



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care
and Public Health Development

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2567

VOL.2 NO.1 January-April 2024

AJPPD



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

Mohanamai Academic Network Association

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข มีนโยบายเพื่อเผยแพร่บทความวิจัย (Research Paper) และบทความวิชาการ (Academic Paper) ด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุขทุกสาขา และผู้สนใจในด้านระบบบริการสุขภาพ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 1 (ปีที่ 2 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข เดือนมกราคม – เมษายน 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลายทราย อำเภอปากพะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน ผลโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่าน และเป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขต่อไป

(นายบุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
<p>ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี</p> <p>The Relationship between the Perceptions of Health Belief Patterns and the Dengue Fever Prevention for People in Bang Tabun Subdistrict Health Promoting Hospital Area, Ban Laem District, Phetchaburi Province.</p> <p>คม ยิบประดิษฐ์ และ ภัทรสุดา สิ้นสวัสดิ์</p>	1-14
<p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลายทราย อำเภopakพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>Factors Influencing the Behavior of Dengue Fever Prevention among People in the Area Ban Plai Sai Subdistrict Health Promoting Hospital, Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat Province.</p> <p>อนุวัฒน์ เราะหะวิลัย</p>	15-28
<p>ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน</p> <p>Factors causing hospital admission with asthma attacks in patients with chronic obstructive pulmonary disease. (Exacerbation) in Na Bon Hospital.</p> <p>พรทิพย์ หนูหนอง</p>	29-46
<p>ผลโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์</p> <p>The results of the health promotion program on self-regulation behaviors to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes at Kham Muang Hospital, Kalasin Province.</p> <p>มณีเมขลา นาลาบ</p>	47-60
<p>การพัฒนาาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช</p> <p>Development of the BEFAST expressway system for caring for stroke patients, Na Bon Hospital Nakhon Si Thammarat Province.</p> <p>จู่ไร เอกธรรมรักษ์</p>	61-78

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช	
Factors related to the decision to undergo cervical cancer screening among women aged 30-60 years in the area of responsibility Chian Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.	79-96
ชลากร พรหมนิล	
ผลการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อความถูกต้อง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ ในโรงพยาบาลพ่othานคล้ายวาจาสิทธิ จังหวัดนครศรีธรรมราช	
Results of using the quality assessment form for the nursing service system for transferring between health care facilities. on the accuracy and adverse events of referred patients In Por Than Klai Wajasit Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.	97-116
อริษฐ์ บัวแก้ว	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ตัดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์	
The results of the program to promote self-efficacy and social support in caring for bed-ridden elderly people in Thung Khlong Subdistrict, Kham Muang District, Kalasin Province.	117-128
สุกฤทตา ศรีณะพรหม	
ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุ ตำบลนาเกาะชะ อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช	
Relationships of Quality of Life and Activities of Daily Living in Elderly, Na Ka Cha Subdistrict, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province.	129-141
นิตยา ดิษฐาน	
ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุดรดิษฐ์	
Effectiveness of a Competency Enhancement Program for Professional Nurses at the Emergency and Forensic Unit, in Faktha Hospital.	142-153
ปาริชาติ รัตนานันท์	



สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของการพยาบาลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟาқта จังหวัดอุดรดิตถ์

The Effects of Primary Nursing System in Inpatient Unit, Faktha Hospital.

154-166

ประยูรเกียรติ เอกา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน
โรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน
อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

The Relationship between the Perceptions of Health Belief Patterns and
the Dengue Fever Prevention for People in Bang Tabun Subdistrict Health
Promoting Hospital Area, Ban Laem District, Phetchaburi Province.

คม ยิปประดิษฐ์* และ ภัทรสุดา สินสวัสดิ์

Kom Yippradit* and Patarasuda Sinsawat

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

Bang Tabun Subdistrict Health Promoting Hospital Area, Ban Laem District,
Phetchaburi Province

*Corresponding author, E-mail: komyip@gmail.com

(Received: January 30, 2024; Accepted: February 23, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 603 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 148 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.933 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ Spearman's correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ($M=4.11$, $S.D.=0.43$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M=4.04$, $S.D.=0.42$) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ($M=3.89$, $S.D.=0.35$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($M=3.82$, $S.D.=0.43$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($M=3.80$, $S.D.=0.33$) อยู่ในระดับสูง แรงจูงใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.65$, $S.D.=0.41$) พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.40$, $S.D.=0.36$) การรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกและเป็นไปในทิศทางบวก ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับอยู่ในระดับปานกลาง ($r= 0.426$, $p < 0.01$) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์กับอยู่ในระดับต่ำ ($r=0.317$, $p < 0.01$) และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.191$, $p=0.020$)

แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ในการป้องกันโรคให้กับประชาชนอย่างเพียงพอ รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและทันต่อสถานการณ์การระบาดของโรค

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This cross-sectional survey research aims to study 1) perceptions of health beliefs, 2) behaviours to prevent dengue fever among citizens, and 3) the relationship between perceptions of health beliefs and the behaviours of those people to prevent dengue fever. The population of this study was 603 people, each representing their household and aged 18 years and over. The sample size was 148 people, recruited by a simple random sample. Data were collected through a questionnaire, which was used for the quality check. The IOC value is between 0.67 and 1.00, and the reliability value is 0.933. The data were analysed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient statistics.

The results found that the sample perceived preventive disease barriers (M=4.11, S.D. =0.43), perceived disease severity (M=4.04, S.D.=0.42), relationship factors (M=3.89, S.D.=0.35), perceived benefits of disease prevention (M=3.82, S.D.=0.43), and perceived risks of disease (M=3.80, S.D.=0.33) at a high level. While the health motivation (M=3.65, S.D.=0.41) and overall dengue prevention behaviour are at a moderate level (M=3.40, S.D.=0.36). There was a positive direction regarding the relationship between perceptions and dengue fever prevention behaviour. For example, health incentives had a moderate level ($r=0.426$, $p < 0.01$), relationship factors had a low level of correlation ($r=0.317$, $p < 0.01$), and perception of the benefits of disease prevention had a very low relationship ($r=0.191$, $p=0.020$).

From these results, the relevant agencies, including the Ministry of Public Health and the Subdistrict Administrative Organization, must provide adequate support for the people regarding materials and equipment to prevent disease. In addition, the involved personnel must have good relationships with them, which can help keep the public continually aware of dengue fever and up to date with the outbreak situation

Keywords: Health Belief Model, Preventive Behaviour, Hemorrhagic Disease

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever) เป็นโรคติดต่อมาโดยยุงลายที่เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) ของประเทศไทย พบการระบาดยาวนานต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน โดยข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคที่ผ่านมา พบมีการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อมาโดยยุงลายสูงสุดในกลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลง โดยโรคไข้เลือดออกเริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2492 และพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 การเกิดโรคในช่วงแรกพบผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และจังหวัดที่มีการคมนาคมสะดวกมีรูปแบบการระบาดที่ค่อนข้างชัดเจน คือ ปีหนึ่งสูงและปีถัดมามีจำนวนผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) แต่ต่อมาในช่วงหลังระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกเริ่มเปลี่ยนแปลงไป โดยมีการแพร่ระบาดจากชุมชนเมืองไปสู่ชุมชนชนบท และแพร่ระบาดไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ รูปแบบการระบาดไม่ชัดเจน ส่งผลให้การคาดการณ์การเกิดโรคในปีถัดไปยากมากขึ้น และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในกลุ่มผู้ใหญ่สูงขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2564) ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกเดงกี พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย และจัดเป็นโรคติดต่อที่สำคัญในอันดับต้น ๆ ของประเทศ โรคนี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ระหว่างที่เจ็บป่วยอยู่นั้น ผู้ป่วย คนในครอบครัว หรือผู้เกี่ยวข้องก็จะสูญเสียโอกาส ด้านรายได้ หน้าที่การงาน และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก หากคิดเป็นมูลค่าจะอยู่ประมาณหลักร้อยล้านบาทต่อปี ปัญหาโรคไข้เลือดออกได้สร้างความเสียหายต่อสภาวะสังคม และเศรษฐกิจของไทยมาเป็นเวลาหลายสิบปี และ

ยังจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องไม่สิ้นสุดหากไม่มีการจัดการที่ดี (กรมควบคุมโรค, 2561)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ได้รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 – 30 กันยายน 2566 จำนวน 1,878 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 27.90 ต่อประชากรแสนคน เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) พบการระบาดของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและมีผู้ป่วยน้อยกว่าค่ามัธยฐาน แต่ยังคงดำเนินการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง สำหรับจังหวัดเพชรบุรี เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงกว่าค่ามัธยฐาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2566) เช่นเดียวกับอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ที่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออกทุกปี จากการรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2561-2565) พบมีอัตราป่วย 66.06, 70.96, 9.78, 146.82 และ 4.77 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และยังพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงกว่า ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) เช่นกัน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแหลม, 2566) ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้ป่วยลดลงเป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจจะเกิดจากช่วงนั้นเป็นช่วงที่ยังมีการระบาดของโรคโควิด-19 แต่จากค่ามัธยฐานจะพบว่า มีบางเดือนมีค่ามัธยฐานสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี

Becker & Maiman (1974) ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล อธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจ เพื่ออธิบายพฤติกรรม การป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรค โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่

แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม (Modifying and Enabling Factor) ซึ่งรวมตัวแปรทางด้านประชากรและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Due to Action) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจะปรับปรุงความสามารถในการทำนายพฤติกรรม (Predictability of Health Behavior) ได้ดีขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพประกอบไปด้วย 6 ปัจจัย คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตรของเขา
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ
5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่างๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย
6. ปัจจัยต่างๆ (Modifying Factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน (ชนกฤดี นัยกุลวงศ์, 2558; ชนิตา มัททวงกูร และคณะ; 2560)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี มีพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 5 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 603 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากร 1,824 คน โดยในปี 2565-2566 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 1 คน คิดเป็นอัตราป่วย 54.82 และในปี 2566 จำนวน 6 คน คิดเป็นอัตราป่วย 328.95 ต่อประชากรแสนคน โดยหมู่บ้านที่พบมากที่สุด คือ ม.4 บ้านคลองขุด ซึ่งถึงแม้ว่า รพ.สต.บางตะบูน จะดำเนินงานเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดเพชรบุรี แต่ก็ยังพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนั้น การเสริมสร้างพฤติกรรมโดยนำแนวคิดด้านสุขภาพโดยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินงานวางแผนป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก โดยเฉพาะในเขต รพ.สต.บางตะบูน ที่มีอัตราป่วยสูงขึ้นจากปีก่อน ๆ ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถที่จะนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปประกอบการพิจารณาวางแผนดำเนินการ เพื่อส่งเสริมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับปัญหาวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเรียนรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

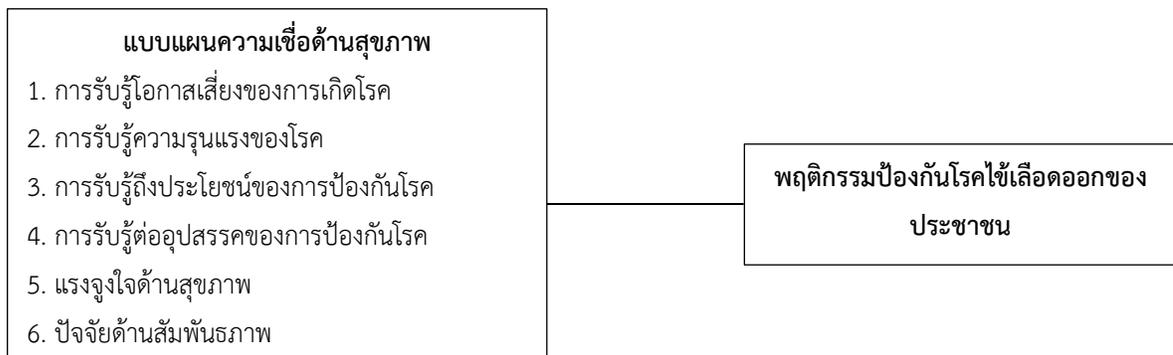
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำ Becker & Maiman (1974) ที่ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล อธิบายถึงพฤติกรรมในการตัดสินใจเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคโดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วมมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study research)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยจริงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 603 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยในกรณีทราบประชากร (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) กำหนด 1) ระดับความเชื่อมั่น (confidence level; Z เท่ากับ 1.96) 2) กำหนดระดับของความแปรปรวน (degree of variability; σ) อ้างอิงจากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช (บุญประจักษ์ จันทรวิน, นรานุช ชะระเชื่อน และวัลลภา ดิษสระ, 2565) พบว่า มีค่าเฉลี่ย

3.26 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.31 และ 3) ระดับความแม่นยำ (precision level; e หรือ d) หรือกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 1.61 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 123 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 20.00 จำนวน 25 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 148 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านมาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก ทำฉลากเลขโดด คือ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 และ 9 นำมาสุ่มหยิบฉลากเพื่อให้ได้ตัวอย่างลำดับที่ 1 จากบ้านเลขที่ที่เรียงลำดับจากน้อยไปหามากแล้ว ซึ่งเป็นบ้านเลขที่ที่อยู่ในลำดับที่ 1-9 จากนั้นนับระยะห่างจากบ้านเลขที่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามเลขโดดที่หยิบฉลากได้ นับวนไปจนได้ครบจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านนั้น

