



JERPH

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข Journal of Education and Research in Public Health

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 Vol. 1 No. 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2566



2023

ISSN : 2985-0126 (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ)

นโยบายการตีพิมพ์

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข เป็นวารสารราย 4 เดือน ออกปีละ 3 ฉบับ (ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม - สิงหาคม ฉบับที่ 3 ประจำเดือน กันยายน - ธันวาคม) จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีจุดมุ่งหมายในการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการในรูปแบบบทความภาษาไทย ทั้งจากภายในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา และหน่วยงานภายนอก โดยดำเนินการจัดทำและเผยแพร่เป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (Online) หมายเลข ISSN : 2985-0126 (Online) ซึ่งมีนโยบายในการจัดการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข ดังนี้

1. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นบทความจากทั้งบุคลากรภายในและบุคลากรภายนอกวิทยาลัยฯ ที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นๆ หากตรวจสอบพบว่ามีการจัดพิมพ์ซ้ำซ้อนถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียว
2. บทความ ข้อความ ภาพประกอบ และตารางประกอบที่ลงพิมพ์ในวารสารเป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นตามเสมอไป และไม่มีส่วนรับผิดชอบต่อใดๆ ถือเป็นความรับผิดชอบของผู้พิมพ์แต่เพียงผู้เดียว
3. บทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารจะต้องมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนดเท่านั้น

นโยบายการประเมินบทความ

บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุขได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind)

บทความ

- ภายในวิทยาลัยฯ → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานภายนอก
- หน่วยงานภายนอก → ประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องจากภายในวิทยาลัยฯ และ/หรือหน่วยงานภายนอก

กองบรรณาธิการ

พญ.คุณหญิง พรทิพย์ โรจนสุนันท์	สมาชิกวุฒิสภา
รศ.ดร.เขมิกา ยามะรัตน์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.ไกรวุฒิ กัลวิชา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.กุลนิดา สายนุ้ย	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
ศ.ดร.ภญ.วิจิตรา ทศนีย์กุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ภก.ปฐมทรศน์ ศรีสุข	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รศ.ดร.กุสุมาลย์ น้อยผา	มหาวิทยาลัยทักษิณ
รศ.ดร.อาจินต์ สงทับ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก	มหาวิทยาลัยบูรพา
ผศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ	มหาวิทยาลัยบูรพา
รศ.ดร.อารี จำปากลาง	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.สุนีย์ เคารนวนล	มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
รศ.ดร.ศุภศิลป์ มณีรัตน์	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.นพ.วรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
ผศ.ดร.นวรรตน์ ไชยมภู	มหาวิทยาลัยหาดใหญ่
ผศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.พญ.สาวิตรี วิษณุโยธิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 9 นครราชสีมา
ดร.ภญ.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อัญชลี พงศ์เกษตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร.ภคณัฐ วีระขจร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.อุบลทิพย์ ไชยแสง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.จามรี สอนบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
อ.ดร.กฤษเนตร เกษสรระ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บรรณาธิการ

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ.ดร.วิชาภรณ์ อินทรชุตี วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ที่ปรึกษา ตรวจอ่านฉบับอังกฤษ	อ.ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ดร.ชมพูนุช สุภาพวานิช	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ดร.ฐิติกา กิมิเส	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	อาบาดี เจ๊ะอาแด้	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
กองจัดการวารสาร	Mr.Ganfre Pechayco	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	อิบตีซาน เจ๊ะอุบง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	ซอบรี มาหะมะยูโซะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
	กุลยา โต๊ะระยอ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

บทบรรณาธิการ

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข (Journal of Education and Research in Public Health) ฉบับนี้ ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 1 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2566 เป็นวารสารที่มีการเผยแพร่ความรู้จากการศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ผ่านบทความประเภทต่างๆ สู่สาธารณะในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องประเมินบทความจำนวน 3 ท่าน/บทความ แบบปกปิด 2 ทาง (Double blind) ซึ่งเป็นบทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) กองบรรณาธิการวารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา มีความมุ่งมั่นในการสร้างสรรค์และพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพ โดยกำหนดออกวารสารราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ

สำหรับวารสารปีที่ 1 ฉบับที่ 2 นี้ มีบทความวิจัยและบทความวิชาการที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย/คณะผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ผลงานมีคุณภาพตามหลักวิชาการและหลักการวิจัยเป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการบริการด้านสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19, การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้, การประยุกต์ใช้ระบบหมอบพร้อมในการบริหารเภสัชกรรม, ส่วนบทความที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การศึกษาภูมิปัญญาหม้อพื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก, การดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์, และการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยบนที่เกาะ

ในนามของกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (peer review) ที่กรุณาประเมินคัดกรองบทความวิจัยและบทความวิชาการ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงบทความวิจัยและบทความวิชาการ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับนักวิจัยเพื่อการศึกษาค้นคว้าและพัฒนาต่อยอดงานวิจัย ตลอดจนผู้อ่านทั่วไปที่จะนำความรู้ประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพต่อไป พร้อมกันนี้ ขอเชิญผู้สนใจร่วมส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม สังคมศาสตร์ (การสาธารณสุข, การศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ) เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

ดร.ภก.อวิรุทธ์ สิงห์กุล
บรรณาธิการวารสาร

สารบัญ

	หน้า
ขอบเขตการตีพิมพ์	i
นโยบายการตีพิมพ์	i
นโยบายการประเมินบทความ	i
กองบรรณาธิการ	ii
บทบรรณาธิการ	iv
สารบัญ	v
ภูมิปัญญาการรักษาโรคและองค์ความรู้ของหมอตำแยในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา	56-64
Wisdom and Knowledge of Mor-Tum-Yae in Caring for Pregnant Women Health in Nathum Sub-district, Muang District, Yala Province	
คอรีเยาะ อะแซ Khareeyoh Asae	
สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้ สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้	65-79
Situations and Factors Related to the Arrangement of Dental Services in Public Health Facilities under COVID-19 in 3 Southern Border Provinces	
นุรีอิมานี รอหม๊ะ Nuremanee Romah	
ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านท่านหนึ่ง ในตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา	80-90
The Wisdom of Folk Healers for Female Infertility Treatment : A Case Study of a Folk Healer in Prunai Sub-district, Kohyao District, Phang-Nga Province	
พิรมยา คล่องสมุทร, กนกกร มอหะหมัด และคอรีเยาะ อะแซ Piromya Khlongsamut, Kanokkorn Kanokkorn and Khareeyoh Asae	
การพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในพื้นที่เกาะ	91-103
The Development of a Thai Traditional Medicine Service System for Hospitals in the Island Area	
ไพโรจน์ ยศเมฆ และประกอบ ใจมัน Pairot Yotmek and Prakob Jaiman	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลยะลา	104-121
Factors Related to Dietary Behavior of Diabetic Patients Unable to Control Blood Sugar Levels, Yala Hospital	
ฮาเลีเมาะ สือแมง Haleemoh Seameang	

สารบัญ (ต่อ)

หน้า
122-139

ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลโดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อม
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ

Effects of Pharmaceutical Care Combined with Remote Counseling Telepharmacy by
Applying Mohprompt Station Application in Type 2 Diabetic Patients Using Insulin Pen,
Seka District, Bueng Kan Province

จิราวัฒน์ สุวัตติกะ

Jirawat Suwatiga

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข
**Journal of Education and Research
in Public Health**

ภูมิปัญญาการรักษาโรคและองค์ความรู้ของหมอต้าแยในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

Wisdom and Knowledge of Mor-Tum-Yae in Caring for Pregnant Women Health
in Nathum Sub-district, Muang District, Yala Province

คอรีเยาะ อะแซ ^{1*}

Khareeyoh Asae ^{1*}

^{1*} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
95000

^{1*} Sirindhorn College of Public Health Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute. 95000

* Corresponding Author: คอรีเยาะ อะแซ E-mail: khareeyoh@yala.ac.th

Received : 20 February 2023

Revised : 27 April 2023

Accepted : 2 May 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการรักษาโรค และองค์ความรู้ของหมอต้าแยในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกหมอต้าแยที่มีความชำนาญ มีประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 20 ปี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่าหมอต้าแยจะดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ 2 ประเภท คือ 1. การฝากครรภ์ ซึ่งจะดูแลตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงคลอด โดยพิธีสำคัญสำหรับการฝากครรภ์คือพิธีแนง 2. การรักษาอาการแทรกซ้อนต่างๆ ในหญิงตั้งครรภ์ เช่น การตกเลือด ปัญหาเรื่องมดลูกไม่เข้าอู่ สันนิบาตหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะรักษาด้วยสมุนไพร โดยในขั้นแรกจะรักษาโดยใช้ใบมะลิ (*Jasminum Sambac* (L.) Aiton.) และใบช่อย (*Streblus asper* Lour.) ตำรวมกับขมิ้นและข้าวสาร 1 เม็ด ผสมน้ำอุ่นทานทุกเช้าติดต่อกัน 40 วัน ทั้งนี้เพื่อปรับสมดุลให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ โดยองค์ความรู้ต่างๆของหมอสีตีแม่ะ หะยืออาแว ได้จากการถ่ายทอดของบรรพบุรุษ และโดยไม่ได้มีการศึกษาเพิ่มเติม

คำสำคัญ: หมอต้าแย ภูมิปัญญาและองค์ความรู้

Abstract

This research is qualitative research, aimed to study the Wisdom and Knowledge of Mor-Tum-Yae in Caring for Pregnant Women Health in Nathum Sub-district, Muang District, Yala Province. One key informant was selected to study who has specialized knowledge in Caring for Pregnant

Women's Health and has more than 20 years of continuous healing experience. Data were collected using in-depth interviews and observations. The results revealed that Mor-Tum-Yae will take care of pregnant women's health in two types: 1. Antenatal care, which will take care from the beginning of pregnancy until delivery. The important ceremony for antenatal care is the Nae-gae ceremony. 2. Treatment of complications in pregnant women such as bleeding, uterine problems League after birth, etc., which these symptoms are treated with herbs. In the first step, it will be treated by using jasmine (*Jasminum Sambac* (L.) Aiton.) leaves and Khoi (*Streblus asper* Lour.) leaves. Combined with 1 tablet of turmeric and rice, mixed with warm water, taken every morning for 40 consecutive days to balance the body for normal functioning. various knowledge of Mor Si Tee Mae Hayee-a-wae from the transmission of the ancestors and without further study.

Keywords : Mor-Tum-Yae, Wisdom and knowledge

บทนำ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เป็นองค์ความรู้ ความคิด ความเชื่อ และความชำนาญในการดูแลสุขภาพ ที่เกิดจากการถ่ายทอดสืบต่อกันมาจากรุ่นสู่รุ่นท้องถิ่น เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยเน้นการดูแล ความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ปัญญา และสิ่งแวดล้อม [1] หมอตำแย ผดุงครรภ์โบราณ หรือภาษามลาญเรียกว่า “โต๊ะบีแด” ก็เป็นหนึ่งในภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ซึ่งอดีตมีบทบาทสำคัญในการ ดูแลสุขภาพมารดาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงคลอด และการดูแลมารดาหลังคลอด รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ การสร้างความมั่นใจ และการดูแลด้านอื่นๆ เสมือนเครือญาติ มีความเป็นกันเอง [2] แต่ในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้มากขึ้น อีกทั้งเทคโนโลยีที่มีความทันสมัยมากขึ้นทำให้หญิงตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แต่ทั้งนี้หมอตำแยก็ยังคงมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ ด้านการผดุงครรภ์ในระยะการตั้งครรภ์ การให้การกำลังใจ รวมถึงการทำพิธีกรรมตามความเชื่อ และขนบธรรมเนียม ประเพณีต่างๆ เพราะสิ่งเหล่านี้ถือว่ามีสำคัญในการเยียวยาจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ [3] หมอตำแยส่วนใหญ่ จะได้รับการสืบทอดจากบรรพบุรุษ แต่ทั้งนี้เนื่องจากเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้หมอตำแย ต้องมีการปรับตัว มีการผสมผสานความรู้ใหม่ผ่านการอบรมด้วยระบบสาธารณสุขกับ ภูมิปัญญาดั้งเดิม เช่น การใช้คาถา การใช้พิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น [4]

ปัจจุบันในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ แม้ยังมีผู้ดำรงอาชีพหมอตำแยอยู่ แต่กลับมีจำนวนลดลง อย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการสืบทอด รวมถึงการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขสมัยใหม่จาก ภาครัฐ และค่านิยมต่างๆ ทำให้หญิงมีครรภ์หันมาใช้บริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลมากขึ้น จากความสำคัญในศาสตร์การแพทย์ของหมอตำแยและบทบาทของหมอตำแยดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาของหมอตำแยที่ยังคงใช้องค์ความรู้ เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ อนามัยในการป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งการช่วยเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของคนในชุมชน ประกอบกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสาน ภูมิปัญญาไทยและสากล โดยมีเป้าหมายมุ่งให้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

เป็นทางเลือกในการดูแลรักษาสุขภาพหนึ่งในระบบสุขภาพ และในพื้นที่ตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่หมอต้าแยยังคงมีบทบาทในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลในระยะ ตั้งครรภ์ และการดูแลมารดาในระยะหลังคลอด ด้วยเหตุนี้จึงเป็นที่มาของงานวิจัยนี้ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญา การรักษาโรค และองค์ความรู้ของหมอต้าแย ในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เพื่อเป็นองค์ความรู้สำหรับคนรุ่นหลังให้รู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดโดยใช้ภูมิปัญญาของหมอต้าแย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ต่อไปได้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้เครื่องมือในการสัมภาษณ์ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-interview) การสังเกต (Observation) การจดบันทึกและการอัดเสียง โดยศึกษาภูมิปัญญาการรักษาโรค และองค์ความรู้ของหมอต้าแยในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยมีศึกษาจากหมอต้าแยสี่ตีแม่ะ หะยืออาแว

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ นางสี่ตีแม่ะ หะยืออาแว ซึ่งเป็นหมอต้าแยที่มีประสบการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ มากกว่า 20 ปี และยังคงมีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์และให้ความไว้วางใจในการดูแลสุขภาพหลังคลอดต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพแบบภาคสนาม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยปรับปรุงมาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเครื่องมือช่วยในการศึกษา คือ เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายภาพ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตจากผู้ถูกสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

1. ประวัติทั่วไป
2. ประวัติการเป็นหมอปันบ้าน
3. ความรู้ประสบการณ์ของหมอปันบ้านในการดูแลรักษา
4. การสืบทอด

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยจะใช้แนวคำถามที่เป็นประเด็นกว้างๆ แต่ให้ครอบคลุมถึงประเด็นที่ต้องการศึกษา และจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ เพื่อให้หมอปันบ้านรู้สึกผ่อนคลายและมีอิสระ ในการตอบคำถามและผู้วิจัยได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นประเด็นคำถามที่หมอต้าแยไม่สะดวกให้ข้อมูลก็สามารถข้ามประเด็นได้ทันที และหากต้องการยุติการให้ข้อมูลก็สามารถยุติการให้ข้อมูลได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน มิถุนายน – สิงหาคม 2565 โดยทำการสัมภาษณ์ครั้งละ 2 ชั่วโมง เดือนละ 2 ครั้ง รวมการสัมภาษณ์ทั้งหมด 6 ครั้ง

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยหาความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ทางด้านการวิจัยทางภูมิปัญญาและการแพทย์แผนไทยในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาประกอบด้วยความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความครอบคลุมของเนื้อหา หลังผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของ Miller และ Crabtree ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ [5]

ผลการวิจัย

ประวัติทั่วไป

นางสีตี๊แม่ะ หะยืออาแะ หรือที่ทั่วไปเรียกว่า “นิแะ” อายุ 81 ปี เกิดเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2485 ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเลขที่ 11 หมู่ที่ 3 ต.หน้าถ้ำ อ.เมือง จ.ยะลา สถานภาพสมรส มีบุตรจำนวน 5 คน เป็นเพศชาย 3 คนและเพศหญิง 2 คน ไม่เคยได้รับการศึกษา อาชีพหลักคือกรีดยาง รายได้เฉลี่ยประมาณ 7000 - 8000 บาทต่อเดือน จากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ข้อมูลและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า นิแะจะเป็นที่ชื่นชอบช่วยเหลือคนในหมู่บ้านในเรื่องของการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่ตนเองสามารถช่วยเหลือได้อย่างสม่าเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีคนมาขอความช่วยเหลือในเรื่องการผดุงครรภ์ นิแะก็จะให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดโดยไม่คิดค่าตอบแทนใดๆ

ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน

นิแะเป็นหมอตาย่ที่ได้รับการสืบทอดจากบรรพบุรุษ โดยที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนแต่อย่างใด โดยก่อนจะเป็นหมอ เมื่อตอนที่ตนอายุประมาณ 50 ปี ได้ฝันเห็นคนใส่ชุดขาวมาบอกว่าตนจะต้องเป็นหมอตาย่ พร้อมกับสอนการทำคลอดและสอนองค์ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการผดุงครรภ์ไทย ในช่วงแรกจะฝึนบ่อยมาก บางคืนฝันว่าได้กลิ่นคาวคลอด บางคืนฝันว่าได้ทำคลอดเองจนสำเร็จ ซึ่งในตอนนั้นตนมีความรู้สึกไม่พร้อมที่จะเป็นหมอตาย่เพราะไม่เคยได้ฝึกฝนหรือได้เรียนรู้ใดๆ มาก่อนและไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำได้ จนเมื่อครบ 1 ปีหลังจากเริ่มฝึน ได้มีมารดาครรภ์แก่คนหนึ่งซึ่งเป็นคนในหมู่บ้านปวดท้องคลอด ณ ขณะนั้นตนรู้สึกอยากทำคลอดมาก จึงบอกให้ญาติตั้งของใส่พานไว้แล้วตนก็ได้ทำคลอดจนสำเร็จปลอดภัยทั้งมารดาและทารก หลังจากนั้นก็มีมารดา มาหาเพื่อฝากครรภ์และให้ทำคลอดเรื่อยๆ นอกจากนี้นิแะยังเล่าอีกว่า ตนได้รับพรพิเศษอีกประการหนึ่งคือสามารถรับรู้ได้ว่าวันไหนจะมีคนคลอด กล่าวคือจะมีอาการเตือน เช่น รู้สึกกระวนกระวาย ไม่สบาย เบื่ออาหาร เป็นต้น เพื่อให้ตนได้เตรียมตัว เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม เมื่อทำคลอดเสร็จแล้วอาการต่างๆ จะหายไป และนอกจากนี้ นิแะยังมีตำราที่ขยำเก็บไว้ให้ 1 เล่ม ซึ่งเนื้อหาจะเป็นบทสวดมนต์ต่างๆ ซึ่งตน

ก็ได้มีการศึกษาเพิ่มเติมบ้าง แต่ส่วนใหญ่แล้วความรู้เรื่องการผดุงครรภ์ที่ตนใช้อยู่ในปัจจุบันนั้นไม่เคยได้ศึกษาเพิ่มเติมจากที่อื่นใดเลย เพราะบรรพบุรุษได้ถ่ายทอดความรู้ต่างๆ มาหมดแล้ว แต่ปัจจุบันสาธารณสุขจังหวัดได้จัดให้มีการอบรมหมอดำแย้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการผดุงครรภ์แผนปัจจุบันซึ่งจะเห็นว่ามียุทธวิธีที่ทันสมัยทำให้เกิดความสะดวกและปลอดภัยมากกว่า เพื่อให้หมอดำแย้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับการทำคลอดแบบโบราณเพื่อให้เกิดความสะดวกและปลอดภัยได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งตนได้มีโอกาสเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการผดุงครรภ์แผนโบราณให้แก่คนที่มาอบรมด้วย เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เพื่อให้เกิดการพัฒนาในวิชาชีพได้ดียิ่งขึ้น

การปฏิบัติตนของการเป็นหมอดำแย้จะต้องมีจรรยาบรรณของการเป็นหมอดำแย้ นั่นคือการรักษาความลับของคนไข้ให้มั่นคงอยู่เสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากเพราะหมอดำแย้เป็นหมอดำแย้ที่มีความใกล้ชิดกับคนไข้ จึงจะต้องเป็นคนที่คนไข้ไว้วางใจได้และสามารถเป็นที่พึ่งพิงได้เสมอ อีกทั้งการเป็นหมอดำแย้ที่ดีจะต้องเป็นคนที่ไม่ประพฤติดนที่ผิดไปจากหลักคำสอนของศาสนา ส่วนในเรื่องการกินที่ตนได้ปฏิบัติสืบทอดกันมาคือ การงดกินไก่

สมัยก่อนมารดาให้ความไว้วางใจให้นิแหมะเป็นผู้ทำคลอดมากกว่า 700 คน แต่ปัจจุบันเมื่อระบบสาธารณสุขเริ่มกระจายเข้าสู่ชุมชนมากขึ้น ระบบคมนาคมมีความสะดวกมากขึ้น อุปกรณ์การทำคลอดในโรงพยาบาลทันสมัยมากขึ้น มารดาส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะคลอดโรงพยาบาลมากกว่ากับหมอดำแย้ แต่ถึงอย่างไรหน้าที่ของการเป็นหมอดำแย้ยังไม่หมดสิ้น มารดานิยมมาพบหมอดำแย้เพื่อการดูแลทารกขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้ทารกปลอดภัยจนถึงคลอดออกมา อีกทั้งยังมีการดูแลมารดาหลังจากคลอดออกมาแล้ว

ความรู้และประสบการณ์ในการรักษา

กว่า 20 ปีที่นิแหมะได้สั่งสมประสบการณ์จนเกิดความชำนาญในด้านการผดุงครรภ์แผนโบราณ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลมารดาที่มาฝากครรภ์ การยกมดลูกในกรณีมารดาท้องแก่มดลูกจะเลื่อนต่ำลง และการปรับท่าของทารกในครรภ์ให้สอดคล้องกับการเจริญเติบโตตามอายุครรภ์ของมารดา ส่วนการผดุงครรภ์โบราณอื่นที่เคยทำก็มีหลายอย่าง เช่น การรักษาอาการเจ็บป่วยของทารกในครรภ์ การรักษามารดาที่เป็นไข้สันนิบาตหลังคลอด รักษาอาการปวดศีรษะหลังคลอดเนื่องจากน้ำคาวปลาไม่ออก ดูแลมดลูกให้เข้าอุ้งโดยการนวดมดลูกและการอยู่ไฟหลังคลอดแต่ปัจจุบันมารดาหลังคลอดไม่นิยมการอยู่ไฟเนื่องจากทนร้อนไม่ได้ นอกจากนี้จะมีการนวดจัดกระดูกเชิงให้กลับเป็นปกติ

ในส่วนของกระบวนการในการรักษานิแหมะจะแบ่งคนไข้ที่มาหาออกเป็น 2 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 มารดาที่มาฝากครรภ์ก็จะมีการดูแลตั้งแต่ฝากครรภ์จนคลอดออกมา รวมถึงการดูแลทารกในครรภ์ไม่ว่าจะเป็นการดูแลสุขภาพของทารกในครรภ์ การติดตามท่าต่างๆ ของทารกให้เป็นไปตามพัฒนาการที่ถูกต้องเพื่อให้การคลอดเป็นไปอย่างสะดวกและมีความปลอดภัยมากที่สุด ซึ่งมีวิธีการตรวจร่างกายและรักษา มารดาที่เกี่ยวข้องการดูแลทารกในครรภ์มารดานั้น จะมีวิธีดังนี้ คือ กรณีที่เป็นการตรวจท้อง แต่งท่าทารก หรือรักษาอาการอื่นๆ ที่จะต้องตรวจท้องมารดา จะมีขั้นตอนดังนี้

1. มารดาตั้งของใส่พานบูชาครูก่อน ซึ่งประกอบด้วย หมากพลู 1 ชุด (หมาก 1 ลูก ใบพลู 3 ใบ) และเงิน 12 บาท
2. หมอทำการตรวจท้องมารดา โดยวิธีการใช้มือคลำท้องมารดา สังเกตความผิดปกติและทำการวินิจฉัย

3. ทำการรักษาโดยวิธีการต่างๆ ตามความรู้ที่บรรพบุรุษบอก ซึ่งจะมีการรักษาตามความรู้สึกไม่สามารถอธิบายได้

กรณีเป็นการฝากครรภ์ เมื่อมารดามีอายุครรภ์ครบ 7 เดือน จะมีการเลี้ยงงานบุญที่บ้านของมารดาเพื่อขอพรจากอัลลอฮ์ให้การคลอดที่จะเกิดขึ้นปลอดภัยเรียกพิธีนี้ว่า พิธีแนง ซึ่งขั้นตอนการประกอบด้วย

1. วางของใส่พานบูชาครู ซึ่งได้แก่ หมาก พลุ 1 ชุด เงินใส่พาน จำนวน 12 บาท ผ้าถุง 1 ผืน ด้าย 1 ม้วน ข้าวสาร 1 ทะนาน เลอปะห์ (ใบมะพร้าวสารเป็นลักษณะยาว หมอตำแยจะใช้ในพิธี) 1 อัน
2. เรียกคนในหมู่บ้านมาสวดมนต์ (อ่านซูเราะห์ยาซีน) ที่บ้าน โดยจะอ่านใส่ น้ำเปล่าหรือน้ำมะพร้าว
3. เอน้ำที่ได้จากการสวดมนต์ (อ่านซูเราะห์ยาซีน) มาล้างหน้าท้องทิ้งไว้ให้แห้ง
4. เอาผ้าขาวม้าผูกหน้าท้อง ทิ้งไว้สักครู แล้วเอาผ้าขาวม้าให้หมอตำแยไป

กรณีของการทำคลอดมีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อมารดาเจ็บท้องจะคลอดให้ตั้งของใส่พานบูชาครู ซึ่งประกอบด้วย หมากพลุ 1 ชุด เงิน 12 บาท และข้าวสาร 1 ทะนาน ตั้งไว้โดยไม่ต้องให้หมอก่อน
2. ทำคลอดโดยอาศัยความรู้ที่บรรพบุรุษบอก
3. นวดคลายเส้นเบาๆ บริเวณท้องและหน้าอกเพื่อกระตุ้นให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น
4. มอบพานบูชาครูแก่หมอตำแย
5. อาบน้ำมารดา โดยต้มน้ำผสมใบข่า ใบขมิ้น หางตะไคร้ จากนั้นผสมน้ำอุ่น วดตั้งแต่บ่าลงมาให้ทั่วร่างกาย
6. ขึ้นแคร่อยู่ไฟ โดยจะอยู่ประมาณ 15 - 30 วัน

