือให้ครอบคลุมตามประเด็นที่ต้องการวัดในแต่ละตัวแปร

2.2 กำหนดขอบเขต โครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี

2.3 สร้างข้อคำถามตามโครงสร้าง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

2.4 ตรวจสอบคุณภาพ ของแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา การใช้ภาษา ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม

2.5 ทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับผู้สูงอายุ ตำบล กองแปเหนือ อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 30 คน

2.6 การหาคุณภาพของเครื่องมือ คือ แบบวัดความรู้หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .72 และแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพหาค่าความเชื่อมั่นได้ เท่ากับ .94

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าโปงและองค์การบริหารส่วนตำบลป่าโปง อำเภอสบเมย จังหวัดแม่ฮ่องสอนเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

1.2 ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่

1.3 ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อความร่วมมือในการวิจัย

1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ในการดำเนินการเช่นคอมพิวเตอร์วีดิทัศน์ และวัสดุสาธิต

2. ขั้นก่อนการทดลอง

1. เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Pre-test) ในกลุ่มทดลองจำนวน 42 คน โดยนักวิจัยที่เป็นชาวเขาเผ่าปกากะญอ เพื่อทดสอบความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรม

3. ขั้นทดลอง

ทำการให้ความรู้กลุ่มทดลองตามโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในทุกขั้นตอนจะดำเนินการโดยนักวิจัยและวิทยากรด้วยภาษาปกากะญอ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพใช้เวลาประมาณ 15 นาที

1) กล่าวคำทักทายสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินงานและปฏิบัติตนของกลุ่มผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินกิจกรรมใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

จัดกิจกรรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ฐาน

ฐานที่ 1 มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผลดีของการตรวจสุขภาพประจำปีและเนื้อหาเกี่ยวกับด้านการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกร ให้คำปรึกษากับบุคคลทั้งภายในและภายนอกครอบครัว

ฐานที่ 2 การพัฒนาทางจิตวิญญาณทำสมาธิฟังธรรมสร้างอารมณ์ขึ้น สร้างจินตนาการ แส่นสุขและการจัดการความเครียด

ฐานที่ 3 มีเนื้อหาเกี่ยวกับกิจกรรมด้านร่างกายโดยมีการสาธิตการออกกำลังกาย การใช้ยาดยบริหารร่างกายที่ถูกต้องเหมาะสม และให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของผู้สูงอายุโดยนำพืชผักผลไม้ที่มีอยู่ในชุมชนมาตัวอย่างเพื่อที่จะสามารถนำพืชผักเหล่านี้มาปรุงเป็นอาหารที่มีประโยชน์ได้

ขั้นตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกิจกรรมกลุ่มใช้เวลาประมาณ 35 นาที

1. สรุปเนื้อหาโดยใช้การพูดคุย

2.ถามตอบแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ พร้อมมอบของรางวัล

3. เปิด VDO ประมวลภาพจากการทำงานกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด

4.ประชุมกลุ่มทบทวนความรู้ ปัญหา อุปสรรค

4. ขั้นตอนหลังการทดลอง

ดำเนินกิจกรรม การออกติดตามและเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำกลุ่มตัวอย่าง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบในละแวกบ้าน จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3-5 รวมเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และในสัปดาห์ที่ 7 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Post-test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	n	.	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มตัวอย่าง						
ก่อนการทดลอง	42	7.71	1.84	-10.681	41	<.001
หลังการทดลอง	42	11.33	1.24			

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 7.71 และผู้สูงอายุภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 11.33 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีความรู้หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรม	n	.	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มตัวอย่าง						
ก่อนการทดลอง	42	34.81	5.85	-14.120	41	<.001
หลังการทดลอง	42	49.29	4.57			

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 34.81 และภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 49.29 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพก่อนและ ภายหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $< .01$

สรุปและอภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

ประเด็นนี้เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะว่าการจัดโปรแกรมครั้งนี้มีกิจกรรมที่หลากหลายทั้งการบรรยาย การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ภาษาปกากะญอ ทำให้สามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจต่อเนื้อหาสาระต่างๆ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน เมื่อเทียบเคียงข้อค้นพบนี้นี้กับงานวิจัย

ในผู้สูงอายุชาวไทยทั่วไป พบว่ามีความสอดคล้องกัน เช่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพฑูรย์ ดารา (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพหลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่า

ปกากะญอก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$

ประเด็นนี้เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้จะเป็นเพราะว่าการจัดโปรแกรมครั้งนี้มีการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพด้วยภาษาปกากะญอ และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำให้ผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบเคียงข้อค้นพบบนกับงานวิจัยในผู้สูงอายุชาวไทยทั่วไป พบว่ามีความสอดคล้องกัน เช่น งานวิจัยของ ปิ่นนเรศ กาศอุดม (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยศึกษาในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพฑูรย์ ดารา (2551) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากสรุปและอภิปรายผลจะเห็นได้ว่าโปรแกรมนี้มีผลทำให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าปกากะญอเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีชาวเขาเผ่าปกากะญอหรือชนเผ่าอื่นๆ ควรใช้ภาษาถิ่นในการให้ความรู้และใช้วิธีการหรือกิจกรรมที่หลากหลายแก่กลุ่มเป้าหมาย เพราะจะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาของสาระของข้อมูลข่าวสารที่ให้อย่างถูกต้องและชัดเจน นอกจากนั้น ควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริงต่อไป

บรรณานุกรม

ปิ่นนเรศ กาศอุดม.(2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.จันทบุรี.

ไพฑูรย์ ดารา.(2551). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดสระบุรี. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มุลินนิสถานวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2559, จาก <http://thaitgri.org/?p=36746>

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). ประชากรสูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต. เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2559, จาก https://www.m-society.go.th/article_attach/13225/17347.pdf

สำนักบริหารการทะเบียนจังหวัด กรมการปกครอง. (2558). ประชากรจังหวัดแม่ฮ่องสอน. เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2559, <http://www.mhso.moph.go.th/mhs/index.php/2012-12-27-07-26-41/2012-12-27-07-27-58/15-peopledata>

ประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวม
ณ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร
Cancer patients' experiences of taking herbal medicines and
Arokhayasala holistic treatment, Khampramong temple, Sakon Nakhon
in Thailand: a qualitative study

เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล¹
Benjawan Poonthananiwatkul¹

บทคัดย่อภาษาไทย

อโรคยศาล วัดคำประมง (ชื่อเป็นทางการว่า โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานด้านมะเร็ง สกลนคร) เป็นสถานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้การแพทย์องค์รวม ซึ่งประกอบด้วยการศึกษาธรรม ฝึกสมาธิ การสวดมนต์ ดนตรีบำบัด การคุมอาหาร ชีงงและการใช้ยาสมุนไพร ยาสมุนไพรที่ใช้นั้นมีฤทธิ์ยับยั้งเซลล์มะเร็งในท้องปฏิบัติการแต่ยังมีการศึกษาทางคลินิกค่อนข้างน้อย วัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวมของอโรคยศาล วัดคำประมง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษา ณ อโรคยศาล วัดคำประมง ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ 5 มกราคม 2556 จนถึง 31 สิงหาคม 2557 กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบเจาะจงเพื่อเข้าสัมภาษณ์กับผู้วิจัยตัวต่อตัวโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) หลังจากอาสาสมัครรับการรักษาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ผลการศึกษา พบว่า มีอาสาสมัคร 32 คนเข้ารับการรักษาอย่างสมัครใจ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ แบ่งเป็นประเด็นใหญ่ๆ 3 ประเด็น ดังนี้ 1) ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพหลังจากใช้ยาสมุนไพร พบว่า 27 คน ระบุว่าสมุนไพรสามารถบรรเทาอาการของโรคมะเร็งได้ เช่น จุกเสียดแน่นท้อง ปวด และ 22 คน ได้รับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาสมุนไพร เช่น ปวด คลื่นไส้ อาเจียน และพบว่าเมื่อรับประทานยาสมุนไพรไปเรื่อยๆ อาการดังกล่าวจะหายไป 2) ทศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพร ทุกคนมีทศนคติที่ดีและเชื่อมั่นในยาสมุนไพร และยิ่งเชื่อว่าการรักษาแบบองค์รวมจะสามารถควบคุมอาการของโรคมะเร็งได้ 3) การเปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิตต่อโรคมะเร็งและการใช้ชีวิต พบว่า 24 คนยอมรับที่จะอยู่กับมะเร็งและอาการของโรค

คำสำคัญ: อโรคยศาล, วัดคำประมง, มะเร็ง, สมุนไพร, การรักษาแบบองค์รวม

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Arokhayasala is a hospital sited in Khampramong Buddhist temple in Thailand which provides treatment for cancer patients using a combination of complementary and alternative medicines (CAM). This treatment includes reading, listening to, meditating and chanting of Dharma (holy books), music and laughing therapy, adopting a vegetarian diet, practising Thai qi-gong (breathing exercises) and taking Thai herbal medicines. There is some evidence that Thai herbal medicines have anti-cancer properties on cancer cells in the laboratory but there is little evidence of their effect on patients and clinical trials. The aim of this study was to explore the experiences and attitudes of cancer patients about their use of Thai herbal medicines and the combination of CAM treatments at Arokhayasala. **Methods:** Participants were patients who were resident and receiving cancer treatment at Arokhayasala between 5th January 2013 and 31st August 2014. They were purposively sampled for face-to-face semi-structured interviews and were interviewed by the researcher at the temple. **Results:** 32 participants were interviewed. Three main themes were identified. Firstly, effects on physical health: both improvements in physical health (n=27) such as relief of dyspepsia and pain, and side effects (n=22) such as pain, nausea and vomiting, were reported. Some participants experienced side effects only at the start of their treatment but later on they found that their health improved with time. Secondly, attitudes towards taking herbal medicines: participants reported a positive attitude and believed that herbal medicines and the CAM treatments helped them cope with their cancer. Finally, a change in perspective of life and living with cancer: 24 participants reported that they could accept their illness and viewed their life differently.

Key words: Arokhayasala, Wat Khampramong, Cancer, Heabs, CAM treatment

¹ Sirindhorn College of Public Health, Yala

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อโรคยศาล (หรือ วัดคำประมง) เป็นวัดตามศาสนาพุทธในประเทศไทยที่ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเป็นจำนวนมากด้วยวิธีการรักษาแบบผสมผสาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาแผนปัจจุบัน หรือเรียกว่า การรักษาแบบองค์รวม อโรคยศาลตั้งอยู่ที่อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย ซึ่งถูกจัดตั้งขึ้นเมื่อปี 2548 ในลักษณะของสถานอภิบาลพักฟื้นผู้ป่วยมะเร็งด้วยยาสมุนไพร การรักษาผู้ป่วยมะเร็งในรูปการรักษาแบบผสมผสาน ได้แก่ การทำสมาธิ การสวดมนต์ภาวนา การใช้ยาสมุนไพร การฝึกการหายใจ การควบคุมอาหารและการรักษาด้วยเสียงดนตรี วิธีการรักษาแบบองค์รวมเหล่านี้ได้จัดขึ้นเพื่อมุ่งมั่นที่จะรักษาผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิดที่มารับการรักษาที่อโรคยศาล โดยเจ้าอาวาส ทีมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาและอื่นๆ (วัดคำประมง, 2016) ผู้ป่วยมะเร็งได้รายงานว่าได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยวิธีการนี้ แม้ว่าจะยังไม่มีผลวิจัยยืนยันทางคลินิก (Poonthananiwatkul et al, 2015: 104) การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวม ณ อโรคยศาล วัดคำประมง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวมของอโรคยศาล วัดคำประมง

ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่วิจัย: อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่สามารถพูดภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่อโรคยศาล วัดคำประมงในช่วงที่เก็บข้อมูลวิจัย มีทั้งหมด 286 คน ผู้ป่วยจะถูกคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยพิจารณาจากผลการใช้ยาสมุนไพรของอโรคยศาล วัดคำประมง (แบบสัมภาษณ์) และทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรทั่วไป (แบบประเมินทัศนคติ) (Poonthananiwatkul et al, 2016: 261) ผู้วิจัยมีเจตนาจะสุ่มตัวอย่างจากระดับทัศนคติของผู้ป่วยและผลของการใช้ยาสมุนไพรของวัดคำประมง รายละเอียดดังตารางที่ 1 จะเห็นว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพรทั่วไปเลย

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

ผลของการใช้ยาสมุนไพร ณ อโรคยศาล วัดคำประมง	ทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรทั่วไป (ข้อมูลจากแบบสอบถาม)		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ได้รับประโยชน์	0 (0)	6 (59)	6 (151)
ได้รับอาการไม่พึงประสงค์	0 (0)	5 (5)	5 (14)
ไม่ได้รับประโยชน์และไม่ได้รับอาการไม่พึงประสงค์	0 (0)	5 (18)	5 (39)
รวม	0	16 (82)	16 (204)

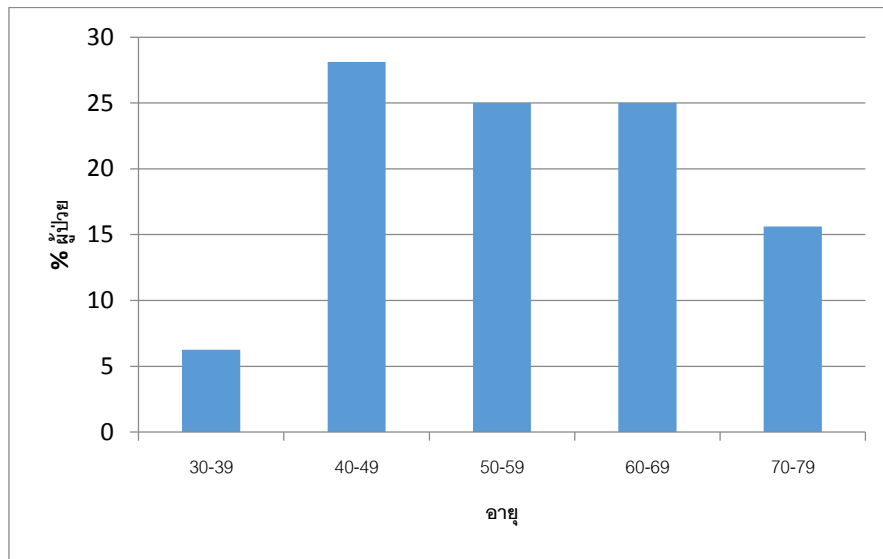
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง: งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัยจากมหาวิทยาลัยเรตติ้ง คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา นอกจากนี้ยังได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลจากเจ้าอาวาสวัดคำประมง และอาสาสมัครทุกคนได้เซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บข้อมูล: ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับผู้ป่วยและแจกเอกสารเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายตอบข้อสงสัย หลังจากผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะนัดวันเวลาเพื่อสัมภาษณ์ผู้ป่วย ณ หอพักผู้ป่วย อโรคยศาล วัดคำประมง หลังจากผู้ป่วยได้รับยาสมุนไพร อโรคยศาล วัดคำประมง อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 20-30 นาที เก็บข้อมูลตั้งแต่ 5 มกราคม 2556 จนถึง 31 สิงหาคม 2557 สำหรับทุกการสัมภาษณ์จะมีการบันทึกเสียง และนำถอดเทปคำต่อคำเป็นภาษาไทยโดยปกปิดชื่อผู้รับการสัมภาษณ์ สำหรับข้อมูลที่ได้จะถูกวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ N-Vivo v.10

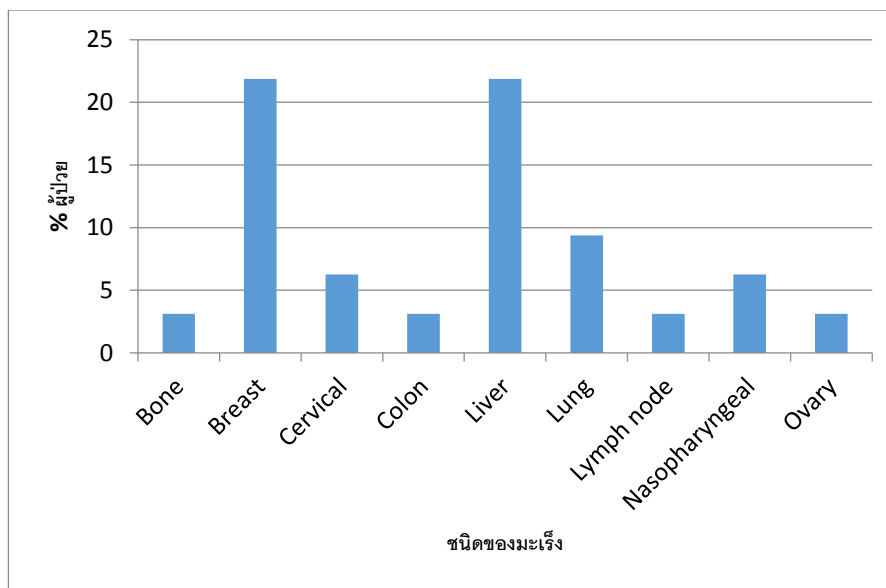
ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล: บทสัมภาษณ์ที่ได้จะนำมาลงรหัสและจับประเด็นหลังจากถอดเทป โดยมีวิธีดำเนินการ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) อ่านและทำความเข้าใจและจับประเด็น (familiarisation) 2) ให้รหัสข้อมูล (generating coded) 3) แยกแยะและจัดกลุ่มข้อมูล (searching for themes) 4) เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อหาแบบแผนและความหมาย (reviewing themes) 5) หาข้อสรุปที่เป็นสาระหลัก (defining and naming themes) โดยขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ คือ อ่านทำความเข้าใจหลายๆรอบเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยกับข้อมูล และดำเนินการตามวิธีของ Burnard (Burnard, 1991: 144-146) จากนั้นมีการตรวจสอบขั้นตอนการลงรหัสข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน ช่วยอ่านและระบุรหัส (Coding) (Burnard, 1991: 144-146) บทสัมภาษณ์ 3 คนที่ได้จากการสุ่มจะถูกนำมาเปรียบเทียบการลงรหัสระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีความสอดคล้องกันของการลงรหัส คิดเป็นร้อยละ 85.2 ขั้นตอนถัดไป คือ การจัดประเด็นหลัก (theme) โดยการจัดกลุ่มข้อมูลระบุชื่อประเด็นหลัก และนำเสนอข้อมูล ข้อมูลอิมตัวหลังจากวิเคราะห์ข้อมูล 32 คน

ผลการศึกษา

อาสาสมัครจำนวน 32 คนถูกสุ่มเพื่อมาสัมภาษณ์ (ดูตารางที่ 1) พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี (28%) และส่วนใหญ่ป่วยด้วยมะเร็งเต้านม (22%) และตับ (22%) ดังรูปที่ 1 และ 2



รูปที่ 1 ร้อยละของอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ



รูปที่ 2 ร้อยละของอาสาสมัครที่ป่วยเป็นมะเร็งชนิดต่างๆ

ผลจากการวิเคราะห์ประเด็น (thematic analysis) พบว่า มี 3 ประเด็นหลักที่อธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งต่อการใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวมของอโรคยศาลวัดคำประมง ได้แก่ 1) ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพหลังจากใช้ยาสมุนไพร 2) ทักษะที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพร 3) การเปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิตต่อโรคมะเร็งและการใช้ชีวิต

1) ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพหลังจากใช้ยาสมุนไพร

1.1 ได้รับประโยชน์จากการใช้ยาสมุนไพร อโรคยศาล วัดคำประมง

ผู้ป่วยจำนวน 27 คน (84.4%) รายงานว่า ได้รับประโยชน์หลังจากได้รับยาสมุนไพร อโรคยศาล วัดคำประมง อาการที่ผู้ป่วยระบุว่าดีขึ้น ได้แก่ ลดอาการจุกเสียดแน่นท้อง (n=8) ลดอาการปวด (n=7) บรรเทาอาการท้องผูก (n=6) เจริญอาหารมากขึ้น (n=4) นอนหลับดีขึ้น (n=4) มีแรงมากขึ้น (n=3) อาการชาปลายนิ้วน้อยลง (n=2) ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง (n=2) ลดอาการปวดศีรษะ (n=2) ตัวเหลืองตาเหลืองลดลง (n=1) หายใจสะดวกขึ้น (n=1) การอักเสบของแผลลดลง (n=1) จากอาสาสมัครทั้งหมด 32 คน มี 12 คน ที่ได้รับเคมีบำบัดและ/หรือการฉายแสงก่อนเข้ารับการรักษาตัว ณ อโรคยศาล วัดคำประมง และพบว่า 6 คน มีอาการดีขึ้นจากอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับเคมีบำบัดหรือการฉายแสง เช่น ปลายมือปลายเท้าชา ปวดมากขึ้น ไม่เจริญอาหาร

“...เอ็นที่คอรู้สึกว่ ตึงน้อยลง...ลุงหันได้แล้ว แต่ก่อนหันแล้วปวดมาก..” (ผู้ป่วยคนที่ 4)

“...อาการของผมน้อยๆดีขึ้น...ตอนแรกๆ ผมรู้สึกเหนื่อยง่ายและไม่มีแรงที่จะเดิน ขนาด 50 เมตรยังไม่มีแรงเลย...ตอนนี้เหอมีแรงแล้วนะ พยายามเดินเรื่อยๆ ทุกวัน ตอนนีไม่ต้องหยุดพักเหนื่อย ผมรู้สึกว่า ผมแข็งแรงขึ้น สามารถไปเข้าร่วมกิจกรรมของโรได้...บางวันผมเป็นผู้นำสวดมนต์ด้วยนะ...” (ผู้ป่วยคนที่ 21)

1.2 ได้รับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาสมุนไพร อโรคยศาล วัดคำประมง

ผู้ป่วยจำนวน 22 คน (68.8%) ได้รับอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างที่ได้รับยาสมุนไพร อโรคยศาล วัดคำประมง มีผู้ป่วยจำนวน 11 คน ได้รับอาการไม่พึงประสงค์จากการต้มยาอดมะเร็งหม้อแรก และผู้ป่วย 2 คนมีอาการดังกล่าวเป็นประจำ แต่อาการดังกล่าวได้หายไปหลังจากรับประทานยาสมุนไพรหม้อที่ 3 โดยเฉลี่ยผู้ป่วย 1 รายจะได้รับยาอดมะเร็งสำหรับรักษา มะเร็ง 15-20 หม้อในแต่ละรอบ และ 1 หม้อจะรับประทานได้ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาวุโสที่พักรักษาตัวที่วัดคำประมงยาวนานที่สุด คือ 3 ปี และเคยรับประทานมาแล้ว จำนวน 250 หม้อ

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นสำหรับยาหม้อแรก ได้แก่ อาการปวด (n=7) เมื่อยล้า (n=4) ไม่เจริญอาหาร (n=3) ท้องเสีย (n=3) คลื่นไส้อาเจียน (n=2) ท้องอืดท้องเฟ้อ (n=2) นอนไม่หลับ (n=2) ไอ (n=1) ผื่น (n=1) ไข้ (n=1) มึนงง (n=1) หูอื้อ (n=1) แต่หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาต่อเนื่อง อาการเหล่านั้นหายไป หรือบางรายเปลี่ยนรูปแบบยา (dosage form) เช่น จากรูปแบบยาน้ำเป็นแคปซูล อาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยหายไป

“...ตั้งแต่ได้รับยาหม้อแรก รู้สึกว่า ถ่ายบ่อยช่วงแรกนะ หลังจากนั้นอาการแน่นท้องก็ค่อยๆดีขึ้น อาการเมื่อยแขนขาที่มีในช่วงแรกเหมือนกัน...” (ผู้ป่วยคนที่ 10)

ผู้ป่วยจำนวน 10 คนที่ได้รับอาการไม่พึงประสงค์ตลอดเวลาที่ได้รับการรักษา ณ อโรคยศาล วัดคำประมง อาการไม่พึงประสงค์นั้น ได้แก่ อาการปวด (n=10) คลื่นไส้อาเจียน (n=7) ไอ (n=5) นอนไม่หลับ (n=5) ระบายเคืองผิวหนัง (n=3) เมื่อยล้า (n=2) ท้องอืดท้องเฟ้อ (n=2) ไข้ (n=2) แน่นท้อง (n=2) มึนงง (n=1) ปวดศีรษะ (n=1) ท้องเสีย (n=1) หัวใจเต้นเร็ว (n=1)

“...ป่าไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เพราะป่าเหนื่อย เดินไกลไม่ได้ เดินแล้วเวียนหัวมีนงกินอาหาร กินน้ำก็ไม่ได้ หัวก็ปวด กลางคืนก็นอนไม่หลับ...” (ผู้ป่วยคนที่ 17)

อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ยาสมุนไพร เช่น อาหารที่รับประทาน อุณหภูมิ กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำ วิธีการรับประทานยาสมุนไพร และระยะของมะเร็ง ในช่วงที่รักษาตัวที่โรครยะกลาง วัดค่าประมง ผู้ป่วยเองพยายามเรียนรู้สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และหลีกเลี่ยงสาเหตุอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยบางรายรับประทานข้าวเหนียว เห็ด หน่อไม้ เกิดอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องเวลากลางคืน ผู้ป่วยก็จะพยายามไม่ทานอาหารเหล่านั้น กรณีอากาศหนาวเย็น ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งไอบามาก ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กรณีผู้ป่วยที่ค่อนข้างแข็งแรง ยกของหนัก ปลูกต้นไม้ หรือทำอาหารด้วยตัวเอง สาเหตุเหล่านี้ส่งผลต่อการไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยมะเร็งได้

“ทุกครั้งที่ฉันกินเห็ด ดึกๆ ...มักจะมีอาการปวดท้อง นอนไม่ได้ ฉันก็เลยไม่กินเห็ด กินอย่างอื่นแทน อาการปวดท้องกลางคืนก็ไม่มีนะ...” (ผู้ป่วยคนที่ 8)

“...ผมจะไอบามากเวลาอากาศหนาว คนอื่นเค้าไม่ไอบ อาจจะเพราะผมป่วยเป็น (มะเร็ง) ปอด ยิ่งกลางคืนไม่ต้องพูดถึง หายใจไม่ออก บางครั้งถ้าเป็นมาก เจ็บหน้าอก นอนไม่หลับนะ...ถ้าไอบามาก ก็มีอาการปวดท้องด้วย...” (ผู้ป่วยคนที่ 32)

2. ทักษะที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพรที่สั่งจ่ายที่โรครยะกลาง วัดค่าประมง

แม้ว่าอาสาสมัครจะไม่ได้รับประโยชน์จากการใช้ยาสมุนไพรในช่วงแรก อาสาสมัครยังคงใช้ยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะอาสาสมัครมีความเชื่อมั่นและศรัทธาในศาสนา อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นเกิดขึ้นไม่นาน และเชื่อมั่นในยาสมุนไพร

“ฉันคิดว่ายาสมุนไพรนั้นดี และการสวดคาถาก่อนรับประทานยาสมุนไพรนี้สำคัญมาก...สวดเพื่ออะไร...เพื่อสร้างความเชื่อมั่นศรัทธาในยาสมุนไพร...และที่สำคัญฉันเชื่อมั่นและศรัทธาในหลวงตา...” (ผู้ป่วยคนที่ 25)

ผู้ป่วยบางรายยังคงใช้ยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะได้รับอาการไม่พึงประสงค์ พวกเขาคิดว่า ยาสมุนไพรไม่เหมาะสมกับเขาแต่ยังคงใช้อย่างต่อเนื่อง เพราะเขาเชื่อมั่นว่า ยาสมุนไพรจะช่วยยืดอายุของพวกเขาได้

“ฉันคิดว่า ฉันโชคไม่ดีเลยที่อาการยังไม่ดีขึ้น แต่คิดว่า ยาสมุนไพรจะช่วยยืดอายุของฉันได้...ตอนนี้ฉันก็ยังมีอาการปวดนะ บางครั้งก็อาเจียน...” (ผู้ป่วยคนที่ 12)

3. การเปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิตต่อโรคมะเร็งและการใช้ชีวิต

ผู้ป่วยจำนวน 24 คน รายงานว่า พวกเขาได้เปลี่ยนมุมมองชีวิตและต่อโรคมะเร็ง พวกเขายอมรับการเป็นมะเร็งและมีความเครียดน้อยลง ผู้ป่วยพยายามเข้าใจว่าทุกคนต้องตายเมื่อเวลามาถึง ไม่ว่าจะตายด้วยมะเร็งหรือสาเหตุอื่นๆ

“ตอนที่รู้แรกๆว่าเป็นมะเร็ง ลุงคิดว่า ลุงคิดว่าลุงจะต้องตาย หมดอาลัยตายอยากกับชีวิต ต่อมา พอได้มาที่นี่ ก็เข้าใจโลกมากขึ้น อย่างที่หลวงตาท่านสอน คนเราจะต้องตายในวันหนึ่ง ให้อยู่กับปัจจุบัน พยายามอย่าคิดในแง่ลบ..” (ผู้ป่วยคนที่ 22)

ผู้ป่วยคิดในเชิงบวกมากขึ้นและรู้สึกขอบคุณชีวิตที่พวกเขา มี บางคนคิดว่า **พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส** โอกาสที่ได้อยู่ร่วมกับครอบครัว

“ก่อนหน้านี้ ฉันพยายามจะหาเงิน ทำงานหนักเพื่อเลี้ยงครอบครัว และทำในสิ่งที่ฉันอยากทำ ทำให้ไม่มีเวลากับครอบครัวเท่าไร พอมาป่วยเป็นมะเร็ง ฉันถึงรู้ว่าภรรยารักฉันมากขนาดไหน ลูกฉันรักฉันมากขนาดไหน บางทีก็คิดขอบคุณมะเร็งนะที่ทำให้ฉันมีช่วงเวลาที่ดีกับครอบครัว...” (ผู้ป่วยคนที่ 21)

ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะควบคุมอาการปวดจากประสบการณ์ของผู้ป่วยอาวุโส เจ้าอาวาสและจิตอาสา เจ้าอาวาสสั่งสอนธรรมะ และแนะนำให้ฝึกสมาธิโดยการภาวนา “พุท-โธ” พุดซ้ำๆ เพื่อให้จิตสงบและยับยั้งการคิดแง่ลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญหน้ากับความเจ็บปวดที่รุนแรง

อโรคยศาล วัดคำประมงได้จัดกิจกรรมผ่อนคลายให้ผู้ป่วยมะเร็งและญาติผู้ป่วย ได้แก่ การร้องเพลง การเต้นรำ ไทยซึ้ง และการเล่าประสบการณ์ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทางใจให้ผู้ป่วยและญาติ

“..พี่ไม่เคยสวดมนต์เลยนะ (หัวเราะ)...แต่ว่า ชอบร้องเพลง ทำให้พี่ผ่อนคลาย ไม่เครียด..” (ผู้ป่วยคนที่ 31)

ผู้ป่วยคิดว่าบุคคลที่สำคัญที่สุด ณ อโรคยศาล วัดคำประมง คือ **เจ้าอาวาส (หลวงตา)** ซึ่งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย จิตอาสาให้ความเคารพและศรัทธาท่านมาก ผู้ป่วยกล่าวว่า หลวงตาได้ให้ชีวิตใหม่สำหรับพวกเขาจึงเชื่อและทำทุกอย่างที่หลวงตาแนะนำในการรักษา

“หลวงตาบอกให้ผมหยุดใช้ยามอร์ฟิน และให้ใช้พุทโธแทน ผมก็เชื่อหลวงตา ช่วงแรกผมปวดมากแต่ผมก็อดทน ตอนนั้นผมไม่ปวดแล้ว แต่ผมทำต่อเนื่องจนตอนนี้...” (ผู้ป่วยคนที่ 5)

กิจกรรมการเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเป็นการถ่ายทอดความรู้สึก ประสบการณ์ ให้กำลังใจกับผู้ป่วยรายอื่นๆ เป็นช่วงเวลาศึกษาและเรียนรู้วิธีการควบคุมอาการมะเร็งซึ่งกันและกัน เช่น การภาวนาพุทโธ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด

ผู้ป่วยรู้สึกดีต่อ**วิธีการรักษาแบบองค์รวม** ณ อโรคยศาล วัดคำประมง เพราะทำให้สภาวะจิตของผู้ป่วยสงบลง และคิดว่าสถานที่แห่งนี้แตกต่างจากโรงพยาบาลโดยสิ้นเชิง

“..ลุงไม่ชอบบรรยากาศที่โรงพยาบาลเลยนะ เห็นแต่ผู้ป่วยมะเร็งที่อาการหนัก ไม่มีความสุข ..บางครั้งพยาบาลไม่ช่วยเหลือผู้ป่วย คงเพราะงานยุ่ง แต่พอมายู่นี้ ลุงได้เห็นผู้ป่วยที่มีความหวังเจ้าหน้าที่จิตอาสาที่ใจดี...” (ผู้ป่วยคนที่ 29)

ผู้ป่วยชอบความสงบและบรรยากาศรอบๆวัด และพวกเขาเชื่อว่า **สิ่งแวดล้อม**เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลดีต่อความสงบทางด้านจิตใจ

“ป่าขอธรรมชาติ ต้นไม้ ความสงบที่นี่ ทำให้ป่าหายใจ...” (ผู้ป่วยคนที่ 19)

ผู้ป่วยหลายคนคิดว่า แนวทางการรักษาของโรคมะเร็ง วัดคำประมงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง (palliative care) ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษา พบว่ามี 3 ประเด็นหลักที่สามารถอธิบายประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพรและการรักษาแบบองค์รวม ณ อโรคยศาล วัดคำประมง ได้แก่ 1) ผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพหลังจากใช้ยาสมุนไพร 2) ทักษะที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพร 3) การเปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิตต่อโรคมะเร็งและการใช้ชีวิต

จากการศึกษา พบว่า อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยที่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งจากอโรคยศาล วัดคำประมง มีทั้งผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์จากการรักษาและได้รับอาการไม่พึงประสงค์ กรณีผู้ป่วยที่ได้รับอาการไม่พึงประสงค์ อาการมักเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาอดมะเร็งห้มอแรก ซึ่งผู้ป่วยไม่คิดว่า อาการดังกล่าวเป็นอันตรายต่อร่างกายและชีวิต และยังคงเชื่อมั่นในเจ้าอาวาส ศรัทธาใช้ยาสมุนไพรอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับผลดีจากการรักษา ผู้ป่วยคิดว่า ตัวเองไม่ถูกกับยาสมุนไพรที่นี่ และยังคงคิดว่ายาสมุนไพรที่รับประทาน มีส่วนช่วยในการยืดอายุของตัวเองได้

วิธีการรักษาของอโรคยศาล วัดคำประมง ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองการใช้ชีวิตในทางที่ดีขึ้น ทำให้เข้าใจชีวิตมากขึ้นว่า ไม่มีใครไม่ตาย มะเร็งเป็นเพียงสัญญาณเตือนว่าชีวิตเราไม่ได้ยืนยาว อย่ายังชีวิตอยู่อย่างประมาท การภาวนาพุทธโธเพื่อบรรเทาอาการปวดสามารถช่วยลดอาการอักเสบของมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่มั่นคงหนักแน่นขึ้น ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดีมากขึ้น พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส คิดว่าเป็นช่วงเวลาที่ได้อยู่กับคนที่รัก คนในครอบครัว ตลอดจนเจ้าอาวาส เจ้าหน้าที่ยุติธรรมให้การดูแลแบบเมตตาธรรม เป็นสังคมที่เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การควบคุมอาหาร ธรรมชาติบำบัด ยาสมุนไพร การออกกำลังกายและการฝึกจิต ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายๆการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเริ่มรักษาตัวเองโดยใช้การแพทย์แบบผสมผสานด้วยตนเอง (Poonthananiwatakul et al, 2016: 264; Mclay et al, 2012: 818; Wong et al, 2010: 358, Molassiotis et al, 2006: 37; Piamjariyakul et al, 2010; 390, Watt et al, 2012: 256) และพบว่า ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจจากการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบองค์รวม (Tautz et al, 2012: 3135, Poonthananiwatkul, 2015: 62) รวมถึงผลการรักษาด้วยยาสมุนไพร ณ อโรคยศาล วัดคำประมง จังหวัดสกลนคร (Poonthananiwatkul et al, 2015: 105)

บรรณานุกรม

- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nursing Education*, 11(1) 461-466.
- McLay, J., Stewart, D., George, J., Rore, C., Heys, S. (2012). Complementary and alternative medicines use by Scottish women with breast cancer. What why

- and the potential for drug interactions? *European Journal Clinical Pharmacology*, 68 (1) 811–819.
- Molassiotis, A., Panteli, V., Patiraki, E. et al. (2006) Complementary and alternative medicine use in lung cancer patients in eight European countries, *Complement. Therapeutic. Clinincal. Practise*, 12 (1) 34–39.
- Piamjariyakul U., Williams, P., Prapakorn, S., et al. (2010). Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European. Journal Oncology Nursing*, 14 (1) 387–394.
- Poonthananiwatkul, B., Howard, R.L., Williamson, E.M., Lim R.H. (2015). Cancer patients taking herbal medicines: A review of clinical purposes associated factors and perceptions of benefit or harm. *Journal of Ethnopharmacology*, 175 (1), 58-66.
- Poonthananiwatkul, B., Lim R.H., Howard, R.L., Williamson, E.M. (2015). Traditional medicine use by cancer patients in Thailand. *Journal of Ethnopharmacology*, 168 (1), 100-107.
- Poonthananiwatkul, B. Howard, R.L., Williamson, E.M., Lim R.H., (2016). Why cancer patients choose in-patient complementary therapy in palliative care: a qualitative study at Arokhayasala hospice in Thailand. *European Journal of Integrative Medicine*, 8(1), 260-265.
- Tautz, E., Momm, F., Hasenburg, A., Guethlin, C. (2012). Use of complementary and alternative medicine in breast cancer patients and their experiences: a cross-sectional study, *European. Journal Cancer*, 48 (1) 3133–3139.
- Watt, L. Gulati, S., Shaw, N., et al. (2012). Perceptions about complementary and alternative medicine use among Chinese immigrant parents of children with cancer, *Supportive. Care Cancer*, 20 (1) 253–260.
- อโรคยศาล วัดคำประมง. (2550). *สมาธิบำบัดกับการรักษาโรคมะเร็ง* เข้าถึงเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2559, จาก <http://www.khampramong.org/pdf/samati-bumbat.pdf>
-

ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านด้านการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต : กรณีศึกษา หมอเส็ง สิริโสภาสกุล จังหวัดชัยภูมิ

Thai folk wisdom in paralysis treatment in : A case study of mor Seng SirisophasakulChaiyaphumprovince

ยวดี โอฟารวัตร¹ คมสัน แผงฤทธิ์¹ และเจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์¹
YuvadeeOlanwat¹KomsunFanglit¹ and Jadsada Udompittayason¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านหมอเส็ง สิริโสภาสกุล รักษาอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยยาสมุนไพร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านในด้านการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาตใช้การศึกษาโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2558 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2558 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาพบว่า ด้านการรวบรวมองค์ความรู้หมอพื้นบ้านในการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต รูปแบบของผู้ป่วยที่มารักษา ขั้นตอนการรักษาและวิธีการรักษาของหมอ คือ มีการซักประวัติและสังเกตอาการของผู้ป่วย ทำการตรวจร่างกาย การจ่ายยาโดยจ่ายตำรับยาสมุนไพร ให้คำแนะนำและข้อปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและการประเมินผลการรักษา ค่ารักษาและจำนวนของสมุนไพรในตำรับยา ได้รับการขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้านกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิประเภทหมอพื้นบ้านด้านการรักษาด้วยยาสมุนไพรและได้รับหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ด้วยการออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 โดยได้ไปให้ความรู้การใช้ยาสมุนไพรให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกครั้งที่ได้รับเชิญ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะนำไปให้ความรู้กับประชาชนต่อไป แนวทางการศึกษาวิจัยการแพทย์พื้นบ้านพบว่า มีความยินดีและให้ความร่วมมือกับภาครัฐและหน่วยงานต่างๆที่มีความสนใจอยากเข้ามาศึกษาเก็บข้อมูลต่างๆโดยไม่ปิดบังความรู้ และในขณะนี้ไม่มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เพียงหน่วยงานเดียวที่ได้เข้ามาศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลและองค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาไว้ แนวทางการวางแผนพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านหมอพื้นบ้านพบว่า ได้ส่งเสริมการใช้สมุนไพร โดยมีการปลูกสมุนไพรไว้ที่ตนเองอาศัยอยู่ เพื่อให้ผู้ที่สนใจมาศึกษาสมุนไพรและมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคให้กับคนในชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์และสามารถนำไปใช้ให้เป็นที่ยอมรับมากขึ้นจากการศึกษาข้อมูลหมอเส็ง สิริโสภาสกุลพบว่ายังไม่มีผู้มาสืบทอดองค์ความรู้ภูมิปัญญาการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาตของหมอ จึงมีการรวบรวมข้อมูลอย่างมีระบบโดยหน่วยงานภาครัฐ เพื่อเป็นการอนุรักษ์และสืบทอดภูมิปัญญานี้ไว้ให้คงอยู่ร่วมกับวิถีชุมชนและประชาชนทุกระดับ เพื่อใช้ในการดูแลส่งเสริมและรักษาสุขภาพของคนไทยสืบไป

คำสำคัญ : ภูมิปัญญา หมอพื้นบ้าน อัมพฤกษ์ อัมพาต

¹วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This research aims to study folk medicine healer's Seng Sirisophasakul currency treat paralysis. with herbal medicine The purpose is to study the knowledge and wisdom of treating paralysis education through in-depth interviews.The data were collected from September 2016 to late November 2016, analyzed using content analysis the study finds. The comprehensive

knowledge of local healers in treating paralysis that form of patient treatment. Procedures and methods of treatment of a doctor. The history and symptoms of the patient. Perform a physical examination Dispensing by paying herbal drug. Advise and treat patients for treatment and evaluation. The number of treatments and herbal remedies. Folk healers have been registered with the Office of the offense of traditional healers, herbal medicine and traditional healers have been certified by the Thailand Department of Developmental Medicine and Alternative Medicine's certification folk healers (No. 2) Act 2012 by providing knowledge to use herbal medicines to the Provincial Health Office whenever invited. The preliminary data will be used to educate the public. In the study, researchers found that folk medicine. Welcome and cooperate with the government and other agencies with an interest in wanting to come to study storage without hindering knowledge. And while there are divisions in the Ministry of Health. Chaiyaphum Provincial Health Office Only agencies that have come to study. Data collection and knowledge into wisdom. The planned development of folk medicine healers found. To promote the use of medicinal herbs is to grow at their own lives. For those interested to study herbs and educating on the use of herbs to treat disease to people in the community to benefit and can apply to be accepted more.

The study also found that folk healer's Seng Sirisophasakul currency without the knowledge inherited wisdom of the doctors treating paralysis is a systematic collection of data by government agencies. In order to preserve the inherited wisdom to be shared with the community and public life at all levels. Care to promote and maintain the health of Thailand's future.