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18-60 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่หมู่ 1-5 ตำบลบางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีความยินดีและยินยอมสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยต่อเนื่อง 4) ไม่มีปัญหาด้านการฟัง สามารถอ่านหนังสือได้ และ 5) เป็นผู้บริหารจัดการในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภายในบ้าน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบ และสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ

การศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วย รายได้ และสถานภาพทางสังคม

ส่วนที่ 2 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 10 ข้อ (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 10 ข้อ (3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 9 ข้อ (4) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค 10 ข้อ และ (5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ 9 ข้อ และ 6) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ 7 ข้อ รวมทั้งหมด 55 ข้อ สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยทำการกลับคะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับการรับรู้สูง	มีคะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00
ระดับการรับรู้ปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66
ระดับการรับรู้ต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ไม่ค่อยปฏิบัติ (2 คะแนน) ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยทำการกลับคะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับพฤติกรรมดี	มีคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66

ระดับพฤติกรรมต้องปรับปรุง มีคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญสาขาด้านสาธารณสุข 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาสาธารณสุขและสถิติ 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบเพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงเพิ่มความสมบูรณ์ของแบบสอบถามมีความถูกต้องเหมาะสมทางภาษาและมีความชัดเจนทางด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ นำแบบวัดไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างกับประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอบ้านแฮ่ม จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 ชุด จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยพิจารณาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.929

แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.780

แบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.933

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20–30 ธันวาคม 2566 มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงประธาน อสม. ส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับประธาน อสม. ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของ

งานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดย ประธาน อสม. เป็นผู้สอบถามตามแบบสอบถาม

3. ประธาน อสม. เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ตัวแปรการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ Spearman's correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดย Bartz (1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r=0.80-1.00$), ความสัมพันธ์กันสูง ($r=0.60-0.79$), ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r=0.40-0.59$), ความสัมพันธ์ต่ำ ($r=0.20-0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r=0.01-0.19$)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่โครงการ PBEC No. 62/2566 วันที่รับรอง 15 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.32 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ร้อยละ 64.86 (M=50.40, S.D.=9.17, Minimum=19, Maximum=60) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 47.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.76 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.59 อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 97.97 (M=51.98, S.D.=15.88, Minimum=6, Maximum=60) มีบุคคลในครอบครัว

เป็นโรคไข้เลือดออกในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ร้อยละ 2.03 มีจำนวนผู้ป่วย 1 คน ร้อยละ 100.00 มีรายได้ต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท ร้อยละ 86.49 (M=6,433.48, S.D.=4,600.61, Minimum=800, Maximum=20,000) และมีสถานภาพทางสังคมเป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 58.78

2. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M=4.11, S.D.=0.43) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (M=4.04, S.D.=0.42) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ (M=3.89, S.D.=0.35) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (M=3.82, S.D.=0.43) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (M=3.80, S.D.=0.33) ตามลำดับ สำหรับแรงจูงใจด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (M= 3.65, S.D.=0.41) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	3.80	0.33	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.04	0.42	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	3.82	0.43	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	4.11	0.43	สูง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	3.65	0.41	ปานกลาง
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ	3.89	0.35	สูง

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M=3.40, S.D.=0.36) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ได้นำความรู้ที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม. ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (M=4.16, S.D.=0.67) รองลงมาคือ จัดข้าวของภายในบ้าน

และรอบ ๆ บ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (M=4.12, S.D.=0.72) และตัวเองหรือสมาชิกในบ้านมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำภาชนะที่มีน้ำขัง หรือใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ เกือบ ผก ซักฟอก (M=4.06, S.D.=0.72) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก คือ มีการกำจัดขยะโดยการเผา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ฯ



เพื่อให้ควันทันไฟไต่ยุง (M=2.75, S.D.=1.36) รองลงมาคือ
ไม่ได้เปิดฝาท่อระบายน้ำฝน ถึงแม้จะใช้น้ำหมดไม่เกิน
1 สัปดาห์ ทุกครั้ง ยุงจึงไม่สามารถวางไข่ได้ (M=2.53,
S.D.=1.20) และกระตุ้นหรือเตือนเกี่ยวกับการป้องกัน