กลุ่มที่ 2 การดูแลมารดาหลังคลอด มารดาหลังคลอดที่มีอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การตกเลือด ปัญหาเรื่องมดลูกไม่เข้าอู่ สันนิบาตหลังคลอด หรืออาการแทรกซ้อนอื่นๆ รวมถึงการดูแลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้มีแม่จะสามารถแยกได้หลังจากการซักประวัติซึ่งจะถามถึงอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น ระยะเวลาที่เป็น รวมถึงอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และจะตรวจชีพจร คลำท้องเพื่อดูการเข้าอู่ของมดลูก ลักษณะน้ำคาวปลา จึงจะสามารถวินิจฉัยโรคได้ โดยที่ไม่ต้องมีพิธีกรรมใดๆ ซึ่งในการรักษาหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นจะให้มารดาอยู่ไฟพร้อมกับการนวดเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด แต่ในกรณีที่มีมารดามีอาการแทรกซ้อน เช่น ปวดท้องมาก น้ำคาวปลาไม่ออก มีแม่จะรักษาโดยใช้ใบมะลิและใบข่อย ตำรวมกับขมิ้นและข้าวสาร 1 เม็ด ผสมน้ำอุ่นทานทุกเช้าติดต่อกัน 40 วัน มารดาหลังคลอดระบบต่างๆ ในร่างกายเกิดความเสียหายอย่างหนักจะต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูและซ่อมแซมร่างกาย เพื่อให้ระบบต่างๆ ในร่างกายสามารถกลับมาเป็นปกติ ดังนั้นจำเป็นอย่างมากที่มารดาต้องมีการดูแลตนเอง โดยทุกครั้งที่แม่ไปทำคลอดจะแนะนำให้มารดาดูแลตนเองคือ ห้ามทานของเย็น ของดอง เนื้อสัตว์ทุกชนิดยกเว้นปลา มีเกล็ด ของมัน และในช่วงแรก ห้ามเดิน ห้ามทำงานใดๆ ทั้งสิ้น หลังจาก 2 วันจึงสามารถเดินได้ แต่ยังไม่สามารถทำงานได้ คนสมัยโบราณสั่งห้ามไม่ให้ยู่หน้าประตู เพราะเป็นทางผ่านของญิน (มนุษย์จำพวกหนึ่งที่มีมองไม่เห็น) เวลาห้ามอยู่นอกบ้าน เพราะชั้ยตอน (ซาตาน) พลุกล่น นอกจากนี่ยังแนะนำให้ญาติมีส่วนในการดูแลมารดาด้วย เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้กับมารดาคือให้ญาติคอยดูแลติดตามมารดา อย่าปล่อยให้มารดาอยู่ลำพังคนเดียวเพราะมารดายังไม่แข็งแรง

อาจจะมียาการปวดท้องรุนแรงหรืออาจจะเป็นลมได้ และที่สำคัญคือ จะทำให้มารดาเป็นโรคซึมเศร้าหรือเป็นบ้า หลังคลอดได้ นอกจากนี้แล้ว มารดาหลังคลอดมีโอกาสมักจะมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายหากไม่มีการดูแลตนเอง ซึ่ง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีที่สุดคือ การทำตามคำแนะนำของหมอต้มยำอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องอาหาร เพราะเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ทั้งนี้การเป็นหมอต้มยำนั้น นิเมาะมีความตั้งใจที่ อยากช่วยเหลือมารดาให้พ้นจากอาการปวด ตนรู้สึกดีใจทุกครั้งที่ได้เห็นมารดาและทารกปลอดภัย และคิดเสมอว่า การช่วยเหลือครั้งนี้พระเจ้าจะเป็นผู้ตอบแทน ดังนั้นนิเมาะจึงไม่เคยเรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ แต่มารดาก็ให้เป็น ค่าตอบแทนน้ำใจเสมอ

การสืบทอด

นิเมาะเล่าว่า ตนได้รับการสืบทอดจากวิญญานบรรพบุรุษสายตระกูล เนื่องจากเป็นบุตรสาวคนเล็กที่มีความใกล้ชิดกับยายมากกว่าคนอื่นจึงเป็นผู้ถูกเลือก ส่วนการถ่ายทอดนั้นยังไม่มีผู้ใดที่สามารถรับองค์ความรู้ของตนไปได้ อย่างไรก็ตาม คนที่จะเป็นผู้สืบทอดนั้นต้องมีคุณสมบัติที่ดี มีความกตัญญู อดทนและเสียสละ ดำรงตนอยู่ในกรอบศาสนาที่เคร่งครัด และที่สำคัญที่สุดคือ มีจรรยาบรรณของการเป็นได้อย่างดี ทั้งนี้ตนคิดว่าคนที่จะเป็นผู้สืบทอดน่าจะเป็นบุตรสาวคนสุดท้าย เนื่องจากเห็นว่า บุตรสาวคนสุดท้ายให้ความสนใจมากกว่าบุตรคนอื่น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นตนเองก็ไม่แน่ใจ เนื่องจากคนที่เลือกผู้สืบทอด คือวิญญานบรรพบุรุษของท่านั้น

อภิปราย

ภูมิปัญญาการรักษาโรค และองค์ความรู้ของหมอต้มยำในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. **การศึกษาข้อมูลทั่วไปของหมอต้มยำ** พบว่า หมอต้มยำสีตีเมาะ มีอายุ 81 ปี ไม่เคยได้รับการศึกษา และมีอาชีพหลัก ทางการเกษตรคือกรีดยาง สอดคล้องกับการศึกษา บทบาทและภูมิปัญญาของหมอต้มยำในจังหวัดพัทลุง ซึ่งพบว่า หมอต้มยำมีอายุระหว่าง 80-85 ปี ส่วนใหญ่ไม่เรียนหนังสือและมีอาชีพเกษตรกร [2]

2. **ประวัติการเป็นหมอพื้นบ้าน** พบว่า หมอต้มยำสีตีเมาะได้รับการสืบทอดจากบรรพบุรุษ โดยไม่เคยได้รับการฝึกฝนแต่อย่างใด เริ่มต้นการเป็นหมอต้มยำจากการนิมิตฝันว่าวิญญานบรรพบุรุษมาสอนทำคลอด ในการเลือกผู้สืบทอดนั้น บรรพบุรุษจะเป็นผู้เลือกเอง โดยผู้ที่ได้รับการสืบทอดจะต้องมีจรรยาบรรณของการเป็นหมอที่ดี สามารถรักษาความลับของคนไข้ได้ มีความอดทนและ ปฏิบัติตนอยู่ในหลักการของศาสนาได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาภูมิปัญญาหมอฟื้นบ้านจังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า หมอฟื้นบ้านส่วนใหญ่ได้รับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษ เมื่อพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้สืบทอดแล้ว จะต้องเป็นผู้ที่มีความกตัญญู มีสติ มีความอดทน เสียสละ พุทธิมีศีลจจะ และมีจิตวิญญานความเป็นหมอ [6]

3. **ความรู้และประสบการณ์ในการรักษา** หมอต้มยำสีตีเมาะ ดูแลมารดาตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด โดยจะดูแลสุขภาพทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ให้มีความสุขสบายและปลอดภัยตลอดระยะเวลาการตั้ง ครรภ์ รวมถึงการดูแลมารดาหลังคลอด เช่น การอยู่ไฟ การทำนรับประทานอาหารแสลง การดูแลมารดาที่มีอาการแทรกซ้อนภายหลังการคลอด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการผดุงครรภ์แผนไทย (หมอต้มยำ) ในการดูแล

มารดาและทารกจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งพบว่าหมอต่ำแยะจะดูแลมารดาตั้งครรภ์ ตั้งแต่ระยะการฝากครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยจะทำกายกรรมตลกเมื่อมารดาอายุครรภ์ 7 เดือนเพื่อให้มารดารู้สึกสบายขึ้น [3] และนอกจากนี้พิธีแนงก็เป็นพิธีที่สำคัญและยังเป็นสิ่งที่มารดาให้ความสำคัญ แม้ว่าระบบสาธารณสุขมีการพัฒนามากขึ้นในปัจจุบันทำให้การคลอดด้วยหมอต่ำแยะมีน้อยลงมาก แต่พิธีการแนงก็เป็นพิธีที่มารดาให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นพิธีที่ช่วยให้มารดามีความรู้สึกปลอดภัยจากการได้รับความคุ้มครองจากพระเจ้า ทำให้คลอดง่ายและปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษา วิไลโต๊ะปีเต : การดำรงภูมิปัญญาพื้นบ้าน สืบสานวัฒนธรรมชุมชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งพบว่าหมอต่ำแยะจะทำพิธีแนง เพื่อให้คลอดง่ายและเกิดศิริมงคลต่อทารก [7] ในการรักษาของหมอต่ำแยะยังให้การรักษาด้วยยาสมุนไพร ดังเช่น การใช้มะลิและใบช่อย ตำรวมกับขมิ้นและข้าวสาร 1 เม็ด ผสมน้ำอุ่นทานทุกเช้าติดต่อกัน 40 วัน แม้ยังไม่มีรายงานการศึกษาประสิทธิผลของตำรับยานี้ แต่ก็มีรายงานการใช้ใบช่อยในการรักษาความผิดปกติของมารดาหลังคลอด ซึ่งใช้ใบช่อยต้มดื่มหลังคลอดเพื่อขับรกหลังคลอดได้ [3] ในขณะที่ดอกมะลิ ก็เป็นส่วนประกอบหนึ่งในตำรับยาสตรีหลังคลอด ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นยาในบัญชียาหลัก ซึ่งมีสรรพคุณ ขับน้ำคาวปลา บำรุงเลือด ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วในหญิงหลังคลอด [8] และนอกจากนี้ ดอกมะลียังมีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และระงับปวด ซึ่งเป็นอาการที่พบมากในมารดาหลังคลอดอีกด้วย [9] ส่วนการตอบแทนการรักษานั้นหมอต่ำแยะไม่เคยเรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ แคเห็นมารดาและทารกปลอดภัยก็มีความสุขแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดก็จะให้ค่าตอบแทนตามกำลังที่มี สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาภูมิปัญญาหมอฟันบ้านจังหวัดราชบุรี ซึ่งได้กล่าวว่า หมอฟันบ้านส่วนใหญ่ไม่ได้เรียกร้องค่ารักษาจากผู้ป่วย เป็นการช่วยเหลือผู้อื่นให้หายจากการเจ็บป่วยโดยไม่หวังผลตอบแทน [6]

4. การสืบทอด องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และการดูแลมารดาหลังคลอดของหมอต่ำแยะสี่ตีแมะ ยังไม่มีผู้รับการถ่ายทอด สอดคล้องกับการศึกษาภูมิปัญญาหมอฟันบ้านจังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่าองค์ความรู้ของหมอฟันบ้านส่วนใหญ่ยังไม่มีผู้รับการถ่ายทอด [6] จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการรวบรวมและจัดบันทึกไว้ เพื่อไม่ให้ข้อมูลเหล่านี้สูญหายไปในอนาคต

สรุป

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าในอดีตหมอต่ำแยะมีบทบาทสำคัญในการดูแลมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด แต่ปัจจุบันเมื่อระบบสาธารณสุขเจริญมากขึ้น การคลอดด้วยหมอต่ำแยะจึงลดน้อยลง แต่ทั้งนี้การผดุงครรภ์ระหว่างตั้งครรภ์และพิธีกรรมต่างๆ ยังคงเป็นบทบาทหน้าที่ของหมอต่ำแยะในการให้ความช่วยเหลือมารดา เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นและเป็นกำลังใจต่อมารดา ทั้งนี้กระบวนการต่างๆ หรือพิธีกรรมต่างๆ ที่ได้กล่าวถึงนั้นเป็นสิ่งที่ควรอนุรักษ์ไว้เพื่อให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่มีผู้ให้ข้อมูลหลักเพียง 1 คน ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีความหลากหลาย และไม่เห็นความเหมือนหรือความแตกต่าง ในองค์ความรู้และภูมิปัญญาของหมอต่ำแยะ หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรมีผู้ให้ข้อมูลหลักมากกว่า 1 คนจะได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการยกตัวอย่างกรณีศึกษามารดาตั้งครรภ์ที่มารับบริการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

การอ้างอิง

คอรียะเยาะ อะแซ. ภูมิปัญญาการรักษาโรคและองค์ความรู้ของหมอดำแยในการดูแลรักษาสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(2): 56-64.

Asae K. Wisdom and Knowledge of Mor-Tum-Yae in Caring for Pregnant Women Health in Nathum Sub-district, Muang District, Yala Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(2): 56-64.

เอกสารอ้างอิง

- [1] อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยภูมิปัญญาไทย. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2557; 6(2): 250-262.
- [2] วีริสา ทองสง. บทบาทและภูมิปัญญาพื้นบ้านของหมอดำแยในจังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์ปริญญาการแพทย์แผนไทยมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
- [3] Kansukcharearn A. Thai Traditional Midwives (Moh Tum Yae) in Caring for Mothers and Infants, in Petchaburi Province, Thailand: Case Studies. International Journal of Social Science and Humanity. 2014; 4(6): 435-38.
- [4] Merli C. Muslim Midwives between Traditions and Modernities. Being and Becoming a Bidan Kampung in Satun Province, Southern Thailand. Moussons Recherche en sciences humaines sur l'Asie du Sud-Est. 2010; (15): 121-35.
- [5] Crabtree BF, Miller WL. Doing qualitative research: Sage Publications. 2022.
- [6] อชฌา สมนึก, กันตา นิ่มทัศนศิริ, อัญทิศา อุ่นไธสง, เพ็ญธิดา ทบศรี, สุนทร จันทรวงษ์, ระพีพร ชนะภักดิ์, และคนอื่นๆ. การศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านจังหวัดราชบุรี. การประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงวิจัย ครั้งที่ 5 “สร้างองค์ความรู้สู่ทองเที่ยวไทย เศรษฐกิจก้าวไกล สังคมไทยยั่งยืน”, มหาลัษราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง. 2560.
- [7] อติศร ศักดิ์สูง และเปรมสิริ ชวนไชยสิทธิ์. วิถีใต้อบแดด: การดำรงภูมิปัญญาพื้นบ้าน สืบสานวัฒนธรรมชุมชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารอินทนิลทักษิณสาร มหาวิทยาลัยทักษิณ. 2018; 13(1): 31-53.
- [8] มหาวิทยาลัยศิลปากร คณะเภสัชศาสตร์. บัญชียาจากสมุนไพร ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (พ.ศ.2556). สืบค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2565 จาก <https://pharmacy.su.ac.th/herbmed/drug/text/drug.php?drugID=26&sgID=3>.
- [9] Bhangale J, Patel R, Acharya S, Chaudhari K. Preliminary studies on anti-inflammatory and analgesic activities of Jasminum sambac (L.) Aiton in experimental animal models. Am J PharmTech Res. 2012; 2(4): 1-10.

สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ
ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

Situations and Factors Related to the Arrangement of Dental Services in Public
Health Facilities under COVID-19 in 3 Southern Border Provinces

นุเรอิมานี รอหมี๊ะ^{1*}

Nuremanee Romah^{1*}

^{1*} โรงพยาบาลศรีสาคร อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส 96210

^{1*} Si Sakhon Hospital, Si Sakhon District, Narathiwat Province. 96210

* Corresponding Author: นุเรอิมานี รอหมี๊ะ E-mail: nuremanee.romah@gmail.com

Received : 3 April 2023

Revised : 21 May 2023

Accepted : 28 May 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทันตบุคลากร จำนวน 305 คน สุ่มตัวอย่างแบบการเลือกโดยใช้ความบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิดมาตรฐาน ประมาณค่า 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าสามารถปฏิบัติงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในระดับปานกลาง โดยด้านการรักษาโรคในช่องปากมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (3.36 ± 1.35) และด้านการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด (2.89 ± 1.59) ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ($r = 0.796$) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ ($r = 0.736$) และระบบการทำงานเครือข่ายในระดับตติยภูมิ ($r = 0.717$) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิดว่า ควรเน้นการให้ทันตสุขศึกษาผ่านระบบออนไลน์ในทุกกลุ่มวัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม เน้นการพึ่งพาและดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และเน้นการรักษาในกรณีฉุกเฉินหรือเร่งด่วน เพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การจัดบริการทันตกรรม สถานการณ์โควิด-19 สถานบริการสาธารณสุข 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

Abstract

This study is a quantitative and qualitative study. The objective was to study the situation of

dental services and factors related to dental services in public health facilities under the COVID-19 situation in the 3 southern border provinces. The sample consisted of 305 dental personnel, randomly sampled using coincidence. Research instruments include closed-ended questionnaires, 5-level estimatoriums, and open-ended questions. Analyze data with statistics Percentage, average, standard deviation Pearson correlation coefficient and content analysis. The results of the study showed that the provision of dental services in public health facilities Respondents were able to perform moderate levels of oral health promotion, prevention, treatment and rehabilitation under the COVID-19 situation, with oral disease treatment having the highest average (3.36 ± 1.35) and oral rehabilitation having the lowest average (2.89 ± 1.59). The top three results of the correlation coefficient between various factors and oral promotion, prevention, treatment and rehabilitation were community participation ($r = 0.796$), emergency and referral services ($r = 0.736$), and tertiary network functionality ($r = 0.717$). Focus on self-reliance and oral care and focus on emergency or urgent treatment to reduce patient suffering.

Keywords: Dental Services, COVID-19 Situation, Public Health Facilities, 3 Southernmost Provinces

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 [1] โรคนี้เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ทำให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 191,200,047 ราย เสียชีวิต 4,105,555 ราย ในขณะที่ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 415,170 ราย เสียชีวิต 3,422 ราย [2] และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบันยังคงมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน [1]

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ส่งผลกระทบในหลากหลายด้าน โดยเฉพาะต่องานทันตกรรม องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า บริการทันตกรรมเป็นหนึ่งในบริการสุขภาพที่ได้รับผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย 77% ของประเทศทั่วโลก รายงานว่าบริการทันตกรรมหยุดชะงักบางส่วนหรือทั้งหมด [1] ในช่วงการระบาดรัฐบาลไทยประกาศให้กิจการเสี่ยงหลายประเภทหยุดให้บริการ สำหรับคลินิกทันตกรรมเป็นสถานประกอบการในกลุ่มสีเหลืองหมายถึงมีความเสี่ยงปานกลาง เนื่องจากหัตถการทันตกรรมส่วนใหญ่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของเหลวที่ปนเปื้อนน้ำลายและลมหายใจผู้ป่วยเป็นละอองลอย (Aerosol) หากผู้รับบริการติดเชื้อโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายเชื้อสู่ทันตบุคลากรรวมทั้งผู้รับบริการคนอื่นได้ องค์การวิชาชีพได้เสนอแนวปฏิบัติในการบริการทันตกรรม โดยกำหนดให้รักษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นฉุกเฉินและเลื่อนการรักษาที่ไม่ฉุกเฉินออกไปก่อน [3] ทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษาโรคช่องปากและฟัน ทั้งมีการเลื่อนนัดการตรวจเช็คและการรักษาต่างๆ

ออกไปซึ่งหลายกรณีอาจเพิ่มความเสี่ยง ทำให้ความรุนแรงการลุกลามของโรคมียามากขึ้น จนนำไปสู่การสูญเสียฟัน ทำให้คนไข้เสียความสามารถในการเคี้ยวอาหาร นำไปสู่ผลกระทบกับสุขภาพร่างกายโดยรวมได้ [4]

ในขณะที่ปัญหาทางสุขภาพช่องปากอย่างโรคฟันผุมีอุบัติการณ์สูงมากในประชากรไทยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ [4] จากผลการสำรวจสุขภาพช่องปากจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC) กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 พบว่าจังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาสพบร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีมีฟันผุในฟันน้ำนมคิดเป็นร้อยละ 28.2, 36.6 และ 52.8 ตามลำดับ เด็กอายุ 6 ปี มีฟันผุในฟันแท้คิดเป็นร้อยละ 7.5, 6.3 และ 7.5 ตามลำดับ เด็กอายุ 9 ปีมีฟันผุในฟันแท้คิดเป็นร้อยละ 38.08, 26.35 และ 34.9 ตามลำดับ และเด็กอายุ 12 ปีมีฟันผุในฟันแท้คิดเป็นร้อยละ 46.9, 31.4 และ 41.3 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบกับหลายจังหวัดทั่วประเทศ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีร้อยละเด็กฟันผุอยู่ในอันดับต้นๆ ของประเทศ [5] ซึ่ง ประเทศไทยมีมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยในด้านทันตกรรมได้กำหนดมาตรการการให้การรักษาตามสถานการณ์การระบาด หากสถานการณ์มีการระบาดเป็นวงกว้าง สามารถทำหัตถการทันตกรรมเฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น และหากสถานการณ์การระบาดในระดับโลกควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีข้อจำกัด ให้แต่ละหน่วยงานพิจารณาให้บริการตามแนวทางระบบการบริการทันตกรรมวิถีใหม่ [6]

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดการบริการทันตกรรมที่ผ่านมา มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านทันตบุคลากร ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือทางทันตกรรม อาคาร สถานที่บริการทันตกรรม และงบประมาณในการจัดการบริการทันตกรรม ซึ่งจัดอยู่ในองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่ประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยนำเข้า 2) การจัดการบริการสุขภาพ และ 3) สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ จากสภาวะการแพร่ระบาดของ COVID-19 การบริการรักษาทันตกรรมจะต้องมีการพัฒนา ปรับปรุงวิธีการที่จะรับมือให้เหมาะสม องค์ประกอบระบบบริการทันตกรรมด้านต่างๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ สามารถเป็นแนวทางการพัฒนา ปรับปรุงหรือปรับบทบาทการทำงานของทันตบุคลากรที่มีต่องานทันตกรรมให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (New normal)

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการหลักในด้านทันตกรรมที่ให้บริการกับประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ที่พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จัดเป็นหนึ่งในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด สามารถให้บริการทันตกรรมได้ในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับปรุงระบบการบริการทันตกรรมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และนักวิชาการ (ทันตสาธารณสุข)

ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ ทูตียภูมิ และ ตติยภูมิ ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จำนวน 1,474 คน [7] เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ สะดวกในการดำเนินการ ไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ และประชากรส่วนใหญ่มีช่องทางการตอบออนไลน์ จึงเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง และครบถ้วนมากที่สุด

ทั้งนี้ได้คำนวณกลุ่มประชากรขั้นต่ำที่จำเป็นต้องเก็บ เพื่อให้ได้ซึ่งคำตอบ หากไม่สามารถเก็บในประชากรตามที่ระบุได้ทั้งหมด โดยคำนวณจากการใช้สูตรเครชีและมอร์แกน กำหนดค่าความเคลื่อนที่ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 305 คน ดังนี้

$$n = \frac{X^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + X^2 p (1 - p)}$$

เมื่อแทนค่า จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{3.841 \times 1,474 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 (1,474 - 1) + 3.841 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 304.86 \approx 305 \text{ คน}$$

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยผู้วิจัยได้สร้างข้อคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ แบบสอบถามมี 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับสถานที่ปฏิบัติงานให้บริการ และจังหวัดที่ปฏิบัติงาน รวม 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ จำนวน 20 ข้อ 2) ด้านทรัพยากรสาธารณสุข จำนวน 9 ข้อ และ 3) ด้านการเงิน จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งระดับการเห็นด้วยกับข้อความเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ตอนที่ 3 การจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จำนวน 6 ข้อ 2) การป้องกันโรคในช่องปาก จำนวน 6 ข้อ 3) การรักษาโรคในช่องปาก จำนวน 5 ข้อ และ 4) การฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ คือ ไม่สามารถปฏิบัติได้ ปฏิบัติงานได้น้อย ปฏิบัติงานได้ปานกลาง ปฏิบัติงานได้มาก ปฏิบัติงานได้มากที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ คำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็น จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหา/อุปสรรคในการจัดบริการทันตกรรมภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) แนวทางการจัดบริการทันตกรรม ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้า มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน หาตัวแทนทันตบุคลากร ซึ่งได้แก่ทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานทันตกรรมประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส โดยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยไปยังสำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัด และขอให้ตัวแทนติดต่อกลับมายังผู้วิจัยผ่านช่องทางการติดต่อที่ระบุในหนังสือ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย

2. เก็บข้อมูล แบบ Online Survey ซึ่งจัดทำเป็น Google form โดยให้ตัวแทนทันตบุคลากรดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application Line ไปยัง Line กลุ่มรวมทันตบุคลากรในจังหวัด (ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) เพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่าง

3. ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละจังหวัดในทุกๆ วัน

4. ติดตามการตอบกลับของผู้ตอบแบบสอบถาม จนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เมื่อได้ข้อมูลครบสมบูรณ์ จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังตัวแทนจังหวัด โดยใช้ Application Line เช่นเดิม

5. นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยด้านบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุขและการเงิน และการจัดบริการทันตกรรม โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบสมมติฐาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) โดยใช้การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของ Best 1977

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.81 - 1.00	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันมาก
0.51 - 0.80	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.21 - 0.50	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันน้อยหรือต่ำ
0.01 - 0.20	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก
0.00	หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. วิเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอแนะ คำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็น โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 89.2 เป็นนักวิชาการ (ทันตสาธารณสุข) ร้อยละ 39.3 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ร้อยละ 36.7 ทันตแพทย์ ร้อยละ 18.0 ปฏิบัติงานในสถานบริการทุติยภูมิ ร้อยละ 43.6 ปฏิบัติงานในจังหวัดยะลา ร้อยละ 42.3 และพบว่า ตำแหน่งอื่นๆ (เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ พนักงานบริการ) มีอายุเฉลี่ยสูงสุด คือ 36.3 ปี รองลงมา คือ ทันตแพทย์ 33.8 ปี เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 29.2 ปี ตามลำดับ และพบว่า นักวิชาการ (ทันตสาธารณสุข) มีอายุเฉลี่ยต่ำสุด คือ 23.4 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง (n = 305)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	10.8
หญิง	272	89.2
ตำแหน่ง		
ทันตแพทย์	55	18.0
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	112	36.7
นักวิชาการ (ทันตสาธารณสุข)	120	39.3
อื่น ๆ	18	6.0
ระดับสถานที่ปฏิบัติงานให้บริการ		
ตติยภูมิ	60	19.7
ทุติยภูมิ	133	43.6
ปฐมภูมิ	112	36.7
จังหวัดที่ปฏิบัติงาน		
ปัตตานี	84	27.5
ยะลา	129	42.3
นราธิวาส	92	30.2
อายุ (แยกตามตำแหน่ง)	อายุเฉลี่ย (ปี)	อายุมากที่สุด / น้อยสุด (ปี)
ทันตแพทย์	33.8	52 / 25
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	29.2	48 / 22
นักวิชาการ (ทันตสาธารณสุข)	23.4	56 / 21
อื่นๆ (เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ พนักงานบริการ)	36.3	42 / 28

ข้อมูลการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19 พบว่าด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยภาพรวมสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง (\bar{X} = 3.04, S.D. = 1.29) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การส่งเสริมให้เฝ้าระวังโรคในช่องปากด้วยตนเอง สามารถประเมิน

สุขภาพช่องปากของตนเอง เพื่อประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการทันตกรรม เช่น ระบบปรึกษาทางไกล ให้ทันตสุขศึกษาและสอนทักษะ การตรวจและประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น ระบบโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน ไลน์ เฟสบุ๊ก เป็นต้น สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.31) และต่ำสุดในประเด็นเรื่องจัดการข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังสภาวะช่องปากผู้สูงอายุผ่านช่องทางออนไลน์ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$, S.D. = 1.40)