Key words : folk medicine, paralysis, wisdom

¹Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัมพฤกษ์ อัมพาตหรือโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) จัดว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อย ในขณะนี้ มักพบในวัยกลางคนขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ และเป็นได้ทั้งหญิงและชาย เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงในสมอง กล่าวคือมีการแตก ตีบหรือตันของหลอดเลือดเหล่านี้ ทำให้เนื้อสมองบางส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของร่างกายตายไปและหยุดสั่งงาน จึงทำให้เกิดอาการอัมพาตของร่างกายส่วนนั้นๆขึ้น(สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2553) อัมพฤกษ์ อัมพาตหรือ โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือ สมองขาดเลือด พบประมาณ 70-80% ของผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โรคเลือดบางอย่าง เช่น ภาวะเลือดข้นผิดปกติ เกล็ดเลือดสูง เม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอยู่เป็นเวลานานจะเป็นผลให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็งตัว เกิดการตีบหรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดเกิดอัมพาตตามมาในที่สุด โดยผู้ป่วยเหล่านี้มักมีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมด้วย ประเภทที่สองคือ หลอดเลือดสมองแตก เมื่อเกิดการแตกของหลอดเลือดสมอง ก้อนเลือดจะเบียดดันเนื้อสมองส่วนที่ตีบทำให้เสียหายที่เซลล์สมองทำงานผิดปกติ เกิดอัมพฤกษ์อัมพาตตามมา ภาวะนี้มัก

สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาอยู่เป็นเวลานาน นอกจากนี้ยังเกิดจากความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งยาบางชนิด (ยงชัย นิละนนท์, 2553)

จังหวัดชัยภูมิ มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับหนังสือรับรอง หมอพื้นบ้านจำนวน 95 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านมีหลากหลายแตกต่างกันไป เช่นด้านการรักษาด้วยยาสมุนไพร การรักษาด้วยการนวด การรักษาด้วยการต่อกระดูก การรักษาทางพิธีกรรมและด้านอื่นๆ เป็นต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านด้านการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยตำรับยาสมุนไพร หมอพื้นบ้านที่จะศึกษาคือ หมอเส็ง สิริโสภาสกุล ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยตำรับยาสมุนไพร โดยมีการตรวจวินิจฉัยโรค ประเมินอาการ ทำการรักษาโดยใช้ตำรับยาสมุนไพร มีการให้คำแนะนำผู้ป่วย ติดตามผลการรักษาและเป็นผู้ที่อยู่ในศีลธรรมอันดีตลอดระยะเวลาที่ได้ทำการรักษาผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันนี้ แต่เนื่องจากองค์ความรู้ภูมิปัญญาส่วนใหญ่มักเป็นทักษะและประสบการณ์ที่สะสมมานาน ไม่มีการขีดเขียนบันทึกเป็นตำราอย่างเป็นทางการ ขาดการสืบทอดเพราะองค์ความรู้ที่มีอยู่ก็ยากต่อการทำความเข้าใจของคนรุ่นใหม่ จึงยังไม่มีศิษย์หรือผู้สืบทอดความรู้ต่อจากหมอพื้นบ้านท่านนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงอยากจะทำองค์ความรู้มาจัดเก็บ รวบรวมไว้อย่างเป็นระบบ และนำเอาองค์ความรู้นี้มาเป็นฐานข้อมูลในการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านให้เกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านไทย การนำความรู้จากหมอพื้นบ้านมาเผยแพร่ต่อสาธารณชน นำความรู้มาใช้เป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน และยังเป็นหนทางที่จะทำให้ชุมชนนั้นสามารถพึ่งตนเองในด้านการดูแลสุขภาพได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านในด้านการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาตของ หมอเส็ง สิริโสภาสกุล

วิธีการดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative method) แบบกรณีศึกษาโดยศึกษาหมอเส็ง สิริโสภาสกุล จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่ใช้เกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หมอพื้นบ้านด้านการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต จังหวัดชัยภูมิ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและได้รับหนังสือรับรองหมอพื้นบ้านจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิตั้งแต่รวมทั้งหมดจำนวน 21 คน โดยจำแนกเป็น 3 ประเภท คือ หมอรักษาด้วยการนวด 18 คน หมอรักษาด้วยตำรับยาสมุนไพรและการนวด 1 คน และหมอรักษาด้วยตำรับยาสมุนไพร 2 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposivesampling) ซึ่งเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. มีความรู้ความสามารถในการรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาตด้วยตำรับยาสมุนไพร

2. มีประสบการณ์ในการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี
3. มีผลลัพธ์ในการรักษาเป็นที่ยอมรับ
4. ปัจจุบันยังให้การรักษาและมีผู้มารับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง
5. อยู่ในศีลธรรมอันดีเป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน
6. เป็นผู้ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียน
7. อนุญาตยินยอมให้ข้อมูลอย่างเต็มที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่บ้านหมอเส็ง สิริโสภาสกุล จังหวัดชัยภูมิ โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2558 ถึงวันที่ 31 พฤศจิกายน 2558 มีขั้นตอน ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิพร้อมทำหนังสือขออนุญาตที่จะทำการศึกษาจากผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
2. ติดต่อประสานงานกับหมอพื้นบ้าน (หมอเส็ง สิริโสภาสกุล) และแนะนำตัว ทำความรู้จัก พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับงานวิจัย มีการขออนุญาตที่จะทำการศึกษา
3. การสัมภาษณ์เชิงลึกหมอพื้นบ้าน เน้นการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ และพูดคุยแบบเป็นกันเอง โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการพูดคุยที่ศึกษาตามแนวคำถามการสัมภาษณ์
4. การบันทึกภาคสนาม จดบันทึกจากสิ่งที่สังเกตเห็น เช่น สถานที่ ลักษณะทางสถานภาพ บทสนทนา พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลการศึกษาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การศึกษาครั้งนี้ผู้ทำการศึกษาได้บันทึกภาคสนามไปพร้อมกับการสนทนา
5. ขออนุญาตการบันทึกเทปและถ่ายภาพก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และป้องกันการคลาดเคลื่อนของข้อมูล และดำเนินการถอดเทปหลังจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเสร็จทุกครั้ง

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลหมอพื้นบ้านของหมอเส็ง สิริโสภาสกุล
หมอเส็ง สิริโสภาสกุล หรือรู้จักกันในนาม “หมอเฮง” เกิดเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2505 ปัจจุบันอายุ 53 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น อาศัยอยู่บ้านเลขที่ 139 หมู่ที่ 6 ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ สมรสกับนางพินนิภา สิริโสภาสกุล มีบุตรด้วยกันทั้งหมด 2 คนเป็นบุตรชายทั้ง 2 คน ระดับการศึกษาของหมอเส็งคือ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ประสบการณ์ในการเป็นหมอพื้นบ้าน 12 ปี

2. รูปแบบการรักษา

จากการสัมภาษณ์หมอเส็ง ผู้ป่วยที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตที่มารักษา จะมี 3 กลุ่มคือ 1. ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ในระยะก่อน 3 เดือน 2. ผู้ที่มีปัญหาด้านกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุและ 3. ผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ โดยส่วนใหญ่ที่มารักษา เพราะจากคำบอกเล่าของคนที่มารักษากับหมอเส็งแล้วอาการดีขึ้น แต่ก็ยังมีบางคนที่หมดหนทางรักษาหรืออาการหนัก ช่วยตัวเองไม่ได้ จึงมาทำการรักษากับหมอพื้นบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนไปจนถึงผู้สูงอายุ รูปแบบการรักษาของหมอเส็ง สิริโสภาสกุล จำแนกระยะที่เป็นโรคออกเป็น 3 กลุ่มคือ

1) ผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก ในระยะก่อน 3 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมาทำการรักษาที่หมอมือไม่มากนัก หมอมือกล่าวว่า ผู้ป่วยในระยะนี้จะเป็นแบบเฉียบพลัน มักจะรับกับสภาพที่เป็นอยู่ไม่ได้ ส่วนใหญ่จะไปปรึกษาแพทย์แผนปัจจุบันก่อน แล้วอาการไม่ดีขึ้น จึงมาทำการรักษาที่หมอมือ แต่ถ้าผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่มาทำการรักษา หมอมือจะทำการสอบถามก่อนว่าผู้ป่วยเต็มใจที่จะรักษาด้วยยาสมุนไพรหรือไม่ ถ้ายินยอมก็จะรักษาตามอาการ โดยให้รับประทานยาตำรับต้มที่หมอมือใช้ในการรักษาและทำการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ทั้งนั้นการจ่ายยาจะดูสภาวะของผู้ป่วย หมอมือจะให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานในปริมาณที่น้อยๆก่อน และค่อยๆเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อดูว่าผู้ป่วยควรรับประทานในปริมาณเท่าใดจึงจะเหมาะสม

2) ผู้ที่มีปัญหาด้านกระดูกและข้อจากอุบัติเหตุ เมื่อทำการซักประวัติถามถึงอาการและทำการตรวจร่างกาย หมอมือจะทำการเป่ากระดูกร่วมด้วย และหมอมือแนะนำการรับประทานยาเช่นเดียวกับในผู้ป่วยระยะเริ่มแรกคือ รับประทานในปริมาณน้อยๆ เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือไม่ ถ้าอาการดีขึ้นก็ให้รับประทานในปริมาณเท่าเดิม แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการคงที่ก็จะเพิ่มปริมาณในการรับประทานคือ ถ้าเคยดื่ม 1 แก้วก็เพิ่มเป็น 1½ แก้ว และเพิ่มไปเรื่อยๆจนอาการดีขึ้นก็จะให้รับประทานตามปริมาณที่ดื่มอาการดีขึ้น เพราะผู้ป่วยในแต่ละรายมีกำลังหรือธาตุหนัก-เบาไม่เท่ากัน

3) ผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เมื่อมาทำการรักษา หมอมือจะดูอายุผู้ป่วย ระยะเวลาที่เป็นและดูสภาพร่างกายของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับไหน ผู้ป่วยอายุประมาณ 50 ปีขึ้นไปและเป็นเรื้อรังนานกว่า 2 ปี หมอมือกล่าวว่า ยากที่จะรักษาให้หายขาด จึงรักษาเพื่อประคับประคองอาการไม่ให้หนักขึ้น แต่ถ้าผู้ป่วยที่เป็นมาในระยะเวลา 3 เดือน - 2 ปีก็จะรับประทานยาที่หมอมือจ่ายประมาณ 1- 3 เดือน อาการก็จะเริ่มดีขึ้น บางรายก็หายขาดส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มาทำการรักษาที่หมอมือจะเป็นผู้ป่วยจะอยู่ในกลุ่มนี้

3. ค่ารักษา

ค่าใช้จ่ายในการรักษาแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับจำนวนสมุนไพรในตำรับยา รูปแบบยาที่หมอมือจ่ายจะมี 2 แบบคือ 1) ต้มใส่ขวดแก้วขนาด 1 ลิตร 2) บรรจุใส่ถุงไปต้มเอง ถ้าตำรับยาที่มีตัวยาน้อย จะคิดขวดละ 50 บาทหรือถุงละ 50 บาท และถ้าตำรับยาไหนที่มีตัวยามากๆ และมีสมุนไพรหายากจะคิดขวดละ 100 บาทหรือถุงละ 100 บาทเช่นเดียวกัน โดยหมอมือกล่าวว่า เงินที่ได้ จะนำไปเติมน้ำมันรถเพื่อที่จะไปหาสมุนไพรในป่า แต่ถ้าผู้ป่วยรายไหนไม่มีเงินจ่าย หมอมือก็รักษาฟรี โดยไม่คิดค่าบริการ เพราะถือว่า ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

4. วิธีการ/ขั้นตอนการรักษา

วิธีการและขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หมอมือ สิริโสภาสกุล ส่วนใหญ่ผู้ที่มาปรึกษาจะมารักษาที่บ้านหมอมือ โดยขั้นตอนแรกหมอมือซักประวัติถามอาการก่อนว่าผู้ป่วยเป็นมานานเพียงใด ช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ ถ้าบางรายที่ไม่สามารถพูดได้ก็จะซักถามจากญาติผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการหาสาเหตุการเกิดโรคและระยะเวลาที่เป็นโรค เพราะการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายจะไม่เหมือนกัน ถ้าผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุจะเป็นแบบเฉียบพลัน ใช้ระยะเวลาในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังเมื่อทราบถึงอาการ ระยะเวลาที่เป็นและสาเหตุการเกิดโรคแล้ว หมอมือจะมีการถามผู้ป่วยว่าจะนำสมุนไพรไปต้มเองหรือจะให้ต้มให้เลย ถ้าผู้ป่วยสะดวกแบบไหนก็จะจ่ายตามนั้น โดยยาที่หมอมือจ่ายเป็นยาพื้นฐานสำหรับรักษาอัมพฤกษ์ อัมพาต เพื่อกระจายเลือดลมให้ไหลเวียนได้สะดวก รักษาเส้นเอ็น เนื่องจากตัวยานี้มีส่วนใหญ่มีสรรพคุณรักษาเส้นเอ็น แก้ปวด

เมื่อให้ตำรับยาไปรับประทานแล้ว ก็ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและข้อห้ามของผู้ป่วย ถ้าหากว่าผู้ป่วยรับประทานยาแล้วและอาการยังไม่ดีขึ้น หมอเสี่ยงจะทำการชั่งประวัติอีกครั้งโดยละเอียด เพื่อหาสาเหตุการเกิดโรคอีกครั้ง เพราะผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้น ส่วนใหญ่จะเกิดกับผู้ป่วยเรื้อรัง มักจะมีความผิดปกติของอวัยวะภายใน เช่น ถ้าเป็นเกี่ยวกับปอดมักจะมีอาการหอบ ไอ ซุบซอมร่วม หมอเสี่ยงจะเพิ่มตัวยาเข้าไปในตำรับคือ รากต้นปีป่วนหัวร้อยรูวบน้ำและรากสะแก

4.1 ตำรับ “ยาแก้โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต” มีสมุนไพรมะ 21 ชนิดดังนี้

เถาเอ็นอ่อน ช้างน้ำ ต้นพอก ตานกกด พญามือเหล็ก ปลาไหลเผือก โ ม ก เ ค รี อ
ข้าวเย็นเหนือ

เถาวัลย์เปรียง กำลังเสือโคร่ง โสดทะนงแดง กระเจ๊กำแพง กำขำ ก้านก้านแดง เจ็ดชั้นนมวัว ขันทองพยาบาท
หนอนตายหยากม้า กระเทียมโรงกำลัง เลือดม้า ตะไคร้ ต้นโคคลาน

วิธีใช้ : ต้มดื่ม เช้า-เย็น หลังอาหาร ชาติเบาต้ม ½ แก้ว ชาติหนักต้ม 1 แก้ว ต้มดื่มได้ 3 ครั้ง
เมื่อครบ 3 ครั้งให้ทั้งยาหมด เพราะยาหมดฤทธิ์แล้ว

4.2 วิธีการต้มยา มีดังนี้

- 1) เมื่อเก็บยาสมุนไพรมานำแล้ว นำมาหั่นเป็นชิ้น แล้วล้างให้สะอาดและตากให้แห้ง
- 2) นำสมุนไพรมานำใส่หม้อต้มแล้วเทน้ำลงไป ก่อนต้มหมอเสี่ยงจะท่องคาถา เพื่อเป็นการบอกกล่าวครูบาอาจารย์
- 3) ต้มน้ำให้เดือด ประมาณ 15 นาที โดยไม่ต้องปิดหม้อดินหรือหม้อสแตนเลสต้ม
- 4) ผสมน้ำตาลทรายแดงและเกลือสินเธาว์ใส่ลงไปในถึงน้ำขนาดปานกลาง
- 5) น้ำที่ต้มสมุนไพรมะลงในถึงที่มีน้ำตาลทรายแดงและเกลือสินเธาว์ ใช้ไม้พายคนไปเรื่อยๆ จนน้ำตาลทรายแดงและเกลือสินเธาว์ละลาย
- 6) ทิ้งไว้ให้เย็นหรือนำลงไปแช่น้ำเพื่อให้เย็นเร็วขึ้น แล้วนำไปกรองใส่ภาชนะที่เตรียมไว้ ปิดฝาให้สนิท

- 7) สมุนไพรมะที่ต้มแล้ว เติมน้ำเพิ่มอีก 10 ลิตรแล้วต้มตามข้อที่ 3 (ต้ม 3 ครั้งแล้วทิ้งไป)

4.3 ด้านพิธีกรรม

4.3.1 มนต์ปลุกยา

คาถานี้หมอเสี่ยงจะท่องตอนไปตัดหรือขุดต้นสมุนไพรมานำทำตำรับยา โดยจะกล่าวว่า
“โอม ทิพนนต์ มนต์เจ้าพญา พระฤๅษีสั่งมาให้กูเอาต้นนี้ไปใส่ให้ช่วงให้เขา โอม สวาหายะ” ว่า 3 ครั้ง
แล้วจึงขุด หรือฟันเอาเถาเถอ

4.3.2 คาถาปลุกยา

คาถานี้หมอเสี่ยงจะท่องก่อนนำหม้อสมุนไพรมะวางบนเตาเพื่อทำการต้มยา โดยกล่าวว่า
“อะระหัง สัมมาสัมพุทธโธระคะวา, พุทธัง ภควันตัง อะภิวาเทมิสวากขาโตระคะวะตา อัมโมอัมมัง
นะนัสสามิ สุปะฏิปันโน ระคะวะโต สวาระกะสังโฆสังฆัง นะมามิ ”
“นะโม ตัสสะ ระคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทธัสสะ” (กล่าว 3 ครั้ง)

“สกุตวา พุทธัน	โอสถอตุตคัมวาริ
หิตเทวมานุสสานิ	พุทฺธเตเชน โสตถินา
นสสนตฺตปทฺทวา สพเพ ทุกฺขา	วูปสมนตฺ เต
สกุตวา อมมรตฺนั	โอสถอตุตคัมวาริ
ปริฬาหุปสมนั	อมมเตเชน โสตถินา

นสสนตฺปททวา สพเพ ภายา วุปสมนตฺ เต
 สกทตวา สงฆรัตนํ โอสถอตุตตมวารํ
 อาหุเนยยํปาทุเนยยํ สงฆเตเชน โสตถินา
 นสสนตฺปททวา สพเพ โรคา วุปสมนตฺ เต” (ว่า 3 ครั้ง)

5. การให้คำแนะนำ

การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย คือ ทำให้การประคบความร้อน โดยจะใช้ลูกประคบสมุนไพรก็ได้ หรือผ้าชุบน้ำร้อนก็ได้ เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและช่วยคลายกล้ามเนื้อที่แข็งเกร็งได้ และแนะนำให้ทำ การบริหารร่างกาย คือ การยืดเหยียดแขนและขา หรือให้ญาตินิวดตามแนวเส้นร่างกาย ได้แก่ แนวเส้นขา แนวเส้นแขนและแนวเส้นซิดกระดูกสันหลัง ถ้าผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็ให้บริหารร่างกาย แต่ถ้าผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ก็ให้ญาติของผู้ป่วยช่วยบริหารร่างกายให้ผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อและเป็นตัวช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาอีกด้วย

6. ข้อห้าม

หมอเส็งแนะนำผู้ป่วยคือ ห้ามรับประทานอาหารที่ทำให้ตนเองมีอาการปวด เพราะผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาหารแสลงที่แตกต่างกัน หลีกเลี่ยงอิริยาบถที่ทำให้ปวดมากขึ้น

7. ข้อเสนอแนะ

หมอเส็งกล่าวว่า “สิ่งที่สำคัญที่สุดในการรักษาให้หายก็คือ กำลังใจจากญาติและคนรอบข้าง เพราะถ้าขาดกำลังใจไป ไม่ว่าจะป่วยเป็นโรคไหนๆก็ไม่สามารถรักษาให้หายได้”

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาด้านการรวบรวมองค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านของหมอเส็ง สิริโสภาสกุล แสดงให้เห็นว่า ไม่มีการจัดบันทึกองค์ความรู้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือบันทึกเป็นตำราไว้ แต่องค์ความรู้ที่เป็นภูมิปัญญานั้นได้จดจำโดยตัวหมอเท่านั้น และยังคงมีการรักษาตามแบบแผนการรักษาที่ได้เรียนรู้สืบทอดมาแต่อดีต ทั้งสูตรตำรับยา การรักษา เวทมนต์คาถาและการประเมิณผลการรักษา โดยมีการส่งสมประสงค์จากการรักษาผู้ป่วยหลายราย คล้ายกับจันทร์ทิวราเจียรณีย์และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การผดุงครรภ์แผนไทย และการใช้สมุนไพรของหมอพื้นบ้าน กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านรอบเขตพื้นที่เขื่อนน้ำพุง จังหวัดสกลนคร พบว่า หมอสมุนไพรได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรมาจากบรรพบุรุษ และส่วนใหญ่ไม่ได้จัดบันทึกเป็นหลักฐาน ส่วนใหญ่หมอสมุนไพรใช้หลักการจำ

จากการศึกษาขั้นตอนการรักษาของของหมอเส็ง สิริโสภาสกุล พบว่า เมื่อมีผู้ป่วยมาทำการรักษา ขั้นตอนแรกคือ การซักประวัติและการสังเกตลักษณะภายนอกของผู้ป่วย ทำการตรวจร่างกาย ประงยา จ่ายยาสมุนไพร คือ การจ่ายยาแบบต้มและมีการทอุงคาถาขณะต้มยาให้ผู้ป่วย ขั้นตอนต่อมาคือ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย และมีการนัดติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการเก็บค่ารักษาคือ หมอท่านหนึ่งมีการเก็บค่าครู 12 บาทและมีการเก็บค่ายาต้ม โดยถ้าผู้ป่วยไม่มีให้หมอก็ไม่ได้เรียกหรือค่ารักษาจากผู้ป่วยเลย ขึ้นกับผู้ป่วยจะตามกำลังทรัพย์ คล้ายผลการวิจัยของพรทิพย์ แก้วซิมและนฤทธิ พลสูงเนิน (2558) ที่ทำการศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในเขตอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แพทย์พื้นบ้านส่วนใหญ่ให้บริการทางด้านกายภาพบำบัด

คนในชุมชนและชุมชนใกล้เคียง โดยไม่เรียกค่าตอบแทน หรือแล้วแต่ผู้ป่วยจะให้ โดยยังมีความเชื่อและความศรัทธาเกี่ยวกับความสมดุลของธาตุ ความเชื่อเกี่ยวกับผี ความเชื่อด้านไสยศาสตร์ ความเชื่อทางด้านกรรมส่งผลต่อการเกิดโรค การรักษามีการผสมผสานความรู้การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์สมัยใหม่ ใช้การซักประวัติ ตรวจดวงชะตา ตรวจร่างกายผู้ป่วย และจ่ายยาสมุนไพร ใช้วิธีการรักษาทางกายประกอบกับหรือควบคู่กับการรักษาขวัญและกำลังใจให้ผู้ป่วย เช่นการไหว้ครู บูชาครู ในขณะที่ให้การรักษามีการใช้คาถากำกับ ร่วมกับการใช้สมุนไพร ซึ่งการใช้ยาสมุนไพรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาผู้ป่วย

บรรณานุกรม

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2553). ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง. โรคหลอดเลือดสมอง สมองขาดเลือดชั่วคราว อัมพาตครึ่งซีก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ยงชัย นิละนนท์. (2553). อัมพฤกษ์อัมพาต โรคเรื้อรังที่ต้องดูแล. (ออนไลน์) สืบค้นจาก : <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=707> (วันที่ 15 กันยายน 2558)

จันทร์ทิรา เจียรณีย์และคณะ. (2555). การศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การผดุงครรภ์แผนไทย และการใช้สมุนไพรของหมอพื้นบ้าน : กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านรอบเขตพื้นที่เขื่อนน้ำพุง จังหวัด สกลนคร (งานวิจัยภายใต้โครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืชอันเนื่องมาจากพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

พรทิพย์ แก้วชินและนฤทธิ พลสูงเนิน (2558)การศึกษาภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้านในเขตอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ,135-143.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). รายงานสถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มภารกิจด้านข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ.

กระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคมของพหุภาคี เพื่อการป้องกัน ควบคุม และ
แก้ไขปัญหายาเสพติด ในชุมชนชาวเขาตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน
Social Cooperative Process for prevention and Control Substance Used
Among Hill Tribes in Paklang Sub-district Pua district Nan Province

อิสราภาพ มาเรื่อน¹ วิชาภรณ์ คันทะมุล² จันทร์เพ็ญ ชุมแสง³
Isaraphap Maruean¹ wichaporn Kuntamool² Chanphen Chumsang³

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาบริบทชุมชน เพื่อพัฒนากระบวนการและ
เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคมเพื่อการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหายาเสพติด
ในชุมชนชาวเขาตำบลปากกลาง เลือกประชากรการวิจัยแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย จำนวน
225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการ
อภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึง
ปัจจุบัน ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและศักยภาพชุมชน พบว่า ประชาชนตำบลปากกลาง
เกี่ยวข้องกับยาเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยจากสถิติการจับกุมผู้ต้องหาเสพติดตำบลปากกลาง ย้อนหลัง 5 ปี พบสูง
ถึง ร้อยละ 20.59 และศักยภาพที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน คือ ระบบผู้นำชุมชนเข้มแข็ง การ
แก้ไขปัญหาก็ได้รับความร่วมมือจากประชาชน ระยะที่ 2 การพัฒนากระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม 4 ด้าน
ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวัง ค้นหาและคัดกรอง ด้านการบำบัดรักษา ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและศักยภาพ และด้าน
การติดตามหลังการบำบัด โดยใช้แผนและกิจกรรมการจัดการปัญหายาเสพติดที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบท
ชุมชน ระยะที่ 3 การนำกระบวนการไปปฏิบัติและประเมินผล พบว่า หลังจากการดำเนินกระบวนการผู้นำชุมชน
ประชาชนมีความรู้และทักษะในการป้องกันยาเสพติดเพิ่มขึ้น ผู้เสพยาเสพติดที่ถูกส่งตัวเข้าค่ายปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม สามารถเลิกยาเสพติดได้ ร้อยละ 93.34 ผู้ติดยาเสพติดได้รับการบำบัดร่วมกับการควบคุมพฤติกรรมจน
สามารถคืนคนดีสู่สังคม ร้อยละ 46.34 และอัตราการสุ่มตรวจพบสารเสพติดในกลุ่มเสี่ยง ปี 2556-2558 ลดลง
ชุมชนมีมาตรการทางสังคมระดับตำบลอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีภาคีมาร่วมดำเนินงาน จำนวน 12 องค์กร ปัจจัย
แห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ข้อเสนอแนะได้แก่ ควรวิเคราะห์ชุมชนทุกมิติเพื่อ
นำสู่การแก้ไขปัญหที่เหมาะสม โดยดึงเอาศักยภาพของชุมชนมาเป็นทุนในการดำเนินการ

คำสำคัญ : การสร้างความร่วมมือทางสังคม ปัญหายาเสพติด ชุมชนชาวเขา พหุภาคี

^{1,2} สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปัว จังหวัดน่าน

³ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This participatory action research is aimed to study the social cooperative process and
evaluation process of protection and solution of narcotics problem by multilateral in a tribe
community in Paklang subdistrict. The participants which included community leaders and
network were 225 person by purposive sampling. Data collection methods included the

Questionnaire, focus group discussions, in-depth interviews, observations and field note and group discussions. Statistics were frequency, percentage and the qualitative data was analyzed using content analysis. The results of this study revealed that 1) the statistics of arrested drug past 5 years were increased with related Paklang people high 20.59% and strong leadership system is ability to manage drugs problem. 2) The participatory Process of Protection and Solution of Narcotics Problem comprising active surveillance and screening, drug Addiction treatment, rehabilitation and potential, the follow-up after treatment. Consistency with the area context. 3) The implementation of the Process and evaluation. It was found that : Many people have the ability to prevent themselves from drug addiction. There are many ways to solve this addiction. Almost 93.34% were able to quit their drug addiction and 46.34% saw a positive change in their personality. Those chosen at random from 2013 - 2015 saw their drug addiction lowered. There is a defensive measure in sub-districts lead by 12 associate groups. The factors of success include participation of community and partnership networks. Recommendations from research : To find and analyze the problem of true community to design the process in accordance with the community's sociological and availability of social capital in community.

Key word : Creating Social Cooperation Process, Narcotics Problem, Tribe Community, Multilateral

^{1, 2} Pua District Public Health Office , Nan Province

³ Uttaradit Rajabhat University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่เป็นภัยร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติ โดยก่อให้เกิดความเสียหายต่อระบบสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของทุกประเทศในโลก ประเทศไทยก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน โดยยาเสพติดได้แพร่ระบาดและเป็นปัญหาต่อสังคมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (เจริญ แฉกพิมาย และปนัดดา ศรีธนสาร. 2555 : 1) รัฐบาลรวมทั้งองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้เพียรพยายามหาวิธีต่าง ๆ มาแก้ไขปัญหานี้ แต่ก็ยังไม่สามารถจะแก้ไขหรือบรรเทาปัญหานี้ให้ลดลงไปได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาเสพติดมีความละเอียดอ่อนและลึกซึ้ง มีขบวนการที่ลับซับซ้อนและสภาพปัญหาที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา จึงทำให้ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาเรื้อรังและนับวันจะยิ่งเป็นปัญหาที่ใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. 2554: 1-8) จากการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่า การแพร่ระบาดของยาเสพติดรุนแรงขึ้นทั้งทางปริมาณ (จำนวนผู้เกี่ยวข้อง) และความหลากหลายของตัวยาชนิดต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงกันทั้งด้านอุปสงค์และอุปทาน มีการใช้สารเสพติดทั่วประเทศและกระจายอยู่ทุกเพศและทุกกลุ่มอายุ กลุ่มที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเป็นเพศหญิงและเยาวชน โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 15 ปี และอายุ 15 - 19 ปี ทั้งที่อยู่ในและนอกระบบการศึกษา (ศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาจิตใจผู้ติดยาเสพติดบ้านพึงสุข. 2559: Online) โดยผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดนั้นมีหลายกลุ่ม ที่สำคัญคือกลุ่มชาวเขาที่เข้าร่วมกระบวนการค้ายาเสพติดทั้งรายใหญ่และรายย่อย ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ชาวเขาเข้า

ร่วมขบวนการค้ายาเสพติด คือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ เช่น ฐานะยากจน มีหนี้สิน ปัจจัยด้านวัฒนธรรม คือ อยากรวยได้บ้าน อยากรวยได้รถ และการเลียนแบบคนในครอบครัว เพราะเห็นว่าเป็นทางหาเงินที่ง่าย ค่าตอบแทนคุ้มค่า (จันทร์ศิริ วาหงษ์. 2546 : 1) ส่วนอุปสรรคในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนชาวเขาที่สำคัญ ได้แก่ เจ้าหน้าที่บางคนมีส่วนรู้เห็นการซื้อขายยาเสพติด โดยมีการจับกุมเจ้าหน้าที่รัฐที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บ่หลงโทษผู้ค้ายาเสพติดน้อยเกินไป ตลอดจนเจ้าหน้าที่ไม่ได้รับความร่วมมือในการป้องกันยาเสพติดจากประชาชน และที่สำคัญคือพฤติกรรมการค้ายาเสพติดในระยะหลังผู้ค้าจะมีความระมัดระวังตัวมากขึ้น มีการพกพาอาวุธเพื่อเตรียมต่อสู้กับเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ ยังมีผู้เสพยาเสพติดเดิมผันตัวเองขึ้นมาเป็นนักค้ารายใหม่ในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น (ศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาจิตใจผู้ติดยาเสพติดบ้านพึงสุข. 2559: Online)

ตำบลปากกลาง มีประชากรจำนวน 11,033 คน ประกอบไปด้วยชาวเขา 3 ชนเผ่า คือ ชาวเขาเผ่าม้ง เผ่าเมี่ยน และเผ่าลัวะ นอกจากนี้ยังมีประชากรแฝงซึ่งเป็นชาวต่างด้าวอีกจำนวนหนึ่ง โดยแต่ละชนเผ่าจะมีเอกลักษณ์ ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตแตกต่างกันออกไป โดยในปัจจุบันเป็นชุมชนชาวเขาที่มีความเจริญที่สุดในจังหวัดน่าน (องค์การบริหารส่วนตำบลปากกลาง. 2555 : 10 - 15) ตำบลปากกลางเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ประสบกับปัญหายาเสพติดโดยเฉพาะยาบ้าในระดับรุนแรง ดังข้อมูลสถิติการจับกุมผู้ต้องหาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2558 ของสถานีตำรวจภูธรปัว อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า ตั้งแต่ปี 2554-2558 สามารถจับกุมผู้เสพและผู้ค้าในภาพรวมของอำเภอปัว ได้จำนวน 1,321 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ต้องหาที่มีภูมิลำเนาในตำบลปากกลาง จำนวน 272 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.59 (สถานีตำรวจภูธรปัว จังหวัดน่าน. 2558) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ คาดว่าจะมีผู้ที่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอยู่ในพื้นที่อีกจำนวนมาก แต่ไม่สามารถระบุจำนวนได้ เนื่องจากผู้ค้าเป็นผู้ที่มีอิทธิพลและไม่เปิดเผยตัว ทำให้ยากต่อการป้องกันและควบคุมดูแล จึงทำให้ยาเสพติดแพร่ระบาดในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยกลวิธีต่าง ๆ มาโดยตลอด แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากการดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่อง ขาดรูปธรรมที่ชัดเจน ขาดการบูรณาการและการหนุนเสริมอย่างเป็นระบบจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ประกอบกับพื้นที่มีความแตกต่างทางด้านชาติพันธุ์และภูมิสังคม มีความเชื่อและทัศนคติบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาดังนั้น จึงมักจะไม่ค่อยมีใครอยากเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดในตำบลปากกลาง เนื่องจากเกรงกลัวอันตรายและผลกระทบเชิงลบที่จะเกิดขึ้นกับตัวเอง จากความเป็นมาดังกล่าว หากได้มีการสร้างกระบวนการให้พหุภาคีต่าง ๆ มาร่วมมือกันในการพัฒนาศักยภาพและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนชาวเขา โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักให้เกิดแก่ชุมชน ให้มองเห็นปัญหาและปรารถนาเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยการหนุนเสริมจากภาคีเครือข่าย ต่าง ๆ ภายใต้ทุนทางสังคมของชุมชน ย่อมจะทำให้การป้องกัน ควบคุม และแก้ไขยาเสพติดในพื้นที่ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้น ภาคีเครือข่ายตำบลปากกลางจึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้น โดยคาดหวังว่าผลจากการดำเนินงานจะนำไปสู่ความ

ร่วมมือกันของภาคีต่าง ๆ ในการร่วมกันแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ตำบลปากกลางแบบบูรณาการ มีผลสัมฤทธิ์ที่พึงปรารถนาและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์ปัญหาและศักยภาพในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไข ปัญหาเสพติดของชุมชนชาวเขาตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน
2. เพื่อพัฒนาระบบการสร้างความร่วมมือทางสังคมของพหุภาคีเพื่อการป้องกัน ควบคุม และแก้ไข ปัญหาเสพติดในชุมชนชาวเขาตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของกระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคมของพหุภาคีเพื่อการ ป้องกัน ควบคุม และแก้ไข ปัญหา ยาเสพติด ในชุมชนชาวเขาตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เก็บข้อมูลการวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Mixed Methods Research) ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – ปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ. 2558 ได้รับการสนับสนุนจากภาควิชาการ สาสรเสพติด (ภวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา ประเมินสถานการณ์ และศักยภาพของชุมชนในการ ป้องกัน ควบคุม และแก้ไข ปัญหาเสพติด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 98 คน ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1.1 กลุ่มผู้รู้ (Key Informance) ได้แก่ ประชาชนชุมชน ผู้นำทางไสย ศาสตร์ ผู้อาวุโสดีตกำนัน และอดีตผู้ใหญ่บ้าน เพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับบริบทของชุมชน จำนวน 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอล (Snowball Sampling)

1.1.2 กลุ่มผู้นำชุมชนและแกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 18 คน

1.1.3 เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ได้แก่ เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล คณะครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา ตำรวจประจำตำบล และพัฒนากร ตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหน่วยงานละ 2 คน รวมจำนวน 12 คน

2. กลุ่มที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน ตัวแทนเยาวชน ตัวแทนกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทนกลุ่มสตรีแม่บ้าน จำนวน 6 หมู่บ้าน ๆ ละ 8 คน รวมจำนวน 48 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจสถิติการจับกุมผู้ต้องหายาเสพติด ของสถานีตำรวจภูธรปัว จังหวัดน่าน การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกต และบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความสอดคล้องเชิง

วัตถุประสงค์ (Item Objective Congruency : IOC) การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการหาค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) (ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2552: 156-162)

2. การพัฒนากระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคมของพหุภาคีในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนชาวเขา เลือกรวมตัวอย่างแบบเจาะจง รวมจำนวน 127 คน จากแกนนำของทุกชนเผ่าที่มีศักยภาพและสามารถเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบด้วย ตัวแทนผู้นำตระกูลแซ่ นายและรองนายก อบต. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทุกหมู่ อสม. ทุกหมู่บ้าน ตัวแทนครู พระสงฆ์ ตัวแทนจากคริสตจักรในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนสภาเด็ก และเยาวชน แม่บ้าน พ่อบ้าน ผู้สูงอายุ ตัวแทนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งในและนอกพื้นที่ เพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการพัฒนากระบวนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสำรวจ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตและบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการวิจัย และการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมวิจัยกับชุมชนและภาคีเครือข่าย และระหว่างภาคีเครือข่ายด้วยกัน ผ่านช่องทางและกิจกรรมต่าง ๆ โดยใช้การสื่อสารทั้งในและนอกระบบราชการ ตลอดจนใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่มีระหว่างกัน

2.2 การคืนข้อมูลสภาพและสถานการณ์ปัญหาเสพติดสู่ชุมชนและภาคีเครือข่าย และนำข้อมูลมากำหนดกระบวนการดำเนินงานภายใต้การตรวจสอบและยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิและชุมชน

2.3 การร่วมกันวางแผนแม่บทด้านป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนด้วยกระบวนการ AIC โดยเน้นความคิดสร้างสรรค์ ด้วยกระบวนการประชาคมที่มีความเป็นประชาธิปไตย

2.4 การพัฒนาศักยภาพในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาเสพติดให้แก่ผู้นำ/แกนนำชุมชน โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับวิทยากรและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ

3. การนำกระบวนการสู่การปฏิบัติและประเมินประสิทธิผลของกระบวนการ โดยบูรณาการไปกับแผนยุทธศาสตร์ และภารกิจของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน

3.1 ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ประชาชนตำบลปากกลางที่เป็นตัวแทนครัวเรือน ๆ ละ 1 คน รวมจำนวน 1,380 คน

3.2 การประเมินผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม โดยทำการประเมินผลตลอดระยะเวลาของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสำรวจสถิติการ

จับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดของสถานีตำรวจภูธรบัว แบบสำรวจความพึงพอใจของประชาชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ การสังเกตและบันทึกภาคสนาม และการอภิปรายกลุ่ม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

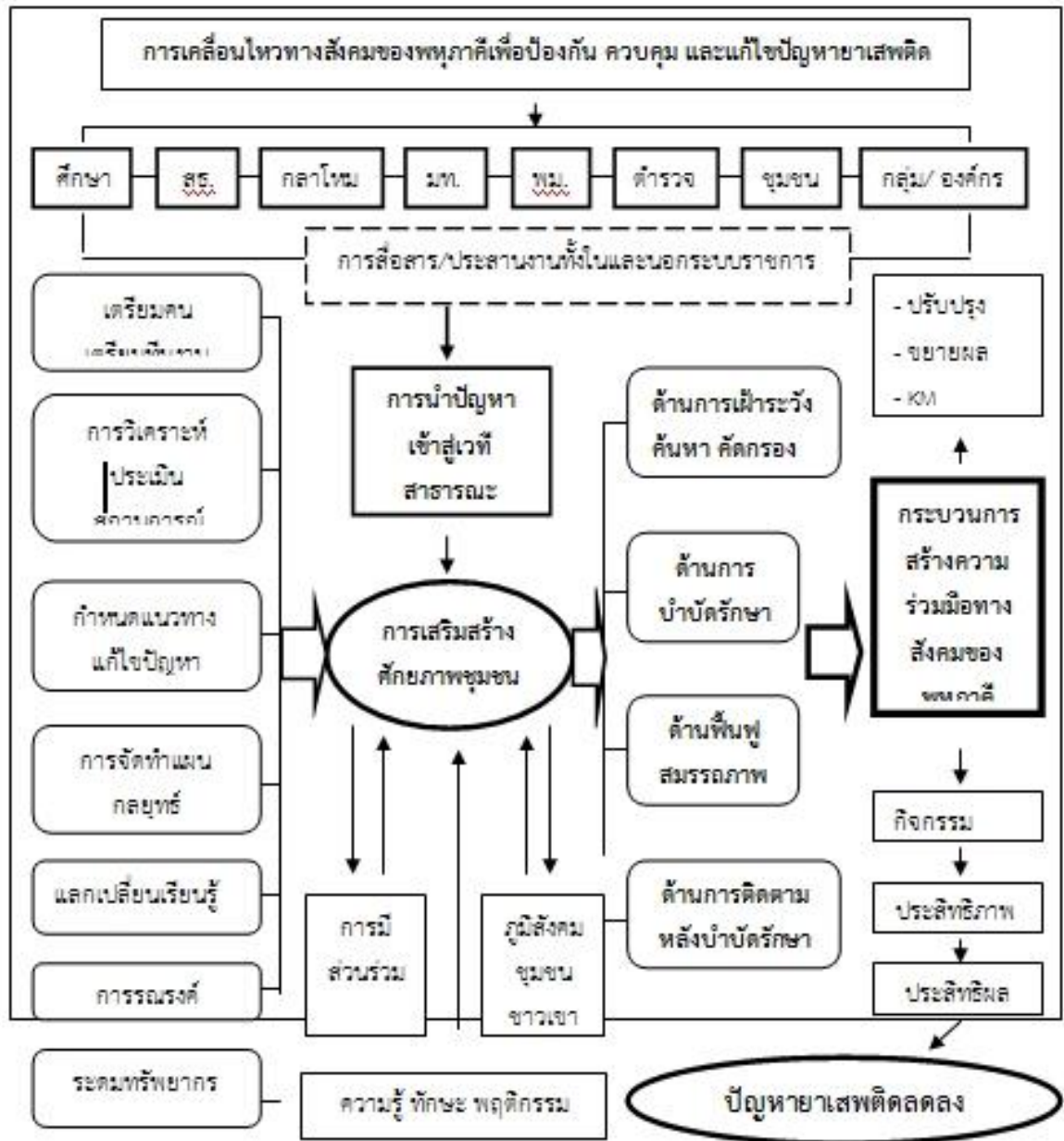
1. ผลการวิเคราะห์บริบทชุมชน สภาพ สถานการณ์ปัญหาและศักยภาพในการป้องกันควบคุม และแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนชาวเขาตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน

1.1 บริบทชุมชน ตำบลปากกลางครอบคลุมพื้นที่ 6 หมู่บ้าน 1,380 หลังคาเรือน มีประชากรจำนวน 11,033 คน ประกอบไปด้วยประชากรชาวเขา 3 ชนเผ่า คือ ชาวเขาเผ่าม้ง จำนวน 8,487 คน คิดเป็นร้อยละ 76.92 เผ่าลัวะ จำนวน 1,331 คน คิดเป็นร้อยละ 12.06 และเผ่าเมี่ยน จำนวน 1,215 คน คิดเป็นร้อยละ 11.01 นอกจากนี้ยังมีประชากรแฝงซึ่งเป็นชาวต่างด้าวที่อพยพย้ายถิ่นเข้ามาอีกจำนวนหนึ่ง แต่ละชนเผ่าต่างก็มีเอกลักษณ์ ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิตแตกต่างกันไป

1.2 สถานการณ์ปัญหา จากสถิติการจับกุมผู้ต้องหาคดียาเสพติดของสถานีตำรวจภูธรบัว พบว่า ปี 2554-2558 สามารถจับกุมผู้เสพและผู้ค้าในภาพรวมของอำเภอบัว ได้จำนวน 1,321 ราย เป็นผู้ต้องหาที่มีภูมิลำเนาในตำบลปากกลาง จำนวน 272 ราย ร้อยละ 20.59 โดยส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่าม้ง ร้อยละ 81.25 รองลงมาคือ เผ่าลัวะ ร้อยละ 13.97 และเผ่าเมี่ยน ร้อยละ 4.77 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหายาเสพติด ได้แก่ การมีประชากรจำนวนมากทำให้ดูแลไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ขาดความเอาใจจริงเอาใจในการดำเนินการ พื้นที่มีการคมนาคมและการสื่อสารที่สะดวกเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาเสพติดมากขึ้น ปัญหาความแตกต่างด้านภาษาชนเผ่า ปัญหาความยากจน การขาดความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติดและบทลงโทษ และการขาดความเชื่อมั่นต่อการใช้กฎหมายและระบบบำบัดยาเสพติดของภาครัฐ

1.3 ศักยภาพที่เอื้อต่อการในการจัดการปัญหายาเสพติดของชุมชน ได้แก่ การมีโครงสร้างทางสังคมที่เคารพเชื่อถือผู้นำ ส่งผลทำให้ระบบผู้นำชุมชนเข้มแข็ง และแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จึงได้รับความร่วมมือจากประชาชน ตลอดจนภาคีต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชน พร้อมทั้งจะให้การสนับสนุน โดยมีฐานคิดว่าหากจัดการปัญหายาเสพติดในพื้นที่ตำบลปากกลางได้ จะส่งผลต่อการลดลงของปัญหายาเสพติดในพื้นที่อื่น ๆ ด้วยเนื่องจากตำบลปากกลางเป็นแหล่งพักยาเสพติดที่สำคัญของอำเภอและจังหวัด

2. การพัฒนากระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคมของพหุภาคีในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 การพัฒนากระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคมของพหุภาคีในการแก้ไขปัญหาเสพติด

ผลจากการพัฒนากระบวนการฯ ทำให้ได้แผนแม่บทดำเนินงาน 6 แผนงาน ซึ่งครอบคลุม 4 มิติ คือ ด้านการเฝ้าระวัง ค้นหา และคัดกรอง ด้านการบำบัดรักษา ด้านการให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพและศักยภาพ และด้านการติดตามหลังการบำบัดรักษา และให้แต่ละชุมชนนำแผนแม่บทไปจัดทำแผนกลยุทธ์และดำเนินการในพื้นที่โดยประยุกต์วิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทของตนเอง และบูรณาการร่วมกันทั้งตำบล

3. การประเมินประสิทธิผลของกระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคม ก่อเกิดผลงาน ดังนี้

3.1 มิติด้านการเฝ้าระวัง ค้นหา และคัดกรอง มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

3.1.1 ประชาชนช่วยกันสอดส่องพฤติกรรมของสมาชิกชุมชน โดยในแต่ละคนเฝ้าจะสอดส่องดูแลสมาชิกในชุมชนเฝ้าของตนเอง และเมื่อพบปัญหาจะแจ้งให้ผู้นำชุมชนและผู้นำตระกูลทราบ

3.1.2 สร้างมาตรการทางสังคมระดับตำบลเพื่อควบคุมพฤติกรรมสมาชิก โดยใช้ควบคุมไปกับมาตรการทางกฎหมาย โดยแต่ละคนเฝ้าจะนำมาตรการตำบลไปประยุกต์ให้เป็นมาตรการของคนเฝ้า มาตรการของตระกูลแซ่ และมาตรการของหมู่บ้านอย่างสอดคล้องกับบริบทของชุมชนตนเอง

3.1.3 การสุ่มตั้งจุดตรวจเวรยามกลางคืนโดยผู้นำชุมชนเดือนละ 2 ครั้ง หรือทุกครั้งที่มีการรายงานสถานการณ์ผิดปกติ เช่น มีบุคคลภายนอกเข้ามาในพื้นที่อย่างมิพิรุช มีการมั่วสุมในยามวิกาล หากพบผู้ต้องสงสัยจะทำการตรวจค้นและตรวจปัสสาวะ หากพบสารเสพติดจะนำตัวส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจ แต่หากไม่พบสารเสพติดจะทำการตักเตือน และแจ้งครูและผู้ปกครองต่อไป

3.1.4 การให้ความรู้ ในโรงเรียนจะบูรณาการกับการเรียนการสอนของโรงเรียน เช่น กิจกรรมโรงเรียนสีขาว สารวัตรนักเรียนป้องกันยาเสพติด และกิจกรรมลูกเสือ เนตรนารีตาสัประรด เป็นต้น และการรณรงค์ในการอบรมให้ความรู้ระดับหมู่บ้านทุกหมู่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

3.1.5 การสนับสนุนและส่งเสริมการกีฬา โดยจัดแข่งขันกีฬาระดับตำบลปีละ 1 ครั้ง และส่งเสริมให้นักกีฬาเยาวชนตำบลปากกลางไปแข่งขันในรายการต่าง ๆ ทั้งในและนอกพื้นที่

3.1.6 การสุ่มตรวจปัสสาวะในนักเรียนกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติขาดเรียนบ่อย เข้ากลุ่มมั่วสุม ติดเพื่อน ไม่สนใจการเรียน นอกจากนั้นยังสุ่มตรวจปัสสาวะผู้นำ/แกนนำชุมชนและกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ โดย อบต.ปากกลางสนับสนุนงบประมาณซื้อชุดตรวจยาเสพติดปีละ 20,000 บาท

3.1.7 การรณรงค์เพื่อต่อต้านยาเสพติดในเทศกาลปีใหม่ม้ง โดยมีกิจกรรมสำคัญ เช่น การประกวดคำขวัญ การตอบปัญหาชิงรางวัล จัดนิทรรศการ ดำเนินการโดยสภาเด็กและเยาวชนร่วมกับ รพ.สต. ปากกลาง และ อบต.ปากกลาง

3.1.8 การรณรงค์ในวันต่อต้านยาเสพติดสากลเป็นประจำทุกปี ประกอบด้วยกิจกรรมการเดินรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด กิจกรรมการต่อต้านยาเสพติดของแต่ละคนเฝ้า การปฏิญาณตนไม่ยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด และการแข่งกีฬาเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างตำรวจ ทหาร เจ้าหน้าที่ปกครองกับชุมชน

3.1.9 การจัดคลินิกบริการให้คำปรึกษา บริการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดฟรี ดำเนินการโดย รพ.สต.ปากกลาง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

3.2 มิติด้านการบำบัดรักษา กลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายทำการให้คำแนะนำรายบุคคล และให้ผู้นำตระกูลกล่าวตักเตือนและใช้มาตรการทางสังคมเข้ามาควบคุมพฤติกรรมของสมาชิก กลุ่มผู้เสพ จำนวน 15 คน ถูกส่งตัวเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม “ค่ายคนดีศรีเมืองบัว” และหลังจากกลับจากเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายได้ออกไปเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เป็นระยะเวลา 6 เดือน ส่วนกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ส่งเข้ารับการบำบัดรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว (คลินิกฟ้าใหม่) จำนวน 41 คน ร่วมกับควบคุมพฤติกรรมด้วยมาตรการสังคมของชุมชน

3.3 ด้านการให้ความช่วยเหลือ ฟื้นฟูและศักยภาพ เป็นบทบาทของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขา ร่วมกับ อบต.ปากกลาง โดยการส่งเสริมอาชีพตามความถนัดของแต่ละบุคคล และผู้นำชุมชนจะสอดส่องดูแลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ที่กลับตัวเป็นคนดีและตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะตามมาตรการของตำบลแล้ว ชุมชนจะทำพิธีสู่ขวัญเพื่อรับคืนคนดีเข้าสู่สังคม

3.4 ด้านการติดตามหลังการบำบัดรักษา ได้แก่ การเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังโดยทีมสหวิชาชีพ 7 ครั้ง/ปี ตามกระบวนการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติด (Matrix Program) โดยการเยี่ยมผู้ป่วยโดยตรง การสอบถามผู้ใกล้ชิด และการสื่อสารอื่นๆ มุ่งเน้นการให้คำแนะนำ เสริมกำลังใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่กลับไปเสพยาเสพติดอีก

ผลจากการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มผู้เสพที่ถูกส่งตัวเข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 15 รายสามารถเลิกยาเสพติดได้ 14 ราย ร้อยละ 93.34 ผู้ติดยาเสพติด จำนวน 41 ราย ได้รับการบำบัดร่วมกับการควบคุมพฤติกรรม จนสามารถคืนคนดีสู่สังคม จำนวน 19 ราย ร้อยละ 46.34 ขาดการบำบัด 7 ราย ร้อยละ 17.07 ส่งต่อ 2 ราย ร้อยละ 4.87 เสพซ้ำ 1 ราย ร้อยละ 2.43 และอยู่ระหว่างบำบัด 12 ราย ร้อยละ 29.26 และอัตราการสุ่มตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะตั้งแต่ ปี 2556-2558 ลดลง มีมาตรการทางสังคมด้านยาเสพติดที่ทุกคนที่เข้ามาในพื้นที่ต้องถือปฏิบัติ มีภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน 12 องค์กร และผลจากการดำเนินงานตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาทำให้ ผู้นำฯได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นระดับจังหวัดและรองชนะเลิศระดับเขต สาขาป้องกันและควบคุมยาเสพติดในชุมชน ประจำปี 2557 และประชาชนและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน ร้อยละ 100

4. ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ประชากรจำนวนมากทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะชาวต่างดาวหรือคนต่างถิ่นที่เข้ามาอาศัยในพื้นที่มักจะไม่ค่อยเชื่อฟังผู้นำชุมชน ปัญหาความแตกต่างทางวัฒนธรรมและภาษาทำให้การสื่อสารขาดประสิทธิผล ประชาชนมีทัศนคติว่าการแก้ไขปัญหาคือบทบาทหน้าที่ของภาครัฐ ประชาชนขาดความเชื่อมั่นต่อการใช้มาตรการทางกฎหมาย จึงทำให้ไม่เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง นอกจากนี้ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อน การดำเนินการวิจัยบางกิจกรรมจึงต้องระมัดระวังผลกระทบเชิงลบ และคำนึงถึงความปลอดภัยของนักวิจัยด้วย

5. แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ ได้แก่ การปรับปรุงระบบการสื่อสารถึงประชาชนโดยใช้

สื่อทุกช่องทางที่มีอยู่ในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว การประชุมประจำเดือน ป้ายประชาสัมพันธ์ และการสื่อสารในระบบราชการ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจต่อปัญหา และดำเนินงานจากจุดเล็ก ๆ เช่น ครอบครัวแล้วจึงขยายไปสู่ส่วนใหญ่

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากกระบวนการสร้างความร่วมมือทางสังคมของพหุภาคีเพื่อการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ในชุมชนชาวเขาตำบลปากกลาง มีข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่ สถานการณ์ปัญหา ยาเสพติดในชุมชนชาวเขาตำบลปากกลางอยู่ในระดับรุนแรง โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดปัญหา ยาเสพติดมีหลายประการ เช่น ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโทษของยาเสพติดและบทลงโทษ ปัญหาความยากจน รายได้จากการค้ายาเสพติดเป็นปัจจัยยั่วยุให้เข้าไปยุ่งเกี่ยว การคมนาคมและการสื่อสารที่สะดวกเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงยาเสพติดมากขึ้น ประกอบกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องขาดความเอาใจจริงเอาใจในการดำเนินการ ส่งผลทำให้ผู้นำชุมชนในพื้นที่เกิดความท้อแท้ในการปฏิบัติงาน ป้องกันและปราบปรามยาเสพติด นอกจากนี้ การที่มีจำนวนประชากรจำนวนมากและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้หัวหน้าครอบครัวและผู้นำชุมชนไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง และการมีความแตกต่างด้านภาษาชนเผ่าเมื่อมีการอบรมให้ความรู้มักจะมีปัญหาในการสื่อสารกับวิทยากรซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งผลการวิจัยส่วนนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นภดล ศักดิ์เจริญชัยกุล (2537) ทำการศึกษาเรื่อง มาตรการป้องกันปัญหา ยาเสพติดในชุมชนชาวเขา ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนชาวเขาเผ่าม้ง ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันปัญหา ยาเสพติดในชุมชนชาวเขา ด้านเจ้าหน้าที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่บางคนมีส่วนรู้เห็นการซื้อขายยาเสพติดในชุมชน และบางส่วนมีการรับสินบน ด้านประชาชนได้แก่ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาเสพติดน้อย และการค้ายาเสพติดมีรายได้สูงกว่าการประกอบอาชีพอื่น ๆ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ไม่ได้รับความร่วมมือในการป้องกันยาเสพติดจากประชาชน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จันทรศิริ วาทหงษ์ (2546) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยการค้ำและลำเลียงยาเสพติดในชาวเขาเผ่าม้ง และลีซอ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่ชาวเขาเผ่าม้งและเผ่าลีซอเข้าร่วมขบวนการค้ายาเสพติด คือ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ คือฐานะยากจน มีหนี้สิน รายได้ไม่แน่นอน ปัจจัยด้านวัฒนธรรมคืออยากได้บ้าน อยากได้รถ อยากมีอำนาจ การเลียนแบบ เช่นถูกเพื่อนชวน การทำตามคนในครอบครัว เพราะเห็นว่าเป็นทางหาเงินที่ง่าย ค่าตอบแทนคุ้มค่า

สวนปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการ มุ่งเน้นการดึงเอาศักยภาพและทุนทางสังคมของชุมชนมาใช้ในการดำเนินงาน เช่น การที่ชุมชนมีโครงสร้างทางสังคมที่เคารพเชื่อถือผู้นำ ส่งผลทำให้ระบบผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง เมื่อผู้นำดำเนินการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดก็จะได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี นอกจากนี้ทุกองค์กรในชุมชนและภาคีต่าง ๆ ก็พร้อมที่จะให้การสนับสนุนการดำเนินงาน โดยทุกชั้นตอนจะมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนอย่างเป็นประชาธิปไตย ก่อนที่จะนำข้อมูลมาสังเคราะห์ร่วมกันแล้วกำหนดเป็น

กิจกรรมในการปฏิบัติ จึงส่งผลทำให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ด้วยดี สอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุ่งทิพย์ กล้าหาญ และคณะ (2556) ทำการวิจัยเรื่อง กระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยหลักพุทธธรรมในหมู่บ้านป่าไผ่ ต.แม่โป่ง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ พบว่า บ้านป่าไผ่เคยประสบปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด แต่ด้วยประสบการณ์ด้านการจัดการชุมชน ทำให้สามารถเรียนรู้และปรับตัวอย่างเท่าทัน โดยใช้กลวิธีที่หลากหลาย การประสานกลไกทั้งภายในและนอกชุมชน การใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ดำเนินการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน จนเป็นชุมชนต้นแบบของการขจัดปัญหาเสพติด โดยกระบวนการฯ ประกอบด้วย การค้นหาปัญหา การคืนข้อมูลสู่ชุมชน การวางแผนการปฏิบัติงาน การประสานภาคีเครือข่าย และการติดตามผลการดำเนินงาน และสอดคล้องกับ สิทธิณัฐ ประพุทธนิตินสาร จำไพพรรณ อภิชาติพงษ์ชัย และ จันท์ศิริ วาหงษ์ (2547) ที่ทำการวิจัยเรื่อง การถอดบทเรียนความสำเร็จของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรและยั่งยืน ผลการวิจัยพบว่า พัฒนาการของกระบวนการทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมระหว่างกลไกในชุมชน ประกอบด้วยภาคีสำคัญ คือ แกนนำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ทีมงานเฉพาะกิจ) องค์กรชุมชน และสถาบันในชุมชน (วัด/โรงเรียน) กับกลไกสนับสนุนจากภายนอกชุมชน (รัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน) จนนำไปสู่การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากพื้นที่วิจัยเป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างทางด้านชาติพันธุ์ มีความหลากหลายของความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการวิเคราะห์ชุมชนทุกมิติเพื่อนำสู่กลวิธีแก้ไขที่เหมาะสม โดยดึงเอาศักยภาพของชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการ อนึ่ง การบังคับใช้กฎหมายในบางครั้งต้องมีความผสมผสานกลมกลืนกับกฎของชุมชนด้วยเพื่อเป็นการป้องกันผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

เอกสารอ้างอิง

- จันท์ศิริ วาหงษ์. (2546). ปัจจัยการค้าและการลำเลียงยาเสพติดในกลุ่มชาวไทยภูเขาเผ่าม้งและลีซอ. เชียงใหม่ : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภาค 5.
- เจริญ แฉกพิมาย และปนัดดา ศรีธนสาร. (2555). รายงานวิจัยพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- นภดล ศักดิ์เจริญชัยกุล. (2537). การศึกษามาตรการป้องกันปัญหายาเสพติดในชุมชนชาวเขา ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนชาวเขาเผ่าม้ง ตำบลเข็กน้อย อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์สาขาศาสนาพุทธมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).

- รุ่งทิพย์ กล้าหาญ และบรรชกร กล้าหาญ. (2556). รายงานวิจัยกระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดด้วยหลักพุทธธรรมในหมู่บ้านป่าไผ่ ต.แม่โป่ง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย;
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา;
- ศูนย์ฟื้นฟูและพัฒนาจิตใจผู้ติดยาเสพติดบ้านพึงสุข. (2559). สถานการณ์ยาเสพติดและแนวโน้มประกอบการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11. เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2559, <http://www.banphuengsuk.com/14658504/>
- สถานีตำรวจภูธรปัว จังหวัดน่าน. (2558). สถิติการจับกุมผู้ต้องหายาเสพติดอำเภอปัว จังหวัดน่าน. น่าน : สถานีตำรวจภูธรปัว.
- สิทธิณัฐ ประพุทธนิตสาร ราไพพรรณ อภิชาติพงศ์ชัย และ จันทร์ศิริ วาทหงส์. (2547). การถอดบทเรียนความสำเร็จของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบครบวงจรและยั่งยืน. เชียงใหม่ : ศูนย์วิชาการสารเสพติดภาคเหนือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2554). ความรู้และแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บางกอกเทคโนโลยีสแกนนิ่งแอนด์เซอร์วิส จำกัด.
- องค์การบริหารส่วนตำบลป่ากลาง. (2555). แผนพัฒนา 3 ปี (2555-2557). น่าน : องค์การบริหารส่วนตำบลป่ากลาง.

**การพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า
ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร**
**The Development of animation media topic: Burmese labor healthcare
service process at Samut Sakhon Hospital Muang District , Samut
Sakhon**

ปาริชาติ จันท์เที่ยง¹ และปัญญาวุธ กาญจนกำเนิด²
Parichat Janteng¹ and Panyawut Kanchanakamnoed²

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้สื่อเรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่าของโรงพยาบาลสมุทรสาคร 2) เพื่อพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า 3) เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่าของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างก่อนกับหลังการใช้สื่อแอนิเมชัน 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อแอนิเมชัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 10 คน แรงงานพม่าที่มาใช้บริการโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สื่อแอนิเมชัน แบบวัดความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อ และ แบบประเมินความพึงพอใจ ดำเนินการเก็บข้อมูล 4 ระยะคือ ระยะศึกษาสถานการณ์และปัญหา ระยะการพัฒนา ระยะการทดลองใช้ ระยะประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pair-t-test

ผลการวิจัยพบว่า สื่อรูปแบบเดิมไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้เนื่องจากบางคนไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้วิจัยจึงได้สร้างสื่อแอนิเมชัน มีลักษณะเป็นภาพการ์ตูนสองมิติ เสียง ข้อความ การเคลื่อนไหว ซึ่งตอบสนองต่อการเรียนรู้ตามศักยภาพและความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยเป็นการอธิบายลำดับขั้นตอนการมาใช้บริการด้านสุขภาพของแรงงานพม่า ที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร มีการพากย์เป็นภาษาพม่า และมีคำแปลเป็นภาษาไทย โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญในการประเมินคุณภาพสื่อ เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผลการเรียนรู้หลังใช้สื่อแอนิเมชันเรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่าสูงกว่าก่อนใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่างานวิจัยชิ้นนี้มีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อการบริการสุขภาพแก่แรงงานพม่าที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร และควรมีการพัฒนาสื่อแอนิเมชันในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: สื่อแอนิเมชัน ขั้นตอนการตรวจสุขภาพพม่า

¹ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก

² สำนักงานสาธารณสุข จ. นครศรีธรรมราช

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This research and development (R&D) study aimed to 1) analyze the status quo and problems in using media showing Burmese labor healthcare service process at Samut Sakhon Hospital, 2) develop animation media topic: Burmese labor healthcare service process, 3) compare knowledge assessment scores of Burmese labors before and after using the new animation media and 4) measure the satisfaction animation media of using this animation media. The sample subjects of this study included 10 healthcare members of Samut Sakhon Hospital and 30 Burmese labor who came to use healthcare service(s) at Samut Sakhon Hospital. Sample selection was based on a purposive sampling. Research instruments included interview question

guidelines, animation media, pre and post tests and satisfaction survey. The four phases of this study included problem identification phase, developmental phase, trial phase and evaluation phase. Data were collected between June and July, 2015, analyzed by content analysis, percentage, average score, standard deviation and Pair-t-test.

Results indicated that the previous media could not make the target group understand the process since many could not read. Researchers therefore developed a two-dimension animation media which included voice, text and moving cartoon resulting in a more responsive to individual capacity and difference media. This new media described orderly steps in using healthcare services at Samut Sakhon Hospital via Burmese voice and Thai translation. The instruments were validated by media assessment experts. Learning scores after using the new media of Burmese labors were higher than the before scores at at 0.05 confident interval level. Furthermore, the average satisfaction level of Burmese labors who used the program was in a high level.

This study showed that R&D is a suitable method and beneficial for healthcare services for Burmese labors Burmese at Samut Sakhon Hospital and animation has a great potential to be applied for other topics in the future.

Key words: Animation media, Burmese labor healthcare service process

¹ Kanchanabhisek Institute of Medical and Public Health Technology

² Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, Nakhon Si Thammarat

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ AEC ทำให้ผู้คนหลังไหลเข้ามาทำงานกันมากมาย เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศอุตสาหกรรมต้องมีผู้ใช้แรงงานเข้ามาทำงานซึ่งแรงงานที่เข้ามาส่วนมากเป็นแรงงานพม่าเพื่อมาขับเคลื่อนเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ผู้ประกอบการจำนวนมากต้องการแรงงานพม่าเข้ามาทำงานประกอบการแทนแรงงานไทย และกระทรวงสาธารณสุขได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ ของแรงงานพม่าที่ได้เข้ามาทำงานในประเทศไทย จึงได้ออกมาตรการและแนวทางการดำเนินงาน เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพคนพม่าของกระทรวงสาธารณสุขปี 2556 ดังนี้ 1) คนต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ทุกคนต้องมีหลักประกันตนด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งคือ ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ 2) คนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ไม่อยู่ในระบบประกันสังคม รวมทั้งบุตรที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี และผู้ติดตามทุกคนต้องตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพกับกระทรวงสาธารณสุข 3) คนต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่อยู่ระหว่างรอสิทธิประกันสังคมทุกคน ต้องตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กระทรวงสาธารณสุขเร่งพัฒนาระบบการเข้าถึงสุขภาพของแรงงานต่างด้าว โดยแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยรวมทั้งสิ้น 1,355,258 คน (สำนักงานแรงงานต่างด้าว, 2558) ทุกคนต้องตรวจและประกันสุขภาพ โดยดำเนินใน 4 ด้านคือ 1)ตรวจสุขภาพ 2)ให้บริการรักษาพยาบาล 3)บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค 4)การเฝ้าระวังโรค โดยให้ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวทุกคน ซึ่งอาจมีปัญหาด้านการสื่อสารเนื่องจากมีภาษาที่แตกต่างกัน

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้พัฒนามากขึ้นเรื่อยๆทำให้โลกเรามีวิทยาการใหม่ๆ ออกมาเสมอ มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดำรงชีวิต จะสามารถมองเห็นได้ง่ายชัดเจน เช่น เทคโนโลยีในการสื่อสาร ที่มีการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อให้แรงงานพม่าได้รับสารได้

อย่างง่ายขึ้นในการถ่ายทอดเรื่องราวและความน่าสนใจโดยเฉพาะสื่อแอนิเมชันที่มีคุณสมบัติในเรื่องของภาพเคลื่อนไหว ด้วยการนำภาพนิ่งมาเรียงลำดับกันและแสดงผลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ดวงตาเห็นภาพที่มีการเคลื่อนไหวในลักษณะภาพติดตา การใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปาก ในเด็กวัยก่อนเรียนความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค การ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติ สามารถกระตุ้นการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องใช้ระยะเวลาต่อเนื่องและนานขึ้นเพื่อให้เกิดทักษะ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ถูกต้อง (ดาราวรรณ รองเมือง, 2557)

จากการรายงานสำนักงานกระทรวงแรงงานต่างด้าวพบว่า ในเดือน มกราคม 2558 ที่จังหวัดสมุทรสาครมีแรงงานพม่าเข้ามา 146,380 คน ซึ่งเป็นจำนวนมากในปริมาณที่ได้เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ซึ่งทางโรงพยาบาลมีสื่อและบุคลากรด้านภาษาไม่เพียงพอต่อความต้องการ อีกทั้งยังขาดบุคลากรที่ผลิตสื่อข้อความชำนาญในการผลิตสื่อที่หลากหลาย ขั้นตอนการรับบริการที่แรงงานพม่าจำเป็นต้องรู้และเข้าใจมี 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การตรวจโรคก่อนเข้าทำงาน 2) การตรวจโรคทั่วไป 3) การฝากครรภ์ 4) อุบัติเหตุ ป่วยฉุกเฉิน คน (พนักงานแรงงานต่างด้าว, 2558)

จากความเป็นมาและปัญหา ที่โรงพยาบาลสมุทรสาครยังขาดสื่อสำหรับใช้ เพื่อเป็นการสื่อสารให้แรงงานพม่าได้เข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ได้ใช้ประโยชน์จากคุณสมบัติของแอนิเมชันด้วยวิธีการสอดแทรกขั้นตอนการให้บริการในโรงพยาบาล ลักษณะเป็นภาพการ์ตูนเคลื่อนไหวข้อความ เสียงพากย์เป็นภาษาพม่าและแปลภาษาไทย คณะผู้จัดทำจึงมีความสนใจที่จะการพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่าของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการวิจัยนี้ เพื่อสร้างสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร เพื่อลดปัญหาความไม่เข้าใจในขั้นตอนการให้บริการด้านการตรวจสุขภาพ และลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านภาษาพม่า

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้สื่อ เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

2. เพื่อพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับ เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างก่อนกับหลังการใช้สื่อแอนิเมชันเรื่องขั้นตอนการตรวจสุขภาพแรงงานพม่า

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการใช้อินิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development หรือ R&D) เพื่อออกแบบสื่อแอนิเมชัน เนื้อหาเรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มเจ้าหน้าที่กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 10 คน ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลและด้านการผลิตสื่อในโรงพยาบาลสมุทรสาคร และ กลุ่มผู้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาครซึ่งเป็นแรงงานพม่า จำนวน 30 คน ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2558 ถึง เดือน กรกฎาคม 2558 ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดคือ เป็นแรงงานพม่าที่สามารถ พูด อ่าน และฟังภาษาพม่าได้ และเป็นผู้ยินดีให้ความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 5 ประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 เครื่องมือที่เป็นแนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาสื่อแอนิเมชันเรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาครในปัจจุบันเป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้ข้อคำถามแบบปลายเปิดเพื่อศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การใช้สื่อแอนิเมชันและสถานการณ์สุขภาพของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ประเภทที่ 2 เครื่องมือที่เป็น สื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาแบ่งออกเป็นตอน จำนวน 4 ตอน 1) ขั้นตอนการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว 2) ขั้นตอนการตรวจโรคทั่วไป 3) ขั้นตอนการฝากครรภ์ของแรงงานต่างด้าว 4) ขั้นตอนการรักษาอุบัติเหตุของแรงงานต่างด้าว ลักษณะของสื่อแอนิเมชัน ประกอบด้วย ภาพการ์ตูน ภาพเคลื่อนไหว ข้อความ เสียงพากย์ภาษาพม่าโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาพม่า ผู้วิจัยวางแผนและพัฒนาสื่อโดยใช้หลัก ADDIE Model โดย Roderic, Sims แห่งมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย เป็นวิธีระบบใน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวิเคราะห์ 2) ขั้นตอนออกแบบ 3) ขั้นพัฒนา 4) ขั้นทดลองใช้ 5) ขั้นประเมินผล และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 4 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบและประเมินประสิทธิภาพสื่อ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งคำตอบเป็นมาตรฐาน ประเมินค่า 5 ระดับค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ของ Likert (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) และข้อสอบถามความคิดเห็นในเชิงเนื้อหา แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และนำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ประเภทที่ 3 แบบประเมินคุณภาพของสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนการตรวจสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร 4 ด้าน ได้แก่ด้านเนื้อหาและการดำเนินเรื่อง ด้านภาพ ด้านเสียง ด้านตัวอักษร รวมทั้งสิ้น 21 ข้อ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ทางด้านการพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทางด้านนันทนาการสโตนศึกษาภายในโรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 4 โดยแบบประเมินคุณภาพของสื่อเกิน 0.5 ทุกข้อไม่มีการปรับปรุง

ประเภทที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า โดยแต่ละข้อจะมีคำถามและคำตอบแบบกาเครื่องหมายถูกหน้าข้อความที่ถูกต้อง และกาเครื่องหมายผิดหน้าข้อความที่กล่าวผิด มี 10 ข้อ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาภาษาที่ใช้ ตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของ ครูเดอริชชาคสัน(Kuder Richardsion) KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 แล้วนำแบบวัดความรู้ไปทำการแปลเป็นภาษาพม่า โดยมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาพม่าของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

ประเภทที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อการใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการ
สุขภาพแรงงานพม่า

โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 คำถามความพึงพอใจต่อการใช้อินิเมชัน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 รายการ ด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร ด้านการออกแบบ ด้านความรู้สึกระหว่างการใช้สื่อแอนิเมชัน ซึ่งคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ แบบประเมินความพึงพอใจมีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เกิน 0.5 ทุกข้อ และได้ปรับปรุงตามคำแนะนำไปหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาหาค่าความเที่ยง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยงตรง 0.83

การดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการพินิจสิทธิ์โดยชี้แจงเกี่ยวกับสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม ทั้งนี้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2558 จนถึงเดือนกรกฎาคม 2558 โดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการวิเคราะห์สื่อแอนิเมชัน ผู้วิจัยได้ทำการประสานไปที่โรงพยาบาลสมุทรสาครเพื่อ ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหาขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า และขอใช้กลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 10 คน ตัว (1:1) ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่โสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ห้องฝากครรภ์และเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และบันทึกการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อต่อไป

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาสื่อหลังจากที่ศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างมาแล้วนั้นได้พัฒนาสื่อตามวิธีระบบ ADDIE Model โดย ได้ร่างโครงเรื่อง เขียน Storyboard ออกแบบคาเรคเตอร์ของตัวละคร แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและด้านสื่อตรวจสอบ พร้อมแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ ก่อนนำไปสร้างด้วยโปรแกรม Adobe flash CS6 พร้อมทั้งได้ติดต่อผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาพม่าเป็นผู้พากย์เสียง และนำสื่อไปใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง แก้ไขปรับปรุงสื่อจนผ่านการอนุมัติจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการนำสื่อแอนิเมชันไปทดลองใช้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่ยินดีให้ความร่วมมือ และเป็นผู้ที่สามารถพูด อ่าน และฟังภาษาพม่า และได้ออกแบบกระบวนการวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดยให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดความรู้ก่อนเรียน 15 นาที แล้วจึงเปิดสื่อแอนิเมชัน ใช้เวลาในการชมสื่อ 15 นาที หลังจากกลุ่มตัวอย่างดูสื่อแล้วจึงให้ทำแบบวัดความรู้หลังเรียน 15 นาที และทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ ตามลำดับ

ระยะที่ 4 ขั้นประเมินผล หลังจากที่ผู้วิจัยได้ข้อมูลจึงได้ประเมินผลดังนี้

1. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่าระหว่าง ก่อนกับหลัง การชมสื่อแอนิเมชัน จากแบบวัดความรู้เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อแอนิเมชัน ใช้สถิติ Paired t-test

2. ประเมินความพึงพอใจของแรงงานพม่าต่อการใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอน

บริการสุขภาพแรงงานพม่า การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการวิจัย

โดยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด เพื่อการพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่าของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 10 คน พบว่า สถานการณ์และสภาพปัญหาการใช้สื่อเรื่อง ขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ดังนี้ 1) แรงงานต่างด้าวที่มารับบริการมีสัญชาติพม่า รองลงมา ลาว มอญ เขมร 2) โรคที่ประชาชนมาใช้บริการส่วนมากเป็นโรคไข้หวัดทั่วไป อุบัติเหตุจากการทำงานและการฝากครรภ์ 3) ทางโรงพยาบาลไม่มีสื่อที่เป็นแอนิเมชัน ส่วนมากจะเป็นแผ่นพับ โปสเตอร์ให้ความรู้ 4) ที่โรงพยาบาลมีสื่อเพียงพอแต่จะเป็นในรูปแบบเดิมคือ แผ่นพับ 5) ที่โรงพยาบาลไม่มีสื่อเพื่อสื่อสารกับแรงงานพม่า ส่วนมากจะเป็นล่ามที่เป็นสื่อกลาง 6) สื่อที่ได้รับความนิยมจากประชาชนคือสื่อประเภทแผ่นพับและผู้เชี่ยวชาญในภาษาพม่า 7) ที่โรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาพม่า จากการที่แรงงานต่างด้าวได้มารับบริการขั้นตอนต่างๆของทางโรงพยาบาลไม่มีสื่อให้ความรู้ในขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีแค่ล่ามเป็นผู้สื่อสารทำให้ขั้นตอนนั้นเป็นไปได้ช้าเพราะต้องรอล่ามช่วยสื่อสารกับแรงงานต่างด้าว รูปแบบของสื่อที่ควรจะเป็น พบว่า 1) เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการออกแบบสื่อที่หลากหลายนอกจากสื่อที่เป็นแผ่นพับ โปสเตอร์ ควรเป็นสื่อในรูปแบบของภาคเคลื่อนไหวหรือการ์ตูนแอนิเมชัน 2) ผู้ที่มาใช้บริการเป็นสัญชาติพม่าต้องการสื่อที่เป็นภาษาพม่า ต้องการให้มีคำแนะนำที่ถูกต้องและครอบคลุมถึงขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า 3) เพื่อลดภาวะในการสื่อสารกับแรงงานพม่าให้แก่เจ้าหน้าที่ เนื่องจากที่โรงพยาบาลมีจำนวนล่ามไม่เพียงพอต่อการบริการ

2. ขั้นการพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า จากการศึกษาเนื้อหาเรื่องขั้นตอนการใช้บริการของชาวพม่าในโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหา 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ตอนที่ 2 เรื่องขั้นตอนการตรวจสุขภาพทั่วไป ตอนที่ 3 เรื่องขั้นตอนการฝากครรภ์ ตอนที่ 4 เรื่องขั้นตอนการรักษาอุบัติเหตุของแรงงานพม่า ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาจัดทำโครงร่างและเขียนสตอรี่บอร์ด ออกแบบคาเรคเตอร์การ์ตูนแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบ นำข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขครั้งนี้ ให้เพิ่มเติมเนื้อหาใน

ประเด็นเกี่ยวกับข้อมูลในส่วนของขั้นตอนการรักษาอุบัติเหตุของแรงงานพม่า จากนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างสื่อโดยใช้โปรแกรม Adobe Illustrator CS6 ในการวาดภาพประกอบ และโปรแกรม Adobe Flash Professional CS6 ในการสร้างภาพเคลื่อนไหว แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพ ได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขดังนี้ ขนาดตัวอักษรในส่วนของขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่าตัวเล็กเกินไปควรปรับแก้ขนาดของตัวอักษร และการจัดเรียงให้อ่านง่ายมากขึ้น ควรมีการใช้มุมกลิ้งในการสร้างภาพที่หลากหลาย ด้านเนื้อหามีความถูกต้องเหมาะสมกับขั้นตอนต่างๆ เนื้อหาที่มีความชัดเจนเข้าใจง่ายใช้คำที่เข้าใจง่าย จากนั้นนำไปทดลองใช้กับตัวแทนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน (tryout) พบว่า เนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับการมาใช้บริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความถูกต้องของวัตถุประสงค์ ด้านเทคนิคตัวละครและฉากมีความสวยงามสามารถดึงดูดความสนใจได้ดี การเคลื่อนไหวของการ์ตูนมีความต่อเนื่อง มีการสื่อความหมายของภาพที่สอดคล้องกับเนื้อหา เสียงมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับตัวการ์ตูน มีความน่าสนใจในการดำเนินเรื่อง รูปแบบตัวอักษรมีความเหมาะสม

3. กลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ และเป็นผู้ที่สามารถพูด อ่าน และฟังภาษาพม่า จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย จำนวน 16 คน และเพศหญิง 14 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากหน่วยปฐมภูมิ จุด one stop service 18 คน คลินิกแรงงานต่างด้าว 12 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดจึงได้ทดลองใช้สื่อตามกระบวนการวิจัย ผลการเปรียบเทียบความรู้ จากแบบวัดความรู้เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ระหว่างก่อนและหลังการใช้สื่อแอนิเมชัน โดยการทดสอบหาค่า Pair-t-test คะแนนจากการวัดความรู้หลังการใช้สื่อมากกว่าก่อนการใช้สื่อแอนิเมชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) โดยหลังการใช้สื่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{x} = 7.43$) และก่อนใช้สื่อเท่ากับ ($\bar{x} = 4.50$) ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร (n = 30)

ผลการวัดความรู้	คะแนนเต็ม	(\bar{x})	SD	t	P- value
ก่อนการใช้สื่อ	10	4.50	1.17		
หลังการใช้สื่อ	10	7.43	1.61	8.572	0.05

4. ประเมินความพึงพอใจของแรงงานพม่าต่อการใช้อินิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการใช้อินิเมชัน ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แบบประเมินแบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.3 เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 46.7 และมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.3

ตอนที่ 2 ระดับความพึงพอใจ ต่อการใช้อินิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ความพึงพอใจ ด้านการใช้ภาษาในการสื่อสารอยู่ในระดับมาก

($\bar{x} = 4.37$) เป็นอันดับที่ 1 ด้านความรู้อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.27$) เป็นอันดับที่ 2 ด้านความรู้สึกต่อการใช้สื่อแอนิเมชันอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.17$) เป็นอันดับที่ 3 และ ด้านการออกแบบโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.02$) อันดับที่ 4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลระดับความพึงพอใจต่อการใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม (n=30)

รายการ	ความพึงพอใจ			
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	จัดอันดับ
ด้านความรู้	4.27	0.43	มาก	2
ด้านการใช้ภาษาในการสื่อสาร	4.37	0.52	มาก	1
ด้านการออกแบบ	4.02	0.56	มาก	4
ด้านความรู้สึกต่อการใช้สื่อแอนิเมชัน	4.16	0.69	มาก	3
รวม	4.17	0.43	มาก	

สรุปและอภิปรายผล

1. การวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์การสร้างสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร จากการศึกษาต่างด้านได้มาบริการบริการขั้นตอนต่างๆของทางโรงพยาบาลสื่อไม่เพียงพอต่อความต้องการในการอธิบายขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และมีผู้ทำหน้าที่ด้านภาษาซึ่งไม่เพียงพอต่อการสื่อสารกับผู้มาใช้บริการทำให้การให้บริการล่าช้า ดังนั้นควรเป็นสื่อในรูปแบบของการตูนแอนิเมชัน ซึ่งควรมีลักษณะเป็นภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว มีเสียงบรรยายเป็นภาษาพม่า ข้อความ และสามารถนำไปเปิดบนระบบโทรทัศน์ภายในโรงพยาบาลได้ ซึ่งผู้มาใช้บริการสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้ตามศักยภาพความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Differences Theory) อธิบายว่าบุคคลมีความแตกต่างกันหลายประการ เช่น บุคลิกภาพ ทัศนคติ สติปัญญา และความสนใจ (สุธีรา เผ่าโกศลสถิตย์, 2543 : 28-29)

2. การพัฒนาสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ให้มีคุณภาพโดยมีกระบวนการพัฒนาวิธีระบบมาใช้ในการพัฒนา ได้แก่ กระบวนการวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การทดลองใช้ และการประเมิน ผู้พัฒนาสื่อได้ศึกษาเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ก่อนที่จะทำการพัฒนาสื่อได้รับการตรวจสอบ และคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ นำมาแก้ไขปรับปรุง การจัดระบบด้านเนื้อหา ได้จัดแบ่งเนื้อหาออกเป็นหน่วยย่อย ๆ แต่ละหน้าจะประกอบด้วย ภาพ เสียง และข้อความที่มีความกระชับ การออกแบบจัดวางเนื้อหาลำดับจากง่ายไปยาก สอดคล้องกับ Rao, Siriginidi subba (2004) ได้เสนอรูปแบบการจัดการเนื้อหาอย่างเป็นระบบช่วยให้การสื่อสารประสบความสำเร็จได้ ด้านการออกแบบการเลือกใช้สี การจัดวางภาพ การวาดภาพประกอบลายเส้น เป็นการ์ตูนที่มีความสอดคล้องกับ กิดานันท์ มลิทอง (2540) ได้กล่าวไว้ว่า “การใช้สี ภาพลายเส้นที่แลดูคล้ายเคลื่อนไหว ตลอดจนเสียงดนตรี จะเพิ่มความเหมือนจริงและเร้าใจผู้เรียนให้เกิดความอยากรู้อยากเห็น” อีกทั้งมีเสียงบรรยายประกอบภายในบทเรียนและกล่าวได้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลเกิดการรับรู้ และการเรียนรู้ได้ดี

3. ผลจากการวัดความรู้ของผู้ใช้สื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า คะแนนจากการวัดความรู้หลังการใช้สื่อมากกว่าก่อนการใช้สื่อแอนิเมชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) โดยหลังการใช้สื่อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($\bar{x} = 7.43$) และก่อนการใช้สื่อเท่ากับ ($\bar{x} = 4.50$) ตรงกับสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ทั้งนี้เพราะสื่อแอนิเมชันที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นนั้น ทั้งนี้เพราะสื่อมีรูปแบบการกระตุ้นที่สร้างความเคลื่อนไหวเป็น ลำดับขั้นตอนของการตรวจสุขภาพแรงงานพม่า สื่อสามารถสร้างความดึงดูดความสนใจในการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อสอบ การประเมินหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ทำให้สามารถวัดผลสัมฤทธิ์ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และส่งผลให้ผลสัมฤทธิ์ของผู้ชมสื่อแอนิเมชันสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของดาราวรรณ ร่องเมือง (2557) ศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชัน 2 มิติ เพื่อป้องกันโรคมือเท้าปากในเด็กวัยก่อนเรียน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ คะแนนความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมือเท้าปากหลังการชมสื่อแอนิเมชัน 2 มิติมากกว่าก่อนการชมสื่อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$)

4. ระดับความพึงพอใจ จากการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อสื่อแอนิเมชัน เรื่องขั้นตอนบริการสุขภาพแรงงานพม่า ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร พบว่า ความพึงพอใจต่อสื่อแอนิเมชันในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากสื่อแอนิเมชันที่พัฒนาสามารถตอบสนองการเรียนรู้ตามศักยภาพ และความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ มีการจัดลำดับเนื้อหาที่ครอบคลุมความต้องการในการมาใช้บริการการตรวจสุขภาพ ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร มีภาพและเสียงที่เป็นภาษาพม่าช่วยให้เกิดความเข้าใจในด้านภาษามากยิ่งขึ้น และได้ผ่านการประเมินและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญสอดคล้องกับ การพัฒนาแอนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง “การออกกำลังกายด้วยมวยไทยโบราณสกลนคร” (ฐนันทชัย ศิริวาลย์, 2552) ผลการศึกษาค้นคว้าปรากฏ ดังนี้ 1. แอนิเมชัน 3 มิติ เรื่อง “การออกกำลังกายด้วยมวยไทยโบราณสกลนคร” มีคุณภาพโดยการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา และด้านแอนิเมชัน มีคุณภาพในระดับดี 2. ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อแอนิเมชัน 3 มิติเรื่อง “การออกกำลังกายด้วยมวยไทยโบราณสกลนคร” ในด้านเนื้อหาและคุณลักษณะทางกายภาพของแอนิเมชันอยู่ในระดับมาก เช่นกัน

บรรณานุกรม

- กิตติมา ปรีดีติติก. (2529). **ทฤษฎีบริหารองค์การ**. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- กิดานันท์ มลิทอง. 2543. **เทคโนโลยีร่วมสมัย**. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรสาคร. (2558). **ขั้นตอนการตรวจสุขภาพ**. มปป.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2529). **นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษาการสอน**. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- ชม ภูมิภาค. (2542). **เทคโนโลยีการสอนและการศึกษา**. กรุงเทพฯ: ประสานมิตร.
- ประกายดาว ดำรงพันธ์. (2536). **ความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อการให้บริการด้านสินเชื่อ: กรณีศึกษาศูนย์ธุรกิจสะพานขาวธนาคารกรุงไทยจำกัด(มหาชน)**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วิรุฬ พรรณเทวี. (2542). **ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของหน่วยงาน กระทรวงมหาดไทย. อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน**. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร

- มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา).เชียงใหม่:มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัเชียงใหม่.
จตุพร สายแหว.(2552).การพัฒนาสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน2มิติเพื่อรณรงค์การออกกำลังกายสำหรับเด็ก ,(ปริญญาคุชฎีบัณฑิต,มหาวิทยาลัยสารคาม).สืบค้นจาก
[https://sites.google.com/site/siriluktaey5349/1-hawkhx-khorng-ngan/
1-2-bth-thi2xeksar](https://sites.google.com/site/siriluktaey5349/1-hawkhx-khorng-ngan/1-2-bth-thi2xeksar)
- ฐนันทชัย ศิริวาสย์. (2552). การพัฒนาแอนิเมชัน 3 มิติ“เรื่อง การออกกำลังกายด้วยมวยไทยโบราณ,
(ปริญญาคุชฎีบัณฑิต,มหาวิทยาลัยสารคาม) . สืบค้นจาก
<http://library.msu.ac.th/webu/dublin.php?&f=dublin&ID=12375512>
- กระทรวงแรงงาน. (2557). สำนักงานแรงงานต่างด้าว. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2558. จาก
<http://wp.doe.go.th>.
- สำนักงานแรงงานต่างด้าว. (2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2558
จาก www.phamit.org/upload/public/file/b1350622551.pdf
- ภณิดา รชัยปัญญา.(2541). การวัดความพึงพอใจ. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2558. จาก
<https://www.blogger.com/profile/06059013163023792140>
-

การศึกษาประสิทธิภาพการใช้งานกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ The study of efficiency of (DIY) digital dental x-ray view box

อธิวัฒน์ เปรมไธสง¹, พัสตราภรณ์ พัยคมภาพ² และชยานิต พจสิทธิ์³
Athiwat Premthaisong¹, Pastraporn Payakapharp² and Chayanit Photchasan³

บทคัดย่อ

การเสื่อมสภาพ และการสูญหายของฟิล์มทันตกรรมจากการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาในการสืบค้นประวัติรอยโรคในช่องปาก และการรักษาของผู้ป่วย การใช้เทคโนโลยีระบบดิจิทัล และสื่อมัลติมีเดียสามารถเก็บประวัติทางภาพรังสีไว้ในคอมพิวเตอร์ จะช่วยให้การค้นหาเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ลดการสูญหายของข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสู่การพัฒนางานประจำ(R2R) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเชิงทดลอง (Experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้งานกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ กับกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ผลการประเมินโดยผู้ประเมินเป็นนักศึกษาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 จำนวน 40 คน พบว่าประสิทธิภาพการใช้งานกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ดีกว่ากล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI (-1.099,-0.770) และพบระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานอยู่ในระดับพอใจมาก(ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49) แสดงให้เห็นว่าเราสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และกล่องมัลติมีเดียให้เกิดประโยชน์ในงานทันตกรรมได้ ทั้งนี้หากมีการนำมาใช้ในอนาคตต้องมีการศึกษา และพัฒนาเพื่อความเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์, กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรม, ฟิล์มทันตกรรม, ทันตรังสี

^{1,2,3} ภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

Abstract

Improper storage of dental x-ray film could result in film deterioration or misplaced. These consequences affect clinical investigation and treatment. The goal of this study was to employ a digital technology and multimedia for dental record keeping in order to facilitate record searching and to prevent the loss of data overtime.

This is a routine to research (R2R) study that use experimental approach to compare perform of a Do it yourself (DIY) dental x-ray view box in term of its efficiency against a conventional dental x-ray view box. The performance comparison data and students' satisfaction scores were collected from 40 fourth-year dental public health students at Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok.

The results revealed that the DIY dental x-ray view box performed better than the conventional one at 95% statistical significant. The satisfaction scores were in the high range (average score= 3.50-4.49). For conclusion, the results from this study suggested that digital technology and multimedia camera can be applied to benefit dental health care. However, future work is required to further improve the instrument.

Keywords : Dental equipment, DIY dental x-ray view box, X-ray film, Dental radiology

^{1,2,3} Dental Public Health, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาพถ่ายรังสีทันตกรรมมีความสำคัญต่อการวินิจฉัยโรคในช่องปาก โดยเฉพาะรอยโรครอบปลายรากฟัน ซึ่งภาพถ่ายรังสีนอกจากจะช่วยในการตรวจ วินิจฉัยแล้ว การเก็บรักษาฟิล์มทันตกรรมภายหลังการวินิจฉัยโรค และการรักษาก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะฟิล์มที่เก็บไว้นั้นเป็นหลักฐานในการตรวจเช็ค การวินิจฉัยรอยโรค การวางแผน และการรักษาที่สำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถตรวจสอบและดูสภาพรอยโรคภายหลังการรักษา แต่เนื่องจากปัญหาภาพถ่ายรังสีทางทันตกรรมนั้น เมื่อเก็บไว้นานปี จะเสื่อมสภาพทำให้ภาพไม่ชัดเจน รวมถึงปัญหาการสูญหายจากการเก็บรักษาที่พบในคลินิกทันตกรรมนักรักษาทันตสาธารณสุข และคลินิกบริการทันตกรรม วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ทำให้การเก็บภาพรังสีทันตกรรมในลักษณะของภาพดิจิทัลอนาล็อกจะเป็นแนวคิด และทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม เพราะการใช้เทคโนโลยีระบบดิจิทัล และสื่อมัลติมีเดียสามารถเก็บประวัติทางภาพรังสีไว้ในคอมพิวเตอร์ได้ ซึ่งจะช่วยให้การค้นหาเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ลดการสูญหายของข้อมูล สามารถเรียกใช้งานได้สะดวกรวดเร็ว โดยเฉพาะกรณีที่ต้องการสืบค้นประวัติภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วย ที่สำคัญภาพถ่ายรังสียังเป็นหลักฐานหนึ่งซึ่งสามารถใช้พิสูจน์ได้ในทางนิติเวชวิทยา(ทันตแพทยสภา, 2559) และเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ประกอบกับในช่วงหลายปีที่ผ่านมาภาพรังสีดิจิทัลได้รับความนิยมมากขึ้น ส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการพัฒนาเทคโนโลยีของระบบนี้ จนได้ภาพถ่ายรังสีที่มีคุณภาพใกล้เคียงหรือเทียบเท่าการถ่ายด้วยการใช้ฟิล์มแบบเดิม รวมถึงระบบซอฟต์แวร์ที่ทันสมัยมากขึ้นด้วย ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการเก็บภาพถ่ายรังสีทันตกรรมในรูปแบบของดิจิทัล จึงได้พัฒนาอุปกรณ์กล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ขึ้นด้วยวัสดุอุปกรณ์ที่หาได้ง่ายทั่วไปให้มีความสามารถทั้งการแปลงฟิล์ม และสามารถที่จะเก็บภาพฟิล์มเป็นแบบดิจิทัลได้ภายในตัวเดียวกัน ก็น่าจะได้ประโยชน์ที่หลากหลายและสามารถแก้ไขปัญหาฟิล์มเสื่อมสภาพและการสูญหายดังกล่าว จึงได้ทำการวิจัยเพื่อทดสอบและทดลองใช้อุปกรณ์ ทั้งนี้ก็เพื่อส่งเสริมสนับสนุนงานบริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วย การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนรายวิชาฝึกปฏิบัติการคลินิกทันตกรรมของนักศึกษาทันตสาธารณสุข รวมถึงเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนางานวิจัยด้านทันตกรรมของวิทยาลัยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้งานกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ กับกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อประเมินผลความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้ต่อการใช้งานกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์

แนวคิด หรือทฤษฎี

ความหมายของสื่อมัลติมีเดียเพื่อการศึกษา

เมื่อกกล่าวถึงคำว่า สื่อมัลติมีเดีย จะหมายถึง การใช้คอมพิวเตอร์ร่วมกับโปรแกรมซอฟต์แวร์ในการสื่อความหมายโดยการผสมผสานสื่อหลายชนิด เช่น ข้อความ ภาพกราฟิก (Graphic)

ภาพเคลื่อนไหว(Animation) เสียง (Sound) และวีดิทัศน์(Video) เป็นต้น และถ้าผู้ใช้สามารถที่จะควบคุมสื่อให้นำเสนอออกมาตามต้องการได้จะเรียกว่า สื่อมัลติมีเดียปฏิสัมพันธ์ (Interactive Multimedia) การปฏิสัมพันธ์ของผู้ใช้สามารถจะกระทำได้โดยผ่านทางคีย์บอร์ด(Keyboard) เมาส์(Mouse) หรือตัวชี้ (Pointer) เป็นต้น การใช้สื่อมัลติมีเดียในลักษณะปฏิสัมพันธ์ก็เพื่อช่วยให้ผู้ใช้สามารถเรียนรู้หรือทำกิจกรรม รวมถึงดูสื่อต่างๆ ด้วยตนเองได้ สื่อต่างๆ ที่นำมารวมไว้ในสื่อมัลติมีเดีย เช่น ภาพ เสียง วีดิทัศน์ จะช่วยให้เกิดความหลากหลายในการใช้คอมพิวเตอร์อันเป็นเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ในแนวทางใหม่ที่ทำให้การใช้คอมพิวเตอร์น่าสนใจ และสร้างความสนใจ เพิ่มความสนุกสนานในการเรียนรู้มากยิ่งขึ้น(ถาวร สายสืบ, 2555: <http://www.edu.nu.ac.th/>)

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้มีอิทธิพลต่อการจัดการเรียนการสอน เพราะจะเป็นแนวทางในการกำหนดปรัชญาการศึกษาและการจัดประสบการณ์ เนื่องจากทฤษฎีการเรียนรู้เป็นสิ่งที่อธิบายถึงกระบวนการวิธีการและเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และตรวจสอบว่าพฤติกรรมของมนุษย์ มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างไร(บ้านจอมยุทธ, 2543: <http://www.baanjomut.com/>) การเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ประสบมา มนุษย์เราสามารถเรียนรู้ได้จากการได้ยิน การสัมผัส การอ่าน รวมไปถึงการใช้เทคโนโลยีหรือจากสื่อต่างๆ ดังนั้นทางผู้จัดทำจึงเล็งเห็นความสำคัญการนำเทคโนโลยีสื่อดิจิทัลมัลติมีเดียมาประยุกต์ในการเรียนการสอน รวมทั้งประยุกต์ใช้ในคลินิกบริการทันตกรรมซึ่งน่าจะเป็นการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัล และสื่อมัลติมีเดียในปัจจุบันได้อย่างคุ้มค่า

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยสู่การพัฒนางานประจำ(R2R) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบเชิงทดลอง(Experimental research) โดยการเปรียบเทียบด้านประสิทธิภาพการใช้งานของอุปกรณ์ประดิษฐ์ได้แก่กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ กับกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก โดยให้นักศึกษาทันตสาธารณสุขชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2559 ทั้งหมดชั้นปีจำนวน 40 คน เป็นผู้ประเมินการใช้งาน เนื่องด้วยเป็นนักศึกษาที่กำลังฝึกปฏิบัติการถ่ายภาพและการแปลผลภาพรังสีทันตกรรม โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับชนิดของกล่องมัลติมีเดียขนาดเล็ก(webcam) พร้อมซอฟต์แวร์ รวมทั้งวิธีการใช้งานจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ทางอินเทอร์เน็ต และการเตรียมอุปกรณ์

ขั้นจัดทำกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์

1. จัดหาอุปกรณ์ในการทำกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ ได้แก่ กล่องพลาสติก, กล่องมัลติมีเดียขนาดเล็ก(webcam), แวนขยายส่องพระเครื่องกำลังขยาย 15 เท่า, ปลั๊กไฟฟ้า, หลอดไฟ LED พร้อมอุปกรณ์ประกอบชิ้นงาน



ภาพที่ 1 ภาพอุปกรณ์ในการประกอบกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์

- ดำเนินการประกอบอุปกรณ์ต่างๆ เข้าด้วยกัน พร้อมกับต่ออุปกรณ์กล้องมัลติมีเดียขนาดเล็ก (Web cam) ตามที่วางแผน และออกแบบไว้



ภาพที่ 2 ภาพการประกอบกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์

- นำอุปกรณ์ที่ประกอบเสร็จแล้ว พร้อมกับทดสอบการทำงาน และทำการเชื่อมต่อกับระบบคอมพิวเตอร์ที่มีซอฟต์แวร์สำหรับดูภาพมัลติมีเดีย ซึ่งเป็นส่วนที่แสดงผลภาพรังสี