โรคไข้เลือดออกไม่เฉพาะช่วงระบาดกับสมาชิกในบ้าน
และเพื่อนบ้าน (M=2.15, S.D.=0.81) รายละเอียดดัง
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	M	S.D.	ระดับ
1. ได้สำรวจสถานะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งในบ้านและนอกบ้าน	4.03	0.77	สูง
2. ได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในที่ประชุมของชุมชน	3.35	0.93	ปานกลาง
3. สมาชิกในครัวเรือนของท่านใส่เสื้อผ้าที่มิดชิด และนอนในมุ้งหรือใช้ยาทากันยุงเมื่อนอนในเวลากลางวันเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงกัด	3.96	0.92	สูง
4. ได้เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชน	3.73	0.95	สูง
5. ตัวเองหรือสมาชิกในบ้านมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำภาชนะที่มีน้ำขัง หรือใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ เกลือ ผงซักฟอก	4.06	0.72	สูง
6. ได้กำจัดขยะโดยการเผา เพื่อให้ควันทันไฟไต่ยุง	2.75	1.36	ปานกลาง
7. ได้ใช้โลชั่นกันยุง หรือสมุนไพรป้องกันยุงกัดทาตัว เวลาที่ท่านออกจากบ้าน*	3.10	1.25	ปานกลาง
8. จะฉีดสเปรย์ไล่ยุงด้วยตนเอง โดยไม่ต้องร้องขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาฉีดสารเคมีเพื่อไล่ยุง	3.47	1.18	ปานกลาง
9. จัดข้าวของภายในบ้านและรอบๆ บ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อให้ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	4.12	0.72	สูง
10. ได้นำความรู้ที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม. ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง	4.16	0.67	สูง
11. ไม่แขวนเสื้อผ้าไว้ตามฝาผนังห้องหรือมุมของบ้าน*	2.80	1.29	ปานกลาง
12. จะกำจัดสถานะที่ไม่ใช่แล้ว เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกจากบุคคลในบ้านหรือเพื่อนบ้าน	4.03	0.79	สูง
13. ได้กระตุ้นหรือเตือนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่เฉพาะช่วงระบาดกับสมาชิกในบ้านและเพื่อนบ้าน*	2.15	0.81	ต่ำ
14. ไม่ได้เปิดฝาท่อระบายน้ำฝน ถึงแม้จะใช้น้ำหมดไม่เกิน 1 สัปดาห์ ทุกครั้ง ยุงจึงไม่สามารถวางไข่ได้*	2.53	1.20	ปานกลาง
15. ไม่ปิดบ้านเพื่อป้องกันไม่ให้ยุงเข้าบ้านทั้งกลางวันและกลางคืน*	2.82	1.39	ปานกลาง

* ข้อความเชิงลบ ผู้วิจัยทำการกลับคำถามแล้ว

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปในทิศทางบวก ($r=0.426$, $p < 0.01$) ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ

เป็นไปในทิศทางบวก ($r=0.317$, $p < 0.01$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำมาก เป็นไปในทิศทางบวก ($r=0.191$, $p=0.020$) ส่วนการรับรู้อื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความสัมพันธ์	พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	-0.032	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.018	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.153	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค	0.191**	ต่ำมาก
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	0.426*	ปานกลาง
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ	0.317*	ต่ำ

* $p < 0.01$, ** $p < 0.05$

อภิปรายผล

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับสูง มีทั้งหมด 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค และปัจจัยด้านสัมพันธภาพ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่เกิดขึ้นบ่อยในชุมชน ประชาชนทราบถึงวิธีป้องกันโรค ทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และตระหนักดีว่าถ้าประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ประกอบกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางตะบูนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ได้ดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เป็นประจำ ต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนทราบถึงอาการของโรคไข้เลือดออก การรักษาวิธีป้องกัน รวมไปถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ

ยุ่งกลายเป็นอย่างดี จะเห็นได้จากงานวิจัยประชาชนรับรู้ถึงการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค กล่าวคือ หากบ้านที่มีภาชนะที่มีน้ำขังและไม่มีฝาปิดจะเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนำโรคไข้เลือดออกได้ ($M=4.59$, $S.D.=0.52$) และการนอนกลางวันในมุ้งจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกได้ ($M=4.45$, $S.D.=0.61$) ซึ่งการรับรู้นี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค คือ รับรู้ว่าการปิดฝาโอ่งหรือใช้ตาข่ายปิดคลุมปากโอ่งให้มิดชิดเป็นวิธีที่ง่าย และมีประสิทธิภาพในการป้องกันยุงลายวางไข่ ($M=4.35$, $S.D.=0.63$) ในส่วนของความรุนแรงของโรค ประชาชนรับรู้ว่าจะทุกคนจะมีโอกาสเสียชีวิตจากการเป็นโรคไข้เลือดออกหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลา และอันตรายที่สำคัญ คือ ภาวะช็อค ($M=4.43$, $S.D.=0.67$ และ 4.43 , 0.54) ทั้งนี้ การติดตามสถานการณ์

การระบาดของโรคไข้เลือดออกทำให้ประชาชนสามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ($M=4.20$, $S.D.=0.42$) จากการรับรู้ดังกล่าว เมื่อประชาชนมีความตระหนัก มีการรับรู้ที่ถูกต้อง จึงทำให้การรับรู้อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวีรพงษ์ ชมพูมิ่ง และสวัสดิ์ ดวงใจ (2562) ที่พบว่า ประชาชนในอำเภอสอง จังหวัดแพร่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับมาก แต่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทร์วิน (2565) พบว่า ประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดี แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. สายสี จังหวัดสมุทรสาคร ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับแรงจูงในด้านสุขภาพ เป็นเพียงด้านเดียวที่อยู่ในระดับปานกลาง โดยแรงจูงใจจะเป็นสภาพทางอารมณ์ของประชาชนที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลในการดูแลสุขภาพอนามัย การดำเนินงานของ รพ.สต. บางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ที่ได้ร่วมกับชุมชนจะดำเนินกิจกรรมหรือกระตุ้นให้ประชาชนปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ประชาชนรับรู้ในกิจกรรมนี้ ทำให้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=4.20$, $S.D.=0.53$) ซึ่งการจัดกิจกรรมเป็นแรงจูงใจหนึ่งที่ทำให้ประชาชนรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค แต่ทั้งนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขต รพ.สต. บางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี อาจจะยังไม่เพียงพอในส่วนของอื่น ๆ โดยเฉพาะแรงจูงใจหรือ

สิ่งสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชน เช่น การที่องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ที่สนับสนุนทรายกำจัดลูกน้ำ ยุงลาย หรือสเปรย์ฉีดยุงยังไม่เพียงพอ ($M=3.03$, $S.D.=1.12$) เช่นเดียวกับมาตรการ 3 เก็บ 5 ป 1 ข ซึ่งเป็นมาตรการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ทำให้ประชาชนปฏิบัติโดยมาตรการนี้ทำให้ประชาชนมีแรงจูงใจในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.48$, $S.D.=0.93$) อาจจะเป็นเพราะว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายหรือมาตรการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ประชาชนอาจจะรู้สึกสับสนต่อมาตรการที่ให้ประชาชนปฏิบัติและเป็นมาตรการที่มีความคล้ายคลึงกัน จนทำให้ประชาชนไม่ทราบว่ามาตรการไหนเป็นมาตรการล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. สายสี จังหวัดสมุทรสาคร ที่พบว่า แรงจูงใจจาก อสม. และการสนับสนุนจากเทศบาล อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งถึงแม้ว่า รพ.สต. บางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี จะมีกิจกรรมดำเนินการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ประชาชนนำความรู้ทั้งที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุข หรือ อสม. ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การปฏิบัตินี้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M=4.16$, $S.D.=0.67$) แต่ยังมีพฤติกรรมในบางประเด็นที่ประชาชนยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง อาทิ การได้กระตุ้นหรือเตือนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่เฉพาะช่วงระบาดกับสมาชิกในบ้านและเพื่อนบ้าน ($M=2.15$, $S.D.=0.81$) การที่ประชาชนไม่ได้เปิดฝาภาชนะเก็บน้ำฝน ถึงแม้จะใช้น้ำหมดไม่เกิน 1 สัปดาห์ ทุกครั้ง ยุงจึงไม่สามารถวางไข่ได้ ($M=2.53$, $S.D.=1.20$) และการได้กำจัดขยะโดยการเผา เพื่อให้ควันไฟไล่ยุง ($M=2.75$,