ด้านการป้องกันโรคในช่องปาก โดยภาพรวมสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 3.05$, S.D. = 1.21) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การทาฟลูออไรด์วานิช/การเคลือบฟลูออไรด์เจล ในคนไข้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุสูง ที่สถานบริการเท่านั้น สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$, S.D. = 1.16) และต่ำสุดในประเด็นเรื่องให้บริการน้ำลายเทียมหรือวุ้นข่มปาก กรณีพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง/ภาวะน้ำลายน้อย เพื่อการป้องกัน สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 2.62$, S.D. = 1.55)

ด้านการรักษาโรคในช่องปาก โดยภาพรวมสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 1.35) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเรงด่วนได้ (เรงด่วน คือ ภาวะที่ควรได้รับการดูแลทันที) สามารถปฏิบัติงานได้มาก ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 1.57) และต่ำสุดในประเด็นเรื่องให้บริการงานทันตกรรมเฉพาะทางได้ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 2.99$, S.D. = 1.66)

ด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก โดยภาพรวมสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 1.59) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ให้บริการแก้ไขฟันเทียม กรณีผู้ป่วยมีอาการ สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 2.93$, S.D. = 1.63) และต่ำสุดในประเด็นเรื่องให้บริการตรวจเช็คดูแลผู้ป่วยที่รักษาทางด้านฟันเทียม ต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 1.60) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลความสามารถปฏิบัติงานในการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19

การจัดบริการสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ความสามารถปฏิบัติงานได้
ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก			
1. การส่งเสริมให้เฝ้าระวังโรคในช่องปากด้วยตนเอง สามารถประเมินสุขภาพช่องปากของตนเอง เพื่อประเมินความจำเป็นในการเข้ารับบริการทันตกรรม เช่น ระบบปรึกษาทางไกล ให้ทันตสุขศึกษาและสอนทักษะการตรวจและประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง ผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น ระบบโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน ไลน์ เฟสบุ๊ก เป็นต้น	3.18	1.31	ปานกลาง
2. จัดกิจกรรมพัฒนาทักษะ การดูแลช่องปาก เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคในช่องปาก ลดการไปรับบริการทัน	3.06	1.37	ปานกลาง

การจัดบริการสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	ความสามารถปฏิบัติงานได้
กิจกรรม เช่น จัดการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก การบริโภคอาหาร ผ่านช่องทางออนไลน์ เป็นต้น			
3. การให้ความรู้แก่กลุ่มวัยต่างๆ ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันการเกิดโรคในช่องปากผ่านช่องทางออนไลน์	3.10	1.41	ปานกลาง
4. ส่งเสริม สนับสนุน การดูแลช่องปากผู้สูงอายุทั้งในและในสถานดูแลด้วยตนเอง โดยผู้สูงอายุ/ครอบครัว/ผู้ดูแล ผ่านช่องทางเทคโนโลยีออนไลน์ แทนการบริการเชิงรุกเยี่ยมบ้าน เช่น ให้ความรู้ ฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุรายบุคคลผ่านช่องทางออนไลน์ ทำการบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปากผ่านช่องทางออนไลน์ เป็นต้น	2.94	1.41	ปานกลาง
5. จัดการข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังสภาวะช่องปากผู้สูงอายุผ่านช่องทางออนไลน์	2.90	1.40	ปานกลาง
6. จัดระบบการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ให้คำปรึกษา นัดหมาย โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เช่น ประเมินอาการเบื้องต้น คัดกรองผ่านทางโทรศัพท์ นัดหมายล่วงหน้าก่อนมารับบริการทันตกรรมผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน เป็นต้น	3.05	1.35	ปานกลาง
\bar{x}	3.04	1.29	ปานกลาง
ด้านการป้องกันโรคในช่องปาก			
7. การทาฟลูออไรด์วานิช/การเคลือบฟลูออไรด์เจลในคนไข้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุสูง ที่สถานบริการเท่านั้น	3.43	1.16	ปานกลาง
8. การทาฟลูออไรด์วานิช/การเคลือบฟลูออไรด์เจลในเด็กนักเรียนจัดให้บริการในสถานบริการเท่านั้น	3.29	1.27	ปานกลาง
9. การทำฟลูออไรด์ในผู้สูงอายุ จัดให้บริการในสถานบริการเท่านั้น	3.08	1.30	ปานกลาง
10. ให้บริการน้ำลายเทียมหรือวันชุ่มปาก กรณีพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง/ภาวะน้ำลายน้อย เพื่อการป้องกัน	2.62	1.55	ปานกลาง
11. การเคลือบหลุมร่องฟันป้องกันฟันผุในเด็กนักเรียน จัดให้บริการในสถานบริการเท่านั้น	3.09	1.44	ปานกลาง

การจัดบริการสุขภาพ	\bar{x}	S.D.	ความสามารถปฏิบัติงานได้
12. การทา silver diamine fluoride ในการป้องกันฟันผุ และควบคุมฟันผุในสถานบริการ	2.80	1.56	ปานกลาง
\bar{x}	3.05	1.21	ปานกลาง
ด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก			
13. ให้บริการการดูแลฟันพุ่มสภาพช่องปาก เช่น การใส่ฟันเทียมครอบฟัน	2.89	1.61	ปานกลาง
14. ให้บริการตรวจเช็คดูแลผู้ป่วยที่รักษาทางด้านฟันเทียมต่อเนื่อง	2.86	1.60	ปานกลาง
15. ให้บริการแก้ไขฟันเทียม กรณีผู้ป่วยมีอาการ	2.93	1.63	ปานกลาง
\bar{x}	2.89	1.59	ปานกลาง

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

พบว่า ปัจจัยทุกข้อ ดังนี้ 1) โครงสร้างและนโยบาย 2) ระบบและกลไกสนับสนุน 3) ระบบการรักษาความปลอดภัย 4) ระบบการทำงานเครือข่าย 5) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน 7) บุคลากรสาธารณสุข 8) ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 9) อาคาร/สถานบริการ 10) งบประมาณที่ได้รับจัดสรร 11) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการทันตกรรมในด้านต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นปัจจัยข้อที่ 1) โครงสร้างและนโยบายที่ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดบริการทันตกรรมในด้านการป้องกันโรคในช่องปาก ด้านการรักษาโรคในช่องปาก และด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมากถึงปานกลาง ดังนี้

1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ($r = 0.676$) ระบบการทำงานเครือข่าย ($r = 0.611$) และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ($r = 0.587$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

2) ด้านการป้องกันโรคในช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการป้องกันโรคในช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ($r = 0.578$) ระบบการทำงานเครือข่าย ($r = 0.575$) และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ($r = 0.521$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

3) ด้านการรักษาโรคในช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการรักษาโรคในช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่าย ($r = 0.504$) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ($r = 0.445$) และอาคาร/สถานบริการ ($r = 0.424$) มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย

4) ด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ระบบการทำงานเครือข่าย ($r = 0.486$) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ ($r = 0.450$) และอาคาร/สถานบริการ ($r = 0.440$) มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย

ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ทรัพยากรสาธารณสุข และการเงินที่มีความสัมพันธ์กับการจัด บริการ
ทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
จำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข

พบว่า ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา
และฟื้นฟูสภาพช่องปากสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ($r = 0.796$) ระบบการบริการฉุกเฉิน
และการส่งต่อ ($r = 0.736$) และระบบการทำงานเครือข่ายในระดับตติยภูมิ ($r = 0.717$)

อภิปราย

การจัดการบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19

ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง
ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากภายใต้วิถีชีวิตใหม่
(New Normal) ที่ได้รับรู้ว่าภายใต้สถานการณ์โรค COVID-19 ที่ส่งผลให้บริการทันตกรรมต่างๆ ไม่สามารถ
ดำเนินการได้ตามปกติ มีการงด หรือ จำกัดบริการทันตกรรมบางประเภท ดังนั้น การดูแลสุขภาพช่องปากใน
สถานการณ์นี้ จึงมุ่งเน้นที่การส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก โดยส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพช่อง
ปากได้ด้วยตนเอง โดยการสร้างความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้และฝึก
ปฏิบัติผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น แอปพลิเคชัน ไลน์ เพจ เฟสบุ๊กต่างๆ [4] สำหรับประเด็นเรื่องจัดการข้อมูล
เพื่อการเฝ้าระวังสถานะช่องปากผู้สูงอายุผ่านช่องทางออนไลน์สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด
สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยเพื่อการรู้เท่าทัน
เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า ผู้สูงอายุมีขีดความสามารถการรู้เท่าทันเทคโนโลยีสารสนเทศและ
การสื่อสารเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยมีขีดความสามารถระดับปานกลางในองค์ประกอบของเรื่อง การเข้าถึง
การประเมิน การรวบรวม การจัดการ และระดับต่ำ ในองค์ประกอบของเรื่อง การสร้าง [8] และตามที่มีการวิจัย
เกี่ยวกับการพัฒนาระบบ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านโนนสง่า ตำบลขาง
อำเภอเขภา จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ความรู้ ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น
และการมีส่วนร่วมของกลุ่มให้ข้อมูลหลักเพิ่มขึ้น เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [9] ดังนั้นการส่งเสริม
สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ อาจต้องควบคู่ทั้งระบบออนไลน์กับการดูแลเชิงรุก

ด้านการป้องกันโรคในช่องปาก จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง
และประเด็นเรื่องให้บริการน้ำลายเทียมหรืออุ่นชุ่มปาก กรณีพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง/ภาวะน้ำลายน้อย เพื่อการ
ป้องกันสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่ฉุกเฉินหรือเร่งด่วน
จึงมีการงดให้บริการหรือเลื่อนไปจนกว่าสถานการณ์ที่พื้นที่การระบาดได้รับการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ [6]
สอดคล้องกับข้อมูลรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2558 พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม
ได้เพียงร้อยละ 8.1 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสม
สำหรับประเทศไทย: ตัวอย่างเครือข่ายโรงพยาบาลโพททอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า สถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่
ยังไม่มีบุคลากรเฉพาะทางด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ และผู้บริหารไม่มีนโยบายเฉพาะ สำหรับทันตกรรมผู้สูงอายุ
และได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านทันตกรรมผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ [10] จากข้อมูลการสำรวจและงานวิจัย
ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ในสถานะปกติกลุ่มผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้น้อย และการให้บริการทันตกรรม

ยังมีข้อจำกัด เมื่อมีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยิ่งส่งผลให้การบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุยิ่งน้อยลงและยากมากขึ้นกว่าเดิม

ด้านการรักษาโรคในช่องปาก จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ในขณะที่กิจกรรมให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนได้ (เร่งด่วน คือ ภาวะที่ควรได้รับการดูแลทันที) สามารถปฏิบัติงานได้มาก เพราะในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงสามารถทำหัตถการทันตกรรมได้ในกรณีฉุกเฉิน และเร่งด่วน ตามแนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่กรมการแพทย์ได้ประกาศไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ มาตราการระดับที่ 4 สถานการณ์ที่มีการระบาดเป็นวงกว้าง (Declared State of Emergency: Pandemic Phase) ทำหัตถการทันตกรรมเฉพาะกรณีฉุกเฉิน (Emergency Case) เท่านั้น มาตราการระดับที่ 3 สถานการณ์ที่พื้นที่การระบาดได้รับการควบคุม (Active Management of a Community Outbreak and Confirmed Outbreak) ทำหัตถการทันตกรรมในกรณีฉุกเฉิน (Emergency) และเร่งด่วน (Urgent) เท่านั้น [6] จากมาตรการและแนวทางข้างต้น ทำให้ประเด็นเรื่องให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนยังสามารถดำเนินการได้แม้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก จากผลการศึกษาในภาพรวมพบว่าสามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง ซึ่งประเด็นให้บริการแก้ไขฟันเทียม กรณีผู้ป่วยมีอาการ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง และให้บริการตรวจเช็คดูแลผู้ป่วยที่รักษาทางด้านฟันเทียมต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด สามารถปฏิบัติงานได้ปานกลาง สอดคล้องกับข้อมูลแนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ระบุสัดส่วนการให้บริการทันตกรรม โดยพิจารณาว่าในภาวะไม่เร่งด่วน ให้พิจารณาในกรณีที่ผู้ป่วยต่อเนื่อง หรือในกรณีที่หากขาดการดูแลรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย ในสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ มีดังนี้ 1) ครอบฟันชั่วคราวที่ใส่มาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ซึ่งอาจจะมีการรื้อซึมและอาจทำให้เกิดฟันผุต่อได้ รวมถึงครอบฟันชั่วคราวแตก 2) ครอบฟัน หลุด ขยับ ผุ 3) ครอบฟันชั่วคราวและฟันเทียมชั่วคราวใน Rehabilitation case ที่จำเป็นต้องประเมินและปรับการสบฟันอย่างต่อเนื่อง 4) ฟันที่รักษาคลองรากฟันแล้วและรอการบูรณะ 5) ฟันเทียมที่ต้องมีการเปลี่ยน soft liner 6) ฟันเทียมที่จำเป็นต้องได้รับการกรอแก้ไขเนื่องจากใส่แล้วเจ็บ 7) ฟันเทียมที่ทำเสร็จแล้วรอใส่ [4] จากแนวทางที่กำหนดส่งผลให้สามารถจัดบริการเกี่ยวกับฟันเทียมได้ในบางกรณีแม้ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเมื่อมีอาการปวดจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยเร่งด่วน ซึ่งตามแนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สามารถทำหัตถการทันตกรรมได้ในกรณีฉุกเฉิน และเร่งด่วน

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า ข้อมูลการจัดบริการทันตกรรมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ด้านการป้องกันโรคในช่องปาก ด้านการรักษาโรคในช่องปาก และด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่า 1 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลไม่มีการกระจาย กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่างกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับสถานบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกัน การจัดบริการทันตกรรมจึงมีความแตกต่างกันตามระดับสถานบริการแต่ละแห่ง จึงทำให้ความคิดเห็นในเรื่องความสามารถในการปฏิบัติงานของทันตบุคลากรมีความคิดเห็นต่างกันนั่นเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19

ปัจจัยทุกข้อ ได้แก่ 1) โครงสร้างและนโยบาย 2) ระบบและกลไกสนับสนุน 3) ระบบการรักษาความปลอดภัย 4) ระบบการทำงานเครือข่าย 5) ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ 6) การมีส่วนร่วมของชุมชน 7) บุคลากรสาธารณสุข 8) ยา/เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ 9) อาคาร/สถานบริการ 10) งบประมาณที่ได้รับจัดสรร 11) การบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการทันตกรรมในด้านต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นปัจจัยข้อที่ 1) โครงสร้างและนโยบาย ที่ไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดบริการทันตกรรมในด้านการป้องกันโรคในช่องปาก ด้านการรักษาโรคในช่องปาก และด้านการฟื้นฟูสภาพช่องปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับน้อยมากถึงปานกลาง โดยพบว่า ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบการทำงานเครือข่าย และการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับกับการจัดบริการทันตกรรมในด้านต่างๆ ส่วนใหญ่ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางบวกสูงสุดเป็น 3 อันดับแรก ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยถึงปานกลาง อาจเนื่องจากในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การจัดบริการทันตกรรม จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชน และการทำงานร่วมกันของหลายองค์กร ประสานการทำงานกันเป็นเครือข่าย เพื่อให้สามารถดำเนินการจัดบริการทันตกรรมได้และปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการทันตกรรมในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ว่า การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ควรเน้นการให้ทันตสุขศึกษาผ่านระบบออนไลน์ โดยชุมชนมีส่วนร่วม การป้องกันโรคในช่องปาก เน้นการฟิงพา และดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง การรักษาโรคในช่องปาก เน้นการรักษาในกรณีฉุกเฉินหรือเร่งด่วนเพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย และการฟื้นฟูสภาพช่องปาก เน้นการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน โดยมีส่วนร่วมในการติดตามผลผ่านระบบออนไลน์

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดบริการทันตกรรมจำแนกตามระดับสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากสูงสุด 3 อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และระบบการทำงานเครือข่ายในระดับตติยภูมิ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากคำถามปลายเปิด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดบริการทันตกรรมในช่วงสถานการณ์โควิดว่า ควรเน้นการให้ทันตสุขศึกษาผ่านระบบออนไลน์ในทุกกลุ่มวัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม เน้นการฟิงพา และดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง และเน้นการรักษาในกรณีฉุกเฉินหรือเร่งด่วน เพื่อลดความทรมานของผู้ป่วย

สรุป

การจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ที่สามารถให้บริการได้มากที่สุด ได้แก่ ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเร่งด่วนได้

ส่วนการจัดบริการทันตกรรมที่สามารถให้บริการได้น้อยที่สุด ได้แก่ ให้บริการน้ำลายเทียม หรือวุ้นข่มปาก กรณีพบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง/ภาวะน้ำลายน้อย เพื่อการป้องกัน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ไม่ฉุกเฉินหรือเร่งด่วน จึงมีการงดให้บริการหรือเลื่อนไปจนกว่าสถานการณ์ที่พื้นที่การระบาดได้รับการควบคุมอย่างมีประสิทธิภาพ [6]

ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปาก สูงสุด 3 อันดับแรก คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบการบริการฉุกเฉินและการส่งต่อ และระบบการทำงานเครือข่ายในระดับตติยภูมิ

การนำข้อเสนอแนะผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางเชิงนโยบายในเรื่องการจัดบริการทันตกรรมภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบ ให้กับหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในด้านทันตกรรม โดยให้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาและดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเองที่บ้าน โดยนำระบบเทคโนโลยีสื่อออนไลน์มาปรับใช้ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนคือ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และประเมินผล บนบริบทวิถีชีวิตของคน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ลดความเสี่ยงในการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการจัดบริการทันตกรรมภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออื่น ๆ ที่มีผลต่อการให้บริการทันตกรรม
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบควบคุมคู่กันทั้งในหน่วยบริการภาครัฐ และเอกชน รวมถึงคลินิกทันตกรรมส่วนบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาปัญหาทางสาธารณสุขครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานอันได้แก่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือจากผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ปาริฉัตร อุทัยพันธ์ ประธานกรรมการสอบโครงการวิจัยฯ อาจารย์ ทพญ.ขวัญจิต พงศ์รัตนามาน และอาจารย์ ทพญ.อภิญญา อภัยมณี ที่กรุณาช่วยให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องตลอดจนแนวคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้การศึกษามีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส รวมถึงเจ้าหน้าที่กลุ่มงานทันตกรรมของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ที่ให้ความร่วมมือในการประสานกับทันตบุคลากรในพื้นที่ เพื่อตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณทันตบุคลากรในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนสามารถดำเนินการศึกษาปัญหาเฉพาะทางสาธารณสุขสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการ SCPHYLIB-118/2564

การอ้างอิง

นุรอิมานี รอหม๊ะ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดบริการทันตกรรมในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(2): 65-79.

Romah N. Situations and Factors Related to the Arrangement of Dental Services in Public Health Facilities under COVID-19 in 3 Southern Border Provinces. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(2): 65-79.

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Coronavirus (COVID-19). Accessed 28 June 2021 from <https://covid19.who.int>
- [2] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2564 จาก <http://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- [3] กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 30 มีนาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2564 จาก https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId= 32
- [4] สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากภายใต้วิถีชีวิตใหม่ (New normal). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 2563.
- [5] ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลสถานะสุขภาพช่องปาก. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2564 จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- [6] กรมการแพทย์. แนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานการผ่อนปรนการรักษาทางทันตกรรมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 20 กรกฎาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 19 กรกฎาคม 2564 จาก https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/2021010611184.pdf
- [7] ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนบุคลากรสาธารณสุขจากแฟ้ม PROVIDER จำแนกตาม PROVIDERTYPE. สืบค้นเมื่อ 7 สิงหาคม 2564 จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- [8] พิมพ์ใจ ทายะติ. รูปแบบการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย เพื่อการรู้เท่าทัน เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
- [9] ณัฐวุฒิ พูลทอง, สมศักดิ์ อาภาศรีทองกุล, และสุพัตรา วัฒนเสน. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน บ้านโนนสง่า ตำบลชาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบึงกาฬ. วารสารทันตภิบาล. 2559; 27(2): 53-67.
- [10] ฉวีวรรณ รักดีธนากุล, อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัตติ, อัญชลี เนาวรัตน์โสภณ, ประพันธ์ พิพัทธศักดิ์, แพรวไพลิน สมพิร์วงศ์, และวีรพันธ์ วิชาไทย. การพัฒนารูปแบบการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

ไทย ตัวอย่างเครือข่ายโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารกรมการแพทย์. 2562; 44(5): 139-144.

ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านท่านหนึ่ง
ในตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา

The Wisdom of Folk Healers for Female Infertility Treatment : A Case Study
of a Folk Healer in Prunai Sub-district, Kohyao District, Phang-Nga Province

พริมยา คล่องสมุทร^{1*} กนกกร มอหะหมัด² และคอรีเยาะ อะแซ²

Piromya khlongsamut^{1*}, Kanokkorn Kanokkorn², and Khareeyoh Asae²

^{1*} โรงพยาบาลพังงา ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา 82000

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก 95000

^{1*} Phang Nga Hospital, Thai Chang Sub-district, Muang Phang Nga District, Phang-Nga Province. 82000

² Sirindhorn College of Public Health Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. 95000

* Corresponding Author: พริมยา คล่องสมุทร E-mail: amisdadawasda@gmail.com

Received : 28 February 2023

Revised : 15 May 2023

Accepted : 9 June 2023

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านท่านหนึ่งในตำบลพรุใน อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก และตำรับยาที่ใช้ในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ หมอไห้โหยบ ไถนาเพรียว ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation) จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า หมอพื้นบ้านที่ทำการศึกษา อายุ 84 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีประสบการณ์การเป็นหมอพื้นบ้านร่วม 40 ปี โดยมีความชำนาญด้านการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก มีการบอกเล่าปากต่อปาก ทำให้มีผู้เข้ามารับการรักษากันเป็นจำนวนมาก จนเป็นหมอพื้นบ้านที่มีชื่อเสียง และเป็นที่ยอมรับภายในชุมชน สำหรับการกระบวนกรดูแลสตรีที่มีบุตรยาก เริ่มจากการซักประวัติ การรักษาด้วยคาถา และตำรับยาสมุนไพร โดยสมุนไพรที่ใช้ในตำรับมีทั้งหมด 24 ชนิด นำไปต้มรับประทานจนมีรสจืด จากนั้นติดตามผลการรักษา โดยนัดผู้ป่วยมาพบหลังจากรับประทานยาต้มไปแล้ว 1 เดือน หรือจนกว่ายาต้มนั้นจะเปลี่ยนจากรสขมเป็นรสจืด ซึ่งผู้ป่วยที่รับประทานยาต้มไปแล้ว ประมาณ 2-3 เดือน ประจำเดือนสีด้าจะค่อยๆ มีสีอ่อนลง จนเป็นสีแดง ซึ่งหมายถึงระบบโลหิตเป็นปกติ มีผลให้สามารถมีบุตรได้ง่ายขึ้น และไม่มีข้อห้ามใดๆ ในการดูแลสตรีบุตรยากของหมอพื้นบ้านท่านนี้

คำสำคัญ: ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้าน สตรีที่มีบุตรยาก สมุนไพร

Abstract

Local wisdom has received increasing attention in the context of resilience-based approaches to health development. The objective of this study was to investigate the knowledge and practices of Folk Healers in the treatment of female Infertility and to compile the formulas used in the development of herbal remedies. We used a combination of qualitative research procedures, including In-depth interview and non-participation observations, to explore the knowledge, experience, and know-how of Folk healer. We performed descriptive statistical analysis to explore the data and help with its interpretation. The results of the study are as follows: Mr. Haiyob Thainaprew, an 84 years old man who has the beliefs and practices of Islam for 40 years of experience as a folk healer. His long experience practicing in his community had granted him a good reputation, and many people visited him to receive suggestions, diagnosis, and treatment. He had refined his own procedure to diagnose and treat female infertility. He started the process by asking questions. Then he proceeded with incantations accompanied by the offering of herbal remedies. He used a total of 24 species of herbs in his treatment, which was boiled until the recipe became tasteless and easier to ingest for his patient. Patients took the decoction for a few months, and the color of their black menstrual period changed to red. This meant that a normal blood supply would allow you to have children, and there was no prohibition on caring for infertile women.