ภาพที่ 3 ภาพการประกอบกล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ และการทดสอบการทำงาน



ภาพที่ 4 ภาพการทดสอบการทำงานเชื่อมต่อกับระบบคอมพิวเตอร์ที่มีซอฟต์แวร์ ซึ่งเป็นส่วนแสดงผลภาพถ่ายรังสีทันตกรรม

ขั้นการเปรียบเทียบประสิทธิภาพกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิตอลประดิษฐ์ กับกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในวิทยาลัย

1. ใช้ฟิล์มทันตกรรมเบอร์ 2 (KODAK Ultra-speed, DF-58 #2) จำนวน 2 ฟิล์ม ถ่ายภาพรังสีในโมเดลขากรรไกรจำลอง ในตำแหน่งเดียวกันที่ฟันกรามล่าง และล้างฟิล์มโดยอาจารย์ทันตแพทย์ 1 ท่าน
2. นำฟิล์มที่ได้จากการภาพรังสีในโมเดลขากรรไกรจำลอง มาทำการเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการใช้งานของกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิตอลประดิษฐ์ กับกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในวิชาฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรมของนักศึกษาในวิทยาลัย โดยให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ที่ฝึกปฏิบัติงานคลินิกทันตกรรม จำนวน 40 คน เป็นผู้ประเมินให้คะแนนตามแบบประเมินประสิทธิภาพการใช้งาน



ภาพที่ 5 ภาพการประเมินประสิทธิภาพการใช้งานของกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิตอลประดิษฐ์ กับกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมที่ใช้ในคลินิกนักศึกษา

ขั้นการประเมินความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้ต่อการใช้งานกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิตอลประดิษฐ์

ภายหลังจากการประเมินประสิทธิภาพการใช้งานกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิตอลประดิษฐ์กับกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในคลินิกนักศึกษาแล้ว นักศึกษาที่ได้ทดสอบทุกคนทำการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานของกล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิตอลประดิษฐ์

วิเคราะห์ข้อมูล และประมวลผลข้อมูล

การวัดประสิทธิภาพ แบ่งเป็น 5 ด้าน แต่ละด้านมีคะแนนประเมินเต็ม 5 คะแนน ดังนี้คือ

1. ภาพของฟิล์มทันตกรรมทั้งภาพปรากฏชัดเจน
2. ภาพส่วนประกอบต่างๆของอวัยวะช่องปากปรากฏชัดเจน
3. สามารถอ่านรายละเอียด/แปลผลภาพรังสีทันตกรรม
4. ความสะดวกในการใช้งานแปลผลภาพรังสีทันตกรรม
5. การขยายภาพรังสีดูรายละเอียดภาพเพิ่มเติมเฉพาะตำแหน่งที่สนใจ

สถิติที่ใช้ ได้แก่สถิติพรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย independent samples t-test ที่ระดับค่าความเชื่อมั่น 95% CI

แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบการจัดลำดับของ Likert (Likert Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ 5 4 3 2 1 โดยแปลผลจากค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x}) ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (\bar{x})	ความหมาย
4.50 – 5.00	พอใจมากที่สุด
3.50 – 4.49	พอใจมาก
2.50 – 3.49	พอใจปานกลาง
1.50 – 2.49	พอใจน้อย
1.00 – 1.49	พอใจน้อยที่สุด

ผลจากการทดลอง

ผู้ประเมินเป็นนักศึกษาทันตสาธารณสุข ชั้นปีที่ 4 จำนวน 40 คน ซึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 25 เพศหญิง ร้อยละ 75 จากผลการประเมินประสิทธิภาพการใช้งานของนักศึกษาพบว่า

เปรียบเทียบภาพบนฟิล์มทันตกรรมทั้งภาพปรากฏชัดเจน มีค่าคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value <0.01 ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI (-0.979,-0.320) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบภาพบนฟิล์มทันตกรรมทั้งภาพปรากฏชัดเจน

การประเมิน	mean	SD	t	p-value
กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐาน	3.77	±0.831	3.927	<0.001
กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัล ประดิษฐ์	4.42	±0.635		

เปรียบเทียบภาพส่วนประกอบต่างๆของอวัยวะช่องปากปรากฏชัดเจน มีค่าคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value <0.01 ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI (-1.117,-0.432) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบภาพส่วนประกอบต่างๆของอวัยวะช่องปากปรากฏชัดเจน

การประเมิน	mean	SD	t	p-value
กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐาน	3.72	±0.905	4.514	<0.001
กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัล ประดิษฐ์	4.50	±0.599		

เปรียบเทียบความสามารถอ่านรายละเอียด/แปลผลภาพรังสีทันตกรรม มีค่าคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value <0.01 ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI (-1.024,-0.375) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบความสามารถอ่านรายละเอียด/แปลผลภาพรังสีทันตกรรม

การประเมิน	mean	SD	t	p-value
กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐาน	3.75	±0.839	4.297	<0.001
กล่องแปลภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัล ประดิษฐ์	4.45	±0.597		

เปรียบเทียบความสะดวกในการใช้งานแอปผลภาพทันตกรรม มีค่าคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.01$ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI (-0.916,-0.233) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบความสะดวกในการใช้งานแอปผลภาพทันตกรรม

การประเมิน	mean	SD	t	p-value
กล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐาน	3.62	±0.774	3.357	0.001
กล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัล ประดิษฐ์	4.20	±0.757		

เปรียบเทียบการขยายภาพดูรายละเอียดภาพเพิ่มเติมเฉพาะตำแหน่งที่สนใจ มีค่าคะแนนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI (-2.385,-1.564) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางเปรียบเทียบการขยายภาพดูรายละเอียดภาพเพิ่มเติมเฉพาะตำแหน่งที่สนใจ

การประเมิน	mean	SD	t	p-value
กล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐาน	2.75	±1.192	9.640	<0.001
กล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัล ประดิษฐ์	4.72	±0.505		

เปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้งานกล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์กับกล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในคลินิกนักศึกษาในภาพรวม มีค่าคะแนนที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ที่ช่วงเชื่อมั่น 95% CI (-1.099,-0.770) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางเปรียบเทียบประสิทธิภาพการใช้งานกล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์กับกล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐานที่ใช้ในคลินิกนักศึกษาในภาพรวม

การประเมิน	mean	SD	t	p-value
กล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐาน	3.52	±0.992	11.196	<0.001
กล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัล ประดิษฐ์	4.46	±0.641		

จากการประเมินระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานของกล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ของนักศึกษาที่ทดลองใช้งาน พบว่าโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใจมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49)

ตารางที่ 7 ตารางประเมินระดับความพึงพอใจต่อการใช้งานกล่องแอปภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์ ของนักศึกษา

หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ	
	\bar{X}	SD
1. ด้านความสวยงาม	4.25	±0.588
2. ด้านความสะดวกในการใช้งาน	4.28	±0.599
3. ด้านความสะดวกในการเก็บรักษา	4.28	±0.679
4. ด้านความแข็งแรง ทนทาน	4.28	±0.716
5. ด้านความสามารถในการใช้แอปผลลัพธ์	4.48	±0.599

สรุป และวิเคราะห์

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประดิษฐ์กล่องแปลงผลฟิล์มทันตกรรมดิจิทัลขึ้นมา ซึ่งผลที่ได้จากการทดสอบเป็นที่น่าพอใจในด้านประสิทธิภาพการใช้งาน เมื่อเทียบกับกล่องแปลงผลฟิล์มมาตรฐานที่ใช้ในคลินิก เนื่องจากสามารถแปลงผลฟิล์มทันตกรรม และสามารถที่จะถ่ายภาพรังสีจากฟิล์มทันตกรรมให้เก็บไว้ในรูปของไฟล์ภาพดิจิทัลในคอมพิวเตอร์แทนที่การเก็บแผ่นฟิล์มทันตกรรม นอกจากนี้ยังสามารถที่จะปรับแต่งไฟล์ภาพโดยใช้โปรแกรมการแต่งภาพในคอมพิวเตอร์ได้อีกด้วย และเนื่องจากภาพถ่ายรังสีทางทันตกรรมเมื่อเก็บไว้นานปีจะเสื่อมสภาพทำให้ภาพไม่ชัดเจน รวมถึงปัญหาการสูญหายของฟิล์มทันตกรรมจากการเก็บรักษาที่ไม่เหมาะสม การเก็บภาพรังสีทันตกรรมในลักษณะของภาพดิจิทัลน่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหา เพราะการใช้เทคโนโลยีระบบดิจิทัล สามารถเก็บประวัติทางภาพรังสีไว้ในคอมพิวเตอร์ทำให้ภาพไม่เสียหายหรือสูญหาย ทั้งยังสามารถเรียกใช้งานได้สะดวกรวดเร็วในกรณีที่ต้องการสืบค้นประวัติภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยอีกด้วย

เมื่อเปรียบเทียบความสามารถระหว่างกล่องแปลงผลฟิล์มทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์กับกล่องแปลงผลฟิล์มทันตกรรมมาตรฐานทำให้เห็นความแตกต่างกันในหลายๆ ด้านดังที่แสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ตารางเปรียบเทียบความสามารถระหว่างกล่องแปลงผลฟิล์มทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์กับกล่องแปลงผลฟิล์มทันตกรรมมาตรฐาน

ความสามารถ	กล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์	กล่องแปลงภาพรังสีทันตกรรมมาตรฐาน
-การแปลงผลฟิล์มรังสีทันตกรรม	✓	✓
-เปลี่ยนภาพถ่ายให้เป็นไฟล์ดิจิทัลเก็บในคอมพิวเตอร์	✓	-
-การปรับความเข้ม และความคมชัดภาพถ่ายได้ในภายหลัง	✓	-
-ช่วยให้ลดพื้นที่ในการเก็บฟิล์มทันตกรรม	✓	-
-ลดความเสี่ยงต่อการสูญหาย และเสื่อมสภาพของภาพ	✓	-
-ส่งต่อข้อมูลของภาพรังสีผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mails) และสื่อโซเชียลมีเดีย online	✓	-
ราคา	≈1,300	2,500-5,000

การสร้างภาพรังสีระบบดิจิทัล สามารถนำข้อมูลจากภาพถ่ายรังสีเข้าคอมพิวเตอร์ และสามารถปรับเปลี่ยนภาพรังสีโดยเพิ่ม ลดความดำ ย่อ ขยาย เปลี่ยนสี สลับขาวดำ หรืออื่นๆ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้ดียิ่งขึ้นได้ ข้อดีของภาพถ่ายรังสีระบบดิจิทัล สามารถดูภาพจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ได้ และใช้อธิบายผู้ป่วยโดยดูภาพทางจอคอมพิวเตอร์ไปพร้อมๆ กัน สามารถพิมพ์ภาพออกสู่กระดาษได้ สามารถจัดเก็บภาพไฟล์ผู้ป่วย ส่งต่อ หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ ข้อมูลภาพรังสีระบบดิจิทัลจะถูกเก็บในคอมพิวเตอร์ ไม่เปลืองพื้นที่ในการเก็บเช่นการเก็บฟิล์มที่ต้องเตรียมห้องขนาดใหญ่เก็บฟิล์ม การเก็บข้อมูลเป็นระบบดิจิทัลช่วยให้การค้นหาเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ลดการสูญหายของข้อมูล ปัจจุบันมีโปรแกรมที่ถูกสร้างขึ้นมาเพิ่มเติม เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค ช่วยวัด วิเคราะห์ภาพดิจิทัลเพื่อใช้ในงานทางทันตกรรมแบบต่างๆ ด้วย

ในปัจจุบันนี้เทคโนโลยีเกี่ยวกับการถ่ายภาพรังสีทางการแพทย์ได้พัฒนาไปมาก การถ่ายภาพรังสีด้วยระบบดิจิทัลช่วยให้การถ่ายภาพรังสีทำได้สะดวก และแม่นยำมากขึ้น ด้วยระบบดิจิทัลจะใช้ digital sensor รับรังสี แทนการใช้แผ่นฟิล์ม digital sensor จะถูกนำไปประมวลผลเพื่อให้ได้ภาพรังสีเพื่อใช้ในการวินิจฉัย และให้การรักษาด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (ไม่ใช่วิธีการล้างฟิล์มด้วยน้ำยาล้างฟิล์มเคมี) ซึ่งจะได้ภาพรังสีอย่างรวดเร็ว ชัดเจน และที่สำคัญที่สุดคือ sensor มีความไวต่อรังสีมากกว่า แผ่นฟิล์มมากเราจึงสามารถลดปริมาณรังสีที่ใช้ถ่ายภาพลงไปได้มาก(หนังสือพิมพ์ไทยเสรี, 2559) ข้อดีของการเก็บภาพถ่ายรังสีด้วยระบบดิจิทัล

- ผู้ป่วยได้รับรังสีน้อยกว่า 50%
- ภาพรังสีถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัย ไม่สูญหาย สะดวก และรวดเร็วกว่าเดิม
- ภาพรังสีสามารถปรับความมืด ความสว่าง และความคมชัดได้
- ไม่ใช้น้ำยาล้างฟิล์ม เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

แต่เนื่องด้วยราคาของเครื่องถ่ายภาพรังสีด้วยระบบดิจิทัลยังมีราคาที่สูง ในทางปฏิบัติในหลายหน่วยบริการสุขภาพก็ยังคงต้องใช้ระบบการถ่ายภาพรังสีทันตกรรมแบบใช้ฟิล์มเหมือนเดิม เพราะอาจจะยังไม่คุ้มกับการลงทุน ซึ่งกล่องแปดผลฟิล์มทันตกรรมดิจิทัลประดิษฐ์อาจจะเป็นแนวคิด หรือเป็นทางเลือกหนึ่งในการนำเทคโนโลยีดิจิทัล และสื่อมัลติมีเดีย มาพัฒนาและปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ร่วมกันกับการถ่ายภาพรังสีทันตกรรมแบบใช้ฟิล์มในปัจจุบัน เพราะสามารถเปลี่ยนภาพถ่ายจากฟิล์มเก็บไว้ในรูปแบบดิจิทัล ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเสื่อมสภาพและการสูญหายของฟิล์มทันตกรรมได้ที่สำคัญสามารถทำเองได้ ราคาไม่แพง วัสดุหาได้ง่ายทั่วไป

ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ยังเป็นงานวิจัยการเรียนการสอน ซึ่งในการประเมินประสิทธิภาพ โดยให้นักศึกษาทันตสาธารณสุขเป็นผู้ประเมินนั้นอาจจะยังไม่เพียงพอเนื่องด้วยประสบการณ์ในการอ่านแปดผลฟิล์มทันตกรรมยังมีน้อย อาจต้องอาศัยผู้มีประสบการณ์ เช่น ทันตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านทันตรังสีมาช่วยประเมิน ในด้านความคมชัดของภาพในอุปกรณ์นี้อาจยังไม่เพียงพอเนื่องด้วยคุณภาพของกล้อง Web cam ที่นำมาใช้นั้นคุณภาพด้านความคมชัดยังน้อยไป อีกทั้งในด้านการใช้งานจริงทางคลินิกเครื่องมือนี้ยังไม่สามารถใช้ได้กับฟิล์มรังสีทันตกรรมที่มีขนาดใหญ่ได้ เช่น occlusal film และ OPG film เป็นต้น รวมทั้งในการประดิษฐ์เครื่องมือต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ด้าน ความเข้าใจในด้านการเชื่อมต่อวงจรไฟฟ้าอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อยอดสำหรับผู้ที่สนใจ สามารถเพิ่มคุณภาพของภาพถ่ายได้ด้วยการใช้กล้อง web cam ที่มีคุณภาพสูงขึ้นเพื่อเพิ่มความคมชัดของภาพซึ่งก็ขึ้นอยู่กับยี่ห้อ และราคาของกล้องสามารถเลือกใช้ได้ ศึกษาและออกแบบเพิ่มเติมในด้านการใช้งานให้ครอบคลุมฟิล์มทันตกรรมได้ทุกชนิด รวมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาพรังสีทันตกรรมเป็นผู้ประเมินประสิทธิภาพร่วมด้วย ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสนับสนุนงานบริการทันตกรรมแก่ผู้ป่วย การพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาทันตสาธารณสุข และเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนางานวิจัยด้านทันตกรรมของวิทยาลัยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ทุกท่าน และนักศึกษาทันตสาธารณสุขชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2559 จากภาควิชาทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกต่อการดำเนินการทดลอง รวมทั้ง ดร.ภก.ฐิติพร สุแก้ว ที่กรุณาให้คำปรึกษา รวมทั้งการช่วยเหลือตรวจสอบภาษาอังกฤษ ทพ.ภาสกร ศรีไทย, อาจารย์ทันตแพทย์หญิงสุภาภรณ์ ฉัตรชัยวัฒนา และ ดร.ภัทรพล มากมี ที่ให้คำปรึกษา และแนะนำในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ใจนุช จงรักษ์. (2548). *ตำรารังสีในคลินิกทันตกรรม*. กรุงเทพฯ:โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- ใจนุช จงรักษ์. (2551). *ตำราทันตรังสีวินิจฉัยเบื้องต้น*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- บ้านจอมยุทธ. (2543). *จิตวิทยาการเรียนรู้*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.baanjomjut.com/>
- เพชรกร หาญพานิชย์ และคณะ. (2549). *การประดิษฐ์กล่องแปลภาพรังสีเอกซเรย์ฟัน*. ศรีนครินทร์ เวชสาร, 21(3)
- วีระชาติ ยุทธชาวิทย์. (2549). *ทันตรังสีวิทยาสำหรับทันตภิบาล*. โครงการตำรา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก.
- ถาวร สายสืบ. (2555). *ความหมายของสื่อมัลติมีเดีย*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2559, จาก http://www.edu.nu.ac.th/wbi/Multimediaforpresentation/lesson1_1.html
- ทันตแพทยสภา. *การพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคลด้วยข้อมูลทันตกรรม*. เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2559, จาก <http://www.dentalcouncil.or.th/content/people/detail.php?type=6&id=160>
- หนังสือพิมพ์ไทยเสรี. *เทคโนโลยีการสร้างภาพรังสีระบบดิจิทัลในงานทันตกรรม*. เข้าถึงเมื่อวันที่ พฤษภาคม 2559, จาก <http://thaisaeree.com/home/index.php>
- Eastman Kodak Company. (2003). *Non-destructive Testing (DNT)*. Rochester, New York.
- National Council on Radiation Protection and Measurements. *NCRP Report No. 145, Radiation Protection in Dentistry*.
- Sutthiprapaporn, P., Pitaxtarnin, N., & Supawatthanapun, T. (2013). Portable X-ray Machine for Dental Application. *Khon Kaen University Dental Journal-วิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น*, 15(1), 61-65.
- Takumpunya, C. (2009). Nurses' job satisfaction, Maeramad Hospital, Tak province. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 26(1), 3.
- Vermont Department of Health. *X-Ray facility tips*. เข้าถึงเมื่อวันที่ พฤษภาคม 2559, จาก http://healthvermont.gov/enviro/rad/rad_health.aspx
- White, S. C., & Pharoah, M. J. (Eds.). (2013). *Oral radiology: principles and interpretation*. Elsevier Health Sciences.

เจตคติ และการรับรู้ความสามารถในตนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของ
นักศึกษาหลักสูตร สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
Attitudes and Self Efficacy towards Long Term Care in Elderly People
of 2nd Year Students in Community Public Health Program, Sirindhorn
College of Public Health KhonKaen, Thailand

อุทัยวรรณ ตรีนุชกร¹ และประไพจิตร ชุมแวงวาปี¹
Uthaiwan Treenuchakorn¹ and Prapaijit Shumwaengwapee¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติ และการรับรู้ความสามารถในตน ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 จำนวน 44 คน ที่ผ่านการเข้าร่วมอบรมในโครงการการมีส่วนร่วมของครอบครัวอีสานในการใส่ใจดูแลสุขภาพผู้สูงวัยระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาเพื่อเป็นพี่เลี้ยงแกนนำครอบครัว/แกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน และเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัว/แกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบประเมินเจตคติและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่านักศึกษามีเจตคติด้านการดูแลผู้สูงอายุอยู่ภาพรวมอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 4.25, SD = 0.40) ทั้งด้านความรู้สึก (\bar{X} = 4.17, SD = 0.71) ด้านการรับรู้และความเชื่อ (\bar{X} = 4.13, SD = 0.68) และด้านพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ (\bar{X} = 4.48, SD = 0.40) และนักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอยู่ในระดับดี (\bar{X} = 3.89, SD = 0.39)

คำสำคัญ : เจตคติ, การรับรู้ความสามารถในตน, สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

¹ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This survey study aimed to explore attitudes and self-efficacy towards long term care in elderly people of 2nd year students in community public health program, Sirindhorn College of Public Health KhonKaen, Thailand. Participants were 44 public health students who had attended the training courses related to E-san (Northeast) family participation in integrating long term care for the elderly in health service regional area 7 and also competency development of family and adolescence in long term care for the elderly in community. Data were collected by questionnaires linked to students' attitudes and self-efficacy towards long term care in the elderly in community and analyzed by descriptive statistics in terms of percentage and standard deviation. The results revealed that students' attitudes toward long term care in the elderly in community were found at a good level ($\bar{x}=4.25$, $SD=0.40$) and also found at a good level in all aspects of attitudes covering feeling ($\bar{x}=4.17$, $SD=0.71$), perception and belief ($\bar{x}=4.13$, $SD=0.38$) and behavior of taking care of the elderly ($\bar{x}=4.48$, $SD=0.40$). Regarding students' self-efficacy towards long term care in the elderly in community, it was found at a good level ($\bar{x}=3.89$, $SD=0.39$).

Key words : Attitude, Self-efficacy, Community Public Health Student

¹ Sirindhorn College of Public Health ,KhonKaen.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ดังที่สหประชาชาติระบุว่าในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 และจะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 21 ในปี ค.ศ. 2050 โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 2 เช่นเดียวกับสังคมไทยในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรวัยสูงอายุมากที่สุดถึงเกือบ 1 ใน 3 ของประชากรสูงอายุทั้งประเทศ กลุ่มวัยสูงอายุแม้จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยพบว่ ร้อยละ 31.7 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือเบาหวานร้อยละ 13.3 และหัวใจร้อยละ 7.0 ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐในอนาคต ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ภาครัฐจะให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน (ปิยนุช ภิญโย และคณะ, 2558:1)

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบาง ดังนั้นในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ บุคลากรด้านสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัยสูงอายุ มี

ความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อประเมินความต้องการและให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดทำโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ มีความสามารถในการสอนผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด มีทักษะการสังเกตที่ดี มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ สนับสนุนญาติและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และประสานกับองค์กรต่างๆในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องมีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพ วิธีการดำเนินชีวิตครอบครัวและชุมชนนั้น ๆ เพื่อสนับสนุนความสามารถในการดูแลสุขภาพของครอบครัวและสมาชิก สามารถประเมินปัญหาและวางแผนให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพได้

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลิตนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะได้รับมอบหมายให้ไปปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านปฏิบัติการ ด้านการวางแผน ด้านการประสานงาน และด้านบริการ โดยภารกิจหนึ่งของงานด้านปฏิบัติการคือการปฏิบัติงานติดตามฟื้นฟูสุขภาพในชุมชน (พันธทองจันทร์สว่าง, 2552) ซึ่งครอบคลุมการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนทุกกลุ่มวัยตามสภาพปัญหาที่พบ เมื่อพิจารณาหลักสูตรการศึกษาปรากฏว่าไม่มีรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยตรง แต่มีการสอดแทรกเนื้อหาในด้านนี้ในรายวิชาการส่งเสริมสุขภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน และวิชาการฟื้นฟูสุขภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน ซึ่งผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนรายวิชาดังกล่าวพิจารณาเห็นว่า เนื้อหาสาระที่กำหนดในรายวิชาอาจทำให้นักศึกษามีศักยภาพไม่เพียงพอที่จะสามารถดูแลและจัดการปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบได้ ผู้วิจัยเห็นว่าการจัดการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้ตอบสนองต่อการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว จำเป็นต้องมุ่งพัฒนาการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างเจตคติและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเจตคติเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทิศทางบวกหรือทิศทางลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ก็จะมีความตั้งใจปฏิบัติในสิ่งนั้น เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดังที่คาดหวัง (Ajzen, 2011:1113) นอกจากนี้ ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura,1997) เชื่อว่า ถ้าหากบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำบทบาทหรือกิจกรรมที่กำหนดให้ได้ ย่อมจูงใจให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี โดยมีแหล่งเรียนรู้ที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำนวน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Modeling) 3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective status) ซึ่งหากนักศึกษาศูนย์สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุจากแหล่งเรียนรู้ดังกล่าว จะนำไปสู่ความเชื่อมั่นและสามารถปฏิบัติการดูแล

ผู้สูงอายุได้ตั้งนั้น ผู้วิจัยจึงบูรณาการการเรียนการสอนกับบริการวิชาการสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวอีสานในการใส่ใจดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน เขตบริการสุขภาพที่ 7 ระยะเวลาดำเนินการ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 อบรมให้ความรู้แก่นักศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษาด้านความรู้และทักษะปฏิบัติ ร่วมกับวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ระหว่างวันที่ 1, 2 พฤศจิกายน 2557 ระยะที่ 2 อบรมให้ความรู้แก่แกนนำดูแลผู้สูงอายุจากชุมชน ระหว่างวันที่ 22 - 23 พฤศจิกายน 2557 โดยอาจารย์และนักศึกษาได้บริการจัดการอบรมให้ความรู้แก่แกนนำดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัญหาจิตเวช รวมทั้งการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องมือที่จำเป็น ความรู้เกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ตรงกับปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉินการให้คำแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การส่งเสริมสุขภาพ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ และการรับประธานยาเป็นต้นตั้งนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา เจตคติและการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เพื่อนำไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนและการบริการวิชาการให้มีประสิทธิภาพตอบสนองความต้องการของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเจตคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)
2. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนปีการศึกษา 2557 จำนวน 182 คน
3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2557 จำนวน 44 คนที่ผ่านการอบรมในโครงการการมีส่วนร่วมของครอบครัวอีสานในการใส่ใจดูแลสุขภาพผู้สูงวัยระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 7 หลักสูตรการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาเพื่อเป็นพี่เลี้ยง

แกนนำครอบครัว/แกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชนและเข้าร่วมโครงการบริการวิชาการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัว/แกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

4. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามของ นฤมล เอนกวิทย์ และคณะ (2557)ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปเป็นคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2. เจตคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นคำถามเกี่ยวกับเจตคติของนักศึกษาต่อการดูแลผู้สูงอายุ 3 ด้านได้แก่ (1) ด้านความรู้สึก จำนวน 7 ข้อ (2) ด้านการรับรู้และความเชื่อ จำนวน 8 ข้อ และ (3) ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 หมายถึง รับรู้ในระดับมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

4 หมายถึง รับรู้ในระดับมากกว่าจะสามารถกระทำได้

3 หมายถึง รับรู้ในระดับปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้

2 หมายถึง รับรู้ในระดับน้อยว่าจะสามารถกระทำได้

1 หมายถึง รับรู้ในระดับน้อยที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

การแปลผลแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 กลุ่ม (Best, 1977: 174 อ้างถึงใน ปิยนุช ภิญโย, 2558:19) ดังนี้

3.67 – 5.00 ระดับสูง

2.34 – 3.66 ระดับปานกลาง

1.00 – 2.33 ระดับต่ำ

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 และค่า content validity index มีค่าเท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 3. การรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในตนเองด้านการประเมินสภาพ ระบุปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ให้การดูแลเบื้องต้น ให้ความรู้คำแนะนำ และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน มีจำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลแบ่งระดับคะแนนดำเนินการเช่นเดียวกันกับส่วนที่ 2

ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่า มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 และค่า content validity index มีค่าเท่ากับ 0.84

5.การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.1 และรองลงมาคือเพศชายร้อยละ 15.9 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18 – 20 ปี ร้อยละ 63.6 รองลงมาคืออายุระหว่าง 26 – 30 ปี ร้อยละ 11.4 อายุระหว่าง 21 – 25 ปี ซึ่งมีอัตราส่วนเท่ากับกับอายุระหว่าง 31 – 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.1 และอายุระหว่าง 36 – 40 ปี ร้อยละ 6.8(อายุเฉลี่ย23.11ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.17)นักศึกษาส่วนใหญ่ได้เกรดเฉลี่ย 2.79 – 3.15 ร้อยละ 36.4 รองลงมาคือเกรดเฉลี่ย 3.16–3.51 ซึ่งมีอัตราส่วนเท่ากับกับ เกรดเฉลี่ย 3.52 – 3.88ร้อยละ27.3ตามลำดับ(ค่าเฉลี่ยเกรดเฉลี่ย3.29ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31)ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 52.3และไม่มีประสบการณ์ร้อยละ 47.7และนักศึกษาส่วนใหญ่มีความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ร้อยละ 63.6 รองลงมาคือ ระดับมากที่สุด ร้อยละ 20.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.4 และระดับน้อย ร้อยละ 4.5ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของนักศึกษา จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=44)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	7	15.9
หญิง	37	84.1
อายุ		
18 – 20 ปี	28	63.6
21 – 25 ปี	4	9.1
26 – 30 ปี	5	11.4
31 – 35 ปี	4	9.1
36 – 40 ปี	3	6.8
เกรดเฉลี่ย		
2.79 – 3.15	16	36.4
3.16 – 3.51	12	27.3
3.52 – 3.88	12	27.3

ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

มีประสบการณ์	23	52.3
ไม่มีประสบการณ์	21	47.7

ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ

มากที่สุด	9	20.5
มาก	28	63.6
ปานกลาง	5	11.4
น้อย	2	4.5

ส่วนที่ 2 เจตคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

พบว่า นักศึกษามีเจตคติในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความรู้สึก ด้านการรับรู้และความเชื่อและด้านพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40 เมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏผลดังนี้

1. **ด้านความรู้สึก**พบว่า ทุกหัวข้อมีเจตคติอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายที่ผู้สูงอายุพูดแต่เรื่องในอดีตค่าเฉลี่ย 4.34 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ไม่รู้สึกเสียเวลาในการพูดคุยและดูแลผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 4.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 รู้สึกสงสารผู้สูงอายุที่เหงาและว่าเหวค่าเฉลี่ย 4.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 รู้สึกมีความสุขและสบายใจเมื่อได้พูดคุยกับผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 รู้สึกสงสารเมื่อเห็นผู้สูงอายุทำงานหนักค่าเฉลี่ย 4.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.16 ไม่รู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย 4.05 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.74 และรู้สึกดีเมื่อได้ฟังผู้สูงอายุระบายความในใจต่างๆค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

2. **ด้านการรับรู้และความเชื่อ** พบว่าทุกหัวข้อมีเจตคติอยู่ในระดับมาก เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ คิดว่าการมีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่นรักใคร่ปรองดองกันค่าเฉลี่ย 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 คิดว่าสวัสดิการบริการสาธารณะและรักษาพยาบาลฟรีเป็นสิ่งที่เหมาะสมแล้วสำหรับผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 คิดว่าผู้สูงอายุควรเป็นผู้นำด้านประเพณีวัฒนธรรมค่าเฉลี่ย 4.36 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78 คิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในสังคมค่าเฉลี่ย 4.32 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63 คิดว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ไม่ทำให้เกิดภาระด้านสังคมเพิ่มขึ้นค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 คิดว่ารัฐและหน่วยงานต่างๆ ควรจัดหางานให้ผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย 3.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 คิดว่าผู้สูงอายุสามารถมีบทบาทได้ทั้งทางการเมืองและทางธุรกิจ ค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 และคิดว่า

ผู้สูงอายุไม่เป็นบุคคลที่ยึดมั่นถือมั่นในตนเองมากเกินไป ค่าเฉลี่ย 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเมื่อพิจารณารายข้อย่อย พบว่า มีหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 4 ข้อ และหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยเจตคติอยู่ในระดับมาก จำนวน 5 ข้อ เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ ควรมีการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ แม้จะใช้เวลามากและนาน ค่าเฉลี่ย 4.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49 การใช้ถ้อยคำที่รุนแรงกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ไม่สมควรวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 4.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพูดคุยกับครอบครัวเป็นวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 การดูแลผู้สูงอายุควรทำด้วยความนุ่มนวลมากกว่าความรวดเร็วค่าเฉลี่ย 4.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะทางค่าเฉลี่ย 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ค่าเฉลี่ย 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 การดูแลผู้สูงอายุเวลาเจ็บป่วยไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน ค่าเฉลี่ย 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75 และผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมการทำกิจกรรมนันทนาการต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี ค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลเจตคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษา ด้านความรู้สึกรู้สึก ด้านการรับรู้และความเชื่อและด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (n= 44)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
ด้านความรู้สึกรู้สึก	4.17	0.71	มาก
1. รู้สึกมีความสุขและสบายใจเมื่อได้พูดคุยกับผู้สูงอายุ	4.25	0.48	มาก
2. รู้สึกสงสารผู้สูงอายุที่เหงาและว้าเหว่	4.27	0.58	มาก
3. รู้สึกสงสารเมื่อเห็นผู้สูงอายุทำงานหนัก	4.16	1.16	มาก
4. ไม่รู้สึกเบื่อหน่ายที่ผู้สูงอายุพูดแต่เรื่องในอดีต	4.34	0.68	มาก
5. ไม่รู้สึกเสียเวลาในการพูดคุยและดูแลผู้สูงอายุ	4.32	0.70	มาก
6. ไม่รู้สึกเหนื่อยล้าเมื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ	4.05	0.74	มาก
7. รู้สึกดีเมื่อได้ฟังผู้สูงอายุระบายความในใจต่างๆ	3.82	0.62	มาก
ด้านการรับรู้และความเชื่อ	4.13	0.68	มาก
1. คิดว่าผู้สูงอายุไม่เป็นบุคคลที่ยึดมั่นถือมั่นในตนเองมากเกินไป	3.75	0.68	มาก

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	การ แปลผล
2. คิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในสังคม	4.32	0.63	มาก
3. คิดว่าการมีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวทำให้เกิดความ อบอุ่นรักใคร่ปรองดองกัน	4.45	0.54	มาก
4. คิดว่าผู้สูงอายุสามารถมีบทบาทได้ทั้งทางการเมืองและ ทางธุรกิจ	3.89	0.68	มาก
5. คิดว่าผู้สูงอายุควรเป็นผู้นำด้านประเพณีวัฒนธรรม	4.36	0.78	มาก
6. คิดว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ไม่ทำให้เกิดภาวะ ด้านสังคมเพิ่มขึ้น	4.00	0.64	มาก
7. คิดว่ารัฐและหน่วยงานต่างๆ ควรจัดหางานให้ผู้สูงอายุ	3.91	0.64	มาก
8. คิดว่าสวัสดิการบริการสาธารณสุขและรักษาพยาบาล ฟรีเป็นสิ่งที่เหมาะสมแล้วสำหรับผู้สูงอายุ	4.39	0.84	มาก
ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ	4.48	0.59	มาก
1. การใช้ถ้อยคำที่รุนแรงกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ไม่สมควร	4.70	0.50	มากที่สุด
2. การดูแลผู้สูงอายุเวลาเจ็บป่วยไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน	4.25	0.75	มาก
3. การดูแลผู้สูงอายุควรทำด้วยความนุ่มนวลมากกว่า ความรวดเร็ว	4.52	0.50	มากที่สุด
4. การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะ ทาง	4.48	0.62	มาก
5. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืน ยาว	4.39	0.65	มาก
6. ควรมีการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ แม้จะใช้เวลามากและ นาน	4.73	0.49	มากที่สุด
7. การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพูดคุยกับครอบครัว เป็นวิธีหนึ่ง ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ	4.59	0.54	มากที่สุด
8. ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมการทำกิจกรรม นันทนาการต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี	4.18	0.65	มาก
รวม	4.25	0.40	มาก

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถในตนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39 เมื่อพิจารณารายข้อย่อย พบว่า ทุกหัวข้อมีค่าเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับมาก เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ค่าเฉลี่ย 4.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 สามารถเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้ค่าเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 สามารถประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินสภาพที่จำเป็นได้ เช่น การประเมินภาวะซึมเศร้า การหกล้ม ความจำ เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 4.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 สามารถแนะนำแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ค่าเฉลี่ย 4.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62 สามารถประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ติดตามอาการผู้สูงอายุ และดูแลต่อที่บ้านได้ค่าเฉลี่ย 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 สามารถให้ความรู้แก่นำครอบครัว/แกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านค่าเฉลี่ย 3.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมค่าเฉลี่ย 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64 สามารถให้การพยาบาลเกี่ยวกับหัตถการเบื้องต้น เช่น การทำแผล เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 3.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัญหาจิตเวชค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.65 สามารถให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุค่าเฉลี่ย 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.60 สามารถกำหนดปัญหาที่พบในผู้สูงอายุได้ค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 สามารถโน้มน้าวใจให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว แกนนำ และชุมชน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมค่าเฉลี่ย 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 สามารถแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานยา ค่าเฉลี่ย 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 สามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากันกับ สามารถประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถดูแลความสุขสบายของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมค่าเฉลี่ย 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.69, 0.69 และ 0.81 ตามลำดับ สามารถสร้างนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากันกับ สามารถให้การดูแลปฐมพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาฉุกเฉินได้ เช่น เป็นลม หมดสติ ชักค่าเฉลี่ย 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 และ 0.73 ตามลำดับ และสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ค่าเฉลี่ย 3.66 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (n= 44)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. สามารถประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินสภาพที่จำเป็นได้ เช่น การประเมินภาวะซีมเศร้า การหกล้ม ความจำ เป็นต้น	4.18	0.65	มาก
2. สามารถกำหนดปัญหาที่พบในผู้สูงอายุได้	3.82	0.58	มาก
3. สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้	3.66	0.68	มาก
4. สามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	3.73	0.69	มาก
5. สามารถดูแลความสุขสบายของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม	3.73	0.81	มาก
6. สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มและการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม	3.95	0.64	มาก
7. สามารถให้คำปรึกษาที่เน้นการช่วยเหลือเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ	3.84	0.60	มาก
8. สามารถให้การพยาบาลเกี่ยวกับหัตถการเบื้องต้น	3.91	0.60	มาก
9. สามารถให้การดูแลปฐมพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาฉุกเฉินได้ เช่น เป็นลม หหมดสติ ชัก	3.70	0.73	มาก
10. สามารถแนะนำแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้	4.02	0.62	มาก
11. สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปัญหาจิตเวช	3.89	0.65	มาก
12. สามารถโน้มน้าวใจให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว แกนนำ และชุมชน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม	3.80	0.66	มาก
13. สามารถประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ	3.73	0.69	มาก

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (n= 44) (ต่อ)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
14.สามารถแนะนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานยา	3.77	0.77	มาก
15. สามารถให้ความรู้แก่นำครอบครัว/แกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	3.98	0.73	มาก
16. สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4.45	0.58	มาก
17. สามารถเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุได้	4.23	0.77	มาก
18. สามารถสร้างนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุ	3.70	0.68	มาก
19. สามารถประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ติดตามอาการผู้สูงอายุ และดูแลต่อเนืองที่บ้านได้	4.00	0.66	มาก
รวม	3.89	0.39	มาก

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเจตคติและการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ด้านเจตคติในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนปรากฏว่า นักศึกษามีเจตคติในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40) และเมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้สึกรู้สึก ด้านการรับรู้และความเชื่อ และด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าทั้ง 3 ด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71, ค่าเฉลี่ย 4.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68, ค่าเฉลี่ย 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40 ตามลำดับ) โดยในด้านความรู้สึกรู้สึก นักศึกษาคิดว่าไม่รู้สึกรู้สึกเบื่อหน่ายที่ผู้สูงอายุพูดแต่เรื่องในอดีต และไม่รู้สึกรู้สึกเสียเวลาในการพูดคุยและดูแลผู้สูงอายุ แต่ตรงกันข้ามนักศึกษามีความสุขและสบายใจเมื่อได้พูดคุยกับผู้สูงอายุ และรู้สึกสงสารเมื่อเห็นผู้สูงอายุเหงาและว้าเหว ส่วนด้านการรับรู้และความเชื่อนักศึกษารับรู้ว่ามี ความสบายใจเมื่อมีผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวเพราะทำให้เกิดความอบอุ่นรักใคร่ปรองดองกัน และเห็นว่าสวัสดิการบริการสาธารณสุขและรักษาพยาบาลฟรีเป็นสิ่งที่เหมาะสมแล้วสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งเชื่อว่าผู้สูงอายุเป็นผู้นำด้านประเพณีวัฒนธรรมของสังคมส่วนด้านพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนนักศึกษาเห็น

ว่าควรมีการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ แม้จะใช้เวลามากและนาน และการใช้ถ้อยคำที่รุนแรงกับผู้สูงอายุ เป็นเรื่องที่ไม่สมควรวิธีหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เจตคติต่อผู้สูงอายุ หมายถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อผู้สูงอายุเป็นความคิดความรู้สึกอารมณ์ที่มีต่อผู้สูงอายุเจตคติอาจมีได้ทั้งทางบวกและทางลบ และเจตคติที่ถูกต้องเป็นองค์ประกอบแรกที่มีความสำคัญที่สุดที่จะต้องชี้ให้นักศึกษาหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุตระหนักว่าตัวตนของเขามีเจตคติอย่างไรต่อผู้สูงอายุหากภาพที่คิดหรือภาพที่มองผู้สูงอายุเป็นลบหรือเจตคติต่อผู้สูงอายุเป็นลบจะเกิดอคติและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุเป็นไปในทางลบเช่นเดียวกัน โดยผู้มีเจตคติในทางลบจะจัดกลุ่มผู้สูงอายุบนพื้นฐานความเชื่อหรือความคิดที่ว่าเป็นผู้มีสุขภาพไม่ดีไม่มีความสามารถมีปัญหาทางด้านจิตใจแยกตัวไม่มีประโยชน์ไม่สามารถสร้างผลผลิตให้กับสังคมและความแก่เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้โดยคิดว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดถูกต้องที่สุดแล้วความคิดความเชื่อที่เป็นลบดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้รับการแก้ไขในปัญหาที่สามารถแก้ไขได้เช่นตามัวมองไม่เห็นหูไม่ได้ยินโดยคิดว่าอาการดังกล่าวเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุทั้งที่ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขและทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้(วนิดา มงคลสินธุ์, 2014)การที่นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ซึ่งเป็นทีมงานสหวิชาชีพปฏิบัติงานร่วมกับวิชาชีพอื่นในการทำงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หากมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ย่อมช่วยให้สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพได้เช่นกัน และผู้วิจัยเห็นว่าการที่นักศึกษาในกลุ่มนี้ มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นผลมาจากการที่นักศึกษาได้เข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาเพื่อเป็นพี่เลี้ยงแกนนำครอบครัว/แกนนำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในชุมชน โดยกำหนดขอบเขตการเรียนรู้คือ ให้นักศึกษาได้เรียนรู้แนวคิดและความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ให้มีความรู้และทักษะด้านการสำรวจและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในชุมชน มีการจัดประสบการณ์ตรงโดยการแบ่งกลุ่มย่อยฝึกปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนสรุปผลการฝึกปฏิบัติรายกลุ่มย่อยและนำเสนอผลต่อกลุ่มใหญ่เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน การดำเนินการดังกล่าวเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงทำให้ผู้เรียนได้รับรู้สภาพจริงและได้นำความรู้ที่เรียนรู้ในห้องเรียนไปประยุกต์ใช้ในขณะที่ยังมีชีวิตจึงทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้ง(สุรีย์ธรรมิกบวร, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา มงคลสินธุ์ (2014) ที่ว่าการเรียนการสอนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพนั้นควรประกอบด้วย การปลูกฝังให้มีเจตคติที่ถูกต้องต่อผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุในชุมชนและสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล เอนกวิทย์ และคณะ (2557)ที่ศึกษาเจตคติและการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า นักศึกษามีเจตคติและการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.19ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38)

2.ด้านการรับรู้ความสามารถในตนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนพบว่า นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในตนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39) โดยพบว่านักศึกษามีความสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สามารถเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสามารถประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินสภาพที่จำเป็น เช่น การประเมินภาวะซึมเศร้า การหกล้ม ความจำ สามารถแนะนำแหล่งประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ ติดตามอาการผู้สูงอายุ และดูแลต่อเองที่บ้านได้

ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มีการรับรู้ความสามารถในตนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอยู่ในระดับมาก เนื่องจากนักศึกษาได้รับการอบรมและออกไปให้บริการวิชาการแก่แก่นำครอบครัว/แก่นำเยาวชนในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนเพราะเมื่อนักศึกษาผ่านการอบรมทำให้ได้รับความรู้มากกว่าการเรียนในหลักสูตรซึ่งมีเวลาเรียนเพียง 6 ชั่วโมงและเรียนรู้เพียงความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ในทางกลับกัน การเข้ารับการอบรมทำให้นักศึกษาได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับการประเมินสภาพผู้สูงอายุด้านต่างๆ การวินิจฉัยปัญหาผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลและการออกเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยได้ร่วมฝึกปฏิบัติกับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งการเพิ่มเนื้อหาความรู้และประสบการณ์จริงที่นักศึกษาได้รับจากการเรียนรู้ในหลักสูตรตามปกติ นับว่านักศึกษาได้รับการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในตน สอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) โดยมีความเชื่อว่า ถ้าหากบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะกระทำบทบาทหรือกิจกรรมที่กำหนดให้ได้ ย่อมจูงใจให้เกิดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ดี โดยมีแหล่งเรียนรู้ที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 4 แหล่ง ได้แก่ 1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Mastery experience) 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (Modeling) 3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) และ 4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective status) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนและบุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบสามารถปรับเปลี่ยนเจตคติซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้นได้โดยการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวกเช่นการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรมีความสุขเป็นกันเองหนึ่งการอบรมในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนคือนายกองคการบริหารส่วนตำบลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพนักงานอนามัย และมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบอกเล่าประสบการณ์และความประทับใจในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ด้วยบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร รวมทั้งใช้คำพูดชักจูงใจเพื่อกระตุ้นทางอารมณ์ในทางบวกของนักศึกษา ทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ความสามารถในตนของนักศึกษาในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ เกริกกุลธร, บังอร เผ่าน้อย และปานทิพย์ปूरานนท์ (2556) ซึ่งศึกษาเจตคติและการ

รับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ผลการวิจัยพบว่านักศึกษามีเจตคติและการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 และค่าเฉลี่ย 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล เอนกวิทย์ และคณะ (2557) ที่พบว่า นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36)

เอกสารอ้างอิง

Ajzen, I.(2011).The theory of planned behavior: reactions and reflections. *Psychology and Health*, 26(9),1113- 1127.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : Freeman.

ทัศนีย์ เกริกกุลธร ,บังอร เผ่าน้อย และปานทิพย์ ปุราณนท์.,เจตคติและการรับรู้ความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, From <http://jbr.org/articles.html> ,วันสืบค้นข้อมูล 18 มิถุนายน 2559

วิทย์ และคณะ., (2557). รายงานการวิจัยเรื่อง เจตคติและการรับรู้ความสามารถในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; มหาสารคาม.

ปิยนุช ภิญโย., (2558). ผลของการจัดโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยใช้กรณีศึกษาต่อทัศนคติและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.ขอนแก่น;ขอนแก่น.