S.D.=1.36) ในประเด็นเหล่านี้ประชาชนมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลางไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. สายสี จังหวัดสมุทรสาคร มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ รพ.สต. บางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี อาจจะต้องจัดกิจกรรมที่ทำให้ประชาชนกระทำอย่างต่อเนื่อง นอกจากการรณรงค์หรือประชาสัมพันธ์การเกิดโรคในชุมชน เช่น กิจกรรมประกวดบ้านสะอาด โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทรวิน (2565) พบว่า ประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของวีรพงษ์ ชมพูมิ่ง และสวัสดิ์ ดวงใจ (2562) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอสอง จังหวัดแพร่ อยู่ในระดับสูง

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง เป็นไปในทิศทางบวก อาจจะเป็นเนื่องจากว่า กิจกรรมที่ รพ.สต. บางตะบูน อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี ดำเนินการทั้งการรณรงค์ในชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มาตรการที่มีการประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เทศบาล หรือ รพ.สต. หรือแม้แต่การกระตุ้นให้มีการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคคลในบ้าน จะเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยกระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการที่ รพ.สต. ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (M=4.20,

S.D.= 0.53) และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจนทำให้สามารถป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกได้ (M=4.15, S.D.=0.94) ซึ่งเป็นการรับรู้ที่มีค่าเฉลี่ยที่มากเป็น 2 ลำดับแรก ส่งผลให้แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. สายสี จังหวัดสมุทรสาคร

สำหรับปัจจัยด้านสัมพันธภาพมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เพราะ รพ.สต. เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขด่านหน้าที่ดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิด มีการส่งข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำในการปฏิบัติตัว ประชาชนก็สามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง แต่ทั้งนี้เมื่อประชาชนทราบการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่เป็นพื้นที่เสี่ยงทำให้ประชาชนไม่ไปในพื้นที่นั้น (M=2.50, S.D.=1.06) ในประเด็นนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจจะต้องอธิบายเพิ่มเติมให้กับประชาชน เพราะโรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงเป็นพาหะนำโรค การไปในพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค หากมีการป้องกันตนเอง เช่น การใช้โลชั่นกันยุงกัด การสวมเสื้อแขนยาวและขายาว ก็สามารถป้องกันไม่ให้ยุงกัดได้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับบุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2565) ที่พบว่า สัมพันธภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราชได้

และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก ทั้งนี้ อาจจะเป็น

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ฯ



เพราะว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่น และเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งปี ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคในชุมชนสามารถทำได้ทั้งทางกายภาพ เช่น กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย โดยการกำจัดภาชนะที่ไม่ใช้แล้วไม่ให้มีน้ำขัง การล้างอ่างน้ำทุก 7 วัน การเลี้ยงปลาหางนกยูง เป็นต้น ส่วนทางชีวภาพ เช่น การใส่ทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย การใส่เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงชูรส ตามขาตู้ต่าง ๆ กิจกรรมเหล่านี้ประชาชนทราบดีว่าจะต้องปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเป็นมาจากที่ รพ.สต. ได้มีกิจกรรมรณรงค์ต่อเนื่องเป็นประจำ จึงทำให้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตา มัททวงกูร และคณะ (2560), วีรพงษ์ ชมพุ่มิ่ง และสวัสดิ์ ดวงใจ (2562), พุทธิพงษ์ บุญชู (2563) และบุญประจักษ์ จันทร์วิน

(2565) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

(1) ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นไปในทิศทางบวก มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง เพราะฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รพ.สต. และ เทศบาล จะต้องให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเพียงพอ เพื่อการป้องกันโรคอย่างทันต่อสถานการณ์ และยังคงต้องจัดกิจกรรมการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

(2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรจะต้องทำการวิจัย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน เพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2561). *แนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมือง*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2564). *รายงานโรคไข้เลือดออก ปี 2564*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิตา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อำพร สิทธิจิต และธำรงค์น้อยสิริวัฒนา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(34): 34-48.
- ธนภฤติ น้อยกุลวงศ์. (2558). *พฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
- บุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 141-156.
- บุญประจักษ์ จันทร์วิน, นรานุช ขะระเขื่อน และวัลลภา ดิษสระ (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารกิจการรณรงค์*, 29(2), 204-217.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมล์. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2): 9-18.