Keywords: The Wisdom of Folk Healers, Female Infertility, Herbal remedies

บทนำ

ภาวะการมีบุตรยากเป็นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญปัญหาหนึ่งของทั่วโลก และประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของประเทศ โดยประเทศไทยที่มีภาวะการเจริญพันธุ์ต่ำจะส่งผลให้สัดส่วนจำนวนประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงานลดลง [1] สำหรับประเทศไทยปัญหาการมีบุตรยากจากการสำรวจพบว่า ประชากรไทย อายุ 15 - 59 ปีที่มีคู่สมรส มีปัญหาเรื่องมีบุตรยากอยู่ร้อยละ 9.8 โดยปัญหาการมีบุตรยากไม่แตกต่างกันระหว่างคนที่อาศัยในเขตเทศบาลและนอกเขต ซึ่งภาคใต้มีปัญหาภาวะมีบุตรยากสูงสุด คือร้อยละ 12.8 [2] จากสถิติการมีบุตรยากที่เพิ่มขึ้นนั้น ยังมีแนวโน้มว่า อัตราการมีบุตรยากของสตรีไทยในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย เพราะปัจจัยต่างๆ เช่น อายุที่มากขึ้น การแต่งงานช้าลง อีกทั้งสตรีที่สมรสก็มีการใช้การคุมกำเนิดในสัดส่วนที่สูงขึ้น หรือการคุมกำเนิดบางวิธีจะส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งทำให้อัตราความสำเร็จในการตั้ง ครรภ์ตามธรรมชาติก็ลดลง [3] แม้ว่าปัจจุบันเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์สำหรับรักษาภาวะการมีบุตรยากจะก้าวหน้าไปอย่างมาก แต่ค่าใช้จ่ายในการรักษาอาจยังสูงเกินไปสำหรับคู่สามีภรรยาส่วนใหญ่ และไม่สามารถเบิกจ่ายได้จากระบบหลักประกันสุขภาพ [4] ดังนั้นการรักษาภาวะ การมีบุตรยากจึงต้องพิจารณาทางเลือกอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยการแพทย์พื้นบ้าน

การแพทย์พื้นบ้าน (Indigenous Medicine หรือ Folk Medicine) เป็นส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาด้านสุขภาพท้องถิ่น มีการผสมผสานกับการแพทย์แบบอื่น และมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้องค์ความรู้ของการแพทย์พื้นบ้าน ยังเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดผ่านประสบการณ์ตรง และสะสมเรียนรู้จากการปฏิบัติภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมเฉพาะ [5] โดยมีหมอพื้นบ้านที่อยู่ในท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลสุขภาพ และรักษาโรคให้กับผู้ป่วยในท้องถิ่นนั้นๆ [6] มีประชาชนในหมู่บ้านรับรองไม่น้อยกว่าสิบคน หรือเป็นผู้ที่ได้รับการรับรองจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น [7] ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ในการรักษาโรค และการใช้ยาสมุนไพร ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการแพทย์จะมีความก้าวหน้า และมีสถานพยาบาลที่อำนวยความสะดวกมากขึ้น แต่หมอพื้นบ้านก็ยังเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคของประชาชน [8] โดยปัญหาสุขภาพที่คนในชุมชนมารักษากับหมอพื้นบ้าน เช่น โรคเรื้อรัง ภูมิแพ้ โรคผิวหนัง โรคสตรี และภาวะการมีบุตรยาก

โดยในพื้นที่ตำบลพรุใน อำเภอกะเยว จังหวัดพังงา พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากจากหมอพื้นบ้าน หมอไห้โหยบ ไถนาเพรียว ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชน และพื้นที่ใกล้เคียงว่ามีความสามารถในการรักษาโรคต่างๆ เช่น เรื้อรัง ภูมิแพ้ นิว โรคโลหิตระดูสตรี จากผลการรักษาของหมอพื้นบ้านท่านนี้ทำให้มีการบอกเล่าปากต่อปาก จึงส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าว และพื้นที่ใกล้เคียงเข้ารับการรักษามากขึ้น ซึ่งจากบทบาทของหมอพื้นบ้านที่นำภูมิปัญญามาใช้ในการรักษาโรคถือเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ปัญหาของสตรีที่มีบุตรยากนั้น ถือเป็นปัญหาหนึ่งของสุขภาพที่ในปัจจุบันอัตราการมีบุตรยากนั้นเพิ่มสูงขึ้น แต่ข้อมูลในการดูแลรักษายังมีอยู่น้อย ผู้ทำวิจัยจึงตระหนักถึงคุณค่าของภูมิปัญญาเหล่านี้ จึงได้ทำการศึกษาข้อมูลภูมิปัญญาในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก และเข้ารับยาในการดูแลสตรีที่มีบุตรยากของหมอพื้นบ้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน และเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบ Case Study Research โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth Interview) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participation Observation) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการหาคำตอบ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก โดยหมอพื้นบ้านที่ทำการศึกษามีประสบการณ์การรักษาสตรีที่มีบุตรยากมา 40 ปี ใช้วิธีการคัดเลือกหมอพื้นบ้านโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก คือต้องมีความเชี่ยวชาญในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก เป็นหมอพื้นบ้านที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล คือ หมอไห้โหยบ ไถนาเพรียว และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก จากหมอพื้นบ้านท่านนี้ ซึ่งการเลือกผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก

จะสอบถามหมอฟื้นบ้านก่อน แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มผู้ที่เคยเข้ารับการรักษาที่หมอฟื้นบ้านท่านนี้ ด้วยวิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เลือกเอาผู้ที่เคยรับการรักษาที่หมอฟื้นบ้าน ครั่งล่าสุด ตั้งแต่เดือนมกราคม – พฤษภาคม 2563 มา 3 คน มีอายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป และมีความยินดีที่จะให้ข้อมูล

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้อุปกรณ์สำหรับบันทึกข้อมูล ได้แก่ กระดาษสำหรับบันทึกข้อมูล ชุดเครื่องเขียน อุปกรณ์บันทึกเสียง และอุปกรณ์ถ่ายภาพ อีกทั้งยังมีเอกสารแนวทางการสัมภาษณ์อีก 2 ชุด ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์หมอฟื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และมีการดัดแปลงแบบสัมภาษณ์จากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไปของหมอฟื้นบ้าน และข้อมูลเกี่ยวกับองค์ความรู้ กระบวนการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก และแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยรับการรักษา เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และมีการดัดแปลงแบบสัมภาษณ์จากงานวิจัยภูมิปัญญาหมอฟื้นบ้านในการรักษาโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โดยนายนำพล แปนเมือง แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบ และประเมินเครื่องมือ โดยจะใช้ดัชนีความสอดคล้อง IOC ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Approach) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมทั้งหมด มาตรวจสอบความครบถ้วน เมื่อตรงตามวัตถุประสงค์แล้วจึงนำข้อมูลทั้งหมดมาสรุป

ผลการวิจัย

1) ศึกษาและรวบรวมภูมิปัญญาหมอฟื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก

สาเหตุของการมีบุตรยากของหมอฟื้นบ้าน พบว่าการมีบุตรยากมีสาเหตุจากโลหิตพิการทำให้ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคือ ระบุเป็นสีดำ และมีผื่นคันเป็นวงขึ้นตามร่างกาย

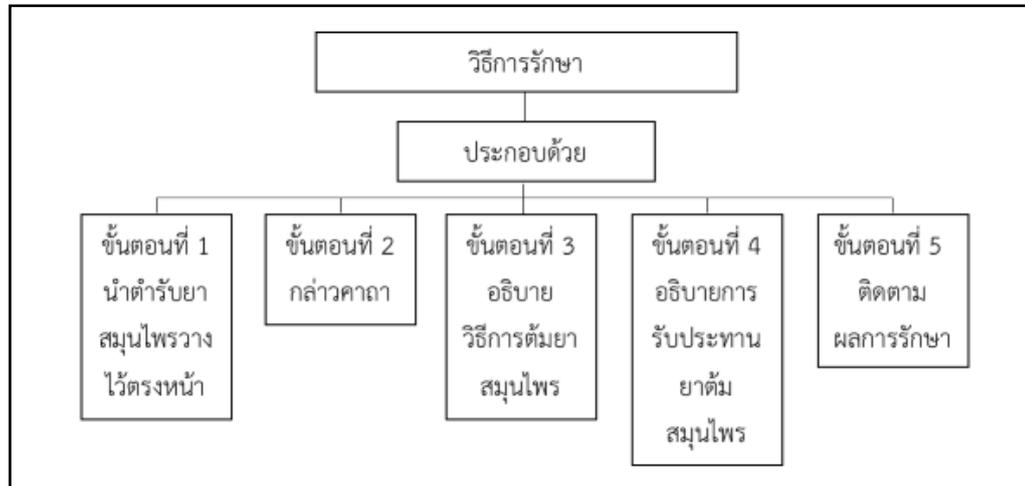
กระบวนการรักษา มีดังนี้

การซักประวัติ พบว่าหมอโหยบ โถนาเพรียว จะซักถามคนไข้ถึงอาการที่เป็น และสีประจำเดือน

การวินิจฉัย พบว่าหมอฟื้นบ้าน มีการวินิจฉัยสตรีที่มีบุตรยากโดยสีของประจำเดือน ซึ่งผู้ที่มีภาวะการมีบุตรยากจะมีสีประจำเดือนเป็นสีดำ สีเหมือนน้ำคาวปลา หรือสีน้ำตาลอ่อนจางๆ มีอาการคัน ผุดเป็นดวงบริเวณทั่วร่างกาย ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดจากเพศเลือดที่ผิดปกติ ดังคำกล่าวของหมอฟื้นบ้าน

“คนที่มีลูกยาก สีเลือดเขาจะเป็นสีดำ สีเหมือนน้ำคาวปลาก้มี สีเลือดอ่อนจาง ๆ สีทั้งหมดนี้เป็นสีเลือดร้าย ยิ่งถ้าเป็นสีดำร้ายสุดแล้วของเลือด อีกอย่างสังเกตมีคันตามตัว ให้พุ ให้เห็นเป็นดอก ให้แตกไปทั่วตัว นั้นแหละทั้งหมดมาจากเพศเลือดนั้นมันไม่ดี ทำให้มีลูกไม่ได้”

วิธีการรักษา พบว่าหมอพื้นบ้านใช้วิธีการรักษาสตรีที่มีบุตรยากโดยกล่าวคาถา และให้คนไข้รับประทานยาสมุนไพร โดยนำตัวยาสมุนไพรแห้งที่ห่อกระดาษ แล้วนำมาเปิดห่อสมุนไพรวางไว้ตรงหน้า กล่าวคาถา (ดูอาอ.) ที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ อธิบายวิธีการต้มสมุนไพรให้คนไข้ฟัง อธิบายการรับประทานยาต้มสมุนไพรให้คนไข้ฟัง และติดตามผลการรักษาหลังจากรับประทานยาต้มสมุนไพรไปแล้ว 1 เดือน หรือจนกว่ายาต้มจะมีรสจืด ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วิธีการรักษาของหมอโหโยบ โถนาเพรียว

ผลการรักษา พบว่าหมอพื้นบ้านจะติดตามคนไข้หลังจากรับประทานยาต้มไปแล้ว 1 เดือน หรือจนกว่ายาต้มนั้นจะเปลี่ยนจากรสขมเป็นรสจืด ซึ่งผู้ป่วยที่รับประทานยาต้มไปแล้ว ประมาณ 2-3 เดือน ประจำเดือนสีดำจะค่อยๆ มีสีอ่อนลง เพราะยาได้ขับเลือดร้ายออกไป และเมื่อประจำเดือนเปลี่ยนเป็นสีแดง ซึ่งหมายถึงระบบโลหิตเป็นปกติ มีผลทำให้คนไข้มีโอกาสมีบุตรได้ง่ายขึ้น โดยคนไข้จะเข้ามาหาหมอที่บ้านเอง และหากคนไข้มีอาการต่างๆ ดีขึ้น ประจำเดือนมาปกติ หรือต้องการยาเพิ่มคนไข้ก็มาหาหมอที่บ้านเองเช่นกัน

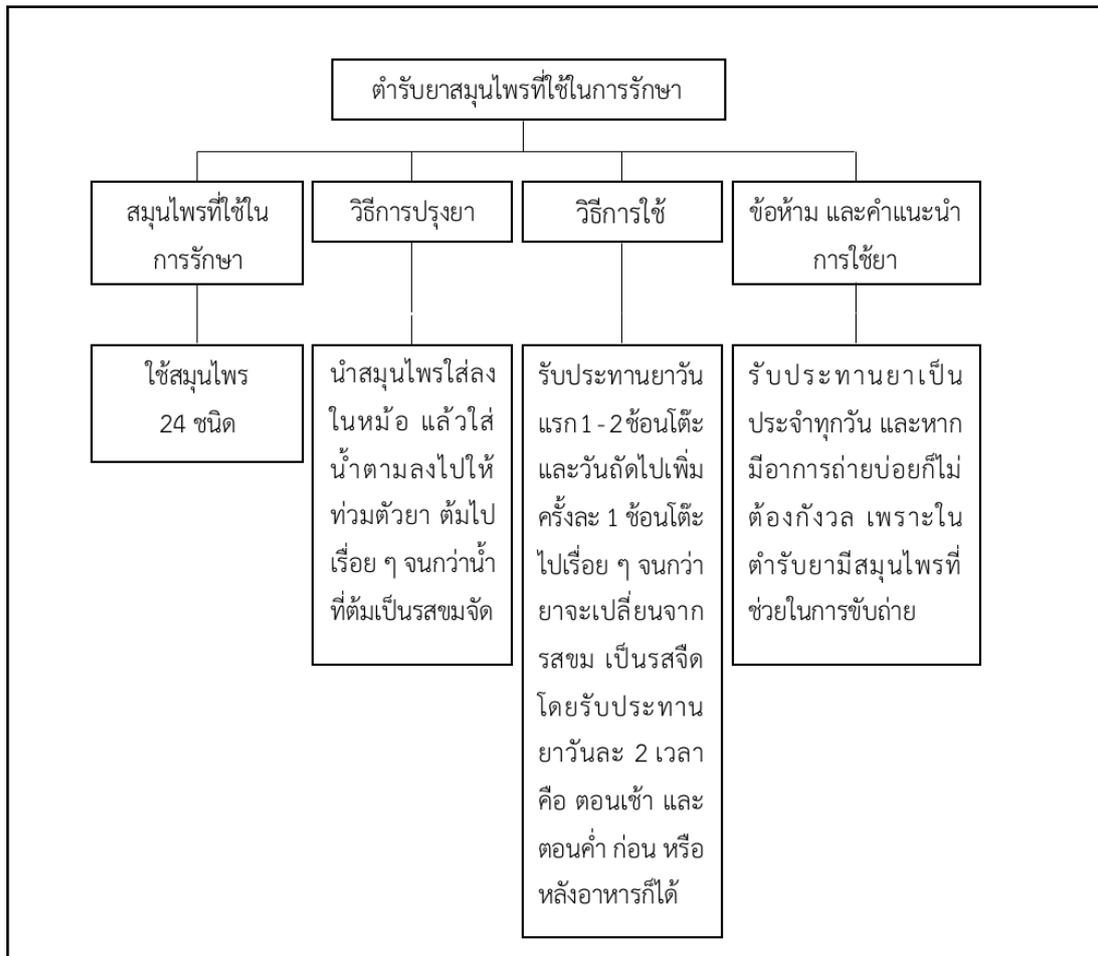
2) ศึกษาและรวบรวมตำรับยาที่ใช้ในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก

สมุนไพรที่ใช้ในการรักษา พบว่าตำรับยาที่หมอพื้นบ้านใช้ในการรักษาภาวะ สตรีที่มีบุตรยาก ประกอบด้วย โกฎหัวบัว โกฎสอ โกฎเขมา โกฎเชียง โกฎจุฬาลำพา สมอไทย สมอเทศ สมอภิภก เกสรบัวหลวง ดอกสารภี ดอกจันทร์ ดอกกานพลู ดอกบุนนาค ดอกพิทูล ดอกคำฝอย ดอกจำปา ต้นเลือดแรด เหง้าว่านน้ำ ฝักส้มป่อย ใบมะกา กฤษณา กระลำพัก หนังกิ่งละ 1 บาท ยาตำ หนัก 2 บาท และฝักราชพฤกษ์ หนัก 4 บาท

วิธีการปรุงยา พบว่าหมอพื้นบ้านใช้วิธีการปรุงยาด้วยวิธีการต้ม โดยต้มน้ำให้เดือด ใส่สมุนไพรแห้งทั้ง 24 ชนิด ลงไปในหม้อ แล้วใส่น้ำตามลงไปให้ท่วมตัวยา ต้มไปเรื่อยๆ จนกว่าน้ำที่ต้มเป็นรสขมจัด หากต้มแล้วยังไม่เป็นรสขมให้นำมาต้มใหม่จนกว่าจะมีรสขมจัด หลังจากนั้นนำยาที่ได้มารับประทาน

วิธีการใช้ ให้คนไข้รับประทานยาวันแรก 1 - 2 ช้อนโต๊ะ และวันถัดไปเพิ่มทีละ 1 ช้อนโต๊ะไปเรื่อยๆ จนกว่ายาจะเปลี่ยนจากรสขมเป็นรสจืด โดยรับประทานยา 2 เวลา คือ ตอนเช้า และตอนค่ำ ก่อนหรือหลังอาหารก็ได้

ข้อห้ามและการแนะนำในการใช้ยา พบว่าตำรับยานี้ไม่ได้มีข้อห้ามใดๆ ส่วนคำแนะนำให้คนไข้รับประทานยาเป็นประจำทุกวัน และหากมีอาการถ่ายบ่อยก็ไม่ต้องกังวล เพราะในตำรับยามีสมุนไพรที่ช่วยในการขับถ่าย เพื่อจะขับเลือดเสียออกมา ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ในการดูแลสุขภาพที่มีบุตรยากของหมอโหโยบ โถนาเพรียว

อภิปราย

การมีบุตรยากมีสาเหตุจากโลหิตพิการทำให้ผู้ป่วยมีอาการสำคัญคือ ระบุเป็นสีดำ และมีผื่นคันเป็นวงขึ้นตามร่างกาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอรทัย เนียมสุวรรณ และศรายุทธ ต้นเกียรติ [9] ซึ่งพบว่าหมอพื้นบ้านเชื่อว่าโรคเกี่ยวกับสตรีนั้นมีสาเหตุมาจากระบบโลหิตที่ขุ่น ดังนั้นการที่โลหิตดีจะสามารถป้องกันโรคอื่นๆ ที่จะตามมาได้ และสอดคล้องกับคัมภีร์มหาโชติรัตน์ [10] ที่กล่าวถึงลักษณะอาการทุจจริตโทษ ประการที่ 4 ให้ผิวหนังเป็นเม็ดขึ้นเป็นวงดำ แดง ขาว เขียว หรือผุดออกเป็นผด ทำให้มีอาการคันทั่วร่างกาย

การตรวจรักษาของหมอโหโยบ โถนาเพรียว จะซักถามคนไข้ถึงอาการที่เป็น และสีประจำเดือน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกัญทิวิร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ [11] ซึ่งพบว่าหมอพื้นบ้านจะพิจารณาว่าผู้ป่วยมาด้วยโรคหรืออาการอย่างไรด้วยการซักถามผู้ป่วย และสังเกตอาการภายนอกที่พอสังเกตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญทร ยินเจริญ, สิริรัตน์ เลหาประภานนท์, ศรีนทร์รัตน์ จิตจำ, และสฤติภรณ์ ชูแก้ว [12] การซักประวัติหมอพื้นบ้านจะสอบถามอาการของคนไข้ และลักษณะของประจำเดือน จากนั้นจะจ่าย

ยาตำรับยาสมุนไพรเพื่อรักษาโรคให้แก่ผู้ป่วย ส่วนการวินิจฉัยของหมอโหโยบ โถนาเพรียว ที่ทำการรักษาในครั้งนี้ พบว่ามีการวินิจฉัยสตรีที่มีบุตรยากโดยการซักถามถึงสีประจำเดือน ซึ่งผู้ที่มีภาวะการมีบุตรยากจะมีสีประจำเดือนเป็นสีดำ สีเหมือนน้ำคาวปลา หรือสีน้ำเลือดอ่อนจางๆ มีอาการคัน ผดเป็นดวง บริเวณทั่วร่างกาย ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดจากเพศเลือดที่ผิดปกติ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ชนก วรรณแจ่ม, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, บัญญัติ ยงยวน, และสมใจ นกดี [6] ซึ่งพบว่าหมอพื้นบ้านมีการสอบถามอาการที่ไม่สามารถสังเกตได้ โดยให้ผู้ป่วยเล่าความเจ็บป่วยมาก่อน และสอบถามเกี่ยวกับอาการที่สังเกตได้ เช่น บาดแผล ตุ่ม ผื่น บนร่างกายว่ามีหรือไม่มี ถ้ามีเป็นการแสดงออกของโรคอะไร และสอดคล้องกับลักษณะอาการทุจจริตโทษ ประการที่ 4 ในคัมภีร์มหาโชติรัตน์ [10] คือ ให้ผิวหนังเป็นเม็ดขึ้นเป็นวงดำ แดง ขาว เขียว หรือผุดออกเป็นผด ทำให้มีอาการคันทั่วร่างกาย

วิธีการรักษาของหมอโหโยบ โถนาเพรียว ใช้วิธีการรักษาสตรีที่มีบุตรยากโดยกล่าวคาถา และให้คนไข้รับประทานยาสมุนไพร โดยจะนำตำรับยาสมุนไพรแห่งที่หอกระตาศ แล้วนำมาเปิดห่อสมุนไพรวางไว้ตรงหน้า กล่าวคาถา (ดูอา.) อธิบายวิธีการต้มสมุนไพร การรับประทานยาสมุนไพร และติดตามผลการรักษาหลังจากรับประทานยาต้มสมุนไพรไปแล้ว 1 เดือน หรือจนกว่ายาต้มจะมีรสจืด ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของธณัฐ ทองชูช่วย, กิตติ ต้นไทย, และจักรกริช อนันตศรีณย์ [13] กระบวนการในการรักษาโรคของหมอพื้นบ้านมีการใช้สมุนไพรที่แตกต่างกันไปตามชนิดและลักษณะอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยที่ปรากฏ มีการใช้คาถา มีพิธีกรรมตามความเชื่อมาใช้ในกระบวนการของการบำบัดรักษา และมีการติดตามผลของการรักษาเป็นระยะ และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกัณท์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ [11] ซึ่งพบว่าหลังจากหมอวินิจฉัยโรคแล้วก็จะดำเนินการรักษา โดยส่วนมากนิยมใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นยาที่ปรุงขึ้นใช้เอง

ผลการรักษา พบว่าหมอโหโยบ โถนาเพรียว จะติดตามคนไข้หลังจากรับประทานยาต้มไปแล้ว 1 เดือน หรือจนกว่ายาต้มนั้นจะเปลี่ยนจากรสขมเป็นรสจืด ซึ่งผู้ป่วยที่รับประทานยาต้มไปแล้ว ประมาณ 2-3 เดือน ประจำเดือนสีดำจะค่อยๆ มีสีอ่อนลง เพราะยาได้ขับเลือดร้ายออกไป และเมื่อประจำเดือนเปลี่ยนเป็นสีแดง ซึ่งหมายถึงระบบโลหิตเป็นปกติ มีผลทำให้คนไข้มีโอกาสมีบุตรได้ง่ายขึ้น โดยคนไข้จะเข้ามาหาหมอที่บ้านเอง และหากคนไข้มีอาการต่างๆ ดีขึ้น ประจำเดือนมาปกติ หรือต้องการยาเพิ่มคนไข้ก็เข้ามาหาหมอที่บ้านเองเช่นกัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของภทรธิรา ผลงาม [14] ซึ่งพบว่าขั้นตอนในการติดตามผลการบำบัดรักษาของหมอพื้นบ้านจังหวัดเลยหลังจากได้วินิจฉัยโรค และทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยแล้ว โดยการให้ยาสมุนไพรกลับไปรับประทานที่บ้านเป็นเวลาสองสัปดาห์ จะมีการติดตามผลโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติกลับมา รับประทานยาเพิ่มแล้วจึงสอบถามอาการผู้ป่วย และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ เลหาประภานนท์, กัญทร ยินเจริญ, และศรีนทร์รัตน์ จิตจำ [15] ซึ่งพบว่าหมอพื้นบ้านจะติดตามอาการผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาเป็นเวลา 1 เดือน ร่วมกับการสอบถามอาการเพิ่มเติม และพิจารณาการหยุดกินยาหรือจ่ายยาเพิ่มตามอาการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของกชนิภา สุทธิบุตร, อรุณพร อธิรัตน์, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย [16] ซึ่งพบว่าความผิดปกติในระบบเลือดและ ประจำเดือนที่เกิดขึ้นกับผู้หญิง เกิดจากการกำเริบของธาตุไฟและธาตุลม ส่งผลต่อระบบไหลเวียน ของเหลว และการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จนเกิดเป็นอาการต่างๆ ขึ้น ดังนั้นตำรับยารักษาโลหิตจึงประกอบด้วยสมุนไพรจำนวนมาก เพื่อปรับสมดุลและการทำงานของธาตุลม ธาตุไฟ และธาตุน้ำ

ตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก มีสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด 24 ชนิด เมื่อเปรียบเทียบกับหลักสรรพคุณเภสัช รสยา 9 รส ของสมุนไพร พบว่ามีสมุนไพรที่มีรสยาออกมาทางรสขม

รสเผ็ดร้อนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีความสอดคล้องกับสรรพคุณที่ระบุในหลักเภสัชกรรมไทย [10] คือ ตัวยารสขม มีสรรพคุณแก้ทางโลหิตและดี แก้กำเดา แก้ไข้ต่างๆ และตัวยารสเผ็ดร้อน แก้โรคลมจุกเสียด ขับลมให้ผายหรือเรอบำรุงเตโชธาตุ (ธาตุไฟ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิฤดี หาญณรงค์ [17] พบว่าตำรับยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษาเกี่ยวกับโลหิตระดูสตรีส่วนใหญ่เป็นพืชสมุนไพรหรือเผ็ดร้อน ซึ่งช่วยในการขับเลือด ขับลม และพืชสมุนไพรบางตัวก็มีสรรพคุณทั้งฟอกโลหิต ขับโลหิต และบำรุงโลหิต ส่วนตำรับยาที่ใช้ในการดูแลสตรีที่มีบุตรยากของหมอพื้นบ้านท่านหนึ่งที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของกัญทร ยินเจริญ, สิริรัตน์ เลหาประภานนท์, ศรีนทร์รัตน์ จิตจำ, และสถิตาภรณ์ ชูแก้ว [12] ที่ศึกษาตำรับยาสมุนไพรรักษาโรคโลหิตระดูสตรี กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช พัทลุง และตรัง พบว่ามีสมุนไพรของหมอพื้นบ้านท่านหนึ่งเป็นส่วนประกอบของยารักษาโรคโลหิตระดูสตรี 7 ตำรับ จาก 13 ตำรับ ทั้งนี้ตำรับยาที่ใช้ในการดูแลสตรีที่มีบุตรของหมอพื้นบ้านท่านหนึ่ง ยังเป็นสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบในยาบำรุงโลหิต ซึ่งเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ [18] ถึง 14 ชนิด

วิธีการปรุงยา ใช้วิธีการปรุงยาด้วยวิธีการต้ม โดยต้มน้ำให้เดือดใส่สมุนไพรลงไป ในหม้อ แล้วใส่น้ำตามลงไปให้ท่วมตัวยาคั่ว ต้มไปเรื่อยๆ จนกว่าน้ำที่ต้มเป็นรสขมจัด หลังจากนั้นนำยาที่ได้มารับประทาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Sivasankari B, Anandharaj M, and Gunasekaran P [19] ส่วนใหญ่หมอพื้นบ้านนิยมใช้รูปแบบยาต้มดื่มมากที่สุด เนื่องจากมีความสะดวก อีกทั้งยังให้ผลการรักษาที่ดี เนื่องจากมีความเข้มข้นของยา และร่างกายสามารถดูดซึมได้เร็ว ส่งผลให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็วขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ กรวิภา เลื่อนแก้ว, มลธิชา เพชรชุม, ศรีธัญญา จันทระ และเกศริน มณีหนู [20] ซึ่งพบว่าวิธีการต้มเป็นวิธีปรุงยาที่สะดวก เพราะผู้ป่วยสามารถทำเองได้ จึงสามารถลดภาระ และประหยัดเวลา ในการปรุงยาของหมอพื้นบ้าน

วิธีการรับประทานยา วันแรก 1 - 2 ช้อนโต๊ะ และวันถัดไปเพิ่มทีละ 1 ช้อนโต๊ะ ไปเรื่อยๆ จนกว่ายาจากรสขมเป็นรสจืด โดยรับประทานยา 2 เวลา คือ ตอนเช้าและตอนค่ำ ก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาดา สัมประสิทธิ์ และปราณีต โอปะณะโสภิต [21] ซึ่งพบว่ารูปแบบการบริหารยาโดยการรับประทานเป็นรูปแบบที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากมีความปลอดภัยสูง ง่ายและสะดวก รวมทั้งได้รับความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ป่วย และมีความสอดคล้องกับการศึกษาอรรถัย เนียมสุวรรณ และศรายุทธ ต้นเถียร [9] ซึ่งพบว่าในส่วนของ การใช้ยาเพื่อรักษาโรคเกี่ยวกับสตรี วิธีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ การดื่มหรือรับประทาน

ข้อห้ามและคำแนะนำ ไม่ได้มีข้อห้ามใดๆ ส่วนคำแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาเป็นประจำทุกวัน และหากมีอาการถ่ายบ่อยก็ไม่ต้องกังวล เพราะในตำรับยามีสมุนไพรที่ช่วยในการขับถ่าย เพื่อจะขับเลือดเสียออกมา ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของธรรณัฐ ทองชูช่วย, กิตติ ต้นไทย, และจักรกริช อนันตศรีณีย์ [13] ซึ่งพบว่าข้อห้าม/ข้อแนะนำในระหว่างการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องประพฤติปฏิบัติตนตามคำแนะนำของหมออย่างเคร่งครัด จึงจะทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้เร็วขึ้น และมีความสอดคล้องกับการศึกษา ชัยนัต พิเชียรสุนทร, แม้นมาส ขวลิต และวิเชียร จีรวงส์ [22] ซึ่งพบว่ายาดำ มีสรรพคุณเป็นยาระบาย นิยมนำมาใช้แทรกเป็นตำรับยาถ่ายในตำรับยาไทย

สรุป

สำหรับกระบวนการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก เริ่มจากการซักประวัติ การรักษาด้วยคาถา และตำรับยาสมุนไพร โดยสมุนไพรที่ใช้ในตำรับมีทั้งหมด 24 ชนิด นำไปต้มรับประทานจนมีรสจืด หลังจากนั้นติดตามผลการรักษา โดยหมอไห้โหยบ ไถนาเพรียว จะนัดผู้ป่วยมาพบหลังจากรับประทานยาต้มไปแล้ว 1 เดือน หรือจนกว่ายาต้มนั้นจะเปลี่ยนจากรสขมเป็นรสจืด ซึ่งผู้ป่วยที่รับประทานยาต้มไปแล้ว ประมาณ 2 - 3 เดือน ประจำเดือนสีดำจะค่อยๆ มีสีอ่อนลง จนเป็นสีแดง ซึ่งหมายถึงระบบโลหิตเป็นปกติ ส่งผลให้มีโอกาสมีบุตรได้ง่ายขึ้น ซึ่งในการดูแลสตรีบุตรยากของหมอไห้โหยบ ไถนาเพรียว จะไม่มีข้อห้ามใดๆ และสำหรับผู้ที่มีความสนใจในด้านนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมจากผลงานวิจัยอื่นร่วมด้วย และควรศึกษาผลการรักษาไปจนถึง การตั้ง ครรภ์ เนื่องจากวิจัยฉบับนี้ทำการศึกษากับหมอพื้นบ้านเพียงท่านเดียว โดยที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการรักษาของหมอพื้นบ้านท่านนั้น ไม่ได้เก็บข้อมูลผลการรักษาไปจนถึงการตั้งครรภ์ โดยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาเพียง 3 รายซึ่งอาจน้อยไปสำหรับการเก็บข้อมูลการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากอาจารย์กนกกร มอหะหมัด อาจารย์คอร์เียะ อะแซ และอาจารย์สุธินี หูเขียว ที่ได้เสียสละเวลาในการให้ความรู้ คำปรึกษา ข้อคิด และคำแนะนำต่างๆ ที่ทรงคุณค่าเกี่ยวกับการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่มีให้ซึ่งใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ อีกทั้งขอขอบพระคุณหมอไห้โหยบ ไถนาเพรียว ที่ให้ความกรุณาในการให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาวิจัยด้วยดีตลอดมา และขอขอบคุณผู้เข้ารับการรักษา และญาติผู้ใกล้ชิดกับหมอไห้โหยบ ไถนาเพรียว ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในเรื่องข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย สุดท้ายนี้หากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นผลดีก่อให้เกิดความดีงามแก่สังคม ทางผู้จัดทำขออุทิศความดีงามนี้แก่ผู้ที่มีนาม และไม่ได้เอ่ยนามข้างต้นที่มีพระคุณต่อผู้ศึกษาวิจัย และขอมอบสาระความรู้เล่มนี้เป็นวิทยาทานแก่ผู้สนใจศึกษา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHLIRB-069/2563

การอ้างอิง

พิรมยา คล่องสมุทร, กนกกร มอหะหมัด, และคอร์เียะ อะแซ. ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการดูแลสตรีที่มีบุตรยาก กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านท่านหนึ่ง ตำบลพรุใน อำเภอกะเอยว จังหวัดพังงา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(2): 80-90.