พันธ์ทอง จันทร์สว่าง.,มาตรฐานกำหนดตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข, From http://ptjsw.blogspot.com/2009/11/blog-post_2007.html,วันสืบค้นข้อมูล 17 มิถุนายน 2559

วณิตามงคลสินธุ์.,การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ: การเรียนการสอนพยาบาลQuality Elderlycare: Nursing Education,From <http://jbr.org/articles.html>,วันสืบค้นข้อมูล 17 มิถุนายน 2559

สุรีย์ธรรมิกบวร.,การดูแลผู้สูงวัยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ : การบูรณาการการเรียนการสอนและการบริการวิชาการ,From<http://www.nurse.ubu.ac.th/>,วันสืบค้นข้อมูล 17 มิถุนายน 2559

ผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา

Effects of Group Counseling to reduce Alcohol Drinking Behaviors among Person with Alcohol Dependence

ผกาทิพย์ สุขจิตร์¹ พงศ์พิชญ์ บุญดา² กรณิการ์ ศรีมงคลธรร¹ สงเคราะห์ นามกรณ์¹
Phakatip Sukjit^{1*} Phongpisanu Boonda² Kanniga Srimongkontharathon¹ Songkroh Nammakorn¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) ศึกษาและทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (2) วิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และออกแบบองค์ประกอบกระบวนการ (3) ทดลองใช้กระบวนการ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการบำบัด ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ (4) ประเมินผลการดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือกลุ่มผู้ติดสุราที่มีการดื่มแบบติด จำนวน 20 คน จากการสุ่มแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน One-way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมสามารถนำมาใช้ได้ และผลการใช้กระบวนการ โดยเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลอง พบว่า ผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกันอย่างน้อย 2 ครั้ง มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดสุรา ที่ผ่านการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสรุปได้ว่ากระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา เป็นกระบวนการที่มีความเหมาะสม ในการนำไปทดลอง และปรับใช้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นได้

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม พฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ติดสุรา

¹ โรงพยาบาลศรีสังขาลย์ อำเภอสรีสังขาลย์ จังหวัดสุโขทัย

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อภาษาไทย

The purpose of this study was to develop group counseling process to reduce alcohol drinking behaviors among person with alcohol dependence. This study was research and development and was conducted in four stages, as follows: (1) study and review of health screening and health promoting models from related documents and literatures; (2) analysis and synthesis of data gathered from the first stage and then creation of the components of a process; (3) justification of the components of the proposed process by compared the drinking of alcohol and alcoholics quality of life in physical, psychological, social relationships, environment and overall quality of life before and after using process by quasi-experimental study; (4) evaluation

with 20 low alcohol dependences were selected by purposive sampling. Data were analyzed using descriptive statistics and One-way ANOVA

The result of this study showed that group counseling process to reduce alcohol drinking behaviors among person with alcohol dependence is appropriate to utilization and effects of comparison before and after using process, alcoholics treated with at least two different times have different drinking which showed statistically significant difference ($P < 0.05$). Parts of alcoholics quality of life in physical, psychological, social relationships, environment and overall quality of life was statistically insignificant difference ($P > 0.05$). It could be concluded that the group counseling process to reduce alcohol drinking behaviors among person with alcohol dependence was appropriate to next the experiment and apply to more complete.

Keywords: Group counseling, alcohol drinking behaviors, alcohol dependence

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดื่มสุรา พบได้ในทุกเพศทุกวัย ส่งผลต่อสังคม ประเทศชาติ เศรษฐกิจ การดื่มสุราพบสูงที่สุด คือ วัยผู้ใหญ่(อายุ25-59 ปี) โดยดื่มใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ กลุ่มเยาวชนผู้ที่อายุ15-24 ปีนั้นดื่มร้อยละ 23.7 สำหรับวัยสูงอายุ (อายุ60 ปีขึ้นไป) ดื่มร้อยละ 16.6 โดยประชากรชายดื่มมากกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ ผู้ดื่มทุกวัน และเกือบทุกวันเกือบ 2.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของผู้ดื่มทั้งหมดนักดื่มไทยจ่ายค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยเดือนละ 509.2 บาท ซึ่งครึ่งหนึ่งของนักดื่มจ่ายอย่างน้อยเดือนละ 300 บาทโดยเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อการดื่มที่บ้านตนเอง/บ้านคนอื่น (ทักษพล ธรรมรังสี, 2556)

ผลกระทบที่เกิดขึ้น จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556 ของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้บาดเจ็บในช่วงเทศกาล ช่วงเทศกาลจะมีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับเวลาปกติ สถานการณ์อุบัติเหตุในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ ปี 2557 จากข้อมูลจากศูนย์อำนวยความสะดวกทางถนน พบว่าจำนวนอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ ปี 2557 จำนวน 3,174 ครั้ง จำนวนผู้เสียชีวิต 366 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บ 3,345 ราย จำนวนอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลเทศกาลสงกรานต์ ปี 2557 จำนวน 2,992 ครั้ง จำนวนผู้เสียชีวิต 303 ราย จำนวนผู้บาดเจ็บ 3,225 ราย

ผลกระทบจากการดื่มพบด้านอุบัติเหตุ ร้อยละ 14.3 ด้านสุขภาพ ร้อยละ 6.9 ด้านครอบครัว ร้อยละ 27.7 เคยถูกตำหนิจากคนในครอบครัว ด้านสังคม ร้อยละ 20.7 เคยถูก ตำหนิจากบุคคลรอบข้างหรือเพื่อนบ้าน ด้านการทำงาน ร้อยละ 17.6 เคยไปทำงานสาย และร้อยละ 16.7 เคยขาดงาน (พงษ์เดช สารการ, 2552)

สถานการณ์การดูแลผู้ติดสุรา โรคที่สำคัญของอำเภอศรีสะเกษ เช่น Head injury, การพยายามฆ่าตัวตาย,การฆ่าตัวตาย /โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งสาเหตุกระตุ้นส่วนหนึ่งมาจากการดื่มสุรา ดังนั้นการวิจัยนี้จะนำไปสู่การบำบัดผู้ติดสุราในอำเภอศรีสะเกษการใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 รวมทั้งหมด 8 ครั้ง เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2คนขึ้นไปมีเป้าหมาย ความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุง (อร

พรรณ ลือบุญวัชชัย,2553) พัฒนาตนเองในเรื่องพฤติกรรมการดื่มสุรา เป็นกระบวนการที่เน้นความคิด พฤติกรรมที่รู้ตัว รู้จักตนเอง (self- understanding) พัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน (Self-identify) พัฒนาอัตมโนทัศน์(Self-concept)และพัฒนาความคิด (Cognitive & Creative thinking) โดยผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ในกลุ่ม (Corey, 2005) ผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ นำไปใช้บำบัดผู้ที่เป็โรคติดสุรา ได้เพราะกระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มนั้นให้ความช่วยเหลือ สมาชิกเป็นกลุ่ม ได้มีการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ ความเข้าใจตนเอง ความเข้าใจสิ่งแวดล้อม เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม จนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2541)

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งเชิงทดลอง (Quasi-Experimental Research) การศึกษาโดยใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โปรแกรมประกอบด้วย 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะเวลาสร้างการยอมรับ 3) ระยะเวลาสร้างความรับผิดชอบ 4) ระยะดำเนินการกลุ่ม และ 5) ระยะเวลาปิดกลุ่ม ตามลำดับเพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการบำบัด ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ สภาพการดื่มสุราของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ติดสุรา และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดสุรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่องการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละประมาณ 90 นาที รวมทั้งหมด 8 ครั้ง เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2คนขึ้นไปมีความต้องการตรงกันที่จะปรับปรุงหรือพัฒนาตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยผู้ให้ปรึกษาทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกในกลุ่มเป็นกระบวนการที่เน้นความคิด พฤติกรรมที่รู้ตัว รู้จักตนเอง พัฒนาเอกลักษณ์แห่งตน พัฒนาอัตมโนทัศน์ พัฒนาความคิด เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม จนทำให้มีผลต่อการลดพฤติกรรมการดื่มสุรา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา
2. วัตถุประสงค์ย่อย เพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพในการบำบัด ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ติดสุรา คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ติดสุรา และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดสุรา ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

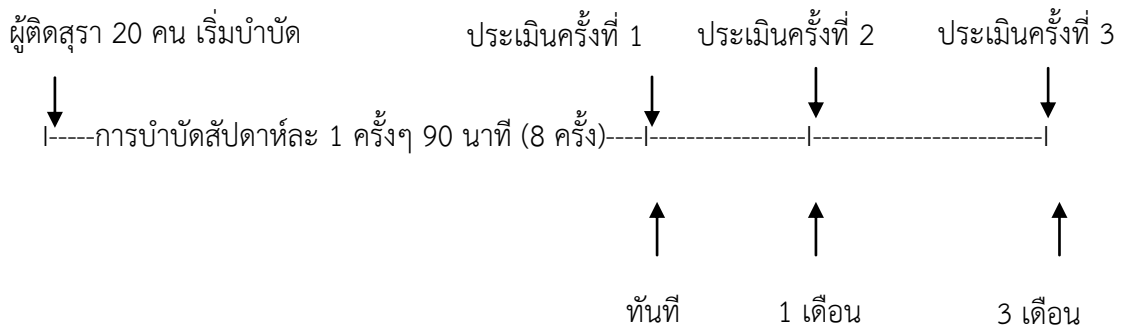
1. คะแนนพฤติกรรมกรรมการตีมสุราในผู้ตีตสุรา หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ลดลงกว่าก่อนได้รับ

คำปรึกษาแบบกลุ่ม

2. ระดับคุณภาพชีวิตผู้ตีตสุรา หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อน ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi Experimental Research) วัดผล 3 ครั้ง เพื่อศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเพื่อลดพฤติกรรมกรรมการตีมสุราในผู้ตีตสุรา โดยแสดงเป็นไดอะแกรมได้ดังนี้



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตีตสุราที่มารับบริการทำงานให้คำปรึกษา จากการประเมินพฤติกรรมกรรมการตีมสุรา และมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการตีมสุรา [AUDIT] ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ได้ถูกวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มตีตสุรา ผลการประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราโดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (AWS) ได้คะแนนน้อยกว่า 5 โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงและมีคุณสมบัติดังนี้ เพศชาย อายุ 30-60 ปี สามารถอ่านออก เขียนได้ และพูดคุยติดต่อสื่อสารได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จำนวน 20 คน ซึ่งได้มาจากจากกลุ่มผู้ตีตสุราที่มีการตีมแบบติด ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินงานวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนการจัดเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา ความสมัครใจของ และขณะเข้าร่วมการศึกษา สามารถยกเลิกให้ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรมในระหว่างการวิจัยได้ โดยจะไม่มีผลเสียใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ทุกประเด็นคำถามคำตอบและการแสดงความคิดเห็นจะถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และอาสาสมัคร ต้องลงลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามและหรือเข้าร่วมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มประกอบด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะเวลาสร้างการยอมรับ 3) ระยะเวลาสร้างความรับผิดชอบ 4) ระยะเวลาดำเนินกลุ่ม 5) ระยะเวลาปิดกลุ่ม มีกิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีระยะเวลาที่ติดตามหลังสิ้นสุดการให้คำปรึกษาทันที 1 เดือน และ 3 เดือน

ชุดที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ปริมาณการดื่มจำนวนครั้งในการมารับการรักษา 2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) (WHO, 2001) ซึ่งจำแนกปัญหาการดื่มสุราในลักษณะพฤติกรรมกรรมการดื่ม มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์อัลฟาราคอนบรอก 0.86 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 15-60 ปี ไม่จำกัดเพศ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4. ด้านสิ่งแวดล้อม ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยการคำนวณหาค่า Cronbach's alpha (ครอนแบคอัลฟา) ด้วยวิธีการหาค่า "สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น" (coefficient of reliability) α -coefficient = 0.8406

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ได้นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่ง ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดสุรา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 2) ผลการใช้โปรแกรม โดยเปรียบเทียบ ก่อน และหลังการทดลอง ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ในประเด็นของสภาพการดื่มสุรา คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต 3) คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และ ระดับคุณภาพชีวิตผู้ติดสุรา ใช้สถิติ One-way ANOVA กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดสุราพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด อายุอยู่ระหว่าง 51-60 ร้อยละ 58.09 มีสถานภาพแยก/หย่าร้าง ร้อยละ 65 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95 ประกอบอาชีพ รับจ้างร้อยละ 55 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85 ผู้ติดสุราส่วนใหญ่ดื่มสุราเกือบทุกวัน วันละ 1/2 - 1 แบน ร้อยละ 55

ไม่ดี						2		3		2
	8	40	1	5	5	5	6	0	4	0
กลางๆ			1			5		3		4
	10	50	2	60	10	0	7	5	10	8
ดี						2		3		3
	2	10	7	35	5	5	7	5	6	2
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม										
ไม่ดี						4		3		3
	9	45	4	20	8	0	7	5	6	2
กลางๆ			1			3		3		4
	10	50	1	55	7	5	6	0	8	0
ดี						2		3		2
	1	5	5	25	5	5	7	5	6	8
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม										
ไม่ดี						2		2		2
	5	25	3	15	5	5	5	5	4	2
กลางๆ			1			5		4		4
	13	65	2	60	10	0	8	0	9	7
ดี						2		3		2
	2	10	5	25	5	5	7	5	6	8

จากตารางที่ 1 ผู้ติดสุราที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกันอย่างน้อย 2 ครั้ง มีพฤติกรรมการดื่มสุราที่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดสุรา ที่ผ่านการบำบัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2.1-2.6 เปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้เข้าร่วมศึกษา ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน และ 3 เดือนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

ก่อนได้รับการบำบัดตามโปรแกรม ผู้เข้าร่วมศึกษามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับดื่มแบบติด (alcohol dependence) 20 คน ภายหลังจากการบำบัดตามโปรแกรม พบระดับคะแนนหลังสิ้นสุดการบำบัดตามโปรแกรมทันที มีผู้หยุดดื่มได้ ร้อยละ 30 และผู้มีคะแนนพฤติกรรมดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 50 คน และผู้มีคะแนนพฤติกรรมดื่มแบบเสี่ยง ร้อยละ 20 หลังจากติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน พบว่า มีผู้มีคะแนนพฤติกรรมหยุดดื่มได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 40 ส่วนการติดตามหลังสิ้นสุดโปรแกรม 3 เดือนพบว่า มีผู้มีคะแนนพฤติกรรมหยุดดื่มได้ร้อยละ 5

และเพิ่มระดับคะแนนพฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงต่ำ เป็นร้อยละ 85 และ ไม่มีคะแนนพฤติกรรมติดสุรา หลังสิ้นสุดการบำบัด 3 เดือน

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราของผู้เข้าร่วมศึกษาก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน และ 3 เดือน ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	143.238	3	47.746	151.511	<.001
Within Groups	23.950	76	.315		
Total	167.188	79			

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ H_0 : พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน H_1 : พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุราแตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม

ปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ถ้าค่า P ที่คำนวณได้น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด (ค่า P น้อยกว่า $\alpha = 0.05$) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ยอมรับสมมติฐานรอง H_1 : พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ติดสุรา แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม โดยพบว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด และผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดครั้งที่ 1 (ประเมินทันที) มีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกัน ($P < 0.00$) โดยพบว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด และผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดครั้งที่ 2 (ประเมินที่ 1 เดือน) มีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกัน ($P < 0.00$), โดยพบว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด และผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดครั้งที่ 3 (ประเมินที่ 3 เดือน) มีพฤติกรรมการดื่มสุราแตกต่างกัน ($P < 0.00$)

ดังนั้นจึงสรุปผลได้ว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกันอย่างน้อย 2 ครั้ง มีสภาพการดื่มสุราที่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2.2 เปรียบเทียบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกาย ของผู้เข้าร่วมศึกษาก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน และ 3 เดือนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	7.600	3	2.533	1.149	.335
Within Groups	167.600	76	2.205		
Total	175.200	79			

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ H_0 : คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน H_1 : คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ติดสุรา แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ถ้าค่า P ที่คำนวณได้น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด (ค่า P มากกว่า

$\alpha = 0.05$) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานรอง H_1 ยอมรับสมมติฐานหลัก H_0 : คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปผลได้ว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2.3 เปรียบเทียบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ของผู้เข้าร่วมศึกษาก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน และ 3 เดือนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	14.550	3	4.850	2.467	.069
Within Groups	149.400	76	1.966		
Total	163.950	79			

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ H_0 : คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน H_1 : คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ติดสุรา แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม

ปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ถ้าค่า P ที่คำนวณได้น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด (ค่า P มากกว่า $\alpha = 0.05$) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานรอง H_1 ยอมรับสมมติฐานหลัก H_0 : คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปผลได้ว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2.4 เปรียบเทียบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยด้านสัมพันธภาพทางสังคม ของผู้เข้าร่วมศึกษาก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน และ 3 เดือนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	9.800	3	3.267	1.467	.230
Within Groups	169.200	76	2.226		
Total	179.000	79			

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ H_0 : คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน H_1 : คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ติดสุรา แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ถ้าค่า P ที่คำนวณได้น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด (ค่า P มากกว่า

$\alpha = 0.05$) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานรอง H_1 ยอมรับสมมติฐานหลัก H_0 : คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปผลได้ว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2.5 เปรียบเทียบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้เข้าร่วมศึกษาก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน และ 3 เดือนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	3.350	3	1.117	.587	.625
Within Groups	144.600	76	1.903		
Total	147.950	79			

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ H_0 : คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน H_1 : คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ติดสุรา แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม ปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ถ้าค่า P ที่คำนวณได้น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด (ค่า P มากกว่า

$\alpha = 0.05$) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานรอง H_1 ยอมรับสมมติฐานหลัก H_0 : คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ติดสุราไม่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงสรุปผลได้ว่า ผู้ติดสุราก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2.6 เปรียบเทียบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้เข้าร่วมศึกษาก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที 1 เดือน และ 3 เดือนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P
Between Groups	1.750	3	.583	.316	.814
Within Groups	140.200	76	1.845		
Total	141.950	79			

จากตาราง 2.6 ก่อนได้รับการเข้าร่วมศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิต ระดับกลางๆ ร้อยละ 65 และระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 30 หลังสิ้นสุดโครงการทันที มีระดับคุณภาพชีวิต

ที่ไม่ดี ร้อยละจำนวน 35 และระดับคุณภาพชีวิต กลางๆร้อยละ 35 และติดตามหลังสิ้นสุดโครงการ 1 เดือน พบว่าระดับคุณภาพชีวิตกลางๆเพิ่มเป็น ร้อยละ 50 ระดับคุณภาพชีวิต ที่ไม่ดี ร้อยละ 40 และเมื่อติดตามครบ 3 เดือน พบว่ามีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 10 และมีคุณภาพชีวิต ระดับกลางๆและระดับต่ำ ร้อยละ 45

จากสมมติฐานที่ตั้งไว้ H_0 : คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อไม่แตกต่างกัน H_1 : คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อ แตกต่างกันอย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม ปฏิเสธสมมติฐานหลัก H_0 ถ้าค่า P ที่คำนวณได้น้อยกว่า ระดับนัยสำคัญ (α) ที่กำหนด (ค่า P มากกว่า $\alpha = 0.05$) แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานรอง H_1 ยอมรับสมมติฐานหลัก H_0 : คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงสรุปผลได้ว่า ผู้ติดเชื้อก่อนการบำบัด ที่ผ่านการบำบัดแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามสมมติฐานงานวิจัยดังนี้

1. จากผลการศึกษา คณะแผนกพฤติกรรมบำบัดผู้ติดเชื้อในผู้ติดเชื้อ หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ลดลงกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิชัย แสงชาญชัย ที่ผู้ติดเชื้อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบำบัดผู้ติดเชื้อโดยการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กับแนวคิดการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help group and 12 step oriented treatments) เป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยแก้ปัญหาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับไปเสพติดได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยตั้งใจให้ช่วยประคับประคองผู้ป่วยติดเชื้อที่มีความพยายามจะหยุดดื่ม ช่วยให้เขาหยุดดื่มสุรานานที่สุดเท่าที่จะทำได้ การเข้ากลุ่มจะเป็นการมาเล่าประสบการณ์และความรู้สึกของตนให้เพื่อนสมาชิกฟัง ทุกคนต่างให้กำลังใจ ทำให้ตนเองเลิกการดื่มสุราได้ เป็นการยอมรับตนเองว่ามีปัญหาติดสุรา และไม่สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ผู้ติดเชื้อต้องหันกลับมาเคารพศรัทธาพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (higher power) ในการกลับฟื้นตัวจากโรคติดสุรา พลังอำนาจคือสิ่งที่เป็นพลังใจศรัทธาความเชื่อของผู้นั้น โดยให้กระบวนการกลุ่มในการช่วยปรับเปลี่ยนและแก้ไขปัญหาที่นำไปสู่พฤติกรรมบำบัดผู้ติดเชื้อ (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) และสอดคล้องกับงานวิจัยของลลิตา ศิริธรรมชาติและคณะ ที่การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราของศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด เชียงใหม่ โดยทำกลุ่มบำบัด ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุราได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบำบัด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ลลิตา ศิริธรรมชาติและคณะ, 2552) และพบว่าผู้ที่หยุดดื่มสุราได้นั้น มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน และหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่จะนำไปสู่การดื่ม เช่น หลีกเลี่ยงงานเลี้ยง งานสังสรรค์ หรือปฏิเสธโดยเด็ดขาด และต้องการมีชีวิตที่ดีขึ้น ต้องการยอมรับของครอบครัวและในชุมชน ส่วนกลุ่มที่ยังมีพฤติกรรมบำบัดนั้น จะไม่ปฏิเสธการดื่ม เมื่อถูกชักชวน และไม่หลีกเลี่ยงงานเลี้ยงงานสังสรรค์ หรือมีความเชื่อว่าการดื่มสุราและทำให้กินข้าวได้ ดื่มสุราเพราะรักษาอาการปวดเมื่อยจากการทำงาน และมักจะมีปัญหาในครอบครัว เช่น การขัดแย้งในครอบครัว การแยกทาง หย่าร้างในครอบครัว การอยู่คนเดียว จะดื่มสุราเพราะมีอารมณ์ เครียด กังวล และไม่มีเป้าหมายของชีวิต

2. ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ หลังจากได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม สูงกว่าก่อน ได้รับคำปรึกษาแบบกลุ่ม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ แต่ก็แตกต่างที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านสุขภาพกายเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มได้ สุขภาพจะดีขึ้นรวมถึง ทั้งด้าน จิตใจ และด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม เป็นที่ยอมรับในครอบครัว ชุมชน ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ซึ่งก็สอดคล้องกับงานวิจัยของพิชัย แสงชาญชัย (พิชัย แสงชาญชัย, 2552) และลชิตา ศรีธรรมชาติและคณะ (ลชิตา ศรีธรรมชาติและคณะ, 2552) เช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม กระบวนการให้ความช่วยเหลือสมาชิกเป็นกลุ่มโดยสมาชิกโดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้อำนวยความสะดวกในกลุ่มในกระบวนการนี้สมาชิกกลุ่มได้มีการเรียนรู้การสร้างสัมพันธ์ภาพ ความเข้าใจตนเองความเข้าใจสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการตัดสินใจ และความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา สามารถลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราลงได้ ดังนั้นบุคลากรในทีมบำบัดสุรา จึงควรนำ มาใช้ในหน่วยงาน เพื่อช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคติดสุรา ในคลินิกบำบัดสุราต่อไป
2. ควรจะมีการทำกิจกรรมให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องต่อไป เพราะจากการศึกษา เมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมกลับไปเสพยา
3. ควรส่งเสริมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะในอำเภอศรีสะเกษ-นาลาย มีบริบททางสังคมที่มีมาตั้งแต่ อดีต ในการใช้สุราในงานต่างๆ เช่น เวลาพบปะสังสรรค์ ดื่มสุราเพื่อเข้ากลุ่มในสังคม การเลี้ยง งานบุญต่างๆ และดื่มสุราตามสภาพอารมณ์ เช่น เครียด กังวล เศร้า หรือสนุกสนานรื่นเริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษนาลาย แพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านปากคะยาง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยให้เสร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์จากการวิจัยนี้ขอมอบแต่ผู้ติดสุราทุกท่าน

บรรณานุกรม

- ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ. (2556). ผลการศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับการบาดเจ็บที่มาเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.).
- พงษ์เดช สารการ และคณะ. (2552). พฤติกรรมการดื่มและผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มแรงงาน ภาคอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.).
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

- ลชิตา ศรีธรรมชาติและคณะ.(2552). ผลของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยสุรา. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2541). คุณภาพชีวิตของคนไทย ในภาวะ วิกฤตเศรษฐกิจ. โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2549). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาเพรส.
- Corey, G. (2005). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Australia: Thomson/Brooks/Cole.
- World Health Organization. (2001). The alcohol use disorders identification test: AUDIT. Geneva, WHO.
-

ประสิทธิผลของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ในผู้ป่วยแผลกดทับกรณีศึกษาในเขตพื้นที่ รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

Effectiveness of Jigsaw Bed for Bedsores Patients in Sub-district Health Promoting Hospitals, Trang Province

นพชัย เรียบร้อย^{1,2} ทัศนีย์ สายมาอินทร์³ พัทธพล นูมาศ⁴ อูษา คำเดิม^{1,5} บุปผา รักชานาม⁶ และ นงนารถ สุขลิ้ม⁶
N. Reabroi^{1,2}, H. Saima-in³, P. Numas⁴, U. Damderm⁵, B. Raksanam⁶, and N. Suklim⁶

บทคัดย่อภาษาไทย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ออกแบบและพัฒนาที่นอนสำหรับผู้ป่วยแผลกดทับที่มีต้นทุนการผลิตต่ำ แต่ประสิทธิผลการใช้งานใกล้เคียงกับท้องตลาดและ 2) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ในผู้ป่วยแผลกดทับในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดตรังการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ออกแบบและพัฒนาที่นอนจิ๊กซอว์ และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ของผู้ป่วยแผลกดทับ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจำนวน 14 คนโดยกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 จำนวน 5 คน (ผู้ป่วย 1 คน และญาติผู้ป่วย 4 คน) และกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 จำนวน 9 คนโดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ 3 คน ญาติผู้ป่วย 3 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้ป่วยที่ใช้ที่นอนธรรมดา จำนวน 3 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2556- มีนาคม 2559 ผลจากการศึกษาออกแบบและพัฒนาในระยะที่ 1 ได้ที่นอนจิ๊กซอว์ที่ทำจากเบาะฟองน้ำวิทยาศาสตร์และหนังเทียม สามารถพับเก็บและพกพาได้สะดวก ภายในเบาะที่นอนตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับและบริเวณใกล้เคียงถูกเจาะให้ทะลุเป็นรูสี่เหลี่ยมผืนผ้าเพื่อวางตัวจิ๊กซอว์ 12 ชิ้น เวลาใช้งานต้องดึงตัวจิ๊กซอว์ออกตามตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับซึ่งช่วยให้แผลกดทับไม่สัมผัสกับที่นอนหลังจากทดลองใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ในระยะที่ 1 พบว่าในวันที่ 4 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์การหายของแผลกดทับโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 44.44 ของแผลเดิม และคงที่ตลอดถึง 2 สัปดาห์ คะแนนความพึงพอใจในการใช้งานที่นอนจิ๊กซอว์อยู่ในระดับดีมากค่าเฉลี่ย 4.38 ± 0.36 ผลการศึกษาระยะที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบร้อยละการหายจากแผลกดทับในวันที่ 1, 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.050) แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดาไม่แตกต่าง (P-value=0.061) โดยกลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์มีค่าร้อยละจากการหายของแผลกดทับในวันที่ 1, 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ คิดเป็นร้อยละ 0.00, 39.84 ± 11.95 และ 82.22 ± 30.79 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าร้อยละการหายจากแผลกดทับในวันที่ 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนธรรมดา คิดเป็นร้อยละ 0.00, 9.69 ± 3.37 และ 11.92 ± 2.44 ตามลำดับ ส่วนคะแนนความพึงพอใจการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ในกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 4.46 ± 0.50 ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าที่นอนจิ๊กซอว์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ทำให้แผลลุกลามเพิ่มขึ้นเหมาะสมต่อการใช้งานในผู้ป่วยแผลกดทับที่นอนติดเตียงเป็นเวลานาน

คำสำคัญ: ที่นอนจิ๊กซอว์ แผลกดทับ ประสิทธิภาพ

¹โรงพยาบาลตรัง ²สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดตรัง

³โรงพยาบาลเลขาขวัญ ⁴โรงพยาบาลเลิดสิน

⁵สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังวิเศษ ⁶วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The study objectives were: 1) to design and develop a bed for bedsores patient with lower cost than market price and economic efficiency comparable; and 2) to evaluate the effectiveness of jigsaw bed for bedsores patients in Sub-district Health Promotion Hospitals, Trang Province. The study procedure was divided into two phases: 1) Jigsaw bed design and development, and 2)

effectiveness evaluation phase. Fourteen samples were purposively recruited (phase 1: 1 bed sore patient, 4 patients' family members; phase 2: 3 bed sore patients and 3 patients' family members in study group, and 3 bed sore patients in comparison group). Data collection was conducted between November 2013 and March 2016. A reasonable price, comfortable, foldable, and portable jigsaw bed was designed and made from sponge pad and leatherette. However, twelve-piece equal jigsaw puzzles could be rearranged according to pressure ulcer positions, the jigsaw puzzles were dislodged at the affected area. The pilot results in phase 1 revealed that mean score of patient and family's satisfaction was 4.38 ± 0.36 , observed at high level. Approximately 44.44% of healed pressure ulcer was found by 4 days until 14 days after using jigsaw bed. The results in phase 2 revealed that the percent of healing scores in study group at 1, 15 and 30 days were significantly different, a significance at the 0.05 level (P -value=0.050), whereas no significant differences were found in comparison group (P -value=0.061). An average of percent of healing scores in study group at 1, 15 and 30 days were 0.00, 39.84 ± 11.95 and 82.22 ± 30.79 , respectively, whereas percent of healing scores in comparison group were 0.00, 9.69 ± 3.37 and 11.92 ± 2.44 , respectively. Mean score of patients and their family's satisfaction in study group was 4.46 ± 0.50 , observed at high level. These findings demonstrate that the jigsaw bed is effective for bed sore patients because prognosis of pressure ulcer is less than normal used bed patients. Therefore, this innovation should be recommended to pressure ulcer patients with long-term bed rest.

Key words: Jigsaw bed, bed sore, pressure ulcer, effectiveness

¹Trang Hospital, Trang province,

²Mueang District Public Health Office, Trang Province,

³Lao Khuan Hospital, Kanchanaburi province,

⁴Ledsin Hospital, Bangkok,

⁵Wangwiset District Health Officer,

⁶Sirindhorn College of Public Health Trang

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยนอนที่โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ต้องนอนติดเตียงเป็นเวลานานซึ่งถูกจำกัดกิจกรรมและการเคลื่อนไหวเช่น ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่บริเวณกระดูกสันหลัง ผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น (ศศิธร พิชัยพงศ์, 2557) บริเวณที่พบการเกิดแผลกดทับที่พบบ่อยๆ มักเป็นบริเวณผิวหนังที่เป็นจุดรับน้ำหนักของร่างกาย ที่มีปุ่มยื่นของกระดูก เช่น บริเวณก้นกบ สะโพก สะบักหลัง ข้อศอก และส้นเท้า เป็นต้น การเกิดแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมาน ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมนอกเหนือจากโรคที่เป็นอยู่ และเกิดการดูแลรักษาที่ยุ่งยากขึ้น (Suttipong C. and Sindhu S., 2012) ต้องใช้เวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นจากการดูแลรักษามากขึ้น (Kerr-Valentic MA, Samimi K, Rohlen BH, et al, 2009) และในการซื้ออุปกรณ์ในการทำความสะอาดแผลกดทับ และเป็นภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย มากไปกว่านั้นเมื่อมีภาวะโรคแทรกซ้อน เป็น

แผลกดทับเรื้อรัง อาจทำให้เกิดการติดเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, และคณะ, 2553)

ความรุนแรงของแผลกดทับสามารถแบ่งแผลกดทับมี 4 ระดับ คือ ระดับ 1 เป็นรอยแดง กดรอยแดงไม่จางหายภายใน 30 นาที ระดับ 2 ผิวหนังส่วนบนหลุดฉีกขาดเป็นแผลตื้น มีรอยแดงบริเวณเนื้อเยื่อ รอบๆ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งจากแผลปริมาณเล็กน้อยหรือปานกลาง การดูแลคล้ายระดับ 1 ระดับ 3 มีการทำลายผิวถึงชั้นไขมัน มีรอยแผลลึกเป็นหลุมโพรง มีสิ่งขับหลั่ง ออกจากแผลมาก อาจมีกลิ่นเหม็น และระดับ 4 มีการทำลายถึงเส้นเอ็น กล้ามเนื้อ กระดูก แผลเป็นโพรง มีสิ่งขับหลั่งจากแผลมาก มีกลิ่นมาก (เก่งกาจ วินัยโกศล, 2556) การเป็นแผลกดทับส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน จากการรักษาแผล เพราะส่วนมากแล้วจะเป็นลักษณะแผลที่เรื้อรังหรืออาจจะติดเชื้อ และเนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาแผลนาน อาการเจ็บปวดแผลจึงส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย ผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมมากขึ้น (ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล, 2555) นอกเหนือจากโรคที่เป็นอยู่และเกิดการดูแลรักษาที่ยุ่ยากขึ้นส่วนผลกระทบต่อสาธารณสุข ทำให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขต้องเสียเวลาในการรักษาแผลกดทับพร้อมกันไปกับการรักษาโรคหลักที่เป็นอยู่ (ศจีมาศ จันทรงาม, 2550) การดูแลรักษาแผลกดทับในระดับที่ 1 และ 2 โดยการป้องกันโดยป้องกัน แรงเสียดทานแรงกดทับโดยใช้อุปกรณ์ที่ช่วยลดแรงกดทับ เช่น หมอน ที่นอนลม เจลโฟม และเปลี่ยนท่านอน (เก่งกาจ วินัยโกศล, 2556) สำหรับที่นอนลมที่มีขายอยู่ในท้องตลาดปัจจุบันมีราคาค่อนข้างสูงมากกว่า 5,000 บาท ในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีมักนิยมใช้ที่นอนลมในการป้องกันและดูแลรักษาแผลกดทับ แต่ในครอบครัวของผู้ป่วยบางส่วนก็มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ค่อยดีราคาของที่นอนลมมีราคาที่สูงเกินไป จึงไม่สามารถหาซื้อที่นอนลมมาใช้ในการป้องกันแผลกดทับได้ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, และคณะ, 2553)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดตรัง เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ที่พบผู้ป่วยนอนติดเตียงและเกิดปัญหาแผลกดทับตามมา มีผู้ป่วยจำนวนมากหลายรายที่ต้องการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันการลุกลามของแผลกดทับได้อย่างคุณภาพที่มีราคาประหยัดวิธีการใช้งานไม่ซับซ้อน และง่ายต่อการดูแลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและญาติผู้ป่วย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโพรงจระเข้, 2558)

จากปัญหาที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจออกแบบและพัฒนาที่นอนสำหรับผู้ป่วยแผลกดทับที่มีต้นทุนการผลิตต่ำแต่การใช้งานใกล้เคียงกับท้องตลาด และศึกษาประสิทธิผลของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ในผู้ป่วยแผลกดทับในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของจังหวัดตรังซึ่งเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยแผลกดทับ กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติได้เร็วขึ้น เพื่อลดภาระในการรักษาและดูแลของญาติและครอบครัวลดจำนวนวันในการรักษาให้น้อยลง และสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยแผลกดทับหรือโรคในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อออกแบบและพัฒนาที่นอนสำหรับผู้ป่วยแผลกดทับที่มีต้นทุนการผลิตต่ำแต่ประสิทธิภาพการใช้งานใกล้เคียงกับท้องตลาด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ในผู้ป่วยแผลกดทับในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดตรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษารูปแบบ Research and Development เพื่อออกแบบและพัฒนาที่นอนจิ๊กซอว์ และ ระยะที่ 2 เป็นการศึกษารูปแบบ Quasi – experimental Research เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ของผู้ป่วยแผลกดทับเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นแผลกดทับระดับที่ 2 ที่ไม่มีภาวะโรคที่รุนแรง มีญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อยู่ดูแลแผลผู้ป่วย และญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วย สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจถูกต้อง ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และญาติผู้ป่วยต้องได้รับการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับจากเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง จำนวน 14 คน โดยกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วย 1 คน และญาติผู้ป่วย 4 คน และกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 จำนวน 9 คน โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ 3 คน ญาติผู้ป่วย 3 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือผู้ป่วยที่ใช้ที่นอนธรรมดา จำนวน 3 คน เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยแผลกดทับและญาติที่ดูแล ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอย่านตาขาว และอำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรังตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2556 - มีนาคม 2559 โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพประเมินการหายจากแผลกดทับในตอนเช้าเวลาประมาณ 9.00-12.00น. ของทุกวัน วันละ 15-20 นาที เป็นเวลา 30 วัน ต่อผู้ป่วยแผลกดทับ 1 รายโดยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์เก็บข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดาเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอวังวิเศษจังหวัดตรัง

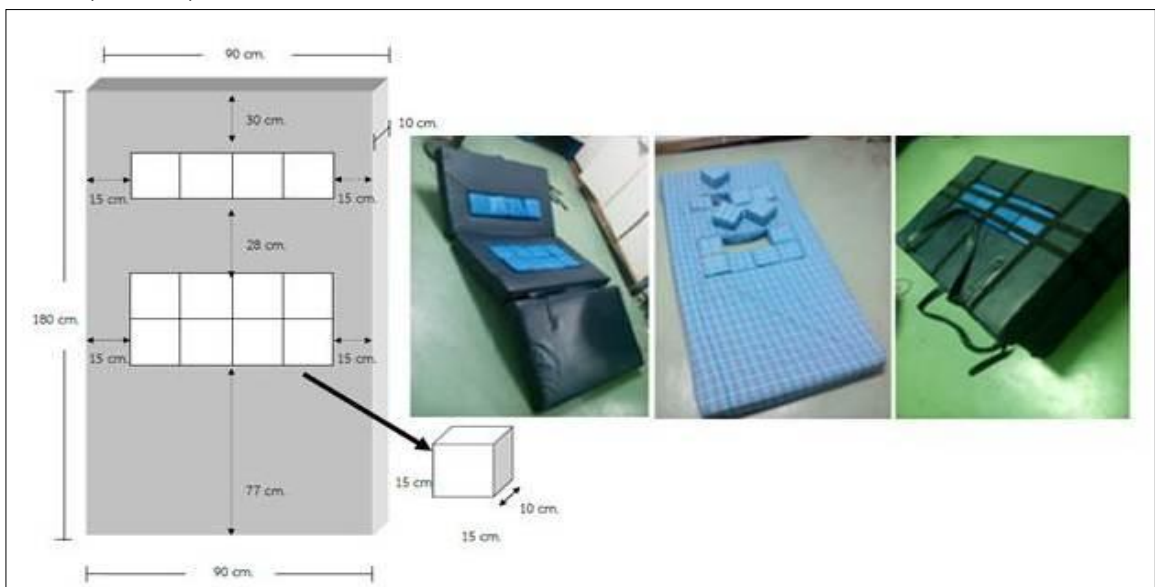
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ที่นอนจิ๊กซอว์ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ 2.1) แบบประเมินการหายของแผลกดทับ(Pressure Ulcer Scale for Healing Tool Version 3: PUSH Tool Version 3.0) (National Pressure Ulcer Advisory Panel., 1998; จุฬารพร ประสงค์, 2556) และ 2.2) แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับ จำนวน 3 ท่าน คະแนนการหายจากแผลกดทับประเมินจาก ขนาดของแผลปริมาณสิ่งคัดหลั่งและลักษณะพื้นแผลเกณฑ์การประเมินการหายของแผล (PUSH) คือคะแนนสูงสุด 17 คะแนน หมายถึง แผลไม่ดีขึ้นถ้าแผลที่ดีขึ้นคะแนนPUSH จะลดลงเรื่อยๆ จนคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึง แผลหายแล้วโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละ sub-scoresส่วนคะแนนความพึงพอใจแบ่งช่วงคะแนนเป็น 1.00-1.80, 1.81-2.60, 2.61-3.40, 3.41-4.20, และ 4.21-5.00 หมายถึง น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และ มากที่สุด ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลการหายจากแผลกดทับโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบการหายจากแผลกดทับภายในกลุ่มโดยสถิติ Friedman test และเปรียบเทียบการหายจากแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงสร้างผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัดตรัง (ระยะที่ 1 เลขที่การรับรอง 09/2556, ระยะที่ 2 เลขที่การรับรอง 041/2558) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ในการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่าง ถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 ออกแบบและพัฒนาที่นอนจิ๊กซอว์

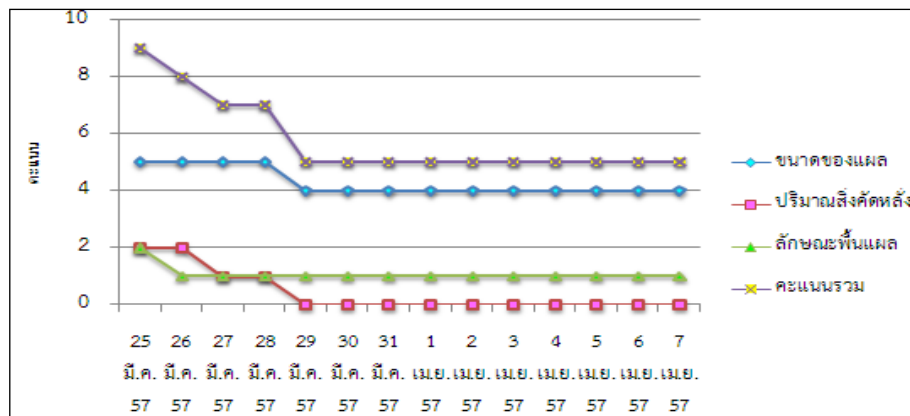
ที่นอนจิ๊กซอว์ที่ทีมวิจัยได้จากการออกแบบและพัฒนาขึ้นมาในการศึกษาคั้งนี้ทำจากเบาะพองน้ำวิทยาศาสตร์ หนึ่งเตียง และผ้าคอตตอน ต้นทุนการผลิต 2,400 บาท ลักษณะที่นอนประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก คือ เบาะที่นอนและตัวจิ๊กซอว์จำนวน 12 ชิ้น ที่นอนจิ๊กซอว์มีลักษณะเป็นรูปทรงสี่เหลี่ยมผืนผ้าขนาดกว้าง 90 ซม. ยาว 180 ซม.หนา 10 ซม. สามารถพับเก็บและพกพาได้สะดวก ภายในเบาะที่นอนตำแหน่งที่มักเกิดแผลกดทับและบริเวณใกล้เคียงถูกเจาะให้ทะลุเป็นรูสี่เหลี่ยมผืนผ้าเพื่อวางตัวจิ๊กซอว์ใช้งานโดยตั้งตัวจิ๊กซอว์ออกตรงบริเวณที่เกิดแผลกดทับออก บริเวณที่แผล (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ลักษณะโครงสร้างและภายนอกของที่นอนจิ๊กซอว์

หลังจากทดลองใช้ที่นอนจิ๊กซอว์กับผู้ป่วยแผลกดทับในระดับที่ 2 บริเวณก้นกบ เพศหญิงอายุ 91 ปี ป่วยเนื่องจากหกล้มกระดูกบริเวณสะโพกผิดรูปไปจากเดิมพบว่าคะแนนความพึงพอใจในการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ย 4.38 ± 0.36 อยู่ในระดับดีมาก ความพึงพอใจเรื่องแผลกดทับไม่สัมผัสกับที่นอนมีค่าสูงสุด คะแนนเฉลี่ย 5.00 ± 0.00 ความพึงพอใจเรื่องการพึ่งพาญาติในการพลิกตัวมีค่าต่ำที่สุดคือมีคะแนนเฉลี่ย 3.67 ± 0.58 คะแนนรวมในวันแรกที่มีการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์มีค่า 9 คะแนน หลังจากใช้งานไป 4 วัน คะแนนลดลงเหลือ 5 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 44.44 ของแผลเดิมและคงที่ตลอด 2 สัปดาห์ (กราฟที่ 1)

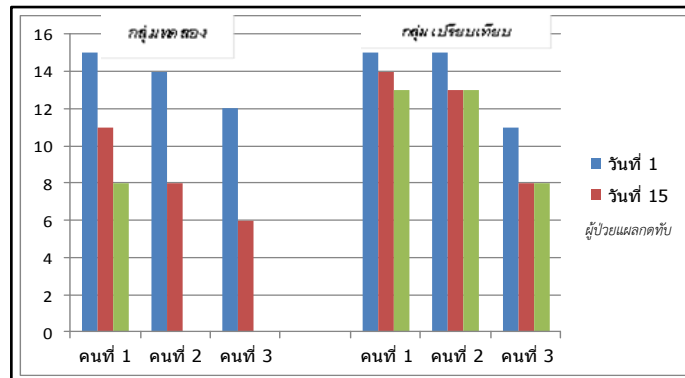
(คะแนนการหายของแผล)



กราฟที่ 1 แสดงการหายของแผลกดทับของผู้ป่วยในในการศึกษาระยะที่ 1

ผลการศึกษาระยะที่ 2 เป็นการศึกษาลักษณะผลของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ของผู้ป่วยแผลกดทับ ในกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแผลกดทับระดับที่ 2 ทั้งหมด 3 คน เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 67 ± 2.64 ปีทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธมีสถานภาพสมรสระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพของกลุ่มทดลองคือ เกษตรกรทำสวน สาเหตุที่เป็นแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มทดลองคนที่ 1 เนื่องจากโรคกระดูกกดทับไขสันหลังส่วนผู้ป่วยคนที่ 2 และ 3 เกิดแผลกดทับเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ

ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแผลกดทับระดับที่ 2 มีทั้งหมด 3 คนทั้งหมด เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 70 ± 9.29 ปี นับถือศาสนาพุทธมีสถานภาพสมรสทั้งหมดระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกรทำสวนสาเหตุที่เป็นแผลกดทับของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบคนที่ 1 และ 3 เนื่องจากโรคกระดูกกดทับไขสันหลังส่วนผู้ป่วยคนที่ 2 เกิดแผลกดทับเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ (ภาพที่ 2)



กราฟที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินการหายของแผลกดทับ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์และกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดา

ในกลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ มีคะแนนการหายของแผลกดทับลดลงอย่างชัดเจน แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนแบบธรรมดา มีคะแนนการหายของแผลกดทับลดลงเล็กน้อย โดยวันแรกของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ ผู้ป่วยคนที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนการหายของแผลกดทับโดยรวม เท่ากับ 15, 14 และ 12 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดา คนที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนการหายของแผลกดทับโดยรวม เท่ากับ 15, 15 และ 11 ตามลำดับ (กราฟที่ 2)

วันที่ 15 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ ผู้ป่วยคนที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนการหายจากแผลกดทับโดยรวม เท่ากับ 11, 8 และ 6 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละการหายจากแผลกดทับในวันที่ 15 ของการใช้งาน ร้อยละ 26.67, 42.86 และ 50.00 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดา คนที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนการหายของแผลกดทับโดยรวม เท่ากับ 14, 13 และ 8 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละการหายจากแผลกดทับในวันที่ 15 ของการใช้งาน ร้อยละ 6.67, 13.33 และ 9.09 ตามลำดับ (กราฟที่ 2) วันที่ 30 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ คะแนนการหายจากแผลกดทับโดยรวมของผู้ป่วยคนที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ 8, 0 และ 0 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละการหายจากแผลกดทับในวันที่ 30 ของการใช้งาน ร้อยละ 46.67, 100 และ 100 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดา คนที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนการหายของแผลกดทับโดยรวม เท่ากับ 13, 13 และ 8 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละการหายจากแผลกดทับในวันที่ 30 ของการใช้งานที่นอนแบบธรรมดา ร้อยละ 13.33, 13.33 และ 9.09 ตามลำดับ (กราฟที่ 2)

กลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์มีร้อยละจากการหายของแผลกดทับโดยรวม วันที่ 1, 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ คิดเป็นร้อยละ 0.00, 39.84 ± 11.95 และ 82.22 ± 30.79 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าร้อยละการหายจากแผลกดทับ วันที่ 1, 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนธรรมดา คิดเป็นร้อยละ 0.00, 9.69 ± 3.37 และ 11.92 ± 2.44 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบร้อยละการหายจากแผลกดทับโดยรวมภายในกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มทดลอง วันที่ 1, 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ร้อยละการหายจากแผลกดทับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.050) แต่กลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดามีร้อยละการหายจากแผลกดทับไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.061) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการหายของแผลกดทับโดยรวมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ณ วันที่ 1, 15 และ 30 ของการใช้ที่นอน ด้วยสถิติ Friedman test