- พุทธิพงศ์ บุญชู. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเปรียบเทียบหมู่บ้านปลอดโรค กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(3), 79-94.
- วีรพงษ์ ชมพูมิ่ง และสวัสดิ์ ดวงใจ. (2562). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอสองจังหวัดแพร่. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 6(3), 47-60.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแหลม. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี: เพชรบุรี.
- Bartz, A. E. (1999). *Basic Statistical Concepts*: Merrill.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1974). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2. winter : 336-385.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลายทราย

อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Influencing the Behavior of Dengue Fever Prevention among
People in the Area Ban Plai Sai Subdistrict Health Promoting Hospital,
Pak Phanang District, Nakhon Si Thammarat Province.

อนุวัฒน์ เราะหะวิลัย

Anuwat Rohawilai

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลายทราย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Ban Plai Sai Subdistrict Health Promoting Hospital, Pak Phanang District,

Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: January 29, 2024; Accepted: February 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนหลังคาเรือน จำนวน 129 ตัวอย่าง ใช้แบบสอบถามในการวิจัย โดยด้านความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 ด้านทัศนคติ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก และทั้งฉบับ มีค่าแอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80, 0.85, 0.90, 0.82 และ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 85.27) มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.54) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.54) และแรงจูงใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 96.90) สำหรับปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับดี (ร้อยละ 87.60) พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.24) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ และทัศนคติ ซึ่งร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้ร้อยละ 22.8 โดยปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลไปในทิศทางบวก ส่วนทัศนคติเป็นไปในทิศทางลบ

ข้อเสนอแนะ ปัจจัยเอื้อที่สำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมาจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฉะนั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากขึ้น ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงเป็นพี่เลี้ยงที่สำคัญในการพัฒนา อสม.

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This cross-sectional survey research aims to study 1) leading factors, additional or supporting factors, contributing factors, and behaviour in preventing dengue fever, and 2) factors influencing behaviour in preventing dengue fever. The sample consisted of 128 representative households. A questionnaire was used in this research. The knowledge part had a KR-20 value of 0.71. The Cronbach's alpha values of the whole questionnaire, attitude, additional factors or supporting factors, contributing factors, and behaviours to prevent dengue fever were 0.88, 0.80, 0.85, 0.90, and 0.82. Data were analysed using descriptive statistics and multiple stepwise multiple regression statistics.

The results found that most of the leading factors are knowledge at a good level (85.27%), attitudes at a moderate level (70.54%), additional factors or supporting factors include social support at a good level (70.54%), and motivation is at a good level (96.90%). Regarding the contributing factors, they are at a good level (87.60%). Dengue fever prevention behaviour is at a moderate level (61.24%). Factors influencing people's dengue fever prevention behaviour include facilitating factors and attitude, which together predict people's dengue fever prevention behaviour at 22.8%, with facilitating factors influencing positively and attitude influencing negatively.

Suggestions: Important contributing factors in preventing dengue fever come from village health volunteers and public health staff, so the Ministry of Public Health should encourage the potential of village health volunteers by developing their expertise in dengue fever under the essential mentorship of public health staff

Keywords: Preventing behaviour, Hemorrhagic fever

บทนำ

ไข้เดงกี (Dengue Fever) เริ่มรู้จักครั้งแรกเมื่อประมาณ 200 กว่าปีที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2497 ได้พบการระบาดครั้งแรกของโรคไข้เลือดออกเดงกี (Emerging Disease) ที่ประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งนับว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ สำหรับประเทศไทยได้ระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 และหลังจากนั้นได้มีการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ที่อยู่ในเขตร้อนของทวีปเอเชีย (อนุตรศักดิ์ รัชตะหัต, 2557) สำหรับประเทศไทยพบการระบาดที่กรุงเทพฯ และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในที่สุด ก็มีรายงานทุกจังหวัดของประเทศไทย และโดยรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกก็ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูง 2 ปี แล้วลดต่ำลงหรือลดต่ำลง 2 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2558)

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ 1 มกราคม 2566 จนถึงวันที่ 16 กันยายน 2566 พบผู้ป่วย จำนวน 65,552 คน คิดเป็นอัตราป่วย 99.05 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นสัปดาห์ละกว่า 5,000 ราย ยังมีผู้ป่วยมากก็ยังมีผู้เสียชีวิตมาก ถึงขณะนี้ก็มีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกแล้ว 58 ราย จำนวนผู้ป่วยปี 2566 มากกว่าปี 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกันถึง 3 เท่า ซึ่งเป็นวงจรของการเกิดโรคที่มักจะระบาดมากขึ้นในปีถัดจากปีที่ระบาดน้อย จังหวัดที่พบอัตราป่วยสูงสุดใน 4 สัปดาห์ล่าสุดได