Khlongsamut P, Mohamad K, and Asae K. The Wisdom of Folk Healers for Female Infertility Treatment : A Case Study of a Folk Healer in Prunai Sub-district, Kohyao District, Phang-Nga Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(2): 80-90.

เอกสารอ้างอิง

- [1] ภารดี ชาญสมร, จิตติมา มโนนัย, และกฤษณ์ พันตรา. การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือ สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2554.
- [2] วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี, สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 2557.
- [3] Menken J. Age and Fertility: How Late Can You Wait?. *Demography*. 1985; 22(4): 469-83.
- [4] สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560 - 2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี. 2560.
- [5] เสาวนีย์ กุลสมบุรณ์ และรุจิรา อรรถสิขุ. การศึกษาและพัฒนาการรับรองสถานภาพทางกฎหมายของหมอพื้นบ้าน. นนทบุรี: สำนักการแพทย์พื้นบ้าน กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. 2555.
- [6] พิมพ์ชนก วรรณแจ่ม, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, บัญญัติ ยงย่วน, และสมใจ นกดี. รูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการแพทย์พื้นบ้าน ในอำเภอท่าตะเกียบ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยและพัฒนาลอยลงกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์. 2560; 12(3): 129-139.
- [7] ภราดร สามสูงเนิน. คู่มือประกอบระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักการแพทย์พื้นบ้านไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข. 2556.
- [8] กรรณิการ์ มธุราธร. หายป่วยด้วยหมอพื้นบ้าน: ภูมิปัญญาภาคเหนือ ตะวันออกและภาคใต้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, ปีเวสต์สปีชีเอล. 2554.
- [9] อรทัย เนียมสุวรรณ, และศรายุทธ ต้นเถียร. พิษสมุนไพรที่ใช้ดูแลสุขภาพสตรีจากอุทยานแห่งชาติเขาพนมเบญจา จังหวัดกระบี่. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา. 2558; 20(1): 118-132.
- [10] กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม เล่ม 1. กรุงเทพฯ, บริษัท ไทภูมิ พับลิชชิ่ง จำกัด.
- [11] กัณฑ์วีร์ วิวัฒน์พาณิชย์ และขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์. ความเชื่อกับการดูแลสุขภาพ. เอกสารการสอนชุด วิชาสังคมวิทยา และมานุษยวิทยาการแพทย์ เล่ม 1. นนทบุรี, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช. 2555.
- [12] กัญทร ยินเจริญ, สิริรัตน์ เลหาประภานนท์, ศรีนทร์รัตน์ จิตจำ, และสถิตาภรณ์ ชูแก้ว. ตำรับยาสมุนไพรรักษาโรคโลหิตระดูสตรี : กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านในจังหวัดนครศรีธรรมราช พัทลุง และตรัง. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563; 27(1): 82-95.
- [13] ธณัส ทองชูช่วย, กิตติ ต้นไทย, และจักรกริช อนันตศรีณย์. ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านในด้านการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคของอำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา. บทความวิจัยเสนอในการประชุมหาดีใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 “การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย”, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่. 2556.
- [14] ภัทรธิดา ผลงาม. กระบวนการถ่ายทอดภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาสุขภาพในชุมชนจังหวัดเลย. วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2561; 26(52): 1-27.

- [15] สิริรัตน์ เลหาประภานนท์, กัญทร ยินเจริญ, และศรินทร์รัตน์ จิตจำ. ตำรับยาสมุนไพรสำหรับอาการตกขาว: กรณีศึกษาหมอพื้นบ้านภาคใต้ หมอเสทือน หอมเกต. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2562; 17(2): 253-262.
- [16] กชนิภา สุทธิบุตร, อรุณพร อิฐรัตน์, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. กลุ่มอาการก่อนมีประจำเดือนและตำรับยาสมุนไพรที่ใช้รักษาซึ่งระบุในคำภีร์มหาโชดรัต. วารสารธรรมศาสตร์การแพทย์. 2562; 19(1): 46-60.
- [17] อภิญญา หาดนรงค์. การสำรวจและรวบรวมพืชวัตถุสำหรับการใช้ในการรักษาโรคโลหิตสตรีของหมอไข้ โกสินทร์ ตำบลท่าชะมวง อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 2 “GRADUATE SCHOOL CONFERENCE 2018”, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2561.
- [18] ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 274 ง. หน้า 82-89. 2555.
- [19] Sivasankari B, Anandharaj M, and Gunasekaran P. An ethnobotanical Study of Indigenous Knowledge on Medicinal Plants used by the Village Peoples of Thoppampatti, Dindigul District, Tamilnadu, India. Journal of Ethnopharmacology. 2014; 153(2): 408-23. DOI: 10.1016/j.jep.2014.02.040
- [20] กรวิภา เลื่อนแก้ว, มลธิชา เพชรชุม, ศรัณยา จันทร และเกศริน มณีนน. การรวบรวมสมุนไพรรักษาเมเร็งของหมอพื้นบ้านในจังหวัดตรัง พัทลุง และสงขลา. คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2555.
- [21] วิภาดา สัมประสิทธิ์ และปราณีต โอปนะโสภิต. เทคโนโลยีการผลิตเภสัชภัณฑ์แตกตัวในช่องปาก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2556; 8(2): 86-92.
- [22] ชยันต์ พิเชียรสุนทร, แม้นมาส ชวลิต และวิเชียร จีรวงส์. คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์ : ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา 5 ธันวาคม พุทธศักราช 2542. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ, อมรินทร์. 2558.

การพัฒนาาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในพื้นที่เกาะ
The Development of a Thai Traditional Medicine Service System for Hospitals
in the Island Area

ไพโรจน์ ยศเมฆ^{1*} และประกอบ ใจมัน¹
Pairot Yotmek^{1*}, and Prakob Jaiman¹

^{1*} มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช 80280

^{1*} Nakhon Si Thammarat Rajabhat University, Mueang Nakhon Si Thammarat District, Nakhon Si Thammarat Province. 80280

* Corresponding Author: ไพโรจน์ ยศเมฆ E-mail: pairot_not@hotmail.co.th

Received : 27 March 2023

Revised : 15 May 2023

Accepted : 9 June 2023

บทคัดย่อ

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพการแพทย์แผนไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริการแพทย์แผนไทยมีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อมีความจำเป็นอย่างมาก เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงและได้รับการให้บริการแพทย์แผนไทยและตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากร ตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วถึง โดยมีกรอบการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อที่ใช้การวิจัยและพัฒนามาใช้เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิเข้าด้วยกัน ซึ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลระบบบริการสุขภาพประชาชน ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการทั้งในเรื่องของระบบการบริการ ระบบส่งต่อ ระบบการตรวจรักษาด้านการแพทย์แผนไทย เพื่อให้มีระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในพื้นที่เกาะมีคุณภาพมาตรฐานที่เหมาะสมและก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้มารับบริการอย่างสูงสุด

คำสำคัญ : การแพทย์แผนไทย คุณภาพบริการ ระบบการให้บริการ ระบบสุขภาพ

Abstract

The development of the Thai traditional medicine health service system aims to provide Thai traditional medicine services. To have quality standards, develop potential, and promote the power transmission system is essential. To allow service recipients to access and receive Thai traditional medicine services and respond to the changing trends of society and population. As well as the health needs of the country in a timely manner. There is a framework for developing a health service system under the principle of a seamless service network that uses research and development to link primary, secondary and tertiary care services to increase the efficiency of the health service system that must be managed throughout the service system. Referral system for Thai traditional medicine treatment system To ensure that the Thai

traditional medicine service system of hospitals in the island area has the appropriate standard quality and maximizes the benefits to the service users.

Keywords : Thai Traditional Medicine, Service Quality, Service System, Health System

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์ว่าระบบสุขภาพที่ทำงานเป็นอย่างดีนั้น จะตอบสนองอย่างสมดุลต่อความต้องการและความคาดหวังของประชากรในเรื่องการปรับปรุงสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล การปกป้องประชาชนจากผลที่เกิดจากสุขภาพไม่ดี การจัดให้มีการเข้าถึงการดูแลที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางอย่างเสมอภาค ดำเนินการให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพ โดยระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัย เมืองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ รูปแบบบริการ (Health service delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) ระบบสารสนเทศ(Health information systems) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to essential medicine) การเงินการคลัง (Health systems financing) และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership and governance) [1] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดนี้มาปฏิรูประบบสุขภาพและกระทรวงสาธารณสุข [2]

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพในการร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนเห็นชอบให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานเป็น Service Plan สาขาที่ 11 ของประเทศ ซึ่งในการพัฒนาแผนการจัดการระบบบริการสุขภาพของแต่ละสาขานั้น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกจึงมีนโยบายให้มีการพัฒนาและรับรองคุณภาพงานการแพทย์แผนไทย(TTM HA : Thai traditional medicine hospital accreditation guidelines) เพื่อยกระดับศักยภาพงานการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพและความปลอดภัย สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและรับรองคุณภาพงานการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งโรงพยาบาลเฉพาะทางการแพทย์แผนไทย สามารถนำเกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพงานการแพทย์แผนไทยใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน่วยงานการแพทย์แผนไทยให้บูรณาการกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่สามารถนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท

ระบบบริการสาธารณสุขเป็นการจัดการองค์กรและทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดการป้องกันและการพัฒนาที่มุ่งให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของประชากร โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญคือ การให้บริการ การบริหารจัดการ การผลิตทรัพยากร การเงิน การกำกับดูแลและการขึ้นนำทิศทางระบบบริการในภาพรวม เพื่อให้เกิดบริการสาธารณสุขที่พึงประสงค์มีเป้าหมายในการจัดให้บุคคลเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ โดยใช้มาตรฐานงานการแพทย์แผนไทย (TTM HA : Thai traditional medicine hospital accreditation guidelines) เป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ มีความปลอดภัย มีความเหมาะสมและใช้ประเมินเพื่อหาโอกาสในการพัฒนา ทั้งนี้ขึ้นกับบริบท (Context) ของพื้นที่ขอบเขตของมาตรฐานความเป็นมาตรฐานสำหรับการพัฒนาและประเมินหน่วยงานการแพทย์แผนไทย ซึ่งนำมาใช้ได้กับโรงพยาบาลได้ทุกระดับ

โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เกาะมีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรแพทย์แผนไทย ทำให้มีปัญหาการเข้าถึงการรับบริการแพทย์แผนไทย ด้วยปัจจัยดังกล่าวกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยจึงมีเป้าหมายเพื่อการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่เกาะอย่างต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพและมีความคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยจะเป็นกลไกสำคัญ ที่ช่วยสร้างระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลพื้นที่เกาะมีการพัฒนาและประยุกต์ใช้ในระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้งานแพทย์แผนไทยมีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อมีความจำเป็น ตลอดจนสร้างความศรัทธา ความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เกาะ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้เป็นที่ยอมรับ และทัดเทียมมาตรฐานสากลในอนาคตได้

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยมีการจัดบริการหลักเป็นระดับ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1. บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) 2. บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) 3. บริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ร่วมกับหน่วยบริการเฉพาะทางและระบบส่งต่อ ดังต่อไปนี้ [3]

1. บริการปฐมภูมิ เป็นบริการระดับแรกที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพพื้นฐานทั้งหมดของประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพพื้นฐาน โดยไม่มีบริการผู้ป่วยในสถานพยาบาลระดับนี้ เช่น สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล คลินิกเอกชน เป็นต้น ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในระดับตำบลอย่างน้อยตำบลละ 1 แห่งทั่วประเทศ โดยมีการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันเป็นกลไกดำเนินการในระดับชุมชนทั่วทุกหมู่บ้าน มีบทบาทเป็นผู้สื่อข่าวสุขภาพและร่วมทำงานประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนแต่ละหมู่บ้าน

2. บริการทุติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลสุขภาพที่มีความซับซ้อนทางการแพทย์เพิ่มขึ้นกว่าบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แต่ก็ยังเน้นบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ไม่เน้นบริการแพทย์เฉพาะทาง สถานพยาบาลระดับนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งกระจายอยู่ทุกอำเภอทั่วประเทศ

3. บริการตติยภูมิ เป็นสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการแพทย์ซับซ้อนเพิ่มขึ้นและเน้นบริการเฉพาะทางสาขาหลักต่างๆ ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรมและสูตินรีเวชกรรม รวมทั้งบริการอนุสาขาของสาขาหลักต่างๆ ดังกล่าว ด้วยสถานพยาบาลระดับนี้ เช่น โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ โรงพยาบาลในสังกัด โรงเรียนแพทย์ต่างๆ (ทบวงมหาวิทยาลัย) ส่วนใหญ่กระจายอยู่ในระดับจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

4. หน่วยบริการแพทย์เฉพาะทาง เป็นสถานพยาบาลที่เน้นการดูแลปัญหาการเจ็บป่วยเฉพาะ ด้าน เช่น อายุรกรรมโรคหัวใจ ศัลยกรรมทรวงอก ศัลยกรรมการบาดเจ็บ เป็นต้น รวมทั้งอาจมีการเรียน การสอน การฝึกอบรม และการวิจัยในโรงเรียนแพทย์และสถาบันวิชาการต่างๆ

รูปแบบบริการ (Health service delivery)

การส่งมอบบริการ (Health service delivery) หมายถึง มีการประสานงานกัน ส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อและต้องมีประสิทธิภาพในการให้บริการ ซึ่งมีการจัดการที่ดี การจัดบริการ

ทางด้านสุขภาพที่มีการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพปลอดภัยได้มาตรฐาน

คุณภาพการบริการ (Service quality)

กิจดี ยงประกิจ อธิบายคุณภาพการ ให้บริการว่า การปฏิบัติการที่กระทำหรือติดต่อและเกี่ยวข้องกับ ผู้ใช้บริการการได้ใช้ประโยชน์ในทางใด ทางหนึ่งด้วยความพยายามใดๆ ก็ตาม ด้วยวิธีการหลากหลายในการทำให้ คนที่เกี่ยวข้องได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งความต้องการของผู้บริโภคมีความต้องการที่แตกต่างกัน จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายของผู้ให้บริการในการเข้าถึงความต้องการที่หลากหลายของผู้บริโภค [4]

วินาร์ตน์ ภูวพัฒน์ชัยกิจ อธิบายประเมินคุณภาพของผู้รับบริการโดยใช้ความแตกต่างระหว่าง ความคาดหวังกับการรับรู้ในการรับบริการ โดยคุณภาพการให้บริการเกิดจากการเปรียบเทียบระหว่าง ความคาดหวังและการรับรู้ในการให้บริการ หากผู้รับบริการได้รับการบริการเป็นไปตามที่คาดหวัง ผู้รับบริการ จะรู้สึกว่าการบริการนั้นมีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ [5]

การศึกษาคุณภาพการบริการโดยแบ่งเป็นมิติด้านต่างๆ ของการบริการจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ คุณภาพการบริการและบริหารจัดการได้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น [6] ทำการศึกษาลักษณะการบริการที่มีคุณภาพ การวิเคราะห์ ลักษณะนี้ ออกเป็น 5 ด้านของคุณภาพการให้บริการ ได้แก่

- 1) ด้านลักษณะทางสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Environment)
- 2) ด้านความน่าเชื่อถือ (Credibility)
- 3) ด้านการตอบสนอง (Responsiveness)
- 4) ด้านความไว้วางใจ (Reliability)
- 5) ด้านการเอาใจใส่ (Empathy)

มิติของคุณภาพการบริการ 5 ด้านนี้ ได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือเก็บข้อมูลการประเมิน คุณภาพการให้บริการ

ระบบ Smart hospital

โรงพยาบาลหลายๆ แห่งได้เริ่มเปลี่ยนเป็น Smart hospital กันมากขึ้นส่งผลให้มีความจำเป็นที่จะต้อง นำเทคโนโลยีระบบและชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เข้ามาช่วยพัฒนาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาล [7]

1) ระบบคิวอัจฉริยะ

โรงพยาบาลในไทยได้นำเอาระบบคิวอัจฉริยะเข้ามาใช้ ไม่ว่าจะ เป็นระบบคิวอัจฉริยะที่เชื่อมโยงกับ แอปพลิเคชันของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถแจ้งเตือนลำดับคิวได้อย่างเรียลไทม์หรือบัตรคิวที่มี QR code ที่ ผู้ใช้บริการสามารถสแกนเพื่อดูลำดับคิวได้ ระบบคิวอัจฉริยะจึงทำให้ผู้ใช้บริการสามารถทราบถึงเวลาที่ต้องรอพบ แพทย์ และบริหารจัดการเวลาก่อนที่จะถึงเวลาพบแพทย์ได้

2) ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic medical record)

การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้จัดเอกสารและบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยหรือที่เรียกว่า ระบบเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic medical record) จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยได้ อย่างรวดเร็วและในอนาคตประชาชนจะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองผ่านสมาร์ตโฟนได้

3) ระบบจัดยาอัตโนมัติ

การในระบบการจัดยาของโรงพยาบาลจะทำให้การจัดยาให้กับผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็วและแม่นยำ หลีกเลี่ยงปัญหาการจ่าย ยาที่ผิดพลาดด้วยการตรวจสอบข้อมูลยาและชื่อผู้ป่วยก่อนจ่ายยา ลดขั้นตอนการทำงานของเภสัชกร รวมถึงยังลดเวลาการรอรับยาของผู้ป่วยอีกด้วย

การวิเคราะห์ขั้นตอนการทำงาน (Work process analysis)

กระบวนการให้บริการ แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาล(Process service charts in hospital) เป็นเครื่องมือสำคัญที่บันทึกข้อมูลรายละเอียดขั้นตอนสำคัญต่างๆ ในการบริการคนผู้มารับบริการ โดยใช้สัญลักษณ์คำบรรยายและสายที่บอกรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ เพื่อให้เห็นถึงทุกกระบวนการให้บริการแพทย์แผนไทยที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงกระบวนการที่สิ้นสุด การวิเคราะห์แผนภูมิกระบวนการทำงานการให้บริการแพทย์แผนไทยเป็นการศึกษากระบวนการทำงานตั้งแต่ต้นจนจบและกำหนดจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดของกระบวนการที่มีการเรียงตามลำดับขั้นตอนการบริการที่ถูกต้องและเหมาะสม

การบริหารจัดการแบบลีน (Lean management)

ตามพจนานุกรมลีน (Lean) แปลว่า บอบบาง ผอม ไม่มีไขมัน ถ้าเปรียบเทียบกับคนในความหมายเชิงบวกจะหมายถึงคนที่มีร่างกายสมส่วนโดยปราศจากไขมัน แข็งแรง ว่องไว กระฉับกระเฉง ถ้าเปรียบเทียบกับองค์กร หมายถึง องค์กรที่ดำเนินการโดยปราศจากความสูญเปล่าในทุกๆ กระบวนการ มีความสามารถในการปรับตัวตอบสนองความต้องการของตลาดและผู้รับผลงานได้ทันทั่วทั้ง มีประสิทธิภาพเหนือคู่แข่ง ลีนเป็นแนวคิดและเครื่องมือในการบริหารจัดการ เพื่อให้องค์กรประสบความสำเร็จภายใต้สภาวะการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งด้านความต้องการภาวการณ์แข่งขันและต้นทุนการไว้ชีวิตลดน้อยลง ใช้เวลาน้อยลง แต่ได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิมและใกล้เคียงกับความต้องการของลูกค้ามากที่สุด สิ่งที่การบริหารจัดการแบบ ลีนวางเป้าหมายที่จะกำจัดหรือทำให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้คือ ความสูญเปล่า วงรอบเวลาผู้ส่งมอบ ความล่าช้าในการใช้แรงงานคน เครื่องมือ เวลาและพื้นที่ปฏิบัติงานสิ่งที่มีเพิ่มขึ้นคือคุณค่าที่เกิดจากความรู้อำนาจของผู้ปฏิบัติงาน ความยืดหยุ่น ความคล่องตัวและขีดความสามารถของหน่วยงาน ความพึงพอใจและความสำเร็จในระยะยาว [8]

ระบบงานสำคัญของงานการแพทย์แผนไทย

กระบวนการหลักของงานการแพทย์แผนไทย มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย 4 ด้าน ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย หัตถเวชกรรมไทยและผดุงครรภ์ไทย ดังนี้ [9]

1) เวชกรรมไทย (Thai traditional medicine) หน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ งานเภสัชกรรมไทย งานหัตถเวชกรรมไทย งานผดุงครรภ์ไทย ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยที่ดี เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ ควรมีประเด็นคุณภาพ ดังต่อไปนี้

(1) มีการประกอบวิชาชีพโดยผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ (พท.ป.) หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย (พท.ว.)

(2) มีการใช้หลักกิจของแพทย์ 4 ประการ 1. รู้จักที่ตั้งแรกเกิดของโรค 2. รู้จักชื่อของโรค 3. รู้จักยารักษาโรค 4. รู้จักว่ายาอย่างไรรักษาโรคใด

(3) มีการวิเคราะห์ที่ตั้งที่แรกเกิดของโรค คือ สมุฏฐานวินิจฉัย ได้แก่ ธาตุสมุฏฐาน อุตสมุฏฐาน อายุสมุฏฐาน กาลสมุฏฐาน และประเทศสมุฏฐาน

(4) มีการวิเคราะห์มูลเหตุการเกิดโรค 8 ประการ คือ 1. อาหาร 2. อิริยาบถ 3. ความร้อนและเย็น 4. อदनอน อดข้าว อดน้ำ 5. กลั่นอุจจาระ ปัสสาวะ 6. ทำการเกินกำลัง 7. ความเศร้าโศกเสียใจ 8. โทสะ

(5) มีการวินิจฉัยโรคตามธาตุ 42 ประการ ตามเบญจอินทรีหรือตามหมอสम्मัติที่เหมาะสม

(6) มีการรักษาตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย เช่น การใช้ยาสมุนไพรและการใช้หัตถการทางศาสตร์การแพทย์แผนไทย

(7) มีการส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ

2) เกสัชกรรมไทย (Thai traditional pharmacy) หน่วยงานการแพทย์แผนไทย มีการเตรียมยา การประดิษฐ์ยา การเลือกสรรยา การควบคุมและการประกันคุณภาพยา การปรุงยาและการจ่ายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ ควรมีประเด็นคุณภาพดังต่อไปนี้

(1) มีการประกอบวิชาชีพโดยผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (พท.ป.) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย(พท.ว.) หรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเภสัชกรรมไทย (พท.ภ.)