การหายของแผลกดทับ	Mean Ranks			Chi-square	P-value
	วันที่ 1	วันที่ 15	วันที่ 30		
กลุ่มทดลอง	1.00	2.00	3.00	6.00	0.050
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.00	2.33	2.67	5.60	0.061

ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เมื่อเปรียบเทียบการหายจากแผลกดทับโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอร์วกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดา พบว่าในวันที่ 15 และ วันที่ 30 ของการใช้ที่นอนทั้งสองชนิด ร้อยละการหายจากแผลกดทับในวันที่ 15 และ วันที่ 30 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value=0.050 และ 0.043 ตามลำดับ) โดยที่กลุ่มทดลองมีร้อยละการหายจากแผลกดทับสูงกว่ากลุ่มที่ใช้ที่นอนธรรมดาทั้งในวันที่ 15 และ วันที่ 30 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการหายของแผลกดทับโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอร์วและกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดาด้วยสถิติ Mann-Whitney Utest

วันที่	กลุ่มผู้ป่วย	Mean of % healing	n	Mea n Rank	Mann-Whitney U Value	P-value
วันที่ 15	กลุ่มทดลอง	39.84±11.95	3	5.00	0.00	0.050
	กลุ่มเปรียบเทียบ	9.69±3.37	3	2.00		
วันที่ 30	กลุ่มทดลอง	82.22±30.79	3	5.00	0.00	0.043
	กลุ่มเปรียบเทียบ	11.92±2.44	3	2.00		

ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ส่วนคะแนนความพึงพอใจการใช้ที่นอนจิ๊กซอร์วโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างญาติและผู้ป่วยแผลกดทับอยู่ในระดับดีมากมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.46 ± 0.50 โดยข้อที่มีระดับพึงพอใจมากที่สุด คือ แผลกดทับของผู้ป่วยหายดีขึ้นไม่เกิดความรุนแรงเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.83 ± 0.40 ส่วนข้อที่มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุดคือ ระยะเวลาในการใช้ที่นอนจิ๊กซอร์วมีค่าเท่ากับ 4.16 ± 0.40

สรุปและอภิปรายผล

ที่นอนจิ๊กซอร์วนี้เป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยแผลกดทับสามารถใช้กับผู้ป่วยแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1 - 4 มีต้นทุนการผลิตต่ำแต่ประสิทธิภาพการใช้งานใกล้เคียงกับที่นอนลมที่ขายในท้องตลาด ผู้ใช้มีพึงพอใจในการใช้งานที่นอนจิ๊กซอร์วอยู่ในระดับดีมาก ขนาดของแผล ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง ลักษณะพื้นแผลลดลงในระดับที่น่าพอใจ จากการศึกษาเปรียบเทียบการหายจากแผลกดทับระหว่างกลุ่ม

ทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์และกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนธรรมดา พบว่าที่นอนจิ๊กซอว์มีประสิทธิภาพในการป้องกันแผลกดทับได้ดีมากกว่าที่นอนธรรมดาโดยสังเกตจากคะแนนการหายจากแผลกดทับในกลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ ซึ่งมีคะแนนการหายของแผลกดทับลดลงอย่างชัดเจนมาก แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบที่ใช้ที่นอนแบบธรรมดา มีคะแนนการหายของแผลกดทับลดลงเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากบริเวณที่เป็นแผลกดทับไม่ได้สัมผัสกับตัวเบาเพราะดึงตัวจิ๊กซอว์ออกทำให้แผลจึงหายเร็วขึ้น กลุ่มทดลองที่ใช้ที่นอนจิ๊กซอว์มีคะแนนเฉลี่ยจากการหายของแผลกดทับ วันที่ 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ คิดเป็นร้อยละ 39.84 ± 11.95 และ 82.22 ± 30.79 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการหายจากแผลกดทับ วันที่ 15 และ 30 ของการใช้ที่นอนธรรมดา คิดเป็นร้อยละ 9.69 ± 3.37 และ 11.92 ± 2.44 ตามลำดับซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ในคนไข้แผลกดทับระดับที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างนี้ ประกอบกับการพิจารณาราคาต้นทุนในการผลิตที่นอนจิ๊กซอว์ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับราคาที่นอนสำหรับผู้ป่วยแผลกดทับในปัจจุบันซึ่งมากกว่า 5,000 บาท แต่ที่นอนจิ๊กซอว์ราคาต้นทุนการผลิต 2,400 บาท และผู้ใช้งานที่นอนจิ๊กซอว์มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงมาก

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 (ระยะออกแบบและพัฒนาที่นอนจิ๊กซอว์) การหายของแผลกดทับลดลงร้อยละ 44.44 ในวันที่ 4 ของการใช้ที่นอนจิ๊กซอว์ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบในวันเดียวกันกับการศึกษาในระยะที่ 2 (ระยะประเมินประสิทธิผลของที่นอนจิ๊กซอว์) สาเหตุอาจเนื่องมาจากการประเมินการหายของแผลกดทับในการศึกษาระยะที่ 1 ผู้ประเมินเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังไม่คุ้นเคยและความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ PUSH น้อยกว่าผู้ประเมินการหายของแผลกดทับในการศึกษาระยะที่ 2 ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความคุ้นเคยและเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ PUSH และเป็นคนเดียวกันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นผลการประเมินการหายจากแผลกดทับในการศึกษาระยะที่ 2 จึงมีความน่าเชื่อถือมากกว่าผลการศึกษาในระยะ 1

วัสดุที่ใช้ทำที่นอนที่นอนแบบธรรมดา ของกลุ่มเปรียบเทียบ โดยรวมแล้วเป็นที่นอนที่ทำจากผ้าหรือฝ้ายที่มีขายทั่วไป ลักษณะปิดทึบ เมื่อใช้ไปนาน ๆ จะเกิดการยุบตัว ไม่สามารถช่วยลดแรงกดและรองรับน้ำหนักของผู้ป่วยได้ ซึ่งมีผลต่อการหายของแผลกดทับของผู้ป่วย สอดคล้องกับ ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล (2554) การใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยป้องกันแผลกดทับ เพื่อลดแรงกดบริเวณพื้นผิวสัมผัสระหว่างผิวหนังของผู้ป่วยกับที่นอน รองรับน้ำหนักของผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ได้แก่ สะโพก ก้นกบ สะบักหลัง ตาตุ่ม และส้นเท้า ซึ่งเป็นบริเวณที่รับแรงกดมาก การกระจายของแรงกดมีน้อย เนื่องจากมีชั้นของกล้ามเนื้อและไขมันรองรับน้อย ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล (2554)

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 2 เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยพบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67 ± 2.64 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 70 ± 9.29 ปี อายุ น้ำหนัก รูปร่าง ลักษณะที่มีความต่างกัน มีผลต่อการหายของแผลกดทับที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล (2554) ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถ เพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 68.73 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 69.13 ปี จากธรรมชาติของการเจ็บป่วยในวัยสูงอายุที่มักเป็นอาการเรื้อรังและรุนแรง การหายและฟื้นสภาพเป็นไปได้ช้า ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลเป็น

เวลานาน ทำให้ผิวหนังของผู้สูงอายุแห้งหยาบคล้อยและมีความตึงตัวน้อยลงส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย

ความรู้หรือทักษะในการดูแลผู้ป่วยของญาติแต่ละคน มีผลการหายของแผลกดทับ ดังนั้นการให้ความรู้ในการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกคนต้องมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยความรู้เรื่องความหมายของแผลกดทับ พยาธิสภาพของการเกิดแผลกดทับ ตำแหน่งของแผลกดทับที่พบบ่อย ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและญาติผู้ดูแลใกล้ชิด ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลแผลกดทับ ความรู้เรื่องระดับของ แผลกดทับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแผลกดทับแบบบูรณาการ ต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการส่งเสริมการหายของแผล ที่พบว่าระยะของแผลกดทับที่พบบ่อยคือระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ตามลำดับ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ จิณพิชญ์ชา มะम्मและ คณะ (2554) อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าญาติที่ดูแลผู้ป่วยได้ผ่านการฝึกปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับแล้ว แต่เวลาปฏิบัติจริงทักษะและความรู้ของญาติผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากันจึงอาจส่งผลต่อการหายจากแผลกดทับในผู้ป่วยแต่ละรายได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยเนื่องจากระยะเวลาในการเก็บข้อมูลค่อนข้างจำกัด กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้ป่วยแผลกดทับในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดตรัง ได้ทั้งหมด ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มจำนวนที่นอนจิ๊กซอว์และเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้นควรเปรียบเทียบประสิทธิผลการใช้งานของที่นอนจิ๊กซอว์กับที่นอนชนิดอื่น ๆ เช่นที่นอนลม เป็นต้น ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าที่นอนจิ๊กซอว์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพกับกลุ่มตัวอย่างนี้ เหมาะสมต่อการใช้งานในผู้ป่วยแผลกดทับที่นอนติดเตียงเป็นเวลานานหน่วยบริการสุขภาพ หรือ สถาบันการศึกษา เช่นวิทยาลัยทั้งนอกและในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก หรือ สถาบันการศึกษาอื่น สามารถนำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการผลิตและพัฒนานวัตกรรมทางศึกษาด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป

บรรณานุกรม

เก่งกาจ วินัยโกศล. (2556). Pressure ulcer management.รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. หน้า 38-39.

จิณพิชญ์ชา มะम्म และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความก้าวหน้าในการหายของแผลและอัตราการเกิดแผลใหม่ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 1-13.

จุฬาพร ประสงค์. (2556). ตัวชี้วัดคุณภาพการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ. QualityIndicators for Prevention and Management of Pressure Ulcers.รายงานการวิจัยกรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช. หน้า 1-19.

ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล. (2554). ผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. รายงานการวิจัย. เชียงราย: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเชียงของ. หน้า 48-60.

ปองหทัย พุ่มระย้า. (2552). เครื่องมือประเมินการหายของแผลกดทับ. พยาบาลผู้ปฏิบัติการ

- พยาบาลชั้นสูง. พยาบาลเฉพาะทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และ
ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี.
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโพรงจระเข้. (2558). รายงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงจระเข้อำเภออ่าวต๋าย จังหวัดตรัง.
วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ.(2553). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. พิมพ์ครั้งที่ 4, เชียงใหม่: คณะ
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ศศิธร พิชัยพงศ์.(2557).การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย
สูงอายุบาดเจ็บสมองที่ได้รับการผ่าตัด. รายงานการวิจัย. ลำพูน: หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย
โรงพยาบาลลำพูนหน้า13-14.
- Kitisompreeyoonkul W, Sungkapo P, Taveemanoon S, Chaiwanichsiri D. (2010). Medical
complications during inpatient stroke rehabilitation in Thailand: a prospective
study. J Med Assoc Thai, 10;93: 549-600.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (1998).Pressure Ulcer Status Tool (PUSH Tool
3.0).Retrieved December 20, 2015.From <http://www.npuap.org>.
- Suttipong C, Sindhu S.(2012). Predicting factor of pressure ulcers in older Thai stroke
patients living in urban communities. J ClinNurs, 21: 372-379.
- Bates-Jensen BM. (2001). Quality indicators for prevention and management of
pressure ulcers in vulnerable elders. Ann Intern Med, 135(8):744-751.
-

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

The Effect of Group Empowerment Program on Quality of Life Among Colorectal Cancer Patients Undergoing Chemotherapy

นฤมล จันทร์สุข¹ ชวนนท์ จันทร์สุข² และรุ่งพร ภูสุวรรณ์³

Naruemon Jansook¹, Chawanon Jansook² and Rungporn Poosuwan³

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลชยันนาทเรนทร ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินคุณภาพชีวิต มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$)

คำสำคัญ: เสริมพลังอำนาจ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

^{1, 2} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

³ โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The purposes of the quasi-experimental study were to examine the development of group empowerment program on quality of life among colorectal cancer patients undergoing chemotherapy, Jainadnarendra Hospital during 1 October 2015 to 31 March 2016. The patients were randomly assigned in experimental and control group. Each group consisted of 30 patients. The experimental group was implemented group empowerment while the control group received conventional nursing care. The instrument used in this study was questionnaire for the quality life evaluation. Cronbach's alpha coefficient of those instrument was 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistic (dependent t-test and in dependent t-test). The results revealed that the post-test mean scores of quality of life of the experimental group was significantly higher than the pre - test phase ($p = 0.001$). The post-test mean scores of quality of life of the experimental group was significantly higher than that of the control group. ($p = 0.001$).

Key words: Empowerment, Quality of life , The colorectal cancer patients

^{1,2} Boromarajonani College of Nursing, Chainat

³ Jainadnarendra Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันที่ต้องแข่งขันกันมากขึ้น ความจำกัดในเรื่องของเวลาและอุปนิสัยในการบริโภคอาหารประเภทไขมันสัตว์ เนื้อสัตว์สูงขึ้น โอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจึงสูงตามขึ้นด้วย (Vatanasapt et al, 1993: 148) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยของคนไทยและทั่วโลก จากข้อมูลสถิติทั่วโลก พบผู้ป่วยใหม่มะเร็งลำไส้ใหญ่ประมาณ 1 ล้านคนต่อปี ในประเทศไทย พบอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในเพศชาย มีอุบัติการณ์ 8.8 ต่อประชากร 1 แสนคน และในเพศหญิงพบอัตราการเกิดโรค คิดเป็น 7.6 ต่อประชากร 1 แสนคน ทั้งนี้อัตราส่วนการเกิดโรคระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงคิดเป็น 1.24 ต่อ 1 และพบมากในช่วงอายุ 40 ปี ขึ้นไป โดยยิ่งอายุมากขึ้นอุบัติการณ์จะมากขึ้นด้วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2552: ออนไลน์) และจากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2555 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 275 ราย พ.ศ. 2556 พบจำนวน 282 ราย และ พ.ศ. 2557 พบจำนวน 314 ราย (โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร, 2558: 9) จากสถิติที่เพิ่มสูงขึ้น อาจบ่งชี้ได้ว่า แนวโน้มการบริการสุขภาพในปัจจุบันเริ่มต้นตัว ประชาชนให้ความสนใจต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น มีเทคโนโลยีที่ช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ทำให้มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีปริมาณที่สูงขึ้นด้วย

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้นมีการคิดค้นยารักษาโรคมะเร็งให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด และการรักษามะเร็งในปัจจุบันนิยมรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง ร่วมกับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น ในระหว่างที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น เกิดความเครียดและความวิตกกังวล จากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ แบบแผนของชีวิตและบทบาทของตนเองในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ตลอดจนผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอม ร่วง ซีด เม็ดเลือดทุกชนิดต่ำลง ทำให้มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายและเลือดออกง่าย ถ้าซิดมากจะเกิดอาการอ่อนเพลีย ขาดสมาธิ และความจำเสื่อม (Evan and Savage, 2008: 289) นอกจากนี้ยังเกิดอาการเหนื่อยล้า และความเจ็บปวด จากภาวะของโรค ตลอดจนได้รับความทุกข์ทรมานจากขั้นตอนการตรวจต่างๆ เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลาอันนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาด้านจิตใจ คือ กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง กลัวการแพร่กระจายโรคไปยังอวัยวะอื่น รวมทั้งกลัวการรักษาไม่ได้ผล ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน และรู้สึกสิ้นหวัง จึงเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการ เพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำมาประยุกต์ใช้กันมาก ได้แก่ กระบวนการที่เสนอโดย กิบสัน (Gibson,

1995: 1201-1210) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ประกอบไปด้วย การตอบสนองของบุคคลด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา การรับรู้ ด้านพฤติกรรม 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การที่บุคคลเริ่มมีความตระหนัก การแสวงหาแหล่งประโยชน์ เป็นแรงขับที่จะเพิ่มความสามารถในการสะท้อนคิดของบุคคล เกิดการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เกิดมุมมองใหม่ในแง่มุมต่างๆ และเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยคุณค่าของบุคคลเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นผลมาจากการที่บุคคลตระหนักในความเข้มแข็ง มีความสามารถในตนเอง พยายามคงอยู่ด้วยตนเอง และมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อีกอย่างเป็นพลวัตร

จากประสบการณ์ของคณะผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีความพร้อมในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดจะเกิดความกลัว ท้อแท้ และความหมดหวังทำให้ขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้โรคมะเร็งลุกลามมากขึ้นและอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดในแต่ละครั้งจะเกิดอาการข้างเคียงของยาแตกต่างกันออกไป ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงแผนการรักษา รวมทั้งการดูแลตนเอง เมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด โดยคณะผู้วิจัยเชื่อว่าการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมาใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจะเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ลดความเครียดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจแบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ซึ่งผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ทีมผู้วิจัยได้ชี้แจงกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยทุกคนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักและได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหิตล 3 และ 4 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2558 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2559 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 คน ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1.1 เป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้และทวารหนักทุกระยะ ภายหลังจากผ่าตัดมะเร็งลำไส้และทวารหนักและได้รับการรักษาเสริมด้วยยาเคมีบำบัดมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง

1.2 สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

1.3 ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร

1.4 มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

1.5 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

2.1 ผู้ป่วยไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยตลอดช่วงของการศึกษา

2.2. ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในระหว่างช่วงของการศึกษา ซึ่งในการวิจัยนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดที่ต้องออกจากการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 ผู้วิจัยจัดให้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม คนละ 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย สร้างโดยผู้วิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995 : 1201 - 1210) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง รายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 90 นาที เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การค้นพบสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาและความต้องการการดูแลตนเอง เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเองสามารถประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

ครั้งที่ 2 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 90 นาที เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดที่เหมาะสม กิจกรรมประกอบด้วย การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การอภิปรายปัญหาาร่วมกัน การร่วมมือในการหาทางเลือกในการดูแลตนเองหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่สมาชิกกลุ่มได้ให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้นำไปใช้ในการดูแลตนเองต่อไป

ครั้งที่ 3 และ 4 ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ในขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันแก้ไขปัญหา ให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด ให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยที่สร้างขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเพื่อให้ได้เนื้อหาสาระตรงกับสิ่งที่ต้องการศึกษามากที่สุด หลังจากได้รับข้อเสนอแนะนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งในการได้รับยาเคมีบำบัด และการมีหรือไม่มี colostomy

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยของจิราณู สมโชค (2540) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 40 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) ที่ได้จากการคำนวณหาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Dependent t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.33 อายุอยู่ในช่วง 51 -59 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.00 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ได้การศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็น

ร้อยละ 63.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีรายได้ 10,001– 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63.33 ไม่มี colostomy คิดเป็นร้อยละ 73.33

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.67 อายุอยู่ในช่วง 51 -59 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.33 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 ได้การศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีรายได้ 10,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46.67 จำนวนครั้งที่ได้รับยาเคมีบำบัดครั้งที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 36.67 ไม่มี colostomy คิดเป็นร้อยละ 76.67

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยค่า ไค-สแควร์พบว่าไม่มีความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 30$)

คะแนนคุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D	t	p-value
ก่อนการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	2.87	0.57		
กลุ่มควบคุม	2.81	0.52	0.08	.975
หลังการทดลอง				
กลุ่มทดลอง	3.54	0.35		
กลุ่มควบคุม	2.90	0.33	-5.45	.001

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัย มีประเด็นสำคัญที่สามารถนำมาสรุปและอภิปรายได้ดังนี้

1. ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ แสดงว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับ สามารถช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการค้นพบสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของตนเองโดยมีกลุ่มเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม หาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ให้กำลังใจซึ่งกันและกันกับปัญหาที่คล้ายคลึงกัน (จุฬารัตน์ สุริยาทัย, 2547: 73)

2. ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีส่วนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อความผาสุก การดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง กลัว วิตกกังวล ซึ่งการช่วยเหลือโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ผู้ป่วยจะได้รับ ความมั่นใจ และกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ช่วยลดความวิตกกังวล การที่ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่รบกวนจิตใจออกมาทำให้คลายความอัดอั้นได้ เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง จะทำให้รับรู้ข้อมูลได้ดียิ่งขึ้น เป็นผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ช่วยให้ยอมรับความจริง เกิดการเรียนรู้ รับรู้ เข้าใจและมองเห็นแนวทางที่ถูกต้องการแก้ปัญหา และตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในขณะที่เกิดการเจ็บป่วย (ธิดารัตน์ กำลั้งดี, 2543: 89-92) คล้ายกับผลงานวิจัยของเยาวภา พรเวียงและคณะ (2555 : 95) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลเท้าและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามิคนที่เข้าใจตนเพราะได้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเดียวกันได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งการดูแลตนเองที่ผ่านมา มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งได้ระบายนอกถึงปัญหาและความคับข้องใจต่างๆ และกลุ่มยังได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิก ได้พูดคุยระบายความรู้สึกและประสบการณ์ ทำให้สมาชิกรู้สึกว่า มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีกำลังใจเพราะมิได้ตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหา ยังมีคนอื่นๆ อีกมากมายที่ประสบปัญหา เช่นเดียวกับตนทำให้เกิดการรับรู้ ยอมรับปัญหาและสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับโรค และการรักษาได้ดีขึ้น มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น คล้ายกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995: 1201-1210) ที่ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยค้นพบและยอมรับสภาพความจริงที่เป็นอยู่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต ทำให้ผู้ป่วยมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเพื่อการรักษาสุขภาพ

สำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลโดยทั่วไปที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้นพบว่า การให้ข้อมูลความรู้ต่างๆ จากบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมด รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูลเป็นการสื่อสารทางเดียวและบางครั้งไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายปัญหาความคับข้องใจหรือไม่กล้าแสดงความคิดเห็น

คิดเห็น ไม่กล้าถาม ซึ่งต่างจากผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งเริ่มจากการเข้าประชุมกลุ่มเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพภายใต้บรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นมิตร มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กันในกลุ่ม ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อลดความเครียด และความวิตกกังวล ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบกลุ่ม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของตนเอง จากเหตุผลทั้งหมดข้างต้นนี้ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม เข้าไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด โดยการพัฒนาศูนย์การพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถในการทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ซึ่งเมื่อ ศูนย์การพยาบาลมีความรู้และทักษะในการทำกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม แล้วจะสามารถช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง

3. ควรมีการศึกษาและติดตามประเมินผลระยะยาว เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดในกลุ่มตัวอย่างต่อไป

บรรณานุกรม

จุฬารัตน์ สุริยาทัย. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).

จีรานุช สมโชค. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).

ธิดารัตน์ กำลั้งดี. (2543). กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 20(1), 56-63.

เยาวภา พรเวียงและคณะ. (2555). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลเท้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(2), 85-97.

โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร. (2558). สถิติผู้ป่วย. ชยันนาท : โรงพยาบาลชยันนาทเรนทร.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2552). สถิติโรคมะเร็ง. เข้าถึงเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2558, จาก <http://www.nci.go.th>

Evan, S., & Savage, P. (2008). Practical issues in cytotoxic chemotherapy usage.

New York : Cambridge University press.

Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in Mothers of chronically ill Children. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1201-1210.

Vatanasapt V., & et al. (1993). *Cancer in Thailand*. Lyon Cedex: International Agency for Research on Cancer.

พฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุดรธานี

Promoting Dietary Behavior of the People in Udon Thani Province

วันชาติ จันทน์วันนวงษ์^{1*} สังคม สุภรัตนกุล¹ ไพศาล แนนอุดร¹ ชื่นจิต จันทจรูญพงษ์²

Wanchat Janwattanawong^{1*} Sungkom Suparatanagool¹

Paisal Nanudorn¹ Chuenjit Chancharoonpong²

บทคัดย่อภาษาไทย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชนจังหวัดอุดรธานี เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกระบวนการสนทนากลุ่ม กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่มได้แก่ กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหาร(ผู้ป่วย) กลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยและ กลุ่มประชาชนทั่วไป ในพื้นที่ 4 ลุ่มน้ำเครื่องมีอวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัย แบบคำถามเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 7- 28 เมษายน 2558 ผลการศึกษา พบว่าประชาชนทั้งสามกลุ่มจะบริโภคอาหารตามความคุ้นเคยเป็นหลัก และจะคงรูปแบบการบริโภคนี้ไปจนกว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็น 4 รูปแบบได้แก่ แบบประจำวันแบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน(ชุมชน) แบบพิธีกรรม(งานบุญ)แบบวิกฤต(มีผู้ป่วยในครอบครัว)ได้รับผลจากการเปลี่ยนแปลงแหล่งผลิตอาหาร และการกระจายอาหาร ที่สะดวกสบาย จากผลการวิเคราะห์ พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกับประชาชน 3 ด้าน ได้แก่ ขาดความเข้าใจต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีทัศนคติการให้คุณค่าการบริโภคอาหารด้านสังคมมากกว่าสุขภาพ และขาดทักษะการเตรียมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพผลการศึกษาที่ใช้เป็นข้อมูล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

¹สาขายุทธศาสตร์การพัฒนาศาสตร์การแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

²ภาควิชาเทคโนโลยีการอาหารและโภชนาการ คณะทรัพยากรธรรมชาติและอุตสาหกรรมเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตจังหวัดสกลนคร

ABSTRACT

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This research aims to study the dietary habits of the people in the area of Udon Thani province. Qualitative research methods with the focus group. The focus population were people living around four rivers basin area in Udon Thani, aged between 35 to 45 years. The population were specified into three groups which were a group of the patients with problem of dietary habits, a group of the patient's family members and a group of the general healthy people. The data were collected at 7-28 April 2015. The research instruments were questionnaire and strategies. The results of the research were: Phase 1: focus group discussion of consumption habits, there were 3 types of behavior caused health problems which led to four forms: daily consumption, traditional consumption, ritual consumption and crucial consumption which resulted in the changes of the places and the distribution of food products. In addition, the consumption behavior caused health problems in 3 aspects: lack of understanding of healthy

consumption, attitude of social consumption and lack of preparation of healthy food. The results of this study can be used as data to be analyzed to find solutions.

Key word : The Promoting Dietary Behavior

¹ Development Strategy UdonThaniRajabhat University

² Department of Food Technology and Nutrition. Faculty of Agriculture and Natural Resources Kasetsart University Campus Sakolnacon Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมโลก รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ไร้พรมแดน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่อาศัยการพึ่งพาอาหารที่ผลิตเชิงอุตสาหกรรมอาหาร การประกอบอาหารอาหารเชิงพาณิชย์ในสังคมไทย บริโภคอาหารที่มี ไขมัน น้ำตาลและเกลือสูง อาหารที่ปนเปื้อนสารพิษเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด รวมถึงโรคมะเร็งอันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552: 192-220;) ยังพบว่า ตลอด 10 ปีที่ผ่านมา มีอัตราผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการศึกษาบ่งชี้ถึงสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล , 2556: 9) และที่สำคัญคือปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของชาติซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการพัฒนาประเทศ ผลกระทบนี้จึงมีความสำคัญยิ่ง ที่ต้องศึกษาหาแก่นของปัญหา

จังหวัดอุดรธานี ซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนของระดับพื้นที่ปฏิบัติการ จากสภาพปัญหาสุขภาพและสาเหตุการสูญเสียชีวิตของประชากรในจังหวัดอุดรธานีมีแนวโน้มเช่นเดียวกับสังคมโดยรวมของประเทศดังที่ปรากฏว่าอัตราการตายของประชาชนในจังหวัด 5 อันดับแรกซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมได้แก่ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมอง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2555: 3)

ดังนั้นงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อการวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารกับแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพของประชาชน ทำความเข้าใจในองค์ความรู้ ข้อมูลพื้นฐานจากประชาชน เพื่อหาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพแก่ประชาชนจังหวัดอุดรธานีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของพฤติกรรมบริโภคอาหารประชาชนจังหวัดอุดรธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) (ชาย โพธิ์สิตา, 2554: 209) วันที่ 7- 28 เมษายน 2558

1. พื้นที่ในการศึกษาจังหวัดอุดรธานี

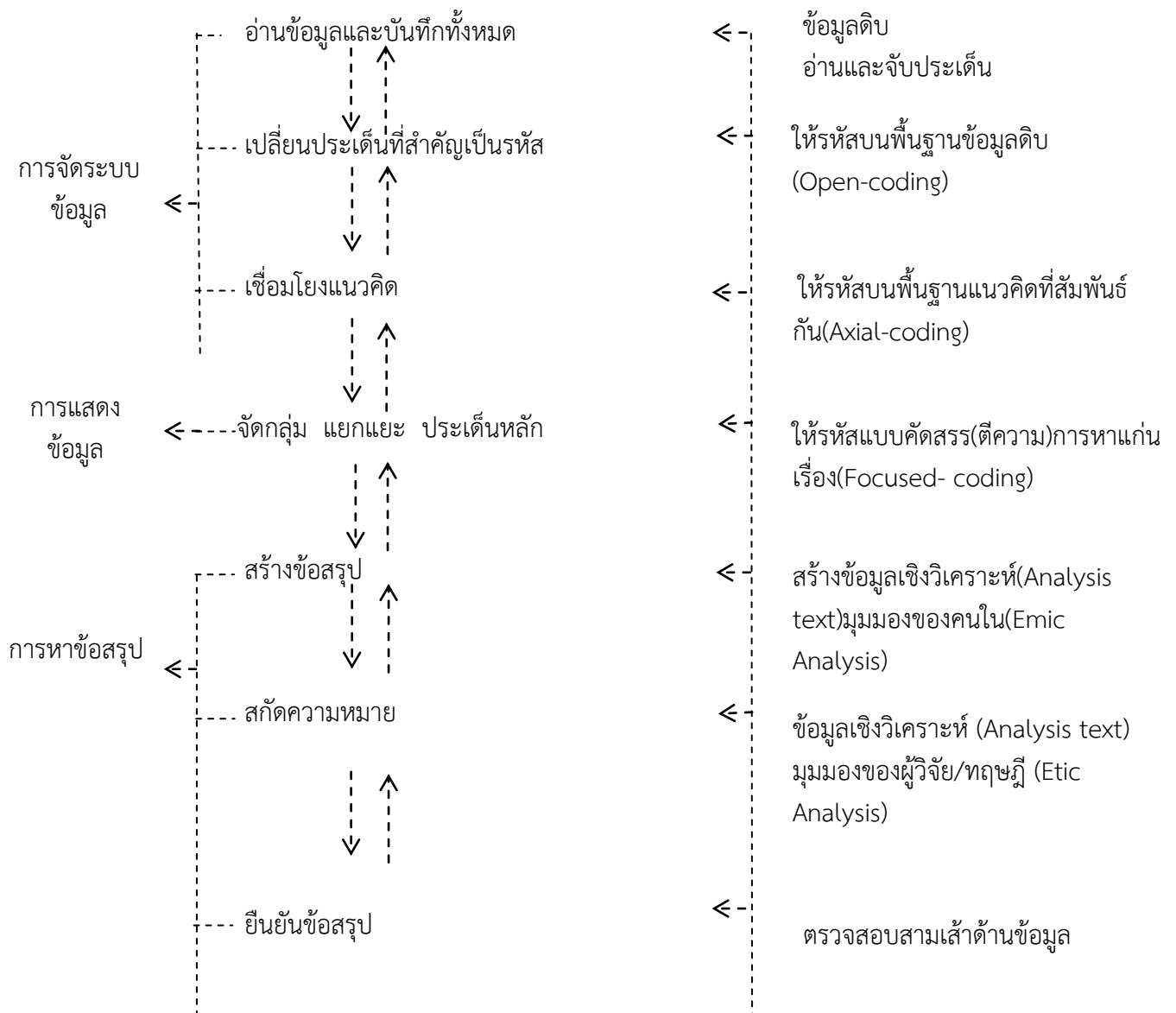
กำหนดเงื่อนไข มีลักษณะเป็นตัวแทนของพื้นที่ 4 กลุ่มน้ำ ที่มีความพร้อมประสานกลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มน้ำสงคราม(อำเภอบ้านดุง) กลุ่มน้ำห้วยหลวง (อำเภอบ้านผือ) กลุ่มน้ำปาว (อำเภอวังสามหมอ) กลุ่มน้ำหนองประจักษ์ (อำเภอนองวัวขอ)

2. กลุ่มเป้าหมาย

อายุระหว่าง 35-45 ปี แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ผู้มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร(ผู้ป่วย)32 คน สมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 32 และประชาชนทั่วไป 32 คน รวม 96 คน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์แก่นสาระ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2553: 158)มีขั้นตอนดำเนินการ แสดงในแผนภูมิที่ 1 ดังนี้



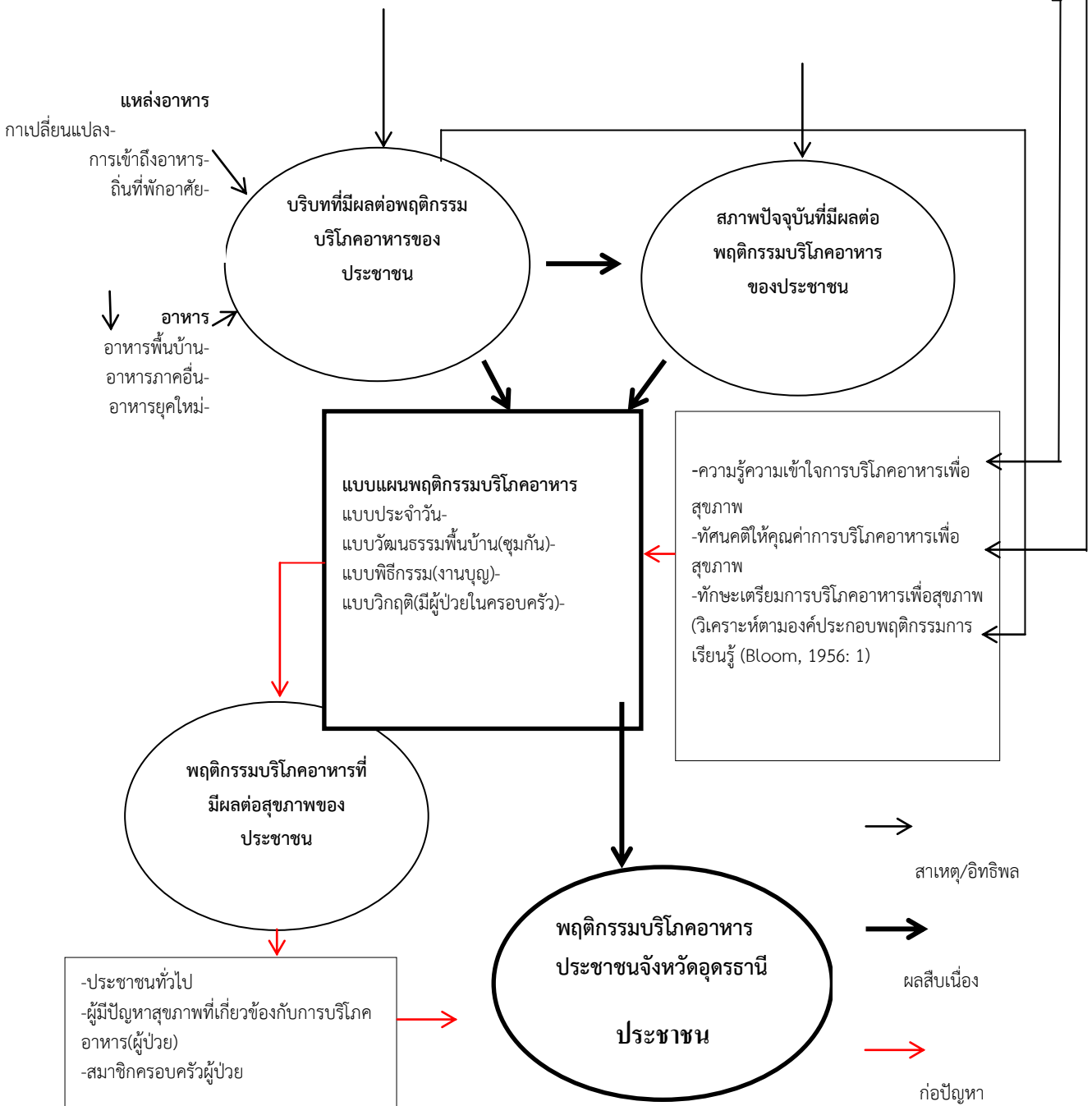
แผนภูมิที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา แสดงในแผนภูมิที่ 2

พื้นที่ศึกษา : ที่ถูกบังคับด้วยทรัพยากรอาหารในพื้นที่
 ลุ่มน้ำสงคราม, ลุ่มน้ำห้วยหลวง, ลุ่มน้ำหนองประจักษ์, ลุ่มน้ำป่า

สภาพปัจจุบันของพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชน
 ตามอยาก, ตามสังคม, ตามภารกิจ: **ทัศนคติ**
 คำนึง, ให้คุณค่า, ความเชื่อ: **ค่านิยม**
 ลักษณะการบริโภคอาหาร, รับและการสืบทอด: **วิถีชีวิต**
 ,ภารกิจครอบครัว, ช่างวัย



แผนภูมิที่ 2 สรุปสภาพปัจจุบันของพฤติกรรมบริโภคอาหารประชาชนอุดรธานี

สรุปผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่มมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือประชาชนในทุกกลุ่มจะบริโภคอาหารตามความคุ้นเคยเป็นหลัก และจะคงรูปแบบการบริโภคนี้ไปจนกว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพรุนแรงแล้วจึงปรับเปลี่ยน โดยพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชาชนเป็น 4 รูปแบบได้แก่ แบบประจำวัน แบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน(ชุมชน) แบบพิธีกรรม(งานบุญ) และพบว่า พฤติกรรมบริโภค 3 รูปแบบแรกนี้เป็นพฤติกรรมที่มีแนวโน้มก่อปัญหาต่อสุขภาพ แบบที่ 4 คือ แบบวิกฤติ(มีผู้ป่วยในครอบครัว) เป็นการบริโภคอาหารแบบมีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจึงส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้บริโภคด้วยซึ่งพฤติกรรมบริโภคอาหารเหล่านี้เกิดจากอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงแหล่งผลิตอาหารและการเข้าถึงอาหาร อย่างทั่วถึง สะดวกสบาย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ขาดความเข้าใจต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ มีทัศนคติการให้คุณค่าการบริโภคอาหารเพื่อสังคมมากกว่าสุขภาพ และขาดทักษะการเตรียมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

การอภิปรายผล

ข้อค้นพบที่ 1 แบบแผนพฤติกรรมบริโภคอาหารของ

ประชาชนจังหวัดอุดรธานีแบบประจำวัน แบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน (ชุมชน)แบบพิธีการ (งานบุญ) ซึ่งประชาชนจังหวัดอุดรธานีมีแบบแผนพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นดังกล่าว อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงแหล่งอาหารสภาพการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ประชาชนเข้าถึงอาหารได้ตามต้องการทั้งอาหารภาคอื่น อาหารยุคใหม่ และอาหารพื้นบ้าน ที่หลากหลาย จากการประกอบ การตลาด จึงทำให้ประชาชนขาดความใส่ใจต่อคุณค่าอาหารที่มีต่อสุขภาพ รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมโดยไม่รู้ตัว มีการสืบทอดความรู้ด้านอาหารในครอบครัวมุ่งไปที่รูปแบบรสชาติอาหารตามกระแสสังคม ถ่ายทอดรุ่นสู่รุ่น จากการกระจายอาหารเข้าถึงประชาชน ภารกิจหารายได้และฐานทางเศรษฐกิจของครอบครัว(สุวรรณา เชียงขุนทดและคณะ,2556)

ข้อค้นพบที่ 2 พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ความเข้าใจ การให้คุณค่า และการเตรียมการ

ด้านความรู้ ประชาชน ขาดความเข้าใจต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ อธิบายได้ว่า ประชาชนขาดความรู้ที่เหมาะสมในการเปรียบเทียบผลดีผลเสียในการบริโภคอาหาร ขาดหลักการตีความตามข้อเท็จจริง เพื่อ สื่อความหมายหรืออธิบายถึงการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ใช้ความต้องการตนเป็นหลักในการตัดสินใจเลือกและบริโภคอาหาร และขาดความรู้ในการจำแนกหรือจัดหมวดหมู่ของลักษณะอาหารและการบริโภคที่มีผลดีผลเสียต่อหมวดหมู่และการเปรียบเทียบสุขภาพเพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการปฏิบัติให้ถูกต้อง(ทีศนา แคมมณี, 2556: 400) ด้านทัศนคติ ประชาชน มีทัศนคติการให้คุณค่าการบริโภคอาหารเพื่อสังคมมากกว่าสุขภาพ อธิบายได้ว่า การให้คุณค่าแก่อาหารที่บริโภค ได้รับอิทธิพลจากค่านิยมของสังคม วัฒนธรรมประเพณี กลุ่มบุคคลใกล้ชิด วัยและภาวะสุขภาพที่ทำให้ประชาชนตัดสินใจ พร้อมที่จะบริโภค หรือ ใจเลือก ซึ่งจะมีความรู้สึกต่ออาหารนั้นเป็นพิเศษโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพแสดงออกอย่างเต็มใจและพร้อมเผชิญหน้าเพื่อการบริโภคอาหารนั้นพร้อมยอมรับสิ่ง ที่เกิดขึ้น(Simson, 1972: 2)ส่วนด้านปฏิบัติ ประชาชน ขาดทักษะการเตรียมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอธิบายได้ว่า ความพร้อมในการบริโภคอาหารจะขึ้นอยู่กับ

ภารกิจของครอบครัว สถานที่ตั้งของครอบครัว ส่วนใหญ่ขาดการเตรียมพร้อมเพื่อการบริโภคอาหารที่เหมาะสมประชาชน ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยทั่วไปครอบครัวขาดการปลูกจิตสำนึกในเรื่องการเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นเพียงการคิดถึงประเภทอาหาร และผู้จะรับประทานอาหาร หรือต้องการทำอาหารที่ตนเอง ครอบครัวชอบ ขาดการเรียนรู้สังคมแวดล้อมที่มีโทษต่อสุขภาพ และไม่มี การประเมินตนเอง ซึ่งประเด็นปัญหาการปฏิบัติการบริโภคอาหารได้ชัดเจน (Prochaska, et al., 1997)

บรรณานุกรม

- ชาย โพธิ์สิตา. (2554). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).
- ศิริพร จิรวัดนนท์กุล. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒนา.
- ทิตนา แชมมณี. (2556). ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดระบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 17 กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556).
- สุขภาพคนไทย 2556. นครปฐม : บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งพับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).
- สุวรรณา เชียงขุนทด และคณะ. (2556). ความรู้และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของคนภาคีเจริญ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2552).
- รายงานสถานการณ์สุขภาพไทย (2551-2553). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Bloom. (1956). Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain. New York: David McKay.
- Simpson. (1972). Teaching Physical Educations: A System Approach. Boston: HoughtonMufflin Co.available online at. <http://www.businessballs.com/blooms-taxonomy-of-learning-domains.htm>
- Prochaska, et al. (1997). TheTranstheoretical Model and stages of change. In K. Glanz, F.M. Lewis and B.K. Rimer (Eds.), Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice (2nd Edition). Jossey-Bass Publications, Inc.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2555). สรุปลงปัญหา สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีปี 2551. ออนไลน์ http://www.kch.go.th/file_filereading.php สืบค้น 12 มิถุนายน 2558

มูลเหตุการเสพยาเมตามีน และการเสพยาเมตามีนซ้ำของกลุ่มผู้รับการ
บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ กรณีศึกษา: จังหวัดเพชรบุรี

Reasons of Using Methamphetamine and Using Methamphetamine
Repeatedly in Clients who Completed the Rehabilitation Programme in
Voluntary Treatment System for Drug Addiction A Case study: Province
Phetchaburi

อัศพรพล ดีเลิศ
AkarapolDeelert

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Approaches) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) อธิบายมูลเหตุของการเสพยาเมตามีนและการเสพยาเมตามีนซ้ำ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของมูลเหตุการเสพยาเมตามีนตามปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ศึกษาความสัมพันธ์ของมูลเหตุของการเสพยาเมตามีนในครั้งแรกกับมูลเหตุการเสพยาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ในจังหวัดเพชรบุรี จำแนกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ 66 คน เชิงคุณภาพจำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test, One way ANOVA และ Pearson's Correlation และเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่ามูลเหตุสำคัญที่สุดของการเสพยาครั้งแรก คือมูลเหตุส่วนตัว ($\bar{x}=3.27$) ได้แก่ อารมณ์ความอยากหรืออยากลอง การหวังผลในฤทธิ์ของยาที่ช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น รองลงมาเป็นมูลเหตุด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ($\bar{x}=2.57$) ได้แก่ การทะเลาะและตัดความสัมพันธ์กันในครอบครัว บิดา มารดาแยกกันอยู่ และการเข้าถึงแหล่งซื้อหา ($\bar{x} = 2.57$) ได้แก่ การมีแหล่งซื้อหาได้ง่ายในชุมชน เพียงแค่โทรศัพท์ก็จะมีการมาส่งถึงที่ เป็นต้น ทำนองเดียวกับการกลับมาเสพยาซ้ำซึ่งพบว่ามีมูลเหตุที่สำคัญที่สุดมาจากรื่องส่วนตัว ($\bar{x}=2.89$) ได้แก่ การติดใจในฤทธิ์ของยา การหวังผลให้ทำงานได้มากขึ้น รองลงมาเป็นมูลเหตุทางสังคม ($\bar{x}=2.28$) ที่สำคัญคือการกลับไปคบเพื่อนกลุ่มเดิมทำให้มีการชักชวนกันไปเสพยาซ้ำอีก และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ($\bar{x}=2.09$) ผลการเปรียบเทียบมูลเหตุการเสพยาตามปัจจัยต่างๆ พบว่ามูลเหตุการเสพยาครั้งแรกจากปัจจัยด้านส่วนตัวมีความแตกต่างกันตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p < 0.05$) มูลเหตุด้านครอบครัวมีความแตกต่างกันตามระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กันของปัจจัยที่เป็นมูลเหตุเดิมของการเสพยาครั้งแรกและการเสพยาซ้ำในปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม ($p < 0.05$) ดังนั้นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเสพยาเมตามีน ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยส่วนตัวของบุคคลเป็นสำคัญ โดยเฉพาะเรื่องอารมณ์และจิตใจซึ่งพบว่าเป็นมูลเหตุสำคัญที่สุดของการตัดสินใจเสพยา

คำสำคัญ: เมทแอมเฟตามีน, มูลเหตุการเสพยาเมตามีน, การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This research is a Mixed Methods Approaches. The purpose of study is 1) To explain the reason of using Methamphetamine and using Methamphetamine repeatedly. 2) To compare the differences of reason in using Methamphetamine from individual, family, social support, be reached

by health service and awareness in self ability factors and 3) To study the relationship between the reason of using Methamphetamine for the first time and reused it. The sample population consisted of Subjects are the volunteers at rehabilitation center in Phetchaburi with 66 quantitative cases and 5 qualitative cases. The methods used for data collection were questionnaire survey and In-depth-Interview. Data analysis: percentage, means, standard deviation, Independent t-test, One way ANOVA and Pearson's Correlation for quantitative data and Content Analysis for qualitative data

Findings are quantitative and qualitative as follows: A major reason of to try drugs is personal reason ($\bar{x}=3.27$). The curious to try drugs and they hope drugs will help them more viable. Reason minor of addiction is relationship problem within the family ($\bar{x}=2.57$). There are quarrels within family, Breaking off relationship and separation between parents. This way bring to addiction ($\bar{x} = 2.57$). The supply of drugs and drug dealer in the community and buy it in a variety of channel such as order by phone. All of above can bring drugs to society. The major reason to repeat addicted to drugs is reason by personal problems ($\bar{x}=2.89$). The passionate drugs and they believe that drugs will provide a more viable. The second reason is living with same society ($\bar{x}=2.28$), association with the drug addiction and the family problems not been resolved lead to drugs again ($\bar{x}=2.09$). Comparing reasons of using Methamphetamine according to different factors. There are different personal reasons according to awareness of self ability in using Methamphetamine for the first time ($p<0.05$). Family reason are different according to level of relationship within the family ($p<0.05$) and getting emotional support. In addition, relationship between reasons of using Methamphetamine for the first time and reasons of reuse it. There is relationship between family and social factors in the reason of using Methamphetamine for the first time and reuse it. So the prevention and using Methamphetamine. Should pay attention to the personal factors are the most important. Specifically, emotional and mental, which is found to be the most important cause of the decision on using drug.