(2) มีการใช้หลักเภสัชกรรม 4 ได้แก่ เกสัชวัตถุ สรรพคุณเภสัช คณาเภสัช เกสัชกรรม

(3) มีการใช้ยาปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย/ยาแผนไทยที่ปลอดภัย ถูกต้องและเหมาะสม

(4) มีการใช้กระบวนการคัดเลือก ตรวจสอบ ควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบและยาแผนไทย

(5) มีการใช้หน่วยการชั่งยาโบราณและเทียบกับหน่วยมาตราเมตริกที่เป็นหน่วยสากล

(6) มีกระบวนการใช้ยาแผนไทยตามหลักการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU : Rational Drug Use)

(7) มีการรายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาแผนไทย

3) หัตถเวชกรรมไทย (Thai traditional massage) หน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการตรวจการวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยที่ดี เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ ควรมีประเด็นคุณภาพดังต่อไปนี้

(1) มีการประกอบวิชาชีพโดยผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (พท.ป.) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย(พท.ว.) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านนวดไทย(พท.น.) หรือ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทยหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับมาตรฐานไม่น้อยกว่า 330 ชั่วโมง

(2) มีข้อห้าม ข้อควรระวังของหัตถเวชกรรมไทย

(3) มีการตรวจประเมินทางหัตถเวชกรรมไทยทั้งก่อนและหลังการรักษา

(4) มีการให้ความรู้ส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพด้านหัตถเวชกรรมไทย

(5) มีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์หรืออุบัติการณ์ที่อาจเกิดจากให้บริการหัตถเวชกรรมไทย

(6) มีการฝึกปฏิบัติและทวนสอบการให้บริการหัตถเวชกรรมไทยตามความเหมาะสม

4) ผดุงครรภ์ไทย (Thai traditional midwifery) หน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การรักษา การส่งเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์ การป้องกันความผิดปกติในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด การทำคลอด การดูแล การส่งเสริมและการฟื้นฟูสุขภาพมารดาและทารกในระยะหลังคลอด ทั้งนี้ด้วยกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยที่ดี เพื่อให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ ควรมีประเด็นคุณภาพดังต่อไปนี้

(1) มีการประกอบวิชาชีพโดยผู้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ (พท.ป.) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย(พท.ว.) ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านผดุงครรภ์ไทย(พท.ผ.)

(2) มีเกณฑ์การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

(3) มีการให้คำแนะนำอาหารสมุนไพรปรับสมดุลธาตุแก่หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

(4) มีแนวทางการใช้ยาแผนไทยเพื่อรักษากลุ่มอาการทางสูติศาสตร์นรีเวชวิทยา

(5) มีการดูแลหญิงหลังคลอด เช่น การนวด การประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การเข้ากระโจม การนึ่งถ่าน การอยู่ไฟ การทักหม้อเกลือ การพันหน้าหน้าท้อง การอาบสมุนไพร เป็นต้น

(6) มีการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพหญิงหลังคลอด เช่น การขัดผิว การพอกผิว อาหารที่เหมาะสมในหญิงหลังคลอด การรัดหน้าท้อง เป็นต้น

การบูรณาการศาสตร์

หน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการนำองค์ความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและความเชี่ยวชาญด้านเวชกรรมไทย ด้านเภสัชกรรมไทย ด้านหัตถเวชกรรมไทยและด้านผดุงครรภ์ไทยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประยุกต์ใช้ภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงาน ภายในองค์กรและภายนอกองค์กร เพื่อส่งมอบผลลัพธ์ การดูแลและคุณค่าให้แก่ผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น [10]

1. การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และคุณภาพ มีการบริหารงานคุณภาพที่ประสานสอดคล้องกัน ในทุกระดับ

2. การกำกับดูแลด้านวิชาชีพ การกำกับดูแลด้านวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย

2.1. ความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจและมีการส่วนร่วมงานการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย สามารถกำกับดูแลได้ดังนี้

2.1.1 ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์และแพทย์แผนไทยมีความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจเจตคติ (Attitude) ที่ดีในงานเวชกรรมไทย งานเภสัชกรรมไทย งานหัตถเวชกรรมไทย งานผดุงครรภ์ไทยที่ถูกต้องเหมาะสม จำเป็นทันเหตุการณ์และทิศทางการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพและได้รับใบประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2.1.2 ร่วมกำหนดให้มีกระบวนการจัดทำคู่มือวิธีปฏิบัติงาน งานเวชกรรมไทย งานเภสัชกรรมไทย งานหัตถเวชกรรมไทย งานผดุงครรภ์ไทยและแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยกับหัวหน้างาน แพทย์แผนไทย เพื่อเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยสามารถปฏิบัติตามคู่มือ วิธีปฏิบัติงาน เวชกรรมไทยและแนวเวชปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

2.1.3 สามารถให้บริการการแพทย์แผนไทยที่ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการในความดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและขอบเขตการบริการตามใบประกอบวิชาชีพที่ได้รับตามคู่มือวิธีปฏิบัติงานแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยตามที่ได้กำหนดขึ้น

2.1.4 มีส่วนร่วมกับหัวหน้างานแพทย์แผนไทยในการตัดสินใจ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงระบบงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.2. การกำกับดูแลงานการแพทย์แผนไทย ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยสามารถกำกับดูแลได้ดังนี้

2.2.1 ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์และแพทย์แผนไทยมีกลไกการทบทวนการทวนสอบ (Verification) เช่น การสังเกตการสอบข้อเขียน การฝึกปฏิบัติ การซักประวัติและตรวจร่างกาย การฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา การฝึกปฏิบัติการปรุงยาเฉพาะราย เป็นต้น เพื่อประเมินความรู้ ความสามารถ ความเข้าใจของตนเอง เพื่อนร่วมวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานการแพทย์แผนไทยภายใต้ความดูแลของตน ร่วมกับหัวหน้างานแพทย์แผนไทยได้

2.2.2 ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์และแพทย์แผนไทยมีกลไกการพัฒนาองค์ความรู้ด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่องให้กับตนเอง เพื่อนร่วมวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมกันและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานแพทย์แผนไทยภายใต้ความดูแลของตน

2.2.3 ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทยประยุกต์และแพทย์แผนไทยมีการประเมินผลเพื่อทบทวนการใช้คู่มือ วิธีปฏิบัติงานในด้านต่างๆ และแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยด้วยการแพทย์แผนไทยร่วมกับหัวหน้างานแพทย์แผนไทยอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วนและสอดคล้องกับสภาวะการทำงานการแพทย์แผนไทย

3. สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและความปลอดภัย (Physical environment and safety)

3.2 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพขององค์กรเอื้อต่อความปลอดภัยและความผาสุกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และผู้มาเยือนองค์กร สร้างความมั่นใจว่าผู้อยู่ในพื้นที่ อาคารสถานที่ จะปลอดภัยจากอัคคีภัย วัสดุ และของเสียอันตรายหรือภาวะฉุกเฉินอื่น

4. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC : Infection prevention and control program)

4.1 ระบบการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ (Infection prevention and control program)

4.2. ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อขององค์กร ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพียงพอและมีการประสานงานที่ดี

5. ระบบเวชระเบียน (MRS : Management record system)

ระบบบริหารเวชระเบียน (Management record system) องค์กรจัดให้มีระบบบริหารเวชระเบียนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

6. ระบบการจัดการด้านยาแผนไทย

การควบคุมคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรและยาแผนไทย (Quality control) องค์กรสร้างความมั่นใจว่าวัตถุดิบสมุนไพรและยาแผนไทยมีคุณภาพมาตรฐาน ปลอดภัยและมีประสิทธิผล

7. กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย

7.1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทย สร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้สะดวก กระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะกับปัญหาสุขภาพหรือความต้องการของผู้ป่วยทันเวลา มีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล

7.2. การคัดกรองผู้ป่วย องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการคัดกรองโรค กลุ่มอาการภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงของผู้ป่วยที่รุนแรง เพื่อประเมินการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยหรือปรึกษาส่งต่อแพทย์แผนปัจจุบัน

7.3. การประเมินผู้ป่วยการซักประวัติและการตรวจร่างกายด้านการแพทย์แผนไทย องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน ประเมินสมุฏฐาน มูลเหตุการเกิดโรค ความต้องการและปัญหาสุขภาพ การตรวจร่างกายด้านการแพทย์แผนไทยอย่างถูกต้องครบถ้วนและเหมาะสม

7.4. การวินิจฉัยและกลไกการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทย สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอ เพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรคและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคกับสหวิชาชีพอ่างสม่ำเสมอ

7.5. การวางแผนกระบวนการดูแลรักษา องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการวางแผนกระบวนการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย รวมถึงมีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย

7.6. การส่งเสริม การป้องกัน การฟื้นฟู ด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยและเหมาะสม

7.7. การให้คำแนะนำและการเสริมพลังทางการแพทย์แผนไทย องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย สภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

7.8. การประเมินผลกระบวนการดูแล องค์กรและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยมีการประเมินผลกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการการแพทย์แผนไทย

7.9. การจำหน่ายและสิ้นสุดกระบวนการดูแล องค์การและหน่วยงานการแพทย์แผนไทย มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองและได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

7.10. การติดตามผลและการดูแลต่อเนื่อง องค์การและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยร่วมกับหน่วยงาน ภายในและหน่วยงานภายนอก สร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ให้ผลดี ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

7.11. ผลการดำเนินงานของงานการแพทย์แผนไทย องค์การและหน่วยงานการแพทย์แผนไทยแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดีและการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพ (รวมทั้ง การสร้างเสริมสุขภาพ) ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ผลด้านกำลังคน ผลด้านการนำ ผลด้าน ประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานสำคัญและผลด้านการเงิน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ศึกษาการพัฒนากระบวนการบริการแพทย์แผนไทยใน จังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยแบบก้าวกระโดด เมื่อเปรียบเทียบกับที่อื่นๆ ที่มีการพัฒนาระบบงานด้านนี้มาก่อน การพัฒนาที่ทำให้เกิดความสำเร็จนั้น เกิดจากการพัฒนาอย่างเป็นระบบและรอบด้าน 1) ด้านการนำระบบนโยบายและระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง 2) ด้านกลไกการคลังสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย 3) ด้านการผลิตทรัพยากรสำหรับระบบบริการ แพทย์แผนไทยและ 4) ด้านการพัฒนาระบบบริการ [11]

โชติษา แก้วเกษ ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและที่ได้รับจริงของผู้รับบริการแพทย์แผนไทย ประยุกต์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล โดยศึกษาจากผู้รับบริการ จำนวน 149 คน แล้วใช้แบบสอบถามตามแนวคิด Servqual โดยมีค่าความเที่ยงระดับคุณภาพบริการตามความคาดหวังที่ได้รับ จริงเท่ากับ 0.949 และ 0.959 ตามลำดับ มีความแตกต่างของคุณภาพบริการตามคาดหวังระหว่างประสบการณ์ การใช้บริการครั้งแรกและเคยมาใช้บริการแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้รับบริการมีความเห็น ต่อคุณภาพบริการที่คาดหวัง คือ การให้บริการที่เข้าใจในผู้รับบริการ บริการที่สร้างความมั่นใจและบริการ ที่ตอบสนองต่อความต้องการตามลำดับ [12]

กรกช อินทอง ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง พบว่ารูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล กรณีศึกษาจังหวัดตรัง มีการให้บริการครอบคลุม 4 ด้านคือ การรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยให้บริการมากที่สุด คือด้านการฟื้นฟูสุขภาพโดยการรักษาโรค การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ และมีข้อเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายให้แพทย์แผนไทย มีการพัฒนา เพื่อให้มีคุณภาพและสามารถให้บริการครอบคลุมทุกงานในการบริการแพทย์แผนไทย [13]

Elsenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Rompay MV, et al. ศึกษาแนวโน้มการใช้แพทย์ทางเลือกในสหรัฐอเมริการะหว่างปี 1990-1997 ศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,594 คน พบว่า รูปแบบ การรักษามีด้วยกัน 6 รูปแบบ คือ การรักษาด้วยสมุนไพร การนวด การบำบัดด้วยวิตามิน การดูแลตนเองแบบ

กลุ่ม การแพทย์พื้นบ้านและการใช้ธรรมชาติบำบัด สำหรับกลุ่มอาการที่ใช้การแพทย์ทางเลือก ได้แก่ โรคเรื้อรัง ภาวะทางจิต เครียด ปวดศีรษะจากปัญหาในอดีต เป็นต้น [14]

Chan E, Zhan C, and Homer CJ. ศึกษาบทบาทของแพทย์แบบเสริมและแพทย์ทางเลือกในโรคสมาธิสั้น พบว่าการรักษาโดยการแพทย์ทางเลือก 1. วิถีทางชีวเคมี เช่น ยาสมุนไพร วิตามิน อาหารเสริมโภชนาการ ช่วยเรื่องความจำ การนอนจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิต ช่วยผ่อนคลาย ลดอาการตึงเครียด แต่ยังมีการศึกษาที่ใช้เกี่ยวกับสมาธิสั้นน้อย 2. วิถีชีวิพลังงานบำบัด โดยการใช้การฝังเข็ม การสัมผัสโดยการส่งพลังงาน และการใช้ธรรมชาติบำบัด จากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย แสดงให้เห็นว่าปัญหาการแพทย์แผนไทยได้รับความสนใจมากยิ่งขึ้น มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยเป็นส่วนใหญ่ [15]

สรุป

โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่เกาะมีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรแพทย์แพทย์แผนไทย ทำให้มีปัญหาการเข้าถึงการรับบริการแพทย์แผนไทย การพัฒนาประสิทธิภาพการบริการทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในพื้นที่เกาะ จะทำให้เกิดความคล่องตัวทั้งด้านการรับบริการของผู้ป่วยและการให้บริการของเจ้าหน้าที่ที่สามารถแก้ปัญหาการบริการ โดยพัฒนาและเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลโรงพยาบาลออกแบปให้อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการใช้หลักการปรับเปลี่ยนรูปแบบขั้นตอนของ Process Flow เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงและได้รับการให้บริการแพทย์แผนไทยและตอบสนองแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของสังคมและประชากรตลอดจนความต้องการด้านสุขภาพของประเทศได้ทันทั่วทั้ง โดยมีการออกแบบระบบบริการสุขภาพภายใต้หลักการเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อที่ใช้การวิจัยและพัฒนามาใช้เชื่อมโยงการบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลระบบบริการสุขภาพประชาชน โดยมีองค์ประกอบระบบบริการสุขภาพทุกด้านสนับสนุนการดำเนินงานระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับในระดับสูงและสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด และนำประโยชน์ที่ได้ศึกษาไปปรับปรุง ต่อยอด เพื่อใช้กับบริบทในโรงพยาบาลอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การอ้างอิง

ไพโรจน์ ยศเมฆ และประกอบ ใจมั่น. การพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลในพื้นที่เกาะ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(2): 91-103.

Yotmek P, and Jaiman P. The Development of a Thai Traditional Medicine Service System for Hospitals in the Island Area. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(2): 91-103.

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Monitoring the building blocks of health system : A handbook of indicators and their measurement strategies. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>

- [2] อีรพร สติรอังกร. การปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุขกับกลไกการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเขตบริการสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารกองพยาบาล. 2566; 40(3): 1.
- [3] สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2551-2553. กรุงเทพฯ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2554.
- [4] กิจดี ยงประกิจ. การรับรู้คุณภาพการให้บริการของผู้ใช้บริการบุคลากรเป็นผู้ประกอบการ ภูมิความรู้ ความชำนาญและรูปแบบการคิดของผู้ประกอบการธุรกิจบูติก โฮเต็ลที่ได้รับรางวัลในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
- [5] วิมลรัตน์ ภูพัฒน์ชัยกิจ. คุณภาพการให้บริการของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิที่ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการชาวไทย [สารนิพนธ์หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2559.
- [6] Parasuraman A, Zeithaml, VA, and Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. 1985; 49(4): 41–50. DOI : 10.2307/1251430
- [7] Adslthailand. โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) กำลังจะเกิดขึ้นจริง เสริมทัพการดูแลสุขภาพให้ฉลาดล้ำด้วยการนำ IoT และ RFID เข้ามาใช้. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <http://www.adslthailand.com/post/5321>
- [8] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แนวคิดในการบริหารราชการยุคใหม่ Lean Government. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <http://www.opdc.go.th/oldweb/thaiENewsletter/June45/Lean.html>
- [9] ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556. เล่ม 130 ตอนที่ 10 ก. หน้า 1. 2556.
- [10] สถาบันการแพทย์แผนไทย. มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.). กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2556.
- [11] สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ถอดบทเรียนการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4278/hs2170.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- [12] โชติษา แก้วเกษ. คุณภาพบริการตามความคาดหวังและที่ได้รับจริงของผู้รับบริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2556; 11(1): 40-53.
- [13] กรกช อินทอง. รูปแบบการให้บริการสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกรณีศึกษาจังหวัดตรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.
- [14] Elsenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wlkey S, Rompay MV, and et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey, *JAMA*. 1998; 280(18): 1569-75. DOI : 10.1001/jama.280.18.1569
- [15] Chan E, Zhan C, and Homer CJ. Health care use and costs for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: national estimates from the medical expenditure panel

survey. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2002; 156(5): 504–11. DOI :
10.1001/archpedi.156.5.504

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลยะลา
Factors Related to Dietary Behavior of Diabetic Patients Unable to Control Blood
Sugar Levels, Yala Hospital

ฮาเล็มมาะ สือแมง^{1*}
Haleemoh Seameang^{1*}

^{1*} โรงพยาบาลยะลา กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000

^{1*} Yala Hospital, Ministry of Public Health, Mueang District, Yala Province. 95000

* Corresponding Author: ฮาเล็มมาะ สือแมง E-mail: sukin97259@gmail.com

Received : 29 May 2023

Revised : 19 June 2023

Accepted : 4 July 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลยะลา มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) >7% จำนวน 87 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์และสอบถาม ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงกันยายน พ.ศ.2563 เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าระหว่าง 0.67-1 และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคร้สแควร์ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.9 มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 42.5 สถานภาพคู่ร้อยละ 83.9 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) 9-10% ร้อยละ 44.8 และมีโรคแทรกซ้อนร้อยละ 63.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานระดับปานกลางร้อยละ 50.6 การทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยด้านเพศ (Chi-square test = 0.577, p<0.05) การมีโรคแทรกซ้อน (Chi-square test = 14.561, p<0.001) และความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน (Fisher's Exact Test = 5.839, p<0.05) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลด้านการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้าน เพศ การมีโรคแทรกซ้อน โดยมุ่งเป้าหมายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย และควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

Abstract

The objectives of this descriptive research was to study factors related to dietary behavior of

diabetic patients unable to control blood sugar levels. The samples was all 87 type 2 diabetes mellitus patients receiving services in diabetes clinic at Yala Hospital with unable to control blood sugar levels, having HbA1c value more than 7%, by purposive sampling. The data were collected through interview questionnaires during July -September 2020. Research instrument its content validity was confirmed by a panel of three experts and ranged from 0.67- 1. Cronbach alpha coefficient was used to test reliability of the questionnaire, yielding value of 0.70. Data was analyzed by descriptive statistic; frequency, percentage, mean, and standard deviation. Analytical statistics ware also employed in regard to Chi-square. The results found that most of the samples were female 60.9%, their age 50– 59 years old 42.55%, they were married 83.9%, having HbA1c value 9-10% 55.2% and with complications 63.2%, the samples who had knowledge on diabetic diet at a moderate level 50.6%. The correlation test revealed that sex (p -value < 0.05) complications (p -value < 0.001) and knowledge of diabetic diet (p -value < 0.05) had a relationship with Dietary Behavior significantly. The results showed that the development of dietary care models for type 2 diabetes mellitus patients must take gender and complications, by focusing on the individual need of the patients, and they should be monitored continuously, so that patients can control their blood sugar levels.

Keywords: DM Type 2, Unable to control blood sugar levels, Dietary Behavior

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขหลายประเทศทั่วโลก รายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2561 ที่แสดงว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 422 ล้านคนเป็นเบาหวาน โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง [1] จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพของคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบว่า ความชุกของเบาหวานในประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในปี 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 [2] โดยเพศหญิงมีความชุกสูงมากกว่าเพศชาย [2,3] ปัจจุบันประเทศไทย มีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น [4] เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตามืดปกติจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว [4] เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในคนไทย ประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด มักพบในคนอายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เป็นผลจากการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินร่วมกับการบกพร่องในการผลิตฮอร์โมนอินซูลินที่เหมาะสม [4,5] อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีปริมาณแป้งและน้ำตาลเพิ่มมากขึ้น [6] จากกระบวนวิทยาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า สาเหตุหลักของโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม อาทิ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ ความเครียด อาจทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่

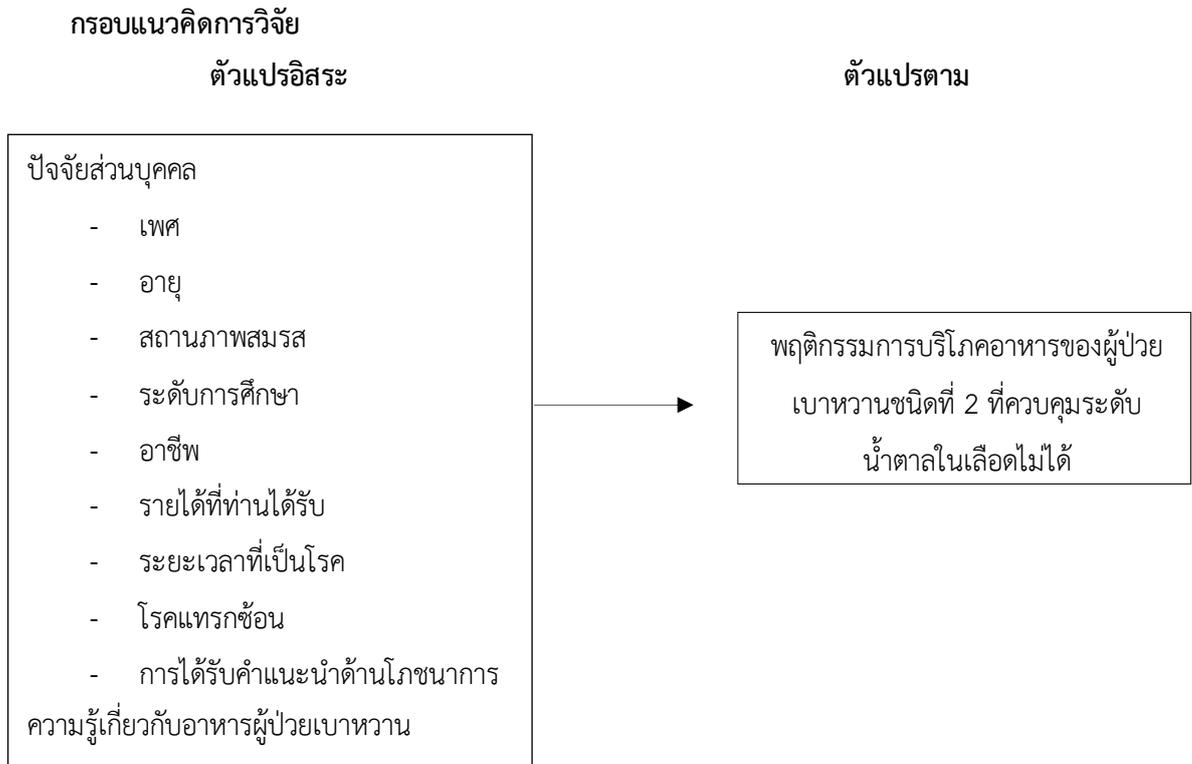
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง [7] นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาของประชาชนจังหวัดชายแดนใต้ อัตรการป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นอันดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง การทบทวนงานวิจัยสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่พิจารณาปัญหาจากปัจจัยบุคคลเป็นหลักสำคัญ เช่น จากพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เป็นต้น [8]

ในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 [3] และจากข้อมูลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขปี 2560 ที่รายงานผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในปี พ.ศ. 2559 เขต 12 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c) < 7 ร้อยละ 27.3 และในปีพ.ศ. 2563 รายงานจากสาธารณสุขจังหวัดยะลา มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c) < 7 ร้อยละ 21.7 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป้าหมายร้อยละ 40

โรงพยาบาลยะลา เป็นโรงพยาบาลที่เปิดคลินิกเบาหวานให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวาน ทุกวันพุธ-พฤหัสบดี มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจรักษาพร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้คำแนะนำปรึกษาในด้านต่างๆ แก่ผู้ป่วย ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร ยา และการออกกำลังกายแบบรายกลุ่มและรายบุคคล นอกจากนี้ มีระบบการส่งต่อจากนักวิชาการสาธารณสุขเมื่อ คัดกรอง วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรม พบผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำปรึกษาด้านโภชนาการจากนักโภชนาการเป็นรายบุคคล ปัญหาที่พบจากการให้ความรู้รายกลุ่มและรายบุคคล คือ การให้ความรู้รายกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพจะมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการระหว่างรอรับการรักษาจากแพทย์ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมารับบริการตามคิวในการเข้าพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมาไม่พร้อมกันในเวลาที่ให้คำแนะนำ อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับความรู้หรืออาจรับฟังได้เฉพาะบางส่วน ในด้านการให้คำแนะนำด้านโภชนาการรายบุคคล พบว่า ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารขึ้นกับปัจจัยบุคคลเป็นหลักสำคัญ ปัจจุบันจึงยังมีผู้ป่วยที่มีปัญหาระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลยะลาในปี 2560 - 2562 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 1,646 คน 1,839 คน และ 2,448 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1c) < 7 เพียงร้อยละ 35.01 จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์มาวางแผนและหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประสิทธิผลเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและ ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สมมุติฐานการวิจัย

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- 2) ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) นี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลยะลา

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) > 7% ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลยะลา ระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ.2563

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา จำนวน 87 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ลักษณะดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ได้รับการคัดกรอง วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพพบมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม
- 2) มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป
- 3) ได้รับการรักษาด้วยยาเม็ดรับประทาน ยานี้ดหรือทั้ง 2 ชนิด
- 4) มีระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) > 7% จากผลการตรวจเลือดครั้งล่าสุด
- 5) สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้โดยภาษาไทยหรือภาษามลายู มีการรับรู้ที่ดี
- 6) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยที่เกิดมีอาการผิดปกติทางสุขภาพในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น อาการเหงื่อออก ร่างกายอ่อนเพลีย เป็นลม เป็นต้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม/สัมภาษณ์จากผู้ป่วย

เครื่องมือส่วนที่เป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากข้อมูลการสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน มาปรับใช้ในการกำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาในแบบสอบถาม ตลอดจนตัวแปรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก

จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ ข้อคำถามที่มีตัวเลือกให้กลุ่มตัวอย่างตอบ 3 ตัวเลือก คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีดังนี้ สำหรับข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบ “ใช่” ได้ 1 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ได้ 0 คะแนน สำหรับข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ “ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ” ได้ 0 คะแนน ตอบ “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน เกณฑ์การตัดสินคะแนนความรู้ใช้หลักการแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom [9] แบ่งเป็นออก 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ระดับมาก คะแนนร้อยละ 60-79 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 0-59 หมายถึง ความรู้ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ แบ่งออกเป็นข้อคำถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงบวก 6 และข้อคำถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบจะเป็นความถี่ของการปฏิบัติ คือ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ และปฏิบัตินานๆ ครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงบวก ปฏิบัติทุกวัน = 5 คะแนน ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง/ไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเชิงลบปฏิบัติทุกวัน = 1 คะแนน ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์ = 2 คะแนน ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์ = 3 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์ = 4 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง/ไม่ปฏิบัติเลย = 5 คะแนน เกณฑ์การตัดสินคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ใช้การแบ่งคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารออกเป็น 3 ระดับ โดยการแบ่งแบบอิงเกณฑ์ของ Best [10] ได้แก่ คะแนน 3.67-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี คะแนน 2.34-3.66 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง และคะแนน 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและด้านโภชนาการจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The index of item objective congruence; IOC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.67-1 หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามบางข้อเพื่อให้มีความชัดเจนและความเหมาะสมของเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) และความเหมาะสมของเครื่องมือในการนำไปใช้จริง โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการจากคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลยะลาในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งเป็นคนละกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 ราย นำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วย KR-20 ความยากง่าย และอำนาจจำแนกค่าความความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

4. การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลโดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษาวิจัยกับผู้ป่วยในคลินิกเบาหวาน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ทำการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเอง ในเวลาคลินิกเปิดบริการ 08.30 น. - 12.00 น. ของวันพุธและพฤหัสบดีในเดือนที่ทำการเก็บข้อมูล เริ่มด้วยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ตัวอย่างพิจารณาสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ก่อนทำการสอบถามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสอบถาม/สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลาในการสัมภาษณ์/สอบถามเป็นเวลา 10 นาที

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน ใช้สถิติพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.9 อายุระหว่าง 50–59 ปี ร้อยละ 42.5 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) 9-10% ร้อยละ 44.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.9 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา/ไม่ได้ศึกษาในระบบโรงเรียน ร้อยละ 60.9 กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 33.4 รายได้ต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท ร้อยละ 57.5 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 6-15 ปี ร้อยละ 60.9 ส่วนมากมีโรคแทรกซ้อนร้อยละ 63.2 และเป็นผู้ที่เคยได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการ ร้อยละ 52.9 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (n=87 คน)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	39.1
หญิง	53	60.9
อายุ (ปี)		
≤ 50	17	19.5
50 – 59	37	42.5
≥ 60	33	38.0
$\bar{X} = 57.11, S.D. = 10.39, \text{Min} = 30, \text{Max} = 73$		
ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C)		
7 - 8%	22	25.3
9 - 10 %	39	44.8
$\geq 11\%$	26	29.9
สถานภาพสมรส		
โสด	6	6.9
คู่	73	83.9
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	8	9.2
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียน/ ประถมศึกษา	53	60.9
มัธยมศึกษา/ปวช.	14	16.1
ปวส./อนุปริญญา	6	6.9
ปริญญาตรี	14	16.1
อาชีพหลัก		
ทำไร่/ ทำนา /ทำสวน	18	20.7
ค้าขาย/รับจ้าง	25	28.7

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	15	17.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็น พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	29	33.4
รายได้ที่ท่านได้รับ/เดือน (บาท)		
≤ 5,000	26	29.9
5,001 – 10,000	24	27.6
≥ 10,001	37	42.5
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)		
1 – 5	17	19.5
6 – 10	28	32.3
11 – 15	25	28.7
≥ 16	17	19.5
$\bar{X} = 9.00$, S.D. = 6.22, Min = 1, Max = 26		
โรคแทรกซ้อน		
ไม่มี	32	36.8
มี	55	63.2
การได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการ		
ได้รับคำแนะนำ	46	52.9
ไม่ได้รับคำแนะนำ	41	47.1

2) ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน โดยข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ท่านควรกิน ไข่ ปลา และเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นหลัก ร้อยละ 90.8 ประเด็นความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งตอบไม่ถูกต้อง คือ ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีรสเค็มได้เนื่องจากไม่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 62.1 ดังแสดงในตารางที่ 2 และการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาหารเบาหวาน พบว่าร้อยละ 50.6 ของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน (n=87 คน)

ข้อ	ข้อคำถาม	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	อาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง คือ ข้าว แป้ง เผือก มัน น้ำตาล และผลไม้ทุกชนิด	50 (57.5)	37 (42.5)
2.	ท่านควรกิน ไข่ ปลา และเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นหลัก	79 (90.8)	8 (9.2)
3.	ท่านมีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนได้ง่ายหากไม่ควบคุมอาหาร	59 (67.8)	28 (32.2)

ข้อ	ข้อความคำถาม	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4.	ท่านควรเน้นการกินผักประเภท สะตอ ลูกเนียง ฟักทอง ลูกเนียงงอก มากกว่าการกินผักประเภทใบ	57 (65.5)	30 (34.5)
5.	ท่านควรกินอาหารประเภทต้ม ตุ่น นึ่ง อบ ลวก ย่าง เป็นหลัก	68 (78.2)	19 (21.8)
6.	หลังอาหารหากท่านลืมหินยาในมือใดมือหนึ่งสามารถเพิ่มเป็น 2 เท่าได้ในมือถัดไป	53 (60.9)	34 (39.1)
7.	ท่านควรกินอาหารว่างระหว่างมื้อเพื่อป้องกันน้ำตาลในเลือดต่ำ	49 (56.3)	38 (43.7)
8.	ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีรสเค็มได้เนื่องจากไม่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด	33 (37.9)	54 (62.1)
9.	การกินข้าวเหนียว ร่างกายจะย่อยและดูดซึมไปใช้ได้ช้ากว่าการกินข้าวเจ้า (ข้าวสวย)	62 (71.3)	25 (28.7)
10.	ท่านควรกินผลไม้ที่มีรสหวาน ประเภท อินทผลัม ลำไย สับปะรด ใน ปริมาณที่จำกัด	57 (65.5)	30 (34.5)

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
มาก	8-10	21	24.1
ปานกลาง	6-7	44	50.6
น้อย	0-5	22	25.3
รวม		87	100.0

\bar{X} = 6.52, S.D. = 1.67, Min = 2, Max = 10

3) พฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี จำนวน 3 ข้อ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ข้อที่ 1 ท่านกินอาหารครบทั้ง 3 มื้อ (4.74 ± 0.78) รองลงมาคือข้อที่ 3 ท่านดื่มน้ำเปล่าแทนการดื่มน้ำหวาน น้ำอ้อย น้ำมะพร้าวหรือน้ำอัดลม (4.38 ± 1.07) และข้อที่ 8 ท่านกินข้าวมีธัญพืชไม่เกิน 2 ทัพพี (3.79 ± 1.18) และมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความถี่ของการปฏิบัติน้อยที่สุด 3 ลำดับ ได้แก่ (1) ข้อที่ 6 ท่านกินผักประเภทใบต่างๆ เช่น ผักบุ้ง ตำลึง ผักกาดขาว กะหล่ำปลี มะระ มะเขือชนิดต่างๆ ทุกมื้ออาหาร (2.28 ± 1.21) รองลงมาข้อที่ 10 ท่านกินอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง อบ ลวกเป็นหลัก (2.54 ± 1.59) และข้อที่ 2 ท่านกินผลไม้ที่มีรสหวานโดยไม่จำกัดปริมาณ (2.75 ± 1.40) ดังแสดงในตารางที่ 4 และการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารเบาหวาน พบว่า ร้อยละ 88.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวาน (n=87)

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวาน	ความถี่ของการปฏิบัติ				
		จำนวน (ร้อยละ)				
		ปฏิบัติ ทุกวัน	5-6 วันต่อ สัปดาห์	3-4 วันต่อ สัปดาห์	1-2 วันต่อ สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
1.	ท่านกินอาหารครบทั้ง 3 มื้อ	75 (86.2)	6 (6.9)	3 (3.4)	1 (1.1)	2 (2.3)
		$\bar{X} = 4.74$	S.D. = 0.784	ความหมาย ดี		
2.	ท่านกินผลไม้ที่มีรสหวานโดยไม่ จำกัดปริมาณ	14 (16.1)	10 (11.5)	28 (32.2)	10 (11.5)	25 (28.7)
		$\bar{X} = 2.75$	S.D. = 1.408	ความหมาย ปานกลาง		
3.	ท่านเติมน้ำเปล่าแทนการเติมน้ำ หวาน น้ำอ้อย น้ำมะพร้าวหรือน้ำ อัดลม	58 (66.7)	15 (17.2)	6 (6.9)	5 (5.7)	3 (3.4)
		$\bar{X} = 4.38$	S.D. = 1.070	ความหมาย ดี		
4.	ท่านกินอาหารแปรรูปประเภท ผลไม้กระป๋อง ขนมหวานประเภท เชื่อมกวน	9 (10.3)	13 (14.9)	33 (37.9)	12 (13.8)	20 (23.0)
		$\bar{X} = 3.24$	S.D. = 1.257	ความหมาย ปานกลาง		
5.	ท่านกินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ ติดมันเป็นหลัก	16 (18.4)	11 (12.6)	26 (29.9)	16 (18.4)	18 (20.7)
		$\bar{X} = 3.10$	S.D. = 1.373	ความหมาย ปานกลาง		
6.	ท่านกินผักประเภทใบต่างๆเช่น ผักบุ้ง ตำลึง ผักกาดขาว กะหล่ำปลี มะระ มะเขือชนิดต่างๆ ทุกมื้ออาหาร	4 (4.6)	12 (13.8)	19 (21.8)	21 (24.1)	31 (35.6)
		$\bar{X} = 2.28$	S.D. = 1.217	ความหมาย ควรปรับปรุง		
7.	ในแต่ละมื้อท่านกินอาหารจนอิ่ม เต็มที่	54 (62.1)	6 (6.9)	11 (12.6)	7 (8.0)	9 (10.3)
		$\bar{X} = 2.82$	S.D. = 2.49	ความหมาย ปานกลาง		
8.	ท่านกินข้าวมีธัญไม่เกิน 2 ทัพพี	34 (39.1)	16 (18.4)	26 (29.9)	7 (8.0)	4 (4.6)
		$\bar{X} = 3.79$	S.D. = 1.18	ความหมาย ดี		
9.	ท่านกินอาหารหลากหลาย ครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และไขมัน	17 (19.5)	13 (14.9)	30 (34.5)	21 (24.1)	6 (6.9)

ข้อ	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ป่วยเบาหวาน	ความถี่ของการปฏิบัติ				
		จำนวน (ร้อยละ)				
		ปฏิบัติ ทุกวัน	5-6 วันต่อ สัปดาห์	3-4 วันต่อ สัปดาห์	1-2 วันต่อ สัปดาห์	ไม่เคย ปฏิบัติ
		$\bar{X} = 2.84$	S.D. = 1.20	ความหมาย ปานกลาง		
10.	ท่านกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง อบ ลวกเป็นหลัก	38 (43.7)	7 (8.0)	16 (18.4)	9 (10.3)	17 (19.5)
		$\bar{X} = 2.54$	S.D. = 1.59	ความหมาย ปานกลาง		

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวาน (n=87)

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	3.67 – 5.00	10	11.5
ปานกลาง	2.34 – 3.66	77	88.5
ควรปรับปรุง	1 – 2.33	0	0.0
รวม		87	100.0

$\bar{x} = 1.89$, S.D. = 0.32, Min = 2.60, Max = 4.50

4) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และโรคแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวาน (n=87)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		df	χ^2 -test	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ดี (n=10)	ปานกลาง (n=77)			
เพศ			1	0.577	0.045
ชาย	1 (10.0)	33 (42.9)			
หญิง	9 (90.0)	44 (57.1)			
อายุ (ปี)			2	1.739	0.419
< 50	3 (30.0)	14 (18.2)			
50-59	5 (50.0)	32 (41.6)			
> 60	2 (20.0)	31 (40.2)			

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมบริโภคอาหาร		df	χ^2 -test	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ดี (n=10)	ปานกลาง (n=77)			
ระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C)			2	0.158	0.924
7-8%	3 (30.0)	19 (24.7)			
9-10%	4 (40.0)	35 (45.5)			
≥ 11%	3 (30.0)	23 (29.8)			
สถานภาพสมรส				1.053	0.489 ^F
โสด	1 (10.0)	5 (6.5)			
คู่	9 (90.0)	64 (83.1)			
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	0 (00.0)	8 (10.4)			
ระดับการศึกษา				2.248	0.584 ^F
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ	5 (50.0)	48 (62.3)			
โรงเรียน/ประถมศึกษา					
มัธยมศึกษา/ปวช.	2 (20.0)	12 (15.6)			
ปวส./อนุปริญญา	0 (00.0)	6 (7.8)			
ปริญญาตรีขึ้นไป	3 (30.0)	11 (14.3)			
อาชีพ			3	5.414	0.144
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	1 (10.0)	17 (22.8)			
ค้าขาย/รับจ้าง	6 (60.0)	19 (24.7)			
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (10.0)	14 (18.2)			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/	2 (20.0)	27 (34.3)			
พ่อบ้าน แม่บ้าน					
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)				5.602	0.108 ^F
1-5	1 (10.0)	16 (20.8)			
6-10	3 (30.0)	25 (32.5)			
11-15	6 (60.0)	19 (24.7)			
≥ 16	0 (00.0)	17 (22.0)			
โรคแทรกซ้อน			1	14.561	0.001
มี	1 (10.0)	55 (71.5)			
ไม่มี	9 (90.0)	22 (28.5)			
การได้รับคำแนะนำด้าน			1	0.249	0.208
โภชนาการ					
ได้รับคำแนะนำ	7 (70.0)	39 (50.6)			

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร		df	χ^2 -test	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ดี (n=10)	ปานกลาง (n=77)			
ไม่ได้รับคำแนะนำ	3 (30.0)	38 (49.4)			

หมายเหตุ = ^F สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

5) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวาน (n=87)

ความรู้	พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร		df	χ^2 -test	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)				
	ดี (n=10) จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง (n=77) จำนวน (ร้อยละ)			
มาก	5 (50.0)	16 (20.8)			
ปานกลาง	5 (50.0)	39 (50.7)	2	5.839	0.043 ^F
น้อย	0 (0.0)	22 (28.5)			

หมายเหตุ = ^F สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

อภิปราย

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก เพศหญิงมีพฤติกรรมกรดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหารและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างเพศชายและหญิงที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [11,12,13,14,15] ที่พบว่า เพศหญิงประมาณ 2 ใน 3 [12] มีพฤติกรรมกรกินอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่นการรับประทานอาหารจุกจิก รับประทานอาหารตามใจปาก อีกประการหนึ่งเพศหญิงมีระบบการเผาผลาญในร่างกายน้อยกว่าเพศชาย 5-10% จึงเป็นสาเหตุให้เพศหญิงมีการควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ดีเท่าที่ควร [11] ตลอดจนพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมกรดูแลตนเองที่ต่างกัน [15]

การมีโรคแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนสามารถควบคุมอาหารได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี

โรคแทรกซ้อน ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดในการเลือกบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคแทรกซ้อนทำให้ไม่สามารถเลือกบริโภคอาหารให้หลากหลายได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี ของฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคอื่นๆ ร่วมจะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [6] และการศึกษาปัจจัยที่มีผลการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ของปัญญาพัฒน์ ไชยเมธและคณะ ที่พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้น

ด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพหลัก รายได้ที่ได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ > 0.05 สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 [16,17,18,19] ที่พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงว่าปัจจัยส่วนบุคคลหลายปัจจัยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่จะส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานโดยตรง

ด้านระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ > 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มารับบริการได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษา [15,16,18,20] ที่พบว่าระยะเวลาเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน แต่ขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าของกุสุมา กังหลี [11] ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคมานานกว่า 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปี

การได้รับคำแนะนำ พบว่า ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและการได้รับคำแนะนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แสดงว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะไม่ขึ้นกับการได้รับคำแนะนำ แต่จากข้อมูลการสัมภาษณ์ในผู้ป่วยที่เคยได้รับคำแนะนำ กลับพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีการปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดีขึ้นจากเดิม ซึ่งสอดคล้องกับคะแนนพฤติกรรม แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับคำแนะนำมีการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติได้แต่ไม่ทั้งหมดหรือเป็นลักษณะค่อยๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเอง บางรายมีญาติเป็นผู้ดูแลเรื่องการบริโภคอาหารโดยผู้ป่วยไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารเองได้ ตลอดจนข้อจำกัดในด้านรายจ่าย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของอุสา พุทธิรักษ์และเสาวนันท บำเรอราช [21] ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยได้รับคำแนะนำแต่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้น้อย อาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจำ ชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมในแต่ละมื้อได้ ในส่วนที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมีส่วนที่ทำได้ และทำไม่ได้เนื่องจากความต้องการที่จะรับประทานของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงทำให้เมื่อคัดกรองพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมจะมีการส่งต่อ

พบนักโภชนาการ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับคำแนะนำมีผลต่อการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องผลการศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ [16] ที่พบว่าความรู้ของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร เพราะบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะมีการปรับในการดูแลตนเองให้เหมาะสม ควบคุมปริมาณและชนิดอาหารที่ควรรับประทานเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [4,16] แต่ขัดแย้งกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนนทบุรี [17] ที่พบว่าความรู้เรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน

สรุป

ผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนมากมีอายุระหว่าง 50-59 ปี และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) 9-10% 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา/ไม่ได้ศึกษาในระบโรงเรียนร้อยละ กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ส่วนมากมีรายได้ต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 6-15 ปี และมีโรคแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีความรู้เกี่ยวกับอาหารผู้ป่วยเบาหวานระดับปานกลางและส่วนใหญ่มิพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางตามด้วยระดับดี โดยไม่พบผู้ที่มีพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า เพศ และการมีโรคแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเบาหวานกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา มีมาตรการป้องกัน และ ควบคุมการแพร่ระบาด ทำให้มีข้อจำกัดด้านจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย

ในการดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เป็นสิ่งที่ดี ควรถือเป็นนโยบายที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากกว่าการใช้จ่าย โดยจัดให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลด้านโภชนบำบัด ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คำนึงถึงปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การมีโรคแทรกซ้อน และควรมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานดังนี้

1) ควรมีการปรับรูปแบบการดูแลด้านโภชนบำบัด โดยจัดรูปแบบเป็นรายกลุ่มย่อย แยกกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนกับกลุ่มที่ไม่มีโรคแทรกซ้อน ประเมินพฤติกรรมครั้งจากให้คำแนะนำ 3 เดือนเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ครั้งต่อไป หากน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง อาจมีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นทีมสหวิชาชีพต่อไป

2) ด้านเพศ ควรมีการกำหนดพลังงานที่ควรได้รับต่อวันในกลุ่มเพศชายและหญิง กำหนดค่า Basal Energy Expenditure (BEE) เป็นอัตราการเผาผลาญพลังงานในแต่ละวัน และค่า Total energy expenditure (TEE) พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการเผาผลาญในร่างกายและพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน ตลอดจนเสนอข้อมูลดังกล่าว แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อ.เมือง จ.ยะลา เพื่อดูแลด้านโภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุช่วง 30-50 ปี อาจจะมีปัจจัยที่แตกต่างกันซึ่งอาจนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการให้โภชนบำบัดจะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอายุ 50 ปีขึ้นไป

2) ควรมีการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้โภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มต้นรวมทั้งจัดการอบรมให้ความรู้แก่ ครอบครัว ญาติผู้ดูแลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยะลา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านในการให้ความช่วยเหลือระหว่างการศึกษ ทำให้การศึกษาในครั้งนี้ สำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทำให้ได้ข้อมูลที่ประโยชน์ต่อการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลยะลา เลขที่ 6/2563 เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ.2563

การอ้างอิง

ฮาสิเมาะ สือแมง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลยะลา. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(2): 104-121.

Seameang H. Factors Related to Dietary Behavior of Diabetic Patients Unable to Control Blood Sugar Levels, Yala Hospital. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(2): 104-121.

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles: Accessed 10 April 2020 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>

[2] วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม, สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 2564.

- [3] กรมควบคุมโรคกองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี, สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2563.
- [4] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี, ร่มเย็นมีเดีย. 2560.
- [5] จงรักษ์ ทองน้อย. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกาะสมุยจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2557; 14(1): 11-21.
- [6] ฤทธิรงค์ บุรพันธ์ และนิรมล เมืองโสม. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556; 6(3): 102-109.
- [7] วิชาญ แสงสุขวาว และอมฤทธิ์ จันทนลาช. การศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะม่วงสองต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช . วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา. 2561; 5(1): 192-200.
- [8] สรินญา ปุติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนห้าจังหวัดชายแดนใต้ ประเทศไทย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2561; 38(4): 114-127.
- [9] Bloom BS. Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints. Number 1 Evaluationcomment. 1968.
- [10] Best JW and Kahn JV. Research in Education. Englewood-Cliff. New Jersey, Prentice-Hall Inc. 1981.
- [11] กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(3): 256-268.
- [12] ปุณญพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช, สุทธิพงษ์ รักเล่ง, สุกันยา นัครามนตรี, และพีระวัฒน์ มุทธารัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบางแก้ว จังหวัดพัทลุง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 25(3): 401-410.
- [13] ภัตราภรณ์ ทองภูธรณ์ และสุวดี โลวีรภรณ์. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 13(1): 22-32.
- [14] Ahmad NS, Islahudin F, and Paraidathathu T. Factors associated with good glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetes Investigation. 2014; 5(5): 563-69. DOI: 10.1111/jdi.12175
- [15] สุปรียา เสียงดั่ง. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(1): 191-203.

- [16] จีรพรรณ ผิวนวล และประทุม เนตรินทร์. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้วใน ตำบลบางแก้ว อำเภอละอุ่น จังหวัดระนอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2561; 1(3): 46-61.
- [17] ศุภชัยมา สดใจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดนนทบุรี. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติราชธานีวิชาการครั้งที่ 3 “ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2 : บูรณาการงานวิจัย ใช้องค์ความรู้ สู่ความยั่งยืน”, มหาวิทยาลัยนครราชสีมา. 2559.
- [18] สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย. ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลกุดจิก อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์บางกอก. 2562; 5(1): 55-67.
- [19] อภิญญา บ้านกลาง, อุดมลักษณ์ ดวงขุนมาตย์, และปริศนา รดสีดา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิลา อำเภอมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2559; 23(1): 85-95.
- [20] ดวงใจ พันธุ์อารีวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมค่าน้ำตาลสะสมในเลือดไม่ได้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลบางแพ จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2561; 37(4): 294-305.
- [21] อุสา พุทธิรักษ์ และเสาวนันทน์ บำเรอราช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้างปลา จังหวัดเลย. วารสารการพัฒนาศาสนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2558; 3(1): 21-35.

ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลโดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อม
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ

Effects of Pharmaceutical Care Combined with Remote Counseling Telepharmacy
by Applying Mohprompt Station Application in Type 2 Diabetic Patients

Using Insulin Pen, Seka District, Bueng Kan Province

จิราวัฒน์ สุวตธิกะ^{1*}

Jirawat Suwatiga^{1*}

^{1*} โรงพยาบาลเซกา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ 38150

^{1*} Seka Hospital, Bueng kan Provincial Public Health Office, Seka District, Bueng Kan Province. 38150

* Corresponding Author: จิราวัฒน์ สุวตธิกะ E-mail: mlife2you@gmail.com

Received : 29 May 2023

Revised : 21 June 2023

Accepted : 4 July 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล โดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมต่อผลการรักษา ความรู้ ทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน ความร่วมมือในการใช้ยา ปัญหาจากการใช้ยา และความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน จำนวน 40 คน ที่รับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ติดต่อกัน 2 ครั้ง และมีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือก เริ่มบริการเภสัชกรรมทางไกล ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 พฤษภาคม 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึก ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณ ผลการวิจัยพบว่าหลังการให้บริการเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล ค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหารของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 217.75 ± 66.34 mg/dl เหลือ 171.10 ± 50.10 mg/dl ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ลดลงจาก 10.50 ± 1.53 mg% เหลือ 8.40 ± 1.52 mg% ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความรู้อันเกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวาน เพิ่มทักษะในการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยให้เภสัชกรค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รับบริการมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด เภสัชกรควรเรียนรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การบริหารเภสัชกรรม การติดตามการใช้ยาทางไกล เบาหวานชนิดที่ 2 ปากกาฉีดอินซูลิน ระบบหมอพร้อม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of pharmaceutical care combined with remote counseling telepharmacy by Applying the Mohprompt Station Application on clinical outcomes, knowledge, Insulin pen skill, drug-related problems and satisfaction of patients toward the service. The sample consisted of 40 type 2 diabetic patients who use insulin pens and receive treatment at the outpatient department of the internal medicine clinic at Seka Hospital, Bueng Kan Province. The sample was selected by purposive sampling of patients who demonstrated inadequate glycemic control for two consecutive measurements and met the inclusion criteria based on other relevant characteristics. Telepharmacy services were provided from February 1 to May 31, 2023. Data were collected through questionnaires and record forms. Statistical analysis of quantitative data was performed using descriptive statistics and inferential statistics. The results indicate that after receiving telepharmacy and medication follow-up, the average fasting plasma glucose level of the sample group decreased significantly from 217.75 ± 66.34 mg/dl to 171.10 ± 50.10 mg/dl. Similarly, the average Hemoglobin A1C level decreased significantly from 10.50 ± 1.53 mg% to 8.40 ± 1.52 mg%. Furthermore, this telepharmacy service significantly improves knowledge about diabetes and its treatment, enhances Insulin pen skill, and fosters greater medication adherence among diabetic patients. Pharmacists are also able to identify and resolve medication-related problems for patients. Overall, the patients who received this service reported a high level of satisfaction. Pharmacists should learn new technologies and innovations to apply them in patient care, in order to improve the effectiveness of treatment.