Key words: Methamphetamine, Reasons of using Methamphetamine, Clients who Completed the Rehabilitation Programme in Voluntary Treatment System for Drug Addiction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดในชุมชนมากกว่าสารเสพติดชนิดอื่นถึง 10 เท่าเนื่องจากมีความสะดวกต่อการหาซื้อได้ง่ายแบบซื้อง่ายขายคล่อง โดยในปีพ.ศ. 2553 – 2557 พบว่ามีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยสูงขึ้นถึงร้อยละ 83.1-93.3 ของพื้นที่ทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2557) ทำให้มีจำนวนผู้เสพยาเสพติดรายใหม่และผู้เสพยาเสพติดซ้ำเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลผู้เข้ารับการรักษาผู้ติดยาเสพติดในปีงบประมาณ 2553-2557 พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนสูงถึงร้อยละ 58.54, 54.05, 52.45, 55.75 และ 52.93 ของผู้ป่วยติดยาเสพติดทั้งหมดตามลำดับ โดยผู้เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15 – 34 ปี (สถาบันวิจัยรณรงค์, 2558) แสดงให้เห็นว่าผู้เสพยาเสพติดเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่อยู่วัยแรงงานที่ควรเป็นกำลังหลักในการพัฒนาประเทศแต่กลับกลายมาเป็นผู้ติดยาเสพติดทำลายอนาคตของตนเองอย่างรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ซ้ำร้ายยังสร้างปัญหาที่เป็นภาระทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และอาชญากรรม ให้กับประเทศนานับประการ

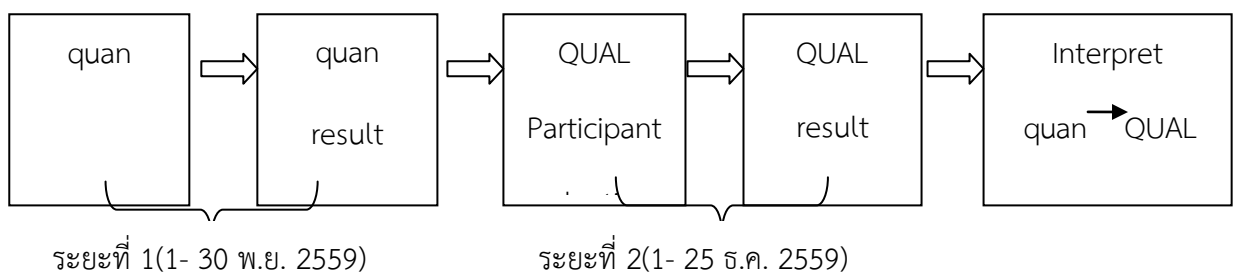
จังหวัดเพชรบุรีเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดสูงมาก จากสถิติการจับกุมและยึดของกลางคดียาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ในปี 2557 ของพื้นที่เขต 7 พบว่าสามารถยึดของกลางได้มากอยู่ใน 5 อันดับแรกของพื้นที่เขต 7 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2557: 1) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการทำวิจัยมูลเหตุการเสพยาเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ของกลุ่มผู้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ กรณีศึกษา: จังหวัดเพชรบุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายมูลเหตุของการเสพยาเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ภายหลังจากการได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ในจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับมูลเหตุการตัดสินใจเสพยาเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ภายหลังจากการได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ในจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อหาความสัมพันธ์ของมูลเหตุการเสพยาเมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) ในครั้งแรก กับมูลเหตุของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ภายหลังจากการได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ในจังหวัดเพชรบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Approaches) แบบอธิบาย (Explanatory design) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ (1- 30 พ.ย. 2559) ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาโดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และระยะที่ 2 เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ (1- 25 ธ.ค. 2559) โดยการนำข้อมูลสำรวจจากระยะที่ 1 มาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีการกลับมาเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปเพื่อการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth interview) ถึงมูลเหตุของการกลับมาเสพยา



quan = วิธีการเชิงปริมาณเป็นวิธีการรอง
QUAL = วิธีการคุณภาพเป็นวิธีการหลัก

quan → QUAL = ดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ นำผลการวิจัยไปคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างใน
งานวิจัยเชิงคุณภาพ

ภาพที่ 1 รูปแบบการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Approaches) แบบอธิบาย
(Explanatory design) แบบคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

ที่มา: Creswell & Viicki, 2007 อ้างถึงใน นิทา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2555: 142

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นกลุ่มผู้รับบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 80 คน ผู้วิจัยทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 66 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน ธีรวิฑูเอกะกุล, 2543) และทำการสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากจากรายชื่อผู้เข้ารับการบำบัดฯ

2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 5 คน ซึ่งกำหนดอย่างเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีภูมิปัญญาเป็นหลักแหล่งสามารถติดตามได้ เป็นผู้มีประสบการณ์ในการเสพติดซ้ำตั้งแต่ครั้งที่ 2 ครั้งขึ้นไป และสมัครใจยินดีให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ เรื่องมูลเหตุการเสพติดแอมเฟตามีน (ยาบ้า) และการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ ในกลุ่มผู้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบสมัครใจ ในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา การใช้ภาษา และความสอดคล้องระหว่างคำนิยามศัพท์เฉพาะกับข้อความที่สร้างขึ้น (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ค่า CVI = 0.85) ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยการคำนวณหาค่าดัชนีความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -coefficient = 0.93)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การแจกแจงความถี่และการหาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัว

2. การวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และมูลเหตุการตัดสินใจเสพติดแอมเฟตามีน และการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง กับมูลเหตุการตัดสินใจเสพติดแอมเฟตามีน และการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำด้วย การใช้สถิติ Independent t-test และ One way ANOVA (F-test)

4. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างมูลเหตุการตัดสินใจเสพติดแอมเฟตามีน และการเสพติดแอมเฟตามีนซ้ำ ด้วยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

5. การวิเคราะห์เพื่ออธิบายมูลเหตุการเสพติดชนิดเมทาดาเฟตามีน (ยาบ้า) และการเสพเมทาดาเฟตามีนซ้ำ โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งประกอบด้วย การขยายความและการตีความ เป็นต้น

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนมูลเหตุการเสพเมทาดาเฟตามีนครั้งแรกและการเสพซ้ำ

มูลเหตุการเสพ	การเสพครั้งแรก		การเสพซ้ำ	
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.
ด้านส่วนตัว	3.27	0.67	2.89	1.11
ด้านสังคม	2.57	0.81	2.28	0.84
ด้านครอบครัว	2.57	0.99	2.09	0.92

ผลการศึกษาทั้งในเชิงปริมาณ พบว่ามูลเหตุสำคัญที่สุดของการเสพครั้งแรก คือมูลเหตุส่วนตัว ($\bar{X}=3.27$) รองลงมาเป็นมูลเหตุด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ($\bar{X}=2.57$) และมูลเหตุด้านสังคม ($\bar{X}=2.57$) ทำนองเดียวกับการกลับมาเสพติดซ้ำซึ่งพบว่ามีมูลเหตุที่สำคัญที่สุดมาจากเรื่องส่วนตัว ($\bar{X}=2.89$) รองลงมาเป็นมูลเหตุทางสังคม ($\bar{X}=2.28$) และด้านครอบครัว ($\bar{X}=2.09$) ส่วนผลการเปรียบเทียบมูลเหตุการเสพตามปัจจัยต่าง ๆ พบว่ามูลเหตุการเสพครั้งแรกจากปัจจัยด้านส่วนตัวมีความแตกต่างกันตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p<0.05$) มูลเหตุด้านครอบครัวมีความแตกต่างกันตามระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กันของปัจจัยที่เป็นมูลเหตุเดิมของการเสพครั้งแรกและการเสพซ้ำในปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคม ($p<0.05$)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่ามีความสอดคล้องกับเชิงปริมาณโดยในวัยเด็กผู้เสพติดซ้ำทุกราย มีปัญหาการอยู่ร่วมกับครอบครัวมาก่อน เช่นไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกใช้ยาเสพติด ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ราบรื่น และในด้านส่วนตัวก็เคยผ่านการหย่าร้างมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้รับการบำบัดหมายเลข 1 ที่ว่า “...ตอนนั้นผมอายุ 37 แล้วครับ พ่อผมเสียชีวิตตอนอายุ 9 ขวบ ก็เรียนมาเรื่อยๆ จบชั้นม.ปลาย ตอนนั้นก็อาศัยอยู่กับแม่ มีพี่น้อง 4 คนครับ รวมผมด้วย 5 คน ส่วนพี่คนโตเสียชีวิตแล้วครับ ตอนผมอายุ 27 ปี ตอนนั้นก็ย้ายมาอยู่เพชรบุรีมาอยู่กับแม่.....กับพี่น้องก็ไม่ค่อยถูกกัน มันไม่ค่อยชอบผมหรอก เลยคุยกันบ้างไม่ค่อยบ้างส่วนมากมันมาหาแม่.....ไม่บ่อยหรอก ทะเลาะกันก็ดูคำเรื่องที่ผมเสพยานี้ละ ก็เรื่องขอเงินไปซื้อบ้างแต่เราก็เฉยๆนะ เหมือนเขาว่าบ่อยแล้ว แม่ผมเขาก็เหมือนปล่อยตามใจแล้วอะ ไม่ค่อยยุ่งอะไรกับผมมากเท่าไร”

ในด้านสังคมผู้เสพซ้ำทุกรายให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่าสามารถพบเห็นการเสพและจำหน่ายเมทาดาเฟตามีนได้ทั่วไปในชุมชนจนเหมือนเป็นเรื่องปกติธรรมดาทั่วไป และกลุ่มเพื่อนสนิทที่ใช้กันอยู่ทำให้ตนซึ่งมีปัญหาสภาพจิตใจที่อ่อนแอและสภาพครอบครัวที่แตกแยกขาดกำลังใจและผู้คอยให้คำปรึกษาในยามที่มีปัญหาจึงต้องตกมาอยู่ในเส้นทางของผู้ติดยาเสพติดซ้ำแล้วซ้ำอีก ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้รับการบำบัดหมายเลข 2 ที่ว่า “...อยากเข้ากลุ่มเพื่อนมันเห็นนะเห็นอยู่ตลอดมันก็เลยอยาก....เหตุผลที่ผมกลับไปเสพซ้ำนี้เป็นเพราะเพื่อนกลุ่มเดิม เพราะสังคมเลยครับ.....มันหาซื้อง่าย

เดี๋ยวน้ำมันง่ายยังมีโทรศัพท์นี้ยิ่งง่ายเลย โทรสั่งแปบเดียว พวกเด็กๆ ในหมู่บ้านมันก็เสฟ ถามว่าบ่อยไหม ก็วันละ 3 เม็ดละครับ ตื่นเช้ามากินข้าวเช้าหน่อยก็เอาละ วิ่งไปซื้อโทรให้มันเอามาให้บ้างก็สักเม็ดก่อนทำงาน กลางวันก็ 1 เม็ด เย็นอีกเม็ด เป็นอย่างงี้ทุกวันวันไหนอยากๆหน่อยก็ 4-5 เม็ดก็มี มันแล้วแต่ความอยากอะนะผมก็พูดไม่ถูก”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การเสฟเมทแอมเฟตามีนมีมูลเหตุการตัดสินใจเสฟที่สำคัญมาจากปัจจัยส่วนตัวสังคม และครอบครัว ได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง การเข้าถึงแหล่งซื้อขายได้ง่าย และการมีสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ (2553) พัชชา วงษ์สุวรรณ (2552) ปราณี สุทธิสุนทร (2551) และอาภาสิริ สุวรรณานนท์ และคณะ (2550) ที่พบว่า การเลี้ยงดูของครอบครัว ได้แก่ การมีปัญหาคือครอบครัวแตกแยกสภาพความสัมพันธ์ที่ห่างเหินกันในครอบครัว รวมถึงปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้ผู้เสฟรู้สึกรู้ว่าการใช้ยาเสฟติดเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ใครๆ ก็ใช้กัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดยาเสฟติดและการเสฟติดซ้ำ ดังนั้นวิธีการป้องกันและแก้ไขจึงควรมุ่งเน้นที่การลดปัจจัยเหล่านี้ให้เหลือน้อยที่สุด โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางด้านอารมณ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของเยาวชนที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ ส่วนในการบำบัดผู้ที่เสฟติดเมทแอมเฟตามีนเพื่อป้องกันการกลับไปเสฟติดซ้ำ ควรจัดให้มีกิจกรรมที่บูรณาการไปถึงระบบครอบครัว และชุมชนด้วย เพราะเมื่อผู้รับการบำบัดได้รับการบำบัดจนเลิกได้ แต่ภายหลังต้องกลับไปอยู่ในสภาพครอบครัวที่มีสภาพความแตกแยกเหมือนเดิม คบเพื่อนกลุ่มเดิมๆ ในชุมชนเดิม ๆ ที่ยังมีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสฟติด อาจทำให้กลับมาเสฟติดซ้ำได้อีก และหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดให้มีบริการในการป้องกันปัญหาเสฟติด ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ได้แก่ ผู้มีปัญหาคือครอบครัว ผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี เป็นพิเศษ

บรรณานุกรม

- เฉลิมศรี ราชนาจันทร์ และศรีวรรณ มีคุณ. (2553). ปรากฎการณ์ชีวิตของเยาวชนผู้เสฟยาบ้า. วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม. 6(1), 81-94.
- ปราณี สุทธิสุนทร และคณะ. (2551). เส้นทางเข้าสู่ยาเสฟติด วัยรุ่น วัยเรียน. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 6(2), 143-149.
- พัชชา วงษ์สุวรรณ. (2552). พฤติกรรมการเสฟยาบ้าของวัยรุ่น : การศึกษารายกรณี. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว.
- สถาบันธัญญารักษ์. (2558). สถิติของผู้ป่วยยาเสฟติดทั้งหมด ปีงบประมาณ 2553-2557. ค้นคืนวันที่ 10 กันยายน 2558 จาก http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category§ionid=2&id=9&Itemid=61.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสฟติด. (2558). รายงานผลปราบปรามยาเสฟติด ประจำปี . ค้นคืนวันที่ 30 สิงหาคม 2558 . จาก <https://www.oncb.go.th/Home/DocLib18/Forms/AllItems.aspx>. 2557. สถิติการ

- จับกุมและยึดของกลางคดียาเสพติด เมทแอมเฟตามีน(ยาบ้า). ค้นคืนวันที่ 30 สิงหาคม 2558. จาก <https://www.oncb.go.th/Home/DocLib18/Forms/AllItems.aspx>.
- อาภาศิริสุวรรณานนท์ และคนอื่นๆ. 2550. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ติดยาเสพติดในค่ายรวมพลังรักอ่าวลึก หยูดยาเสพติด. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ส่วนวิชาการด้านยาเสพติดสำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส. ถ่ายเอกสาร.
- Crewall& Vick. 2007. อ้างถึงใน นิทา กิจธีระวุฒิมวงษ์. 2555. วิธีการวิจัยเชิงพรรณนาสำหรับงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา, 7(2), 130-152
- Krejcie& Morgan, 1970 อ้างถึงใน ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543).ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์.อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์.
-

รูปแบบการจัดการผลกระทบของนโยบายสาธารณะด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ กรณีศึกษาอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก Impact Management Model of Public Policy in Social welfare of elderly in natural disaster Vulnerability Area : A case study in Bangrakum District , Phitsanuloke Province.

ธนัช กนกเทศ¹
Thanach Kanokthet¹

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานะและศักยภาพของผู้สูงอายุด้านสวัสดิการสังคม 2) ศึกษา
ศักยภาพของรัฐและเอกชนในการสนับสนุนระบบสวัสดิการสังคม 3) ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดสวัสดิการ
สังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ ใช้รูปแบบการวิจัยโดยวิธีวิทยาแบบผสมผสานทั้งรูปแบบ
การวิจัยเชิงปริมาณโดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย จำนวน 675 คน และการวิจัยเชิง
คุณภาพ เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการวิเคราะห์เนื้อหาจากผู้แสดงทางสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน
ที่เกี่ยวข้อง รวม 60 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบ
และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สุขภาวะของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ประกอบด้วย 4 มิติสำคัญ คือ สุขภาวะทางกาย สุข
ภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา โดยศักยภาพของผู้สูงอายุด้านสวัสดิการสังคมอยู่ในระดับต่ำ
กว่าความต้องการจริงในทุกองค์ประกอบ 2) องค์กรภาครัฐและเอกชนมีศักยภาพในการสนับสนุนระบบสวัสดิการ
สังคมผู้สูงอายุ 3) แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมควรปรับให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่นการส่งเสริม
ผู้สูงอายุให้มีรายได้เพิ่มขึ้น การยกเว้นภาษีสำหรับผลผลิตจากกลุ่มผู้สูงอายุ เพิ่มบริการสาธารณะ และนันทนาการ
เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี เพื่อดูแลสิทธิของผู้สูงอายุอย่างจริงจังและการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีที่พักอาศัยที่เหมาะสม
กับสภาพร่างกาย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรเป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการบูรณาการแผนงาน
โครงการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น เพื่อประโยชน์สูงสุดของการจัดสวัสดิการ

คำสำคัญ: นโยบายสาธารณะ พื้นที่เปราะบาง สวัสดิการสังคม ผู้สูงอายุ

¹ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

The objective of this research were to 1) study Well-Being and competency of elderly in
Social welfare aspect 2) Competency of Government and Non-government Organization for
Supporting to Social welfare of elderly 3) Suggestion of Policy for Public Policy in Social welfare of
elderly in natural disaster Vulnerability Area. The research Methodology is Mixed method, The
Quantitative research used 657 elderly people, were selected by systematic random sampling. The
tools used in the study were questionnaires. The data were analyzed by mean, standard deviation
and factors analysis. The Qualitative used 60 people from Social Actors Policy for Public Policy in
Social welfare of elderly by Future Search Conference. The data were analyzed by Content
Analysis.

The result found that 1) Component of elderly Well being in research area were 4 main dimension ; Physical, Mental, Social, and Spiritual. Potential elderly of Social Welfare was less than every real needs. 2)Government and Non government Organization could support social welfare systems. 3)Social Welfare Guideline Should adapt to associate with social change such as supporting of earns, excepting of taxes, increase of Public Service and foe Healthy Elderly. The Local Government Administration Should be Functional Care Center in Order to integrate Planning and Project for right Protection and Supporting of Homestead to Elderly.

Key words: Public Policy, Vulnerability Area, Social welfare, elderly

¹ Faculty of Public Health; Naresuan University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นับเป็นการปฏิวัติทางประชากร (demographic revolution หรือ revolutionary change) ที่เรียกเช่นนี้เพราะปรากฏการณ์ที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวมากขึ้น (Aging is life long) และมีจำนวนและสัดส่วนมากขึ้นในสังคม (World Health Organization, 2015; Beard, John R., and David E. Bloom, 2015; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติ (Haines A. et.all, 2006)

ภัยพิบัติไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนและสาธารณะเท่านั้น แต่ยังกระทบต่อกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาทุกภาคส่วน ทั้งการประกอบอาชีพ กิจกรรมทางการเกษตร สุขภาพอนามัย การศึกษา การค้า การสื่อสาร คมนาคม ฯลฯ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งบุคคลทั่วไป และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องรับภาระ ผลกระทบจากภัยพิบัติสามารถจำกัดให้น้อยลงได้หากมีการบริหารจัดการที่ดีก่อนที่ภัยจะเกิดขึ้น และกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะจะช่วยลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติในภาพรวมได้ (Mathers, Colin and others, 2015; McMichael AJ. et.all, 2006; Ebi KL, Kovats RS, Menne B., 2006)

อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างของประเทศ โดยเป็นพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ โดยเฉพาะภัยแล้งและอุทกภัย เนื่องจากสภาพภูมิประเทศเป็นพื้นที่ลุ่มและมีแม่น้ำสายหลักไหลผ่านหลายสาย ทั้งยังไม่มีระบบการจัดการน้ำที่สมบูรณ์ (อัญชลี ศรีจำเริญ และคณะ, 2557: 116) ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและความครอบคลุมในสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่

จากสถานะดังกล่าวได้มีองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเจ้าไปดำเนินการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ พบการดำเนินงานในพื้นที่ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ แต่ยังพบส่วนขาดในการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เนื่องจากการขาดการบูรณาการแผนงานโครงการระหว่างส่วนราชการต่าง ๆ อีกทั้งยังไม่พบกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการจากผู้สูงอายุอย่างเป็นขั้นตอน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุภาพรวมยังมีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย และยังมีความต้องการสวัสดิการในด้านต่างๆในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ธนัช กนกเทศ, 2559)

การดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยภาครัฐมีการสนับสนุนงบประมาณและรูปแบบการจัดการที่หลากหลาย โดยยังไม่มีรายงานการประเมินรวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในรูปแบบการจัดการ

ผลกระทบของนโยบายสาธารณะด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ ผู้วิจัยจึงดำเนินการจัดทำโครงการวิจัยนี้ขึ้นเพื่อนำไปสู่การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ
2. เพื่อศึกษาศักยภาพของรัฐและเอกชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสนับสนุนระบบสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดรูปแบบการจัดการผลกระทบของนโยบายสาธารณะด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ

ระเบียบวิธีวิจัย

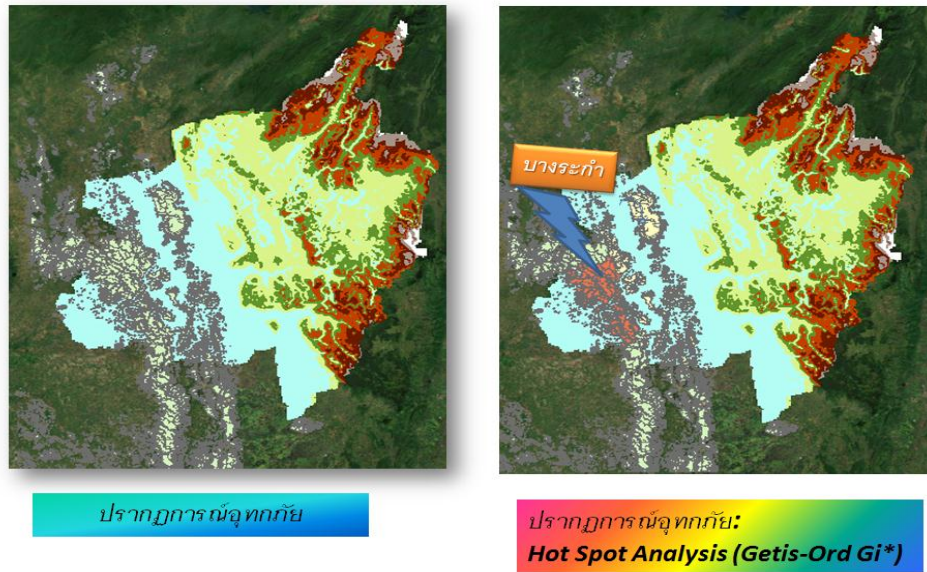
การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยโดยประยุกต์ใช้วิธีวิทยาแบบผสมผสาน (Mixed Method) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประเมินความเปราะบางของพื้นที่วิจัยโดยใช้วิธีการสหสัมพันธ์เชิงพื้นที่แบบอัตโนมัติ ซึ่งจะเรียกค่าที่คำนวณได้ของคะแนนมาตรฐานและค่าความน่าจะเป็นค่า G_i^* (Gi Star) โดย (Ebi KL. et all (2006) ได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากสถานภูมิภาคเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ ภาคเหนือตอนล่าง มหาวิทยาลัยนเรศวร

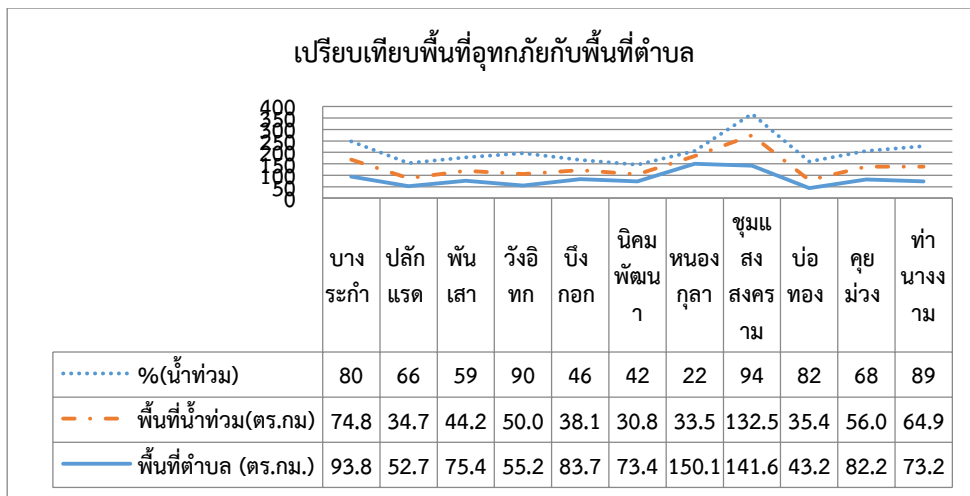
2. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลเพื่อประเมิน สุขภาวะ และสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณ จากสูตร 10 เท่าของตัวแปรทำนาย (กัลยา วานิชย์ปัญญา, 2548) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรทำนายทั้งสิ้น 43 ตัวชี้วัด ดังนั้นขนาดตัวอย่าง จึงมีจำนวน $43 \times 10 = 430$ ราย และเพื่อความสมบูรณ์ของการเก็บข้อมูลจากขนาดตัวอย่างที่สมบูรณ์สุด คือมากกว่า 500 ตัวอย่าง (Comrey & Lee, 1992) จึงดำเนินการจัดเก็บทั้งสิ้น จำนวน 675 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดย ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) และการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis)

3. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

เก็บข้อมูลเพื่อศึกษาศักยภาพของรัฐและเอกชนในการสนับสนุนระบบสวัสดิการสังคม และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์เอกสารข้อมูลเชิงประจักษ์ และการประชุมกลุ่มเพื่อกำหนดอนาคต (Future Search Conference) จากผู้แสดงทางสังคมที่เกี่ยวข้องในการจัดนโยบายสาธารณะเพื่อสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย จำนวน 60 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 31 คน ผู้รับผิดชอบงานสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 16 คน องค์กรเอกชน 4 คน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)



ภาพที่ 3 ข้อมูลดาวเทียมแสดงปรากฏการณ์อุทกภัยด้วยแนวทางสหสัมพันธ์เชิงพื้นที่
ที่มา: สถานภูมิภาคเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ ภาคเหนือตอนล่าง มหาวิทยาลัยนเรศวร,
2558



ภาพที่ 4 แสดงเปรียบเทียบพื้นที่อุทกภัยกับพื้นที่ตำบล

1. ผลการประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย

จากรายการคำถามเกี่ยวกับสุขภาวะทั้งหมด 15 ข้อ การศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) เพื่อรวมกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์ประกอบเดียวกัน โดยตัวแปรที่อยู่ในองค์ประกอบเดียวกันจะมีความสัมพันธ์กันมาก ส่วนตัวแปรที่อยู่คนละองค์ประกอบจะไม่มีความสัมพันธ์กันหรือสัมพันธ์กันน้อย โดยผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ที่ได้มีค่า .746 และค่า Bartlett's Test of Sphericity ที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน มีค่า Chi-Square เท่ากับ 3698.006 ค่า p เท่ากับ .000 จึงปฏิเสธสมมติฐานหลัก (H_0) นั่นคือ ตัวแปรทั้ง 15 ตัวมีความสัมพันธ์กัน (ดูตาราง 4) ซึ่งมีค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) สูงกว่า 0.06 และค่า Bartlett's

Test of Sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ชุดข้อมูลที่มีอยู่นี้มีความเหมาะสมที่จะใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ดังแสดงผลในตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับสุขภาวะของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายการข้อถาม

ข้อที่	สุขภาวะของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
*1.	การมีโรคประจำตัว	2.06	.991	ปานกลาง
2.	ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง	3.49	.909	มาก
3.	การมีสิ่งแวดล้อมดีปลอดภัยที่คุกคาม	2.81	1.189	ปานกลาง
4.	การมีความสบายใจ	3.24	.803	มาก
5.	การมีจิตใจร่าเริงแจ่มใส	3.17	.821	มาก
6.	การมีจิตปลอดพ้นจากความทุกข์	2.69	1.197	ปานกลาง
*7.	การมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจ	1.47	.877	น้อย
8.	ความปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	3.50	.816	มาก
9.	ความปลอดภัยเมื่ออยู่ในชุมชน	3.39	.868	มาก
10.	สภาพแวดล้อมโดยรวมมีความอบอุ่น/เกื้อกูล	3.24	.883	มาก
11.	การคิดไตร่ตรองถึงเหตุปัจจัยของภาวะแห่งทุกข์	2.24	1.142	ปานกลาง
12.	การตระหนักชัดในภาวะแห่งทุกข์	2.27	1.145	ปานกลาง
13.	การเห็นทางออกในภาวะแห่งทุกข์	2.27	1.144	ปานกลาง
14.	การตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง	3.25	.805	มาก
15.	การตระหนักรู้ในคุณค่าของผู้อื่น	3.24	.779	มาก

* หมายถึง ข้อรายการถามเชิงลบ ได้กลับค่าคะแนนแล้ว

ตารางที่ 2 ค่า Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) และ Bartlett's Test of Sphericity ชุดข้อมูลรายการข้อถามเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO)	=	.746
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square =	3698.006
	df =	105
	P =	<0.001

ภายหลังการตรวจสอบความเหมาะสมของชุดข้อมูลรายการข้อถามเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุแล้ว จึงนำชุดข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์องค์ประกอบหรือปัจจัยเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis) ด้วยวิธีองค์ประกอบหลัก (principal component) และใช้วิธีการหมุนแกนแบบตั้งฉาก (orthogonal rotation) โดยวิธี varimax พบว่า รายการข้อถามเกี่ยวกับสุขภาวะทั้งหมด 15 ข้อ สามารถสกัดองค์ประกอบได้จำนวนทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ และเมื่อพิจารณาถึงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ

(factor loadings) หลังจากหมุนแกนแล้ว พบรายละเอียดของรายการข้อถามในแต่ละองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1 จำนวนทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (ดูตาราง 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์องค์ประกอบสุขภาวะของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	ข้อที่	รายการ	น้ำหนัก	ค่าไอเกน องค์ประกอบ
(1) สุขภาวะทางปัญญา	11	การคิดไตร่ตรองถึงเหตุปัจจัยของ ภาวะแห่งทุกข์	.936	3.573
	12	การตระหนักชัดในภาวะแห่งทุกข์	.946	
	13	การเห็นทางออกในภาวะแห่งทุกข์	.870	
(2) สุขภาวะทางจิต	4	การมีความสุขสบายใจ	.797	2.763
	5	การมีจิตใจร่าเริงแจ่มใส	.763	
	6	การมีจิตปลอดพ้นจากความทุกข์	.667	
	7	การมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจ	.594	
(3) สุขภาวะทางสังคม	3	การมีสิ่งแวดล้อมดีปราศจาก มลภาวะที่คุกคามทั้งต่อชีวิตและ ทรัพย์สิน	.565	1.346
	8	ความปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	.741	
	9	ความปลอดภัยเมื่ออยู่ในชุมชน	.753	
	10	สภาพแวดล้อมโดยรวมมีความ อบอุ่น/เอื้อเพื่อเกื้อกูล	.643	
	14	การตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเอง	.859	
	15	การตระหนักรู้ในคุณค่าของผู้อื่น	.822	
(4) สุขภาวะทางด้านกาย	1	การมีโรคประจำตัว	.675	1.028
	2	ความสามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเอง	.830	

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ในข้างต้น แสดงให้เห็นว่า สุขภาวะของผู้สูงอายุในงานศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 มิติสำคัญ คือ สุขภาวะทางด้านกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางด้านสังคม และสุขภาวะทางปัญญา

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุกับความ ต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ

รายการ	ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ			ความต้องการของความ ต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุ		
	(\bar{X})	(S.D.)	ระดับ	(\bar{X})	(S.D.)	ระดับ
1. สุขภาพอนามัย (Health Care)	1.68	0.41	ปานกลาง	2.46	0.40	มาก
2. การประกันรายได้ (Income Maintenance)	1.47	0.49	น้อย	2.42	0.39	มาก
3. ด้านเครือข่ายและบริการ เกื้อหนุน (aid service and network)	1.56	0.31	น้อย	2.22	0.51	ปานกลาง
4. ที่อยู่อาศัย (Housing)	1.33	0.48	น้อย	2.08	0.54	ปานกลาง
5. ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน (Safety in Life and Property)	1.89	0.56	ปานกลาง	2.54	0.41	มาก
6. นันทนาการ (Recreation)	1.64	0.43	น้อย	2.42	0.50	มาก
7. บริการสังคมปัจเจกบุคคล (Personal social services)	1.89	0.56	ปานกลาง	2.54	0.41	มาก
เฉลี่ย	1.61	0.31	น้อย	2.38	0.29	มาก

จากตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ความต้องการ สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดย ($\bar{X} = 2.38$) โดยมีความต้องการมากที่สุดคือ ด้านรายได้ ($\bar{X} = 2.58$) รองลงมา คือ ความต้องการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุด้านความมั่นคงทาง สังคม อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ($\bar{X} = 2.46$) รองลงมา คือ ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล อยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 2.46$) รองลงมา ด้านนันทนาการ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.42$) รองลงมา คือ ด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$) และด้านที่พัก อาศัยมีระดับความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.08$)

1) ผลการประเมินศักยภาพของรัฐและเอกชน ในการสนับสนุนระบบสวัสดิการสังคมของ ผู้สูงอายุ

1. ด้านกลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) พบว่า กระบวนการจัดทำแผนผู้สูงอายุ มีการ ดำเนินงานอย่างสมบูรณ์ โดย มีการสำรวจประเด็นปัญหา ความต้องการ หรือความคาดหวังของ ผู้สูงอายุ แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการของหน่วยงาน รวมทั้งมีการประชุมเพื่อ ระดมความคิดเห็นของบุคลากรในหน่วยงานและภาคีนอกหน่วยงานบางส่วน แต่ยังคงขาดภาคส่วน ผู้สูงอายุ พบการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย วัตถุประสงค์ แผนงาน และโครงการที่เกี่ยวข้อง

กับงานด้านการดูแลผู้สูงอายุไว้ในแผนด้านสวัสดิการสังคมประจำปีของหน่วยงาน ด้านการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ นั้น มีการเตรียมความพร้อมให้กับประชากรในพื้นที่ตั้งแต่ประชากรเหล่านั้นยังไม่เป็นผู้สูงอายุ มีการจัดบริการให้บริการกับผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น การรับส่ง การส่งต่อ หรือการให้มีผู้ดูแล มีการจัดหาหรือประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การส่งเสริมอาชีพตามวัยอย่างเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

2. ด้านโครงสร้างองค์กร (Structure) พบว่ามีการกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุไว้ในโครงสร้างองค์กรอย่างชัดเจน

3. ด้านระบบ (System) มีปัญหาการจัดวางระบบการทำงานภายในเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบการประเมินความคุ้มค่าของงบประมาณที่จัดสรรไปกับการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบการติดตามผลของการจัดโครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการให้กับผู้สูงอายุ

4. ด้านทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill) พบว่าส่วนใหญ่บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงามีวุฒิการศึกษาด้านสวัสดิการสังคม สังคมสงเคราะห์ หรือพัฒนาสังคม น้อยมาก อีกทั้งขาดการฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่บุคลากรภายในองค์กร ส่งผลให้ไม่สามารถกำหนดแผนงาน โครงการได้ตามความเหมาะสม ส่วนใหญ่จึงเป็นเพียงการผลิตซ้ำของแผนงานโครงการจากปีงบประมาณก่อนหน้า หรือจากหน่วยงานอื่น ๆ เป็นส่วนใหญ่

5. ด้านรูปแบบการทำงาน (Style) ผู้บริหารสูงสุดในหน่วยงานมีการให้ความสำคัญกับงานด้านการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน มีการแสดงบทบาทในการผลักดันให้เกิดนโยบาย แผนงาน หรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงาน

6. ด้านการจัดการคนทำงาน (Staff) พบว่ามีการจัดตั้งคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ มีการดึงภาคีภายนอกเข้ามาเป็นกรรมการในคณะทำงานด้านผู้สูงอายุ คณะกรรมการผู้สูงอายุที่หน่วยงานตั้งขึ้นมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ที่หน่วยงานจัดตั้งขึ้นอย่างชัดเจนและเป็นที่รับรู้ของสาธารณะ มีบทบาทในการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจในการดำเนินงาน

7. ด้านการสร้างค่านิยมร่วม (Share value) พบว่ามีการสร้างและเผยแพร่ค่านิยมร่วมกันในการทำงานด้านผู้สูงอายุ โดยการกระตุ้นให้บุคลากรภายในหน่วยงานเห็นความสำคัญกับการทำงานด้านผู้สูงอายุ มีการเผยแพร่ค่านิยมร่วมในการทำงานด้านผู้สูงอายุผ่านช่องทางต่างๆ เช่น โปสเตอร์ ป้ายประกาศ และองค์กรมีมีระบบจูงใจและให้รางวัลแก่บุคลากรขององค์กร ที่ปฏิบัติตามค่านิยมร่วมด้านการดูแลผู้สูงอายุ

2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

1. แผนพัฒนาสวัสดิการผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง และเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมาก แต่ยังไม่ครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการจริง (real need) ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ซึ่งสวนทางกับความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีความต้องการสวัสดิการผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก บริการส่วนใหญ่ที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุไม่เหมาะสมส่วนหนึ่งมาจาก การวางแผนงานและการจัดสรรงบประมาณด้านสวัสดิการผู้สูงอายุที่ไม่มีความหลากหลายตามสภาพพื้นที่ โดยมักดำเนินการเพียงการผลิตซ้ำ (repeated) จากแผนงานที่ผ่านมา หรือจากหน่วยงานอื่น โดยขาดการประเมินผลแผนงาน โครงการ และดำเนินการแก้ไขอย่างหลากหลายตามบริบท และอัตลักษณ์ของพื้นที่

2. แนวทางการจัดสวัสดิการสังคมนั้น ควรปรับให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ การส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีรายได้เพิ่มขึ้น การยกเว้นภาษีสำหรับผลผลิตจากกลุ่มผู้สูงอายุ เพิ่มบริการสาธารณสุข และนันทนาการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การจัดตั้งชมรมเพื่อดูแลสิทธิของผู้สูงอายุอย่างจริงจัง และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีพักอาศัยที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายโดยองค์การบริหารส่วนตำบลต้องเป็นหน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่ในการบูรณาการแผนงานโครงการ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อผลสำเร็จที่ดีและประโยชน์สูงสุดของการจัดสวัสดิการ

สรุปและอภิปรายผล

1. สุขภาวะของผู้สูงอายุในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ สุขภาวะทางด้านกาย สุขภาวะทางด้านจิต สุขภาวะทางด้านสังคม และสุขภาวะทางด้านปัญญา โดยพบระดับสุขภวะที่ได้รับต่ำกว่าความต้องการจริงในทุกมิติ สอดคล้องกับการวิจัยของ Ebi KL. et all (2006) และ Haines A. et all (2006) เนื่องจากการต้องประสบกับภาวะความยากลำบากในการกำหนดนโยบาย เพื่อให้การช่วยเหลือด้านสวัสดิการสังคมขององค์กรที่เกี่ยวข้อง

2. การจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในพื้นที่เปราะบางทางภัยพิบัติธรรมชาติ สามารถดำเนินการเพื่อสร้างศักยภาพ (Capacity building impacts) ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในนโยบายสาธารณสุขได้อย่างหลากหลายโดย 1) สร้างเครือข่าย (networking) ในการทำงานร่วมกันในด้านการลดผลกระทบของนโยบายสาธารณสุขต่อสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ 2) ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีปัญหา สุขภาวะ เพื่อนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อการมีชีวิตที่อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข 3) ใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการจัดทำแผนงานและนโยบายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ 4) ควรดำเนินนโยบายในการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุเพื่อเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองและการเห็นคุณค่าในผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Beard, John R., and David E. Bloom (2015); Mathers Colin, 2015 และ Ahern M, et all. 2005.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทูสนับสนุนการวิจัยจากสำนักบริหารโครงการส่งเสริมการวิจัยในอุดมศึกษา และพัฒนามหาวิทยาลัยแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา และขอขอบคุณสถานภูมิภาคเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ ภาคเหนือตอนล่าง มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่สนับสนุนภาพถ่ายทางอากาศเพื่อประกอบข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

บรรณานุกรม

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2548). สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ธันซ์ กนกเทศ (2558) สุขภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุ .รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา พิษณุโลก.
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2558) สุขภาพคนไทย 2558 .บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม.

- สถานภูมิภาคเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ ภาคเหนือตอนล่าง มหาวิทยาลัยนเรศวร (2558)
ข้อมูลดาวเทียมแสดงปรากฏการณ์อุทกภัยด้วยแนวทางสหสัมพันธ์เชิงพื้นที่. เอกสาร
ภาพประกอบ. พิษณุโลก
- อัญชลี ศรีจำเริญ (2557). แผนที่สุขภาพของผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ สำนักงาน
คณะกรรมการอุดมศึกษา พิษณุโลก.
- Ahern M, Kovats RS, Wilkinson P, Few R, Matthies F. Global health impacts of floods:
epidemiologic evidence. *Epidemiol Rev.* 2005;27:36–46.
- Beard, John R., and David E. Bloom (2015). Towards a comprehensive public health
response to population ageing. *The Lancet*, vol. 385, pp. 658-61.
- Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ebi KL, Kovats RS, Menne B. An approach for assessing human health vulnerability
and public health interventions to adapt to climate change. *Environ
Health Perspect.* 2006;114:1930–1934.
- Haines A, Kovats RS, Campbell-Lendrum D, Corvalan C. Climate change and human
health: impacts, vulnerability and public health. *Public Health.* 2006;120:585–
596.
- Mathers, Colin (2015). Causes of international increases in older age life expectancy.
The Lancet, vol.385, pp.540-548.
- McGeehin MA, Mirabelli M. The potential impacts of climate variability and change
on temperature-related morbidity and mortality in the United
States. *Environ Health Perspect.* 2001;109:185–189.
- McMichael AJ, Woodruff RE, Hales S. Climate change and human health: present and
future risks. *Lancet.* 2006;367:859–869.
- World Health Organization (2015). *World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO.
-

ปัจจัยในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู
Factors in Health Service Development of Health Promotion Sub-district
HospitalMueang District Nongbualamphu Province

สังคม สุภรัตน์กุล¹
SungkomSuparatanagool¹

บทคัดย่อภาษาไทย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการบริการสุขภาพและศึกษาองค์ประกอบปัจจัยในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการวิจัยแบบผสมประชากรเป็นประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 399 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม – พฤษภาคม 2557 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่าสภาพปัญหาการในการบริการสุขภาพประกอบด้วยน้ำท่วมขัง รพ.สต.ในช่วงฤดูฝน ขาดการดูแลความสะอาด ขาดการประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ความพร้อมในการให้บริการ ในช่วงติดประชุมขาดการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ที่ชำรุด อสม.ขาดความรู้ความสามารถ ในขณะที่ความต้องการในการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย ต้องการให้มีการสนับสนุนทุนการศึกษาแก่คนในพื้นที่ไปเรียนแพทย์ ต้องการให้มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ต้องการให้มีรถฉุกเฉินประจำที่ รพ.สต. ต้องการให้มีเครื่องพ่นหมอกควันกำจัดยุงลายทุกหมู่บ้าน ต้องการให้มีงบประมาณในการพ่นหมอกควันและซ่อมบำรุงเครื่องพ่น ต้องการให้มีการจ่ายยาความดัน/เบาหวานที่ รพ.สต. ต้องการให้มีการออกมาให้บริการของแพทย์/ทันตแพทย์ที่ รพ.สต. ต้องการให้มีการเยี่ยมหลังคลอดของเจ้าหน้าที่ทุกราย ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่การออกตรวจคัดกรองความดัน/เบาหวานร่วมกับ อสม. ต้องการให้มีการศึกษาดูงานของ อสม.ในแต่ละปี และต้องการให้มีโครงการปลอดเหล้าในงานบุญครอบครัวทุกหมู่บ้าน

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า มี 4 องค์ประกอบปัจจัยประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพ(2) ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหาร(3) ปัจจัยด้านความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนและ (4) ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการประสานงาน

จากการวิเคราะห์เชิงยืนยันองค์ประกอบปัจจัยในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าลดลงเหลือเพียง 3 ปัจจัย ประกอบด้วย (1) ปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพ(2) ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหารและ (3) ปัจจัยด้านสภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนซึ่งปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพและปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหารได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยด้านสภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหารไม่ได้ส่งผลต่อปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพแต่อย่างใดปัจจัยทั้งหมดนี้สามารถร่วมอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 76.00 **คำสำคัญ:** องค์ประกอบปัจจัย, การให้บริการสุขภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

¹มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

This research aimed to study the problem situation, requirements for health service and the factor components in health service development of health promotion sub-district hospital. It's mixed methods study design. Population was the people who live in the catchment area of health promotion sub-district hospital, Mueang District, Nongbualamphu Province. A total of 399 samples were collected by systematic random sampling between Jan – April, 2014. Data was analyzed using the content analysis, the exploratory and confirmatory factor analysis.

The results showed that health service problems consist; flooding, cleaning care, health service information, spare for service, maintaining management, health volunteers retraining. While, the requirements for health service consist; funding for medical school in local area, the modern medical instrument supplier, emergency medical service, swing fog machine management, HT/DM drug management, medical/dental active service, home visit health care, HT/DM active screening participation, labor home visit, health volunteers study activities management and need to participate for against alcohol project be cover all of community.

Moreover, data was analyzed by factors analysis in the development of health services of the health promoting hospital district that has four components factors include (1) the demand factors for health services (2) the problems factor in management (3) the need to manage risk factors in the community and (4) the problems factors in coordination. In addition, confirmatory factor analysis found three components factors for development in the health services of health promotion sub-district hospitals as following; (1) the requirements for health service factor (2) the health administrative problems and (3) the problem situation and the requirement for risk management in communities. The requirements for health service and the health administrative problems were directly influenced by the problem situation and the requirement for risk management in communities with statistical significant at the 0.1 level. But the health administrative problems factor not effect to the basic of health service factors. All of factors could describe the health services of health promotion sub-district hospitals as 76.00%.

Key words: composition factors, health services, health promotion sub-district hospitals.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานีอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการทางด้านสุขภาพระดับท้องถิ่นได้มีการพัฒนาโดยการยกระดับมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้ชุมชนสามารถเข้าถึงการบริการ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสุขภาพและเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชน สามารถเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรให้สามารถทำงานเชิงรุก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาลระบบส่งต่อยาและเวชภัณฑ์ให้สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงปลูกฝังให้ชุมชนสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อช่วยให้มีสุขภาพที่ดี โดยมีขอบเขตการดำเนินงานแบบผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ(มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552) นอกจากนี้

การให้บริการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น โรคไตวายเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิต ได้มีการกำหนดวันให้บริการเป็นคลินิกเฉพาะรวมทั้งการให้บริการคลินิกอดบุหรี่ด้วย การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services System: EMS) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) จึงอาจจะกล่าวได้ว่าขอบเขตการให้บริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพนั้นได้มีรูปแบบที่เปลี่ยนไป

อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทั้งหมด 21 แห่ง แต่ละแห่งต่างก็ประสบปัญหาด้านการบริการที่คล้ายคลึงกัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนขมิ้น เป็นหน่วยบริการที่อยู่ห่างไกลจากตัวจังหวัดหนองบัวลำภูและตั้งอยู่ในพื้นที่รอยต่อของแต่ละอำเภอ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในหลักของระบบหลักประกันสุขภาพมีโอกาสเลือกใช้หน่วยให้บริการที่ไม่ใช่หน่วยบริการหลักของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพที่มีมาตรฐานมากกว่า ที่มากกว่านั้นเป็นพื้นที่การให้บริการรักษาพยาบาล ที่ไม่ได้ติดอยู่ในอันดับมาตรฐานมาเป็นระยะเวลากว่า 3 ปี สถิติการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินสูงเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอเมืองหนองบัวลำภู จึงอาจจะกล่าวได้ว่าทั้งผู้ให้และผู้รับบริการอาจจะเข้าใจในหลักการและแนวทางการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่อนข้างน้อย ซึ่งแนวทางหลักของการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือ การสกัดกั้นผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่รุนแรงมาก (Non Urgency) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้ดูแลและรักษาเบื้องต้น

ผู้วิจัยจึงได้ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลพื้นฐานพบว่า ประชาชนและผู้นำชุมชนในพื้นที่ ยังมีความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนในแนวคิดของระบบการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรูปแบบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในมิติใหม่ ซึ่งประชาชนส่วนหนึ่งยังมีความต้องการที่ไม่สอดคล้องกับการจัดการบริการของภาครัฐ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบปัจจัยในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสร้างความเข้าใจในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเลือกศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เพื่อนำไปเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต้นแบบในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ระเบียบวิธีวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านการบริการสุขภาพ 2) ด้านการบริหาร 3) ด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน และ 4) ด้านการประสานงาน

2. ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ศึกษา คือ พื้นที่ชุมชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภูจำนวน 6 ชุมชนประกอบด้วย (1) บ้านโนนขมิ้น หมู่ที่ 1 (2) บ้านนาเลิง หมู่ที่ 2 (3) บ้านโสกปลาตุก หมู่ที่ 5 (4) บ้านทุ่งสว่าง หมู่ที่ 6 (5) บ้านใหม่แหลมทอง หมู่ที่ 7 และ (6) บ้านโนนสำราญ หมู่ที่ 10

3. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2556 – เมษายน 2557

4. ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรชุมชนและประชาชนผู้เคยมาใช้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากทั้งหมด 6 หมู่บ้าน จำนวน 18 คน

5. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 ชุมชนจำนวน 7,548 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) (กัลยาวิชัยบัญชา, 2542) ได้จำนวน 399 ตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างจากการเทียบจำนวนประชากรกับตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการจัดเวทีประชาคมเพื่อต้องการทราบสภาพปัญหาและความต้องการในการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประกอบกับการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Documentary Analysis) ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่ขอโดยกฎหมายและหลักการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย (1) การบริการสุขภาพ (2) การบริหารงาน (3) การจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนและ (4) การประสานงานกับส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างประเด็นคำถามในแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการบริหาร

ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน

ส่วนที่ 4 เกี่ยวกับการประสานงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัย (Exploratory Factor Analysis: EFA) ผ่านการตรวจสอบค่าความเหมาะสมของ

ข้อมูลอยู่ในระดับดี (KMO=0.89) และข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Bartlett's Test; P-value< 0.001)

หลังจากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ยืนยันองค์ประกอบปัจจัยที่ได้ผ่านการวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) อีกครั้ง โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป LISREL เพื่ออธิบายองค์ประกอบปัจจัยเชิงยืนยันต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

ผลการศึกษา

สภาพปัญหาและความต้องการในการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการเก็บข้อมูลผ่านเวทีประชาคมแล้วนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาพบว่า สภาพปัญหาการในการบริการสุขภาพประกอบด้วย 1) น้ำท่วมขัง รพ.สต.ในช่วงฤดูฝน 2) ขาดการดูแลความสะอาด 3) ขาดการประชาสัมพันธ์การใช้บริการ 4) ความพร้อมในการให้บริการในช่วงติดประชุม 5) ขาดการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ที่ชำรุด และ 6) อสม.ขาดความรู้ความสามารถในขณะเดียวกันที่ความต้องการของประชาชนในการบริการสุขภาพประกอบด้วย 1) ให้มีการสนับสนุนทุนการศึกษาแก่คนในพื้นที่ไปเรียนแพทย์ 2) ให้มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย 3) ให้มีรถฉุกเฉินประจำที่ รพ.สต. 4) ให้มีเครื่องฟั่นหมอกควั่นกำจัดยุงลายทุกหมู่บ้าน 5) ให้มีงบประมาณในการฟั่นหมอกควั่นและซ่อมบำรุงเครื่องฟั่น 6) ให้มีการจ่ายยาความดัน/เบาหวานที่ รพ.สต. 7) ให้มีการออกมาให้บริการของแพทย์/ทันตแพทย์ที่ รพ.สต. 8) ให้มีการเยี่ยมหลังคลอดของเจ้าหน้าที่ทุกราย 9) ให้มีเจ้าหน้าที่การออกตรวจคัดกรองความดัน/เบาหวานร่วมกับ อสม. 10) ให้มีการศึกษาดูงานของ อสม.ในแต่ละปีและ 11) ให้มีโครงการปลอดเหล้าในงานบุญครอบครัวทุกหมู่บ้าน

องค์ประกอบปัจจัยในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เมื่อนำข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการในการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) พบว่ามีองค์ประกอบปัจจัย 4 องค์ประกอบ 21 ตัวชี้วัด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 มีตัวชี้วัด 7 ตัวชี้วัดประกอบด้วย 1) ให้มียาความดันเบาหวานมาจ่ายที่ รพ.สต. 2) ให้มีการออกเยี่ยมหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอของเจ้าหน้าที่ 3) ให้มีเจ้าหน้าที่การออกตรวจคัดกรองความดัน/เบาหวานร่วมกับ อสม.อย่างสม่ำเสมอ 4) ให้มีการบริการเยี่ยมชุมชนของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5) ให้มีแพทย์/ทันตแพทย์ ออกมาให้บริการที่ รพ.สต. 6) ให้มีรถฉุกเฉินมาประจำที่ รพ.สต. และ 7) ให้มีการจัดอบรมในการพัฒนาศักยภาพความรู้ ความสามารถของ อสม. ผู้วิจัยให้ความหมายตัวชี้วัดกลุ่มนี้ว่า “ตัวชี้วัดปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพ” สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 18.95

องค์ประกอบที่ 2 มีตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัดประกอบด้วย 1) สภาพปัญหาการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ที่ชำรุดซ่อมบำรุง 2) สภาพปัญหาการประชาสัมพันธ์เพื่อการใช้บริการ 3) สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพในช่วงมีประชุม 4) สภาพปัญหาการดูแลความสะอาด 2) สภาพปัญหาการให้ทุนเรียนแพทย์แก่คนในพื้นที่ทุนเรียนแพทย์และ 5) สภาพปัญหาความรู้ ความสามารถของ อสม. ผู้วิจัยให้ความหมาย

ตัวชี้วัดกลุ่มนี้ว่า “ตัวชี้วัดปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหาร” สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 17.53

องค์ประกอบที่ 3 มีตัวชี้วัด 6 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) ต้องการให้มีงบประมาณในการพนหมอกควันและซ่อมบำรุงเครื่องพน2) ต้องการให้มีเครื่องพนหมอกควันไว้หมู่บ้านละเครื่อง 3) ต้องการให้มีพนักงานพนหมอกควันประจำหมู่บ้าน4) ต้องการให้มีงบประมาณในการพนหมอกควัน5) ต้องการให้มีเครื่องแพทย์ที่ทันสมัยมาไว้ประจำที่ รพ.สต. และ 6) ต้องการให้มีโครงการปลอดเหล้าในงานบุญทุกหมู่บ้านผู้วิจัยให้ความหมายตัวชี้วัดกลุ่มนี้ว่า “ตัวชี้วัดปัจจัยด้านความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน” สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 16.17

องค์ประกอบที่ 4 มีตัวชี้วัด 2 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) สภาพปัญหาการไปศึกษาดูงานของ อสม.ในแต่ละปีและ 2) สภาพปัญหาน้ำท่วมขัง รพ.สต.ในช่วงฤดูฝนผู้วิจัยให้ความหมายตัวชี้วัดกลุ่มนี้ว่า “ตัวชี้วัดปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการประสานงาน” สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 6.38รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงค่าน้ำหนักคะแนนองค์ประกอบปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการหลังหมนแกน ปัจจัย

องค์ประกอบปัจจัย	ค่าคะแนนหลังหมนแกนปัจจัย		
	ค่า ไอเกรน	ร้อยละ ความผันแปร	ร้อยละความ ผันแปรสะสม
1. ปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพ	3.79	18.95	18.95
2. ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหาร	3.50	17.53	36.49
3. ปัจจัยด้านความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน	3.23	16.17	52.67
4. ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการประสานงาน	1.27	6.38	59.05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

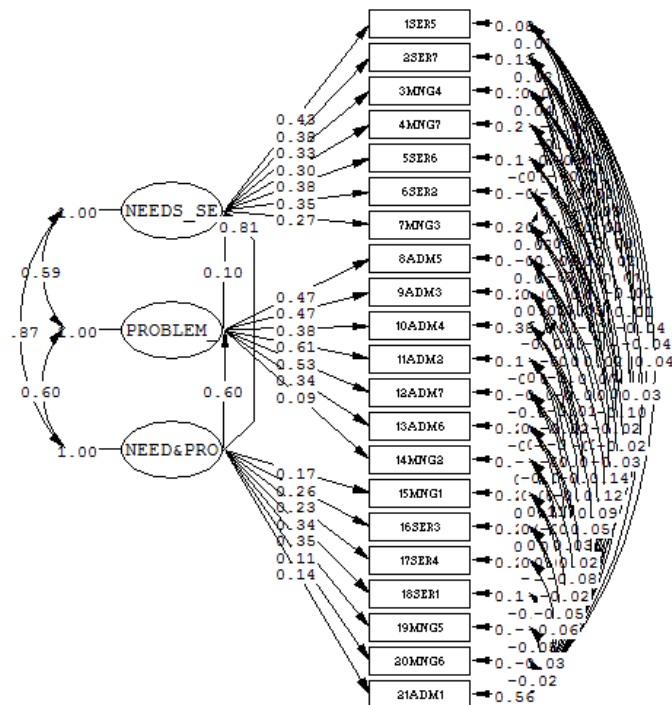
เมื่อนำข้อสรุปมาทำการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน (CFA) พบว่าองค์ประกอบปัจจัยดังกล่าวเมื่อยืนยันปัจจัยแล้วคงเหลือเพียง 3 ปัจจัย ประกอบด้วย

องค์ประกอบที่ 1 “ปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพ” ซึ่งเรียงค่าน้ำหนักความสำคัญตัวชี้วัดจากมากไปหาน้อย ดังนี้ 1) ต้องการให้มียาความดันเบาหวานมาจ่ายที่ รพ.สต. (SER5) 2) ต้องการให้มีการบริการออกเยี่ยมหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอของเจ้าหน้าที่ (SER7) 3) ต้องการให้มีแพทย์/ทันตแพทย์ ออกมาให้บริการที่ รพ.สต.(SER6) 4) ต้องการให้มีรถฉุกเฉินมาประจำที่ รพ.สต. (SER2) 5) ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่การออกตรวจคัดกรองความดัน/เบาหวานร่วมกับ อสม.อย่างสม่ำเสมอ (MNG4) 6) ต้องการให้มีการบริการเยี่ยมชุมชนของเจ้าหน้าที่ รพ.สต (MNG7) และ 7) ต้องการให้มีการจัดอบรมในการพัฒนาศักยภาพความรู้ ความสามารถของ อสม.(MNG3)

องค์ประกอบที่ 2 “ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหาร” ซึ่งเรียงค่าน้ำหนักความสำคัญตัวชี้วัดจากมากไปหาน้อยประกอบด้วย 1) สภาพปัญหาการดูแลความสะอาด(ADM2) 2) สภาพปัญหาการให้ทุนเรียนแพทย์แก่คนในพื้นที่ทุนเรียนแพทย์ (ADM7) 3) สภาพปัญหาการประชาสัมพันธ์เพื่อการใช้

บริการ(ADM3) 4) สภาพปัญหาการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ที่ชำรุดซ่อมบำรุง(ADM5) 5) สภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพในช่วงมีประชุม (ADM4) 6) สภาพปัญหาความรู้ ความสามารถของ อสม. (ADM7)และ7)สภาพปัญหาการมีงบประมาณในการซ่อมบำรุงเครื่องฟน(MNG2)

องค์ประกอบที่ 3 “ปัจจัยด้านสภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน” ซึ่งเรียงค่าน้ำหนักความสำคัญตัวชี้วัดจากมากไปหาน้อยประกอบด้วย 1) ต้องการให้มีโครงการปลอดเหล้าในงานบุญทุกหมู่บ้าน(MNG5) 2) ต้องการให้มีเครื่องแพทย์ที่ทันสมัยมาไว้ประจำที่ รพ.สต. (SER1) 3) ต้องการให้มีพนักงานพ่นหมอกควันประจำหมู่บ้าน (SER3) 4) ต้องการให้มีงบประมาณในการพ่นหมอกควัน(SER4) 5) ต้องการให้มีเครื่องพ่นหมอกควันไว้หมู่บ้านละเครื่อง(MNG1) 6) สภาพปัญหาน้ำท่วมขัง รพ.สต.ในช่วงฤดูฝน(AMD1) และ 7) สภาพปัญหาการไปศึกษาดูงานของ อสม.ในแต่ละปี (MNG6) ผลการวิเคราะห์ดังภาพไดอะแกรม



Chi-Square=22.36, df=57, P-value=0.99999, RMSEA=0.000

ภาพที่ 1 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

สรุปและการอภิปรายผล

จากสภาพปัญหาการในการบริการสุขภาพส่วนใหญ่จะประกอบด้วย ประเด็นปัญหาทางด้านการบริหาร ได้แก่ น้ำท่วมขังในช่วงฤดูฝนการดูแลความสะอาดการประชาสัมพันธ์และการซ่อมบำรุง เป็นต้น ประเด็นเหล่านี้ มักจะมีข้อจำกัดในเชิงนโยบาย ขาดปัจจัยทางการบริหาร ซึ่งได้แก่ บุคลากรงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินงานมักมองปัญหาสาธารณสุขแต่ละอย่างแบบแยกส่วนกับปัญหาอื่นๆ การแก้ปัญหาจึงใช้วิธีการตัดตอนมาแก้ปัญหาเฉพาะเป็นส่วนๆที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ ยิ่งกว่านั้นหน่วยงานบริการมักจะละเลยบทบาททางการบริหารและหากแผนงานบริการใดดำเนินงานได้ผลดีก็จะนำไปเป็นแบบจำลองเดียวกันทั่วประเทศ (Heggenhougen & Draper, 1990) ส่งผลให้เกิดปัญหาเชิงระบบในงานบริการสุขภาพในปัจจุบัน โดยเฉพาะหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ

ในขณะที่ความต้องการในการบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ก็มีความต้องการที่จะตอบสนองความต้องการที่มากกว่าอำนาจตามบทบาทหน้าที่ เช่น ต้องการทุนการศึกษาแก่คนในพื้นที่ไปเรียนแพทย์ ต้องการให้มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย และต้องการให้มีรถฉุกเฉินประจำที่ รพ.สต. และต้องการให้มีแพทย์/ทันตแพทย์ที่ รพ.สต. เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เมื่อหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ ดำเนินงานในด้านประชาสัมพันธ์งานบริการน้อยย่อมส่งผลต่อความคาดหวังจากบริการที่ไม่มีขอบเขต ซึ่งพบว่า มีสภาพปัญหาการประชาสัมพันธ์เพื่อการใช้บริการ และมีความต้องการให้มีการบริการเยี่ยมชุมชนของเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. อีกด้วย ส่งผลให้ขอบเขตความต้องการในการให้บริการไม่มีข้อจำกัด (Unlimited)

เมื่อนำมาวิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า มีองค์ประกอบปัจจัยหลัก 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย (1) “ปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพ” มีค่าน้ำหนักสูงสุด สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 18.95 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ในหน่วยบริการมักจะพบความต้องการที่คาดหวังต่อบริการมาเป็นอันดับต้น รองลงมาคือ (2) “ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหาร” สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 17.53 (3) “ปัจจัยด้านความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน” สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 16.17 และ (4) “ปัจจัยสภาพปัญหาด้านการประสานงาน” สามารถอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 6.38 ปัจจัยที่ 4 กลุ่ม สามารถร่วมกันอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 59.05

หลังจากนั้นเมื่อนำข้อสรุปมาทำการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า มี 3 ปัจจัย ประกอบด้วย

(1) ปัจจัยด้านความต้องการในการให้บริการสุขภาพซึ่งเรียงค่าน้ำหนักความสำคัญตัวชี้วัด 3 อันดับแรกคือ 1) ต้องการให้มียาความดันเบาหวานมาจ่ายที่ รพ.สต. 2) ต้องการให้มีการบริการออกเยี่ยมหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอของเจ้าหน้าที่ และ 3) ต้องการให้มีแพทย์/ทันตแพทย์ ออกมาให้บริการที่ รพ.สต.

(2) ปัจจัยด้านสภาพปัญหาในการบริหารซึ่งเรียงค่าน้ำหนักความสำคัญตัวชี้วัด 3 อันดับแรกคือ 1) สภาพปัญหาการดูแลความสะอาด 2) สภาพปัญหาการให้ทุนเรียนแพทย์แก่คนในพื้นที่ที่ทุนเรียนแพทย์ และ 3) สภาพปัญหาการประชาสัมพันธ์เพื่อการใช้บริการ

(3) ปัจจัยด้านสภาพปัญหาและความต้องการในการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนซึ่งเรียงค่าน้ำหนักความสำคัญตัวชี้วัด 3 อันดับแรกคือ 1) ต้องการให้มีโครงการปลอดเหล้าในงานบุญทุกหมู่บ้าน 2) ต้องการให้มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยมาไว้ประจำที่ รพ.สต. และ 3) สภาพปัญหาเครื่องพ่นหมอกควันประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า ในหน่วยบริการมักจะพบกับความต้องการในการดำเนินการบริการมาก่อนการบริหารและมีปัจจัยการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน เป็นได้ทั้งเป็นสภาพปัญหาและความต้องการจากการวิเคราะห์เมื่อพิจารณาอิทธิพลของแต่ละองค์ประกอบปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่า ปัจจัยความต้องการด้านการบริการได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการปัจจัยเสี่ยงใน

ชุมชนจะมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01ต่อปัจจัยสภาพปัญหาด้านการบริหารแล้วก็ตาม แต่ปัจจัยสภาพปัญหาด้านการบริหารไม่ได้ส่งผลต่อปัจจัยความต้องการด้านการบริการทำให้ปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนเมื่อส่งผ่านปัจจัยสภาพปัญหาด้านการบริหารแล้วไม่มีอิทธิพลต่อปัจจัยความต้องการด้านการบริการแต่อย่างใด

ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยสามารถร่วมอธิบายการให้บริการสุขภาพของ รพ.สต. ได้ร้อยละ 76.00ซึ่งสามารถร่วมอธิบายการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เพิ่มขึ้นจากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบปัจจัยเชิงสำรวจ

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. การวางแผนทางการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังพบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากความต้องการของผู้มาใช้บริการ มีข้อเสนอแนะว่าควรเปิดโอกาสให้ประชาชนผู้ใช้บริการมีส่วนร่วมในการระดมความคิดเห็นกำหนดมาตรฐานการให้บริการโดยชุมชน ที่นอกเหนือจากมาตรฐานของกระทรวง เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาความต้องการที่เกินความสามารถในการให้บริการ

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน วัดและโรงเรียน ควรตระหนักและให้การสนับสนุน โดยการประชาสัมพันธ์ขอบเขตการให้บริการ สนับสนุนงบประมาณสร้างการรับรู้ในระดับชุมชน ใน 3 ปัจจัยหลักที่ประกอบด้วยปัจจัยความต้องการด้านการบริการปัจจัยสภาพปัญหาด้านการบริหารและปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน

3. จากข้อค้นพบว่า ปัจจัยความต้องการด้านการบริการได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน ในทางตรงกันข้ามไม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากปัจจัยสภาพปัญหาด้านการบริหาร นั้นน่าจะหมายถึงสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากปัจจัยที่เป็นสภาพปัญหาด้านการบริหารจึงขอเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน วัดและโรงเรียน ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยสภาพปัญหาและความต้องการการจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชนเป็นประเด็นหลักในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บรรณานุกรม

กัลยวานิชย์บัญชา. (2542). การวิเคราะห์สถิติ: สถิติเพื่อการตัดสินใจ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์วิทยาลัย.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). คู่มือการดำเนินงานภายใต้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ปี 2556. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2552)คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ 2:โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

Heggenhougen, K. & Alison Draper. (1990). *Medical Anthropology and Primary Health Care, An Introduction and Selected Annotated Bibliography*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของคนไทย Thais' Perceptions of Type 2 Diabetes

นิธิมา สุภารี¹
Nitima Suparee¹

บทคัดย่อภาษาไทย

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้นเกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง และขาดการให้ความรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ และศึกษาความต้องการความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วย เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนารูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ Grounded theory ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย คน 22 คน ผู้ดูแล 33 และเจ้าหน้าที่ คน 10 โดยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มและรายบุคคล จากการวิเคราะห์สามารถแบ่งข้อมูลออกเป็น กลุ่ม 5 คือ *Causing lifelong stress and worry, Wanting a normal life, Finding their own ways, After a while, and Still cannot* ข้อมูลที่ได้นำไปสู่ทฤษฎีเบื้องต้นที่ใช้อธิบายการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินของผู้ป่วย ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมไทย ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบใหม่ของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจำเป็นต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ควรเป็นคำแนะนำที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับแพทย์ทางเลือกแก่ผู้ป่วย รวมทั้งนำแนวคิดวิถีพุทธและวัฒนธรรมไทยมาพัฒนากลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้หลังความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพ ผู้ดูแลควรมีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและมีโอกาสได้หยุดพักบ้าง นอกจากนี้ควรมีการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ในการจัดการกับโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน การรับรู้ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประเทศไทย

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

Background: the number of people in Thailand who have Type 2 diabetes has increased dramatically making it one of the country's major health problems. The rising prevalence of diabetes is associated with dietary changes, reduced physical activity, and ineffective health education. Although, there is much research about health education programmes, the most effective method for promoting sustainability and adherence to self-management among patients with Type 2 diabetes remains unclear. **Objectives:** to examine the perceptions of patients, carers, and healthcare professionals in Thailand regarding Type 2 diabetes, to identify the health education needs of patients with Type 2 diabetes, and utilise the findings to formulate a model for patient education. **Methods:** a grounded theory approach was selected. Semi-structured face to face interviews and focus group were used to gather data from 33 patients with Type 2 diabetes, 22 carers and 10 healthcare professionals. **Results:** five explanatory categories emerged from the data: *Causing lifelong stress and worry, Finding their own ways, After a while, Still cannot, and Wanting a normal life*. They formed the basis of an initial theory explaining the perceptions of

patients, carers, and healthcare professionals regarding Type 2 diabetes in the context of Thai culture. **Conclusion:** A new approach to patient education about Type 2 diabetes in Thailand is needed to give patients a better understanding, provide recommendations that they can apply to their daily lives, and include information about alternative medication. The Buddhist way of thinking and Thai culture may help to develop effective strategies to improve self-efficacy could be applied to patient education to promote adherence to self-management. Carers also need respite from caregiving and education about diabetes. Collaboration between patients, carers, and healthcare professionals needs to be improved by applying various strategies to empower all stakeholders to engage in diabetes management.

Key words: Type 2 diabetes, Perceptions, Health education, Thailand

¹Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan

Introduction

Diabetes is a global public health problem. In 2013, the International Diabetes Federation reported that 382 million people around the world had diabetes. Diabetes caused 5.1 million deaths globally and cost USD 548 billion dollars in health expenditure (IDF, 2013). In Thailand, diabetes is one of the country's major health problems; the number of people with diabetes has increased dramatically. The 4th National Health Examination survey demonstrated that 7.5% of Thai adults aged 20 and older, an estimated 3.2 million people, had diabetes (Aekplakorn et al, 2010). Between 2005 and 2008, diabetes was reported as the second highest cause of death among Thai females (Wibulpolprasert, 2013; Department of Disease Control, 2010).

Type 2 diabetes is a chronic medical condition which cannot be cured. People who develop this condition have to live with it for the rest of their lives and may develop various complications which in turn may lead to disability and/or death (Shaw and Cummings, 2005). In order to prevent or delay the occurrence of complications, people with Type 2 diabetes have to practise good self-management on a daily basis. They are the key players in their own glycaemic control and well-being and in the prevention of complications (Levene, 2003). Carers play an important role in motivating, assisting, and taking care of people with Type 2 diabetes. Healthcare professionals play an important role in facilitating self management through the provision of education. Diabetes education is crucial to patients' self management as it helps them to understand the disease and its treatment. It also increases their self-efficacy which stimulates them to look after and control their blood sugar levels, and to maintain or improve their quality of life. Furthermore, patients' self-efficacy can reduce or remove the various barriers preventing the achievement of self management (Scriven and Orme, 2001). The principles of good self management are the individual's

ability to manage the symptoms, treatment, lifestyle changes, physical and psychological effects of living with a chronic condition. The existing health education programme in the hospital in which the present study took place aimed to provide patients with information about Type 2 diabetes and how to manage the disease. However, this health education programme had met with limited success. The present study aimed to examine the perceptions of patients, carers, and healthcare professionals in Thailand regarding Type 2 diabetes, so as to identify the health education needs of patients with Type 2 diabetes and utilise the findings to formulate a model for patient education.

Methods

There were only a few research studies about patients and their carers' perceptions of diabetes and their needs for health education in Thailand. Additionally, the current system of patient education was based solely on what health professionals thought patients should know. There were no underpinning theoretical ideas about how best to educate people about Type 2 diabetes (Suparee, 2010).

A Grounded Theory (GT) approach was selected to examine perceptions about Type 2 diabetes since it is used to construct theory where no theory exists or in situations where existing theory does not sufficiently support/explain a set of circumstances (LoBiondo-Wood and Haber, 2006). GT is likely to offer insight, enhance understanding, generate comprehensive explanations of phenomena, and provide a meaningful guide to action (Polit and Beck, 2008). An approach proposed by Strauss and Corbin was selected as it provided a well-defined framework for data analysis and emphasised systematic coding techniques (Strauss and Corbin, 1998).

Participants and setting

Participants: the process of sample selection was based on purposive (Holloway, 1997) and theoretical sampling (Richards and Morse, 2007). The participants were stakeholders in Type 2 diabetes care in the medical out-patient department, of a large public hospital. The patients, carers, and healthcare professionals who met the following criteria (Table 1) were included in this study. Those who did not wish to consent to participate in the study were excluded.

Table 1 Inclusion criteria

Patients	Carers	Healthcare professionals
<ul style="list-style-type: none"> - Over 40 years of age - Have been diagnosed with Type 2 diabetes for at least one year -Are able to consent for themselves - Able to communicate in Thai language -Attending the medical out- patient department 	<ul style="list-style-type: none"> - Have looked after someone with Type 2 diabetes for at least one year - Are able to consent for themselves -Able to communicate in Thai language 	<ul style="list-style-type: none"> -Have worked with Type 2 diabetics for at least one year - Willing to participate in this study and able to consent for themselves -Have roles in patients' education -Able to communicate in Thai language

A total number of 65 participants (33 patients, 22 carers and 10 healthcare professionals) were recruited during a 6 month period of data collection.

Setting: this study took place in the medical out- patient department of a large public hospital in the northern part of Thailand. There was no specific diabetes clinic in this hospital. An average of 50 people with diabetes visited the department every day. The study was approved by the Hospital Research Ethics Committee of the hospital setting.

Data Collection

The data were gathered via semi- structured face to face interviews as this method is sufficiently flexible to enable an exploration of subjects in depth (Gillham, 2005).

The interview schedule (Table 2) was based on the Health Belief Model (Becker, 2010; Rosenstock; 2010) and the information delivery method (Bastable, 2003). The open-ended questions allowed the researcher to gain an insight of participants' perceptions of Type 2 diabetes, their coping strategies, the impact of diabetes and barriers to diabetes management.

Table 2 Interview Schedule

Patients	Carers	Healthcare professionals
<p>What it is like for you to have Type 2 diabetes?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Do you live with DM or does it live with you? - How does Type 2 diabetes affect your life? 	<p>What does type 2 diabetes mean to you?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - What do you think caused it? -How do you think that type 2 diabetes affects a person’s health? (Mental and physical health) - How do you help a person who you look after control his/her diabetes? (Food, Exercise, Medication, Medical appointments) 	<p>What is your experience of patients with type 2 diabetes?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - What do you think it is the most important factor affecting patient’s self-management?(Gender/Support/ Knowledge/ Belief) - How easy is it for patients to control their type 2 diabetes?
<p>What does Type 2 diabetes mean to you?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - What do you think causes it? - How does Type 2 diabetes affect your health? - How do you look after yourself? - What is your goal of Type 2 diabetes management? 	<p>Do you feel that type 2 diabetes controls people or do they control it?</p> <p>What leads you to think this?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Individual / Social 	<p>What information do you think is most helpful to the patient with type 2 diabetes?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - People or Organizations/ Source (Media)
<p>What do you find most helpful/unhelpful in dealing with Type 2 diabetes?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - People or organizations? Sources or 	<p>What do you find most helpful/unhelpful for a person who you look after to dealing with type 2 diabetes?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - People or 	<p>What do you think about current health education programmes?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Strength/ Weakness - Did it help patient? If yes – in what way? If no, in what way?

media?	Organizations/ Source (Media)	
<p>Does the health education programme help you? If yes/no – in what way?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - How much details of Type 2 diabetes which you can remember after finish each session of health education programme? - Can you apply information that you get from health education programme to your daily life? - What you want to know more and in which way that you prefer? 	<p>Have you ever heard about health education programme for type 2 diabetes from a person who you look after or join the programme yourself?</p> <p>Did it help a person who you look after? If yes – in what way? If no, in what way?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - What do you think are the best way to give patients health education? Content/ Time/ Method (group or individual) /People 	<p>What is a model of health education programme that you think it is proper for patients with type 2 Diabetes?</p> <p><u>Probes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Content/ Time/ Method (group or individual)/ People

Data Analysis

The data analysis process in this study began after the first interview and continued concurrently with the data collection. All data were processed through a spiralling process (transcribing, coding, memoing, categorizing, comparing and contrasting) in various cycles until it became more abstract as a theoretical framework begins to emerge (Strauss and Corbin, 2008; Bryant and Charmaz, 2010).

Credibility

In this study, findings were grounded through five steps of GTM: identify a broad research area with progressive focusing, simultaneous data collection and data analysis, constant comparison, theoretical sampling and saturation of categories (Patton, 2002; Hood, 2007). Furthermore participants were asked to read/listen and discuss concepts and categories derived from analysis because there was the possibility that their views could be misinterpreted, or misrepresented (Parahoo, 2006).

This approach aimed to ensure the accuracy of concepts and categories as they emerged (Koch, 1994).

Findings

The findings were summarised in relation to the aims of the present study as follows.

I. Participants’ perceptions of Type 2 diabetes: five explanatory categories emerged from the data- *Causing lifelong stress and worry*, *Wanting a normal life*, *Finding their own ways*, *After a while*, and *Still cannot*. These categories were used to develop the initial theory explaining the perceptions of patients, carers, and healthcare professionals regarding Type 2 diabetes in the context of Thai culture. The findings in each category are presented below.

Causing lifelong stress and worry: this category reflected participants’ opinions about Type 2 diabetes. Patients and their carers understood that Type 2 diabetes was a chronic disease related to high amounts of sugar in patients’ blood/bodies. It could not be cured and patients needed to take medication for it all their lives. Genetic defects, karma, malfunction of human body systems, and bad eating habits were widely cited by patients and their carers as causes of Type 2 diabetes. These findings were consistent with previous studies which indicated that family members perceived diet, heredity, aging, and stress to be causes of diabetes. Chance, kam or bad luck were also perceived as additional causes (White, 2009; Hjelm and Mufunda, 2010; Sultan et al, 2011).

Diabetes affected many aspects of patients’ and their carers’ lives. Similar findings were found in other studies indicating that the patients perceived diabetes as an illness that interrupted their ability to carry out everyday living tasks. This contributed to their social isolation and unsettled self-identity. The strict dietary regime, regular glucose monitoring and disabling complications, had a significant impact on health-related quality of life, and could be a major cause of depression (Manderson and Kokanovic, 2009; Verma et al, 2010). Diabetes directly affected carers’ work. This had a big effect not only on the carers themselves but also on their families as many Thai families lived on very low incomes. Thailand was a predominantly agricultural country. 34.8% of the Thai population aged 15 years and over earned their living by working as skilled agricultural and fishery workers (National Statistical Office Thailand, 2012). Healthcare professionals agreed that Type 2 diabetes was a big health problem as the number of diabetic patients increased dramatically each year. It was predicted that the world prevalence of diabetes among adults (aged 20–79 years) would rise

from 6.4%, affecting 285 million adults, in 2010 to 7.7%, and 439 million adults by 2030. Between 2010 and 2030, there would be a 69% increase in numbers of adults with diabetes in developing countries and a 20% increase in developed countries (Shaw et al, 2010).

Wanting a normal life: this category was about participants’ aims of diabetes management. The main concern of patients with Type 2 diabetes was to decrease the levels of sugar in their blood/bodies. They wanted to live a normal life, to work as usual, and not to be a burden on other people. They wanted to be healthy as they had been earlier in their lives. These findings were similar to other studies of diabetics’ healthcare goals. The results of those studies demonstrated that remaining alive and healthy, maintaining independence in their daily activities and avoiding becoming a burden on their families were described as patients’ life and health goals (Morrow et al, 2008). The patients also wanted to avoid blame from healthcare professionals. These findings were consistent with the other study indicating that most patients worried about going to see the doctor and finding out about their fasting blood sugar levels. Those patients worried that the doctor would scold them if their fasting blood sugar results were high (Naemiratch and Manderson, 2006).

Carers tried their best to look after and to respond to the needs of people in their care because they wanted them to have long lives and be able to keep their Type 2 diabetes under control. Healthcare professionals wanted to help patients to manage their high blood sugar levels, to slow the occurrence of complications, and to help them to have good quality of life. Similar issues about healthcare professionals’ objective for diabetes management emerged in the other study which demonstrated that all healthcare professionals believed significantly more strongly in the value of good blood glucose control for patients with Type 2 diabetes than did the patients. The majority of healthcare professionals (91.4%) agreed that the control of hyperglycaemia prevented complications and 90% believed that their therapeutic actions and advice were effective in improving diabetic outcomes (Clark and Hampson, 2003).

Finding their own ways: this category showed how participants’ coped with Type 2 diabetes. Patients’ self – management of Type 2 diabetes included taking medication, controlling their diet, exercising, attending medical appointments, seeking more information, and relieving stress and worry about Type 2 diabetes by applying the principles of Buddhism to their daily lives. These findings were consistent with the result of other studies indicating that people with diabetes used Buddhist teachings to deal with their stress. Buddhist practices appeared to increase participants’ awareness of their illness, feelings, and behaviour patterns (Phillips et al, 2009; Rungreangkulkij et

al, 2011). Herbs and traditional medication were widely used among diabetic patients to decrease high levels of blood sugar and to cure Type 2 diabetes. Similar findings were seen in other studies showing that most participants used herbal medicines to decrease blood glucose. Those participants had not informed healthcare professionals about their use of alternative medicine because they did not want to experience healthcare professionals' negative reactions (Ali-Shtayeh et al, 2012)

Carers provided people they looked after with physical and mental support. Similar findings about the physical and psychological support provided by carers were found in other studies which revealed that carers assisted with diet, exercise, medication adherence, blood glucose monitoring, and managing medical appointments. They also provided advice and emotional support (Mayberry and Osborn, 2010; Gunn et al, 2012).

Healthcare professionals assisted patients in managing Type 2 diabetes by giving them appropriate treatment for diabetes and passing information about the disease on to them. These findings were consistent with previous studies which demonstrated that providing the patients with sufficient information was important and related to positive outcomes of disease management (Matthews et al, 2009; Zhong et al, 2011; Baumann and Ngoc Dang, 2012).

After a while: this category presents the outcomes of diabetes management. After a few years of living with Type 2 diabetes, some patients were successful in coping with the disease and could live well with it, whilst others still struggled with managing the disease. Similar findings were found in other studies of patients' views on Type 2 diabetes management and their glycaemic control. Those studies disclosed that the patients who felt they were in control of their Type 2 diabetes were more knowledgeable about their disease process. They felt that their disease could be controlled by effective self-care behaviour (Harvey and Lawson, 2009; Hart and Grindel, 2010). Some carers found that the people they looked after got better, whilst others found that people in their care got worse. Healthcare professionals found that many patients had a better understanding of Type 2 diabetes and could keep their diabetes under control. Conversely, a large number of diabetic patients still could not cope well with the disease.

Still cannot: this category reflected participants' difficulties in managing Type 2 diabetes. Two major barriers to patients' success in living with diabetes were lack of motivation in continuing self-management and difficulty in applying healthcare professionals' recommendations to their daily lives. These findings were similar to the other study revealing that diabetics became increasingly disinclined or averse to self-management over the time since the progression of diabetes was often subtle and

complications might not occur for years (Ponzo et al, 2006). Moreover, previous studies also disclosed that diabetics' faced difficulty in incorporation of healthcare professionals' advice about managing diabetes with their daily lifestyles (Sharoni and Wu, 2012; Rintala et al, 2013). The major barrier to diabetes education was the complexity of the content which healthcare professionals wanted to provide for patients (Isarankura-Na- Ayudhya et al, 2010; Onwudiwe et al, 2011).

Carers' main problems in looking after people in their care were frustration and no respite care. Previous studies reported similar findings that caregivers experienced negative emotional reactions such as sadness, tension, anger, and disappointment. They also faced a great deal of stress due to the anger and frustration expressed by the people they looked after. It has previously been reported that caregiving roles put carers under a lot of strain, sometimes leading to great distress (Ijaz and Asir Ajmal, 2011). The most common psychosocial problems reported by caregivers were social isolation, restricted social activities, anger, depression, anxiety, hopelessness, and disruption of professional life (Schulz and Sherwood, 2008). Healthcare professionals found that three main factors affecting patients' self-management were unclear understanding about how to manage Type 2 diabetes, lack of motivation to continue pursuing diabetes self- management, and less concern about the consequence of diabetes. These findings were consistent with the result of previous studies which showed that most patients underestimated the seriousness of their diabetes. They overestimated their ability to control it and showed limited engagement in the management of their disease (Bhattacharyya et al, 2011, Ahola and Groop, 2013).

As shown above, the findings of the present study disclosed differences in perceptions about Type 2 diabetes between each group of participants: patients, carers and healthcare professionals. Each group of participants had different goals for diabetes management, had their own ways of managing the disease and experienced different consequences and difficulties in doing so. There was no true collaboration between healthcare professionals, patients, and carers in diabetes management. These findings highlighted the particular importance of carers in diabetes management and demonstrated that caregiving had a big effect on their lives. They were largely ignored by healthcare professionals and not considered to participate in the health education programme. The influence of Thai culture and Buddhist teaching on participants' thoughts about and approach to and diabetes management were also evident.

II. Patients' health education needs: the present study has shown that healthcare professionals need to help people with Type 2 diabetes apply the principles of good

self-management to their own, individual lives and take into account their beliefs about diabetes and their personal circumstances. In particular, findings have shown that healthcare professionals need to recognise that many people with Type 2 diabetes rely on others to help them, especially if they are elderly or have complications which affect their ability to perform daily activities. Carers should have greater consideration from health care professionals as they play an important role in motivating, assisting, and taking care of patients with Type 2 diabetes.

III. A new model for patient education about Type 2 diabetes: the findings make clear the need for a new approach to patient education about Type 2 diabetes in Thailand. This should give patients a better understanding of their condition, provide recommendations that they can apply to their daily lives, and include information about alternative medication. The Buddhist way of thinking and Thai culture should be used to develop effective strategies to improve self-efficacy and should be applied to patient education to promote adherence to self-management. Carers also need to be educated about diabetes, the signs and symptoms of complications, and its management. Carers should also be educated on the importance of respite from their caregiving. Collaboration between patients, carers, and healthcare professionals needs to be improved by applying various strategies to empower all stakeholders to engage in diabetes management.

Conclusion

Diabetes Mellitus (DM) is one of Thailand's major health problems. The rising prevalence of diabetes is associated with dietary changes, reduced physical activity, and ineffective health education. Although there is much research about health education programmes, the most effective methods for promoting sustainability and adherence to self-management among patients with Type 2 diabetes remains unclear. The present study aimed to examine the perceptions of patients, carers, and healthcare professionals in Thailand regarding Type 2 diabetes, to identify the health education needs of patients with Type 2 diabetes, and utilise the findings to formulate a model for patient education. The study findings disclosed differences in perceptions about Type 2 diabetes between each group of participants. A different, more practical, and personalised approach is needed to enable patients and their carers to cope with Type 2 diabetes. All key parties in diabetes management (patients, carers, and healthcare professionals) need to work together in managing the disease.

References

- Aekplakorn W, et al. (2010). *National health examination survey IV report 2008-2009*. Bangkok: The Graphico System Ltd.
- Bastable SB. (2003). *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett.
- Bryant A and Charmaz K. (2010). *The Sage Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE Publications.
- Gillham B. (2005). *Research interviewing: the range of techniques*. Maidenhead: Open University Press.
- Holloway I. (1997). *Basic Concepts for Qualitative Research*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Hood, J.C. (2007). Orthodoxy vs. Power: The Defining Traits of Grounded Theory in Bryant, A. and Charmaz, K. (2010). *The Sage Handbook of Grounded Theory*. London: SAGE Publications.
- International Diabetes Federation. (2013). *IDF Diabetes Atlas*. Belgium: Du Visu Digital Document Design.
- Levene, L.S. (2003). *Management of Type 2 Diabetes Mellitus in Primary Care: A Practical Guide*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- LoBiondo-Wood G and Haber J. (2006). *Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.
- National Statistical Office Thailand. (2012). *Key Statistic of Thailand*. Bangkok: Statistical Forecasting Bureau.
- Parahoo, K. (2006). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. 2nd Ed. New York: Palgrave Macmillan.
- Patton MQ. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3rd ed. London: Sage Publications Inc.
- Polit DF and Beck CT. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Richards L and Morse JM. (2007). *Read me first for a user's guide to Qualitative Methods*. 2nd ed. London: Sage Publication.
- Scriven A and Orme J. (2001). *Health Promotion: Professional Perspectives*. 2nd ed. New York: Palgrave.
- Shaw KM and Cummings MH. (2005). *Diabetes: Chronic Complications*. 2nd ed. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Strauss A and Corbin J. (1998). *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2nd ed. London: Sage Publications. .
-

Strauss, A. and Corbin, J. (2008). *Basic of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 3rd Ed, London, Sage Publications, Inc.

Suparee N. (2010). *Perceptions about type 2 diabetes and needs for health education in Thailand*. Unpublished Report, Birmingham City University, UK.

Becker M.H. *The Health Belief Model and Personal Health*. [cited 2010 Dec 30]; Available from:

http://chcr.umich.edu/how_we_do_it/health_theories/healththeories2/chcr_document_view.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. *Chronic diseases surveillance 2006-2008*, [cited 2010 July 05]; Available from: <http://epid.moph.go.th/index.php?page=chronic>.

Rosenstock I. *Historical Origins of the Health Belief Model*. [cited 2010 Dec 31]; Available from: http://chcr.umich.edu/how_we_do_it/health_theories/healththeories2/chcr_document_view

Wibulpolprasert S. *Thailand Health Profile 2008-2010*. [cited 2013 Feb 15]; Available from: http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php?option=com_content&task=view&id=176&Itemid=2.

Ahola AJ and Groop PH. (2013). ‘Barriers to self-management of diabetes’. *Diabetic Medicine*. 30 (4), 413 - 420.

Ali-Shtayeh MS, et al. (2012). ‘Complementary and alternative medicine use amongst Palestinian diabetic patients’. *Complementary Ther Clin Pract*. 18, 16- 21.

Baumann LC and Ngoc Dang TT. (2012). ‘Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care’. *The Nurse Practitioner*. 37 (3), 32 - 38.

Bhattacharyya OK, et al. (2011). ‘Providers’ perceptions of barriers to the management of type 2 diabetes in remote Aboriginal settings’. *International Journal of Circumpolar Health*. 70(5), 552-563.

Clark M and Hampson SE. (2003). ‘Comparison of patients’ and healthcare professionals’ Beliefs about and attitudes towards Type 2 diabetes’. *Diabetic Medicine*, 20, 152–154.

Gunn KL, et al. (2012). ‘Somebody there to watch over you: the role of the family in everyday and emergency diabetes care’. *Health Soc Care Community*. 20(6), 591-598.

Hart PL and Grindel CG. (2010). ‘Illness representations, emotional distress, coping strategies, and coping efficacy as predictors of patient outcomes in type 2 diabetes’. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 2, 225–240.

Harvey JN and Lawson VL. (2009). ‘The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes’. *Diabet med.* 26(1), 5-13.

Hjelm K and Mufunda E. Zimbabwean. (2010). ‘Diabetics’ beliefs about health and illness: an interview study’. *BMC International Health and Human Rights.* 10 (1), 7-16.

Ijaz S and Asir Ajmal M. (2011). ‘Experiencing Type II Diabetes in Pakistan’. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology.* 9, 50-56.

Isarankura-Na-Ayudhya C, et al. (2010). ‘Solving the barriers to diabetes education through the use of multimedia’. *Nurs Health Sci.* 12, 58-66.

Koch, T. (1994). ‘Establishing rigour in qualitative research: the decision trial’. *Journal of Advance Nursing,* 19, pp. 976-986.

Manderson L and Kokanovic R. (2009). ‘Worried all the time: distress and the circumstances of everyday life among immigrant Australians with type 2 Diabetes’. *Chronic Ill.* 5, 21- 32.

Matthews SM, et al. (2009). ‘Patient-provider communication: Understanding diabetes management among adult females’. *Patient Education and Counseling.* 76, 31-37.

Mayberry LS and Osborn CY. (2010). ‘Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control Among Adults With Type2 Diabetes’. *Diabetes Care.* 35, 1239-1245.

Morrow AS, et al. (2008). ‘Integrating Diabetes Self-Management with the Health Goals of Older Adults: A Qualitative Exploration’. *Patient Educ Couns.* 72(3), 418-423.

Naemiratch B and Manderson L. (2006). ‘Control and Adherence : Living with Diabetes in Bangkok, Thailand’. *Soc Sci Med.* 63 (5), 1147- 1157.

Onwudiwe NC, et al. (2011). ‘Barriers to self-management of diabetes: A qualitative study among low-income minority diabetics’. *Ethn Dis.* 21, 27- 32.

Phillips RE, et al. (2009). ‘Spiritual Coping in American Buddhists: An Exploratory Study’. *The International Journal for the Psychology of Religion.* 19, 231-243.

Ponzo MG, et al. (2006). ‘Ethnocultural and Psychosocial Barriers to Diabetes Self- Management in Italian Women and Men With Type 2 Diabetes’. *Behav Med.* 31(4), 153- 160.

Rintala TM, et al. (2013). ‘Interrelation Between Adult Persons With Diabetes and Their Family: A Systemic Review of the Literature’. *J Fam Nurs.* 19(1), 3-28.

Rungreangkulkij S, et al. (2011). ‘Buddhist Group Therapy for Diabetes Patients With Depressive Symptoms’. *Arch Psychiatr Nurs.* 25 (3), 195-205.

Schulz R and Sherwood PR. (2008). ‘Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving’. *Am J Nurs.* 108 (9), 23-27.

Sharoni SKA and Wu SFV. (2012). ‘Self-efficacy and self-care behavior of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey’. *Nurs Health Sci.* 14 (1), 38 - 45.

Shaw JE, et al. (2010). ‘Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030’. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 87, 4 - 14.

Sultan S, et al. (2011). ‘Physicians’ understanding of patients’ personal representations of their diabetes: Accuracy and association with self-care’. *Psychol Health.* 26 (1), 101–117.

Verma SK, et al. (2010). ‘Impact of Depression on Health Related Quality of Life in Patients with Diabetes’. *Ann Acad Med Singapore.* 39 (12), 913- 919.

White P, et al. (2009). ‘Understanding Type 2 Diabetes: Including the Family Member's Perspective’. *Diabetes Educ,* 35(5), 810-817.

Zhong X, et al. (2011). ‘Awareness and practices of self-management and influence factors among individuals with Type 2 diabetes in urban community settings in Anhui province, China’. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health.* 42 (1), 184 - 196.