Keywords: Pharmaceutical care, Telepharmacy, Type 2 diabetes, Insulin pens, Mohprompt Station application

บทนำ

โรคเบาหวานจัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3.2 ล้านคน อยู่ในระบบทะเบียนของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี [1] จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกเบาหวานถึงร้อยละ 9.5 มีผู้เป็นโรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

(FPG < 126 มก./ดล.) เพียง ร้อยละ 26.3 [2] เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจและภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ [3] เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นสามารถปฏิบัติได้หลายวิธีทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร และการรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาฉีดอินซูลิน [3] ในกรณีการใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยควรมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ถูกต้องเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ [4]

ในปี พ.ศ.2565 อำเภอเซกาพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานถึง 451.23 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียงร้อยละ 21.23 [5] ในขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 15.14 เท่านั้น อีกทั้งช่วงปลายปี พ.ศ.2565 โรงพยาบาลเซกาได้เปลี่ยนปากกาฉีดยาอินซูลินจาก Gensupen 2 เป็น Novopen 4 ซึ่งยาฉีดอินซูลินถูกจัดให้เป็นยาเสี่ยงสูง (High alert drug) ของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการติดตามการใช้ยาและทบทวนทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลินของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านสามารถเพิ่มผลลัพธ์ในการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยา และลดปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินได้ [6] นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพในบริการปฐมภูมิส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง กระบวนทัศน์ใหม่ทางสุขภาพจากเดิมซึ่งเป็นบริการสุขภาพเชิงรับไปสู่มิติการให้บริการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์ทุกสาขา รวมถึงเภสัชกรจากเดิมที่เน้นบทบาทหน้าที่เชิงรับในหน่วยงานเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้อุปกรณ์การให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมแบบเชิงรุก ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [7] แต่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรพิจารณาเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณีหากไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนให้พิจารณาการเยี่ยมบ้านด้วยการโทรศัพท์หรือการใช้โทรศัพท์ภาพเป็นลำดับแรก และการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินควรเลือกใช้วิธีให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์ [8] ประกอบกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีผลทำให้เกิดการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) โดยเภสัชกรสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารซึ่งผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางมาพบเภสัชกรโดยตรง [9] เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับยาอย่างต่อเนื่อง มีความร่วมมือในการใช้ยาและได้รับการแก้ไขจัดการเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา [10] การศึกษาการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลในต่างประเทศ พบว่ารูปแบบ remote consultation telepharmacy ที่มุ่งเน้นการให้คำปรึกษา ติดตามความร่วมมือและค้นหาปัญหาการใช้ยากับผู้ป่วยโดยวิธี videoconference แบบภาพและเสียงหรือเป็นการติดต่อผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาโรคและความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกลได้ [11] ซึ่งระบบหมอพร้อม Station เป็นแพลตฟอร์มที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้นมาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลการตรวจ

คัดกรอง ป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายโรค ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy)

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) โดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลินต่อผลลัพธ์ในการรักษา ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยารักษาเบาหวาน ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน ปัญหาจากการใช้ยา และความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบหมอพร้อมของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินแบบปากกาที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่าง (ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาฉีดอินซูลินแบบปากกาที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ ถึง 31 พฤษภาคม 2566 และผ่านตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน

$$N = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\mu_d^2}$$

โดย

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)\sigma_1^2 + (n_2 - 1)\sigma_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

พารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณอ้างอิงจากการศึกษาของพุทธิตา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์ [12] ใช้กลุ่มทดลอง 58 ราย ก่อนการศึกษามีค่า HbA1c เฉลี่ยเท่ากับ 8.3 ± 1.6 และหลังการศึกษามีค่า HbA1c เฉลี่ยเท่ากับ 7.6 ± 1.3

โดย

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

α คือ ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 กำหนดที่ระดับ 0.05

β คือ ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 กำหนดที่ระดับ 0.2

Z_α คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด กำหนดที่ 95%

Z_{β} คือ อำนาจการทดสอบ กำหนดที่ 80%

σ^2 คือ ความแปรปรวนเฉลี่ยในการศึกษาครั้งก่อน

μ_d คือ ค่าเฉลี่ยของผลต่างในการศึกษาครั้งก่อน

กำหนดให้ $n_1 = 58$

$n_2 = 58$

$\sigma_1 = 1.6$

$\sigma_2 = 1.3$

แทนค่า

$$\sigma^2 = \frac{(58 - 1)(1.6)^2 + (58 - 1)(1.3)^2}{58 + 58 - 2} = 2.12$$

และกำหนดให้ $\alpha = 0.05$, $Z_{\alpha} = 1.96$ (two-tailed)

$\beta = 0.2$, $Z_{\beta} = 0.84$ (two-tailed)

$\mu_d = 8.3 - 7.6 = 0.7$

แทนค่า

$$N = \frac{(1.96 + 0.84)^2(2.12)}{(0.7)^2} = 33.92$$

ดังนั้นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน การศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน เพื่อกรณีในกลุ่มตัวอย่าง สูญหายหรือถอนตัวจากงานวิจัย

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและใช้ยาฉีดอินซูลินแบบปากกาที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลเซกา ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 2) ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย โดยมีระดับ glycated hemoglobin (HbA1c) > 7% หรือมี FPG \geq 130 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้ง จากผลการตรวจวัดที่ไม่นานเกิน 6 เดือน
- 3) สามารถประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบวัดของ Morisky [13] ได้
- 4) มีโทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้ระบบกล้องและ/หรือเสียงผ่านระบบหมอพร้อมเพื่อใช้สื่อสารโดยตรงได้ ในกรณีที่ไม่มีโทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์สะดวกใจติดต่อผ่าน อสม.
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- 1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัดและไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้หลังจากผู้วิจัยติดต่อกลับไป 2 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3B ขึ้นไป (eGFR < 45) เป็นโรคตับรุนแรง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความผิดปกติทางจิตหรือความจำ เช่น โรคจิตเภท อัลไซเมอร์ ภาวะสมองเสื่อม

- 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารหรือตอบคำถามเรื่องการใช้จ่ายของตนเอง
- 4) ผู้ป่วยที่ขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและได้รับการรักษา โรคร่วม ผู้ดูแลเรื่องยา ผลข้างเคียงจากการใช้จ่าย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบถูก ผิด และไม่ทราบ

เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อคำถามที่มีความหมายเป็นจริง การเลือกคำตอบ ถูก = 1 ผิด = 0 ไม่ทราบ = 0
- ข้อคำถามที่มีความหมายเป็นเท็จ การเลือกคำตอบ ถูก = 0 ผิด = 1 ไม่ทราบ = 0

ใช้เกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้

15 - 20 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน ระดับสูง

8 - 14 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน ระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 8 คะแนน หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน ระดับต่ำ

- 2) แบบประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดของ Morisky ชนิด 8 ข้อคำถาม (8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ คือข้อ 2 และเป็นข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 3, 4, 5, 6 และ 7 ข้อคำถามสามารถเลือกตอบได้ 2 แบบ คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยให้พิจารณาว่าตรงกับการปฏิบัติของตนเอง

เกณฑ์การให้คะแนน: คำถามทางบวก ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0

คำถามทางลบ ใช่ = 0 ไม่ใช่ = 1

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ให้เลือกตอบได้เพียง 1 คำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน: เลือกตอบ ไม่เคยเลย = 1

เลือกตอบ นานๆครั้ง/บางครั้ง/เกือบทุกครั้ง/ประจำทุกครั้ง = 0

ใช้เกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้

8 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับสูง

6-7 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับปานกลาง

ต่ำกว่า 6 คะแนน หมายถึง มีความร่วมมือในการใช้ยาระดับต่ำ

- 3) แบบวัดทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน โดยให้ผู้ป่วยสาธิตการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน จากนั้นให้เภสัชกร ประเมินว่าผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามข้อความในแบบวัดทักษะหรือไม่ มีทั้งหมด 10 ข้อ (ข้อละ 1 คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน: หากผู้ป่วยปฏิบัติได้ = 1 ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติไม่ได้ = 0

4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลินต่อการติดตามการ ใช้จ่ายทางไกล โดยการประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อม

5) แบบบันทึกประวัติ ผลการรักษา และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเบอร์โทรศัพท์หรือไลน์ ไอดี ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้สมุนไพร/อาหารเสริม ประวัติการแพ้ยา ประวัติการใช้จ่าย ผลตรวจคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาที่เกี่ยวกับยาและแนวทางแก้ไข

4. การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา
- 2) ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกทราบ เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
- 3) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายของผู้ป่วย และแบบบันทึกประวัติ ผลการรักษา และปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที โดยแบ่งเป็น 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เดือนที่ 0 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 1 ตรวจ HbA1c, FPG ประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้จ่าย และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ติดตามการใช้จ่ายทางไกล ครั้งที่ 1 ติดตามการใช้จ่าย ประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายและปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 3 เดือนที่ 1 ติดตามการใช้จ่ายทางไกล ครั้งที่ 2 ติดตามการใช้จ่าย ประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายและปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 4 เดือนที่ 2 ติดตามการใช้จ่ายทางไกล ครั้งที่ 3 ติดตามการใช้จ่าย ประเมินความร่วมมือในการใช้จ่ายและปัญหาการใช้ยา

ครั้งที่ 5 เดือนที่ 3-4 พบกลุ่มตัวอย่างที่ รพ. ครั้งที่ 2 ตรวจ HbA1c, FPG ประเมินความรู้เกี่ยวกับยาเบาหวาน ประเมินความร่วมมือในการใช้จ่าย และประเมินปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย ประเมินความพึงพอใจ

- 4) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในรูปความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ความรู้เรื่องโรคและยารักษาเบาหวาน และทักษะการใช้ยาฉีดอินซูลิน ปัญหาที่เกิดจากการใช้จ่าย และความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบหมอพร้อม

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ การทดสอบทางสถิติได้แก่ Paired T-test, Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังการวิจัยด้านความรู้เรื่องโรคและยารักษาเบาหวานและทักษะการใช้ยาฉีดอินซูลิน ความร่วมมือในการใช้จ่าย และผลลัพธ์การรักษา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่การศึกษาทั้งหมด 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) อายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.5) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 97.5) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 45) มีโรคร่วมนอกเหนือจากโรคเบาหวาน 2 โรค (ร้อยละ 52.5) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษาเฉลี่ย 12.60 ± 6.12 ปี ผู้ป่วยทุกคนดูแลตนเองในเรื่องการฉีดยาอินซูลินและการรับประทานยา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย (n = 40 คน)

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศของผู้ป่วย		
ชาย	9	22.5
หญิง	31	77.5
กลุ่มอายุของผู้ป่วย		
31 – 40 ปี	2	5.0
41 – 50 ปี	6	15.0
51 – 60 ปี	15	37.5
61 ปีขึ้นไป	17	42.5
สถานภาพสมรส		
โสด	8	20.0
สมรส	25	62.5
หม้าย/แยกกันอยู่/หย่าร้าง	7	17.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	24	60.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	15.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	22.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	2.5
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ข้าราชการ/อปท.เบิกจ่ายตรง	1	2.5
บัตรทอง	39	97.5
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	15	37.5
รับจ้าง	3	7.5
ค้าขาย	3	7.5
เกษตรกรกรรม	18	45.0
รับราชการ	1	2.5

ข้อมูล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานและรับการรักษา		
($\bar{X} \pm S.D.$)	12.60 \pm 6.12	
โรคประจำตัวร่วมกับเบาหวาน		
มีโรคร่วม 1 โรค	4	10.0
มีโรคร่วม 2 โรค	21	52.5
มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค	15	37.5
ผู้ดูแลการกินยา/การใช้/การฉีดยาของผู้ป่วย		
ผู้ป่วยดูแลตนเอง	40	100

ผลลัพธ์ในการรักษาโรคเบาหวาน พบว่าหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) ค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) ของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 217.75 \pm 66.34 เหลือ 171.10 \pm 50.10 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy)

ระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG)	$\bar{X} \pm S.D.$	ค่าเฉลี่ยของค่าความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต่าง	95% CI ของความต่าง	p-value
ก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล	217.75 \pm 66.34				
หลังการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล	171.10 \pm 50.10	46.65	68.74	[24.67, 68.63]	< 0.001*

*วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired T-test

เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลงจาก 10.50 \pm 1.53 เหลือ 8.40 \pm 1.52 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) เปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy)

ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c)	$\bar{X} \pm$ S.D.	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	95% CI ของความต่าง	p-value
ก่อนการให้บริบาล เภสัชกรรมร่วมกับการ ติดตามการใช้ ยาทางไกล	10.50±1.53				
หลังการให้บริบาล เภสัชกรรมร่วมกับการ ติดตามการใช้ ยาทางไกล	8.40±1.52	1.57	1.38	[1.13, 2.01]	< 0.001*

*วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired T-test

ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวาน พบว่าก่อนการให้บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 77.5) หลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 97.5) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับยารักษาเบาหวานก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy)

ระดับคะแนนความรู้ เกี่ยวกับยารักษาเบาหวาน	ก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรม ร่วมกับการติดตามการใช้ยา ทางไกล	หลังการให้บริบาลเภสัชกรรม ร่วมกับการติดตามการใช้ยา ทางไกล
	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับปานกลาง (8 – 14 คะแนน)	31 (77.5)	1 (2.5)
ระดับสูง (15 – 20 คะแนน)	9 (22.5)	39 (97.5)

โดยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวานหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) เพิ่มขึ้นจาก 13.80±1.20 เป็น 17.68±1.21 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวานก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรม ร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy)

คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวาน	$\bar{X} \pm$ S.D.	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่าง	95% CI ของความแตกต่าง	p-value
ก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล	13.80±1.20				
หลังการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล	17.68±1.21	-3.88	1.34	[-4.30, -3.44]	< 0.001*

*วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired T-test

นอกจากนี้ยังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลินหลังการให้บริบาลทางเภสัชกรรม ร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) เพิ่มขึ้นจาก 6.65±0.74 เป็น 8.95±0.78 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลินก่อนและหลังการให้บริบาลเภสัชกรรม ร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy)

คะแนนทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน	$\bar{X} \pm$ S.D.	ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความแตกต่าง	95% CI ของความแตกต่าง	p-value
ก่อนการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล	6.65±0.74				
หลังการให้บริบาลเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล	8.95±0.78	-2.30	0.91	[-2.59, -2.01]	< 0.001*

*วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired T-test

ผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน พบว่าหลังการให้บริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) ผู้ป่วยมีระดับคะแนนคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงในสัดส่วนที่สูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการให้บริการเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy)

ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน	ก่อนการให้บริการเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล	หลังการให้บริการเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล
	จำนวน (ร้อยละ)	
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 6 คะแนน)	18 (45)	2 (5)
ระดับปานกลาง (6 – 7 คะแนน)	22 (55)	26 (65)
ระดับสูง (8 คะแนน)	0	12 (30)

โดยพบว่าหลังการให้บริการทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 5.48 ± 0.90 เป็น 7.00 ± 0.85 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังการให้บริการเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy)

คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา	$\bar{X} \pm$ S.D.	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	95% CI ของความต่าง	p-value
ก่อนการให้บริการ เภสัชกรรมร่วมกับ การติดตามการใช้ ยาทางไกล	5.48±0.90				
หลังการให้บริการ เภสัชกรรมร่วมกับ การติดตามการใช้ ยาทางไกล	7.00±0.85	-1.52	1.04	[-1.86, -1.19]	< 0.001*

*วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired T-test

ผลลัพธ์ด้านการค้นหาปัญหาที่พบเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าชนิดของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ประสิทธิภาพการรักษา (ร้อยละ 88.9) สาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วย ลืมใช้ยา (ร้อยละ 30.3) รองลงมา คือ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้ถูก (ร้อยละ 24.2) การแก้ไขปัญหาคือ จะใช้หลายวิธีร่วมกัน วิธีที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 68.7) จากการเก็บ ข้อมูลพบว่าปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมดได้รับการแก้ไข (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางของ PCNE*

ปัญหาเกี่ยวกับยา	รายละเอียด	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ชนิดของปัญหา (P)		45	100
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	ได้ผลการรักษาจากยาไม่พอ	40	88.9
P2 ความปลอดภัยของการรักษา	ผลข้างเคียงจากยา	5	11.1
สาเหตุของปัญหา (C)		66	100
C5 การจ่ายยา	ได้รับยาไม่ถึงวันนัด	2	3.1
C6 ขั้นตอนการใช้ยา	ใช้ยาหรือบริหารยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง	14	21.2
C7 สาเหตุจากผู้ป่วย	ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้ถูก	16	24.2
	ผู้ป่วยลืมใช้ยา	20	30.3
	ผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่เหมาะสม	14	21.2
การแก้ไขปัญหา (I)		128	100
I1 แพทย์ผู้สั่งใช้ยา	แจ้งแพทย์ผู้สั่งใช้ยา	8	6.2
I2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย	88	68.7
	ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ญาติ	24	18.8
I3 ตัวยา	เปลี่ยนยาใหม่	6	4.7
I4 อื่นๆ	ส่งต่อ อสม. ในพื้นที่เพื่อติดตาม	2	1.6
ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (O)		45	100
O1 ได้รับการแก้ไขทั้งหมด		45	100

* Pharmaceutical Care Network Europe

ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจต่อการใช้งานระบบหมอพร้อมในหัวข้อต่างๆ ได้แก่ ความสะดวกสามารถใช้งานระบบได้ทุกที่, มีข้อความนัดหมายแจ้งเตือน, ระบบภาพชัดเจน, ระบบเสียงชัดเจน, เนื้อหาความรู้ที่ได้รับเหมาะสมเข้าใจง่าย, และระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามการใช้ยาทางไกลมีความเหมาะสม พบว่าผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจระดับ “มากที่สุด” ในทุกหัวข้อ

อภิปราย

การศึกษาผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกลโดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.5) อายุ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 42.5) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.5) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) สิทธิการรักษาบัตรทอง (ร้อยละ 97.5) กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างการศึกษาของติยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัยย์ สิทธิการรักษบัตรทอง, และกุลชญา ลอยหา [6] ซึ่งทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานีโดยมีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 61 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับประถมศึกษา สิทธิการรักษบัตรทอง

ผลลัพธ์ในการรักษาโรคเบาหวาน พบว่าหลังการให้บริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) ค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของติยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัยย์ สิทธิการรักษบัตรทอง, และกุลชญา ลอยหา [6] พุทธิดา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์ [12] ปรีตตา ไชยมล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, และวรรณุช แสงเจริญ [14] สมมนัส มนต์ไพบูลย์, ผกามาส ไมตรีมิตร, และศราวดี อุทุมรินทร์ [15] แต่ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาของ Stockton [16] ซึ่งได้ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของเภสัชกรในการปรับยาอินซูลินด้วยระบบการแพทย์ทางไกล กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับบริการเภสัชกรรมทางไกล กลุ่มที่รับบริการที่คลินิกเบาหวานที่ไม่ได้ให้บริการโดยเภสัชกร และกลุ่มที่ได้รับบริการที่หน่วยปฐมภูมิ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ที่ผลการศึกษาออกมาในลักษณะที่ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาจเป็นเพราะความแตกต่างกันในด้านเชื้อชาติ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร รวมถึงกระบวนการวิจัยที่มีความแตกต่าง

ผลลัพธ์ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวาน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวานหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของติยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัยย์ สิทธิการรักษบัตรทอง, และกุลชญา ลอยหา [6] พุทธิดา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์ [12] ปรีตตา ไชยมล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, และวรรณุช แสงเจริญ [14] สมมนัส มนต์ไพบูลย์, ผกามาส ไมตรีมิตร, และศราวดี อุทุมรินทร์ [15] ส่วนในด้านทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลินหลังการให้บริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้ยาทางไกล (Telepharmacy) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของติยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัยย์ สิทธิการรักษบัตรทอง, กุลชญา ลอยหา [6] และผลลัพธ์ด้านความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) สอดคล้องกับผลการศึกษาของติยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัยย์ สิทธิการรักษบัตรทอง, กุลชญา ลอยหา [6] พุทธิดา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์ [12] ปรีตตา ไชยมล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, และวรรณุช แสงเจริญ [14] สมมนัส มนต์ไพบูลย์, ผกามาส ไมตรีมิตร, และศราวดี อุทุมรินทร์ [15] ซึ่งผลการศึกษาทั้ง 3 ด้านให้ผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน อาจเป็นเพราะการเยี่ยมบ้านหรือการบริการเภสัชกรรมทางไกล

(Telepharmacy) เกสซ์กรสามารถใช้เวลาในการบริหารเภสัชกรรม ให้ความรู้และทบทวนการจ่ายแก่ผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ แตกต่างกับการให้บริการหน้าห้องยาที่เภสัชกรต้องทำงานแข่งกับเวลาเนื่องจากมีผู้รอรับบริการเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวันที่เป็นคลินิกโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง

ผลลัพธ์ด้านการค้นหาปัญหาที่พบเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าชนิดของปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ประสิทธิภาพการรักษา (ร้อยละ 88.9) สาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุดคือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยลืมใช้ยา (ร้อยละ 30.3) รองลงมาคือ ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามแพทย์สั่งได้ถูก (ร้อยละ 24.2) การแก้ไขปัญหาคือ ใช้หลายวิธีร่วมกัน วิธีที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 68.7) จากการเก็บข้อมูลพบว่าปัญหาจากการใช้ยาทั้งหมดได้รับการแก้ไข (ร้อยละ 100) สอดคล้องกับผลการศึกษาของติยารัตน์ ภูติยา, สงครามชัย ลีทองดีศกุล, และกุลชญา ลอยหา [6] ได้ศึกษาและพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา การแก้ไขหรือลดปัญหาจากการใช้ยาและส่งผลที่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยปัญหาจากการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ ประสิทธิภาพการรักษา สาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุดคือ สาเหตุจากตัวผู้ป่วย การแก้ไขปัญหาคือ ใช้หลายวิธีร่วมกัน วิธีที่ใช้มากที่สุด ได้แก่ การให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย

สรุป

การบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการจ่ายทางไกล (Telepharmacy) โดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน มีผลลัพธ์ในการรักษาที่ดีขึ้น โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร (FPG) และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคและยารักษาเบาหวาน เพิ่มทักษะในการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) นอกจากนี้ยังช่วยให้เภสัชกรค้นหา ป้องกัน และแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนนัด อีกทั้งผู้ป่วยที่รับบริการมีระดับความพึงพอใจระดับ “มากที่สุด”

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มี Smart phone หรืออุปกรณ์ที่ใช้งานระบบหมอพร้อม จะต้องประสานงานผ่านเครือข่าย 3 หมอ ได้แก่ อสม. (หมอคนที่ 1) หรือเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว (หมอคนที่ 2) มาให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อรับบริการ Telepharmacy กับเภสัชกรที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งหากหมอคนที่ 1 และ 2 ติดภารกิจอื่นต้องทำการเลื่อนนัดเพื่อให้บริการในวันอื่น

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- 1) การใช้งานแพลตฟอร์มหมอพร้อมครั้งแรกมีความซับซ้อน หลายขั้นตอน
- 2) หากสัญญาณอินเทอร์เน็ต/โทรศัพท์ไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อค่าบริการทันที
- 3) การประสานงานผ่านเครือข่าย 3 หมอเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของหมอคนที่ 1 และ 2 ได้แก่ ค่าเดินอินเทอร์เน็ต ค่าน้ำมันรถ

ข้อเสนอแนะ

- 1) ส่วนกลางควรปรับลดขั้นตอนการเข้าใช้งานระบบพร้อม เพื่อความสะดวกในการใช้งาน
- 2) ส่วนกลางควรเพิ่มบริการอินเทอร์เน็ตสาธารณะในชุมชน เพื่อเอื้อต่อนโยบาย Telemedicine
- 3) ในยุค Digital disruption ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ควรเรียนรู้และก้าวให้ทันการเปลี่ยนแปลง เพราะมีเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้นและผู้ป่วยที่มารับบริการได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น

การนำไปใช้ประโยชน์

- 1) ประโยชน์ที่มีต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานได้รับผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและยามากขึ้น มีทักษะการใช้ปากกาฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง ได้รับการติดตามการใช้จ่ายและได้รับการแก้ไขปัญหาจากการใช้จ่าย ลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม
- 2) ประโยชน์ที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการเพิ่มบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการเภสัชกรรมแบบเชิงรุกให้กับผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับสหวิชาชีพ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้การบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ร่วมกับการให้บริการทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคต่างๆ หรือใช้ติดตามการใช้จ่ายเทคนิคพิเศษชนิดอื่นๆ นอกเหนือจากยาฉีดอินซูลิน ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 3) ประโยชน์ที่มีต่อโรงพยาบาล นำการบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ เพื่อเป็นการเพิ่มบริการและเพิ่มรายได้ให้โรงพยาบาล ซึ่งช่วยลดความแออัด ลดการรอคอย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ พญ.ณภัทร สิทธิศักดิ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) นพ.ภานุพงษ์ รัตนวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (อายุรแพทย์) และพญ.ณิสร คำริห์ นายแพทย์ชำนาญการ (อายุรแพทย์) ที่ปรึกษาและผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ที่สละเวลาให้คำแนะนำเกี่ยวกับแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล รวมถึงให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงงานวิจัยชิ้นนี้

ขอขอบพระคุณ นพ.ประเสริฐ ติษฐ์สมบุญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเซกา จังหวัดบึงกาฬ ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณ ภญ.นงลักษณ์ อดิตตะกะ หัวหน้ากลุ่มงาน เภสัชกรรมฯ ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้กำลังใจ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเซกาที่มีส่วนช่วยเหลือให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงมา ณ ที่นี้ด้วย

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าสู่วิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ช่วยประสานงาน ทำให้การบริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy) ราบรื่น และทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ในที่สุด

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ รหัสโครงการ BKPH 2023-015 วันที่รับรอง 30 มกราคม 2566

การอ้างอิง

จิราวัฒน์ สุวัทธิกะ. ผลของการบริหารเภสัชกรรมร่วมกับการติดตามการใช้จ่ายทางไกลโดยประยุกต์ใช้ระบบหมอพร้อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ปากกาฉีดอินซูลิน อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2566; 1(2): 122-139.

Suwatiga J. Effects of Pharmaceutical Care Combined with Remote Counseling Telepharmacy by Applying Mohprompt Station Application in Type 2 Diabetic Patients Using Insulin Pen, Seka District, Bueng Kan Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2023; 1(2): 122-139.

เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมควบคุมโรค. รมรณรงค์วันเบาหวานโลก 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692 &deptcode=brc>
- [2] วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ, อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์. 2564.
- [3] สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี, บริษัท รมเย็น มีเดีย. 2560.
- [4] กรองแก้ว พรหมชัยศรี, สงวน ลือกิจบัณฑิต, และวรรณุช แสงเจริญ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งต้นต่อความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินชนิดปากกาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทดลองเชิงสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562; 11(3): 648-658.
- [5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM, HT, CVD). สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2565 จาก https://bkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- [6] ดิยาวรัตน์ ภูติยา, สงครามชัย ลีทองดีศกุล, และกุลชญา ลอยหา. การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศรีนาถวิทย์. 2564; 11(1): 91-105.
- [7] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2565 จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/strategymoph61_v10.pdf
- [8] ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้านในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2565 จาก <https://thaifammed.org/uncategorized/1421/>

- [9] สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Telepharmacy). สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2565 จาก https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1846&catid=0
- [10] สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของเภสัชกรครอบครัว (Family Pharmacist) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 – 2567. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2565 จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8895>
- [11] กฤษฎี วัฒนธรรม, อธิพล ทิพย์พะยอม, และอัลจนา เฟื่องจันทร์. รูปแบบกิจกรรมและผลลัพธ์การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล: บทความปริทัศน์. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2564; 17(3): 1-15.
- [12] พุทธิดา โภคภิรมย์ และกรกมล รุกขพันธ์. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นร่วมกับการให้ความรู้และการติดตามทางโทรศัพท์โดยเภสัชกร ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2563; 12(4): 984-996.
- [13] Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, and Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension*. 2008; 10(5): 348-54. DOI: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
- [14] ปรีธิตา ไชยมล, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, และวรรณุช แสงเจริญ. ผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกรร่วมกับการใช้ภาพถ่ายแสดงวิธีการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2560; 9(2) :475-488.
- [15] สมมนัส มั่นสไพบูลย์, ผกามาส ไมตรีมิตร, และศราวุฒิ อุ่พุดนิษฐ์. ผลการบริบาลทางเภสัชกรรมร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2560; 13(1): 37-51.
- [16] Stockton K and Deas C. Evaluation of outcomes of a pharmacist-run, outpatient Insulin titration telepharmacy service. *INNOVATIONS in pharmacy*. 2019; 10(2) :1-7. DOI: 10.24926/iip.v10i2.1737

วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

91 ถนนเทศบาล 1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000



อีเมล : Jalor-Journal@yala.ac.th



โทร : 073212863 ต่อ 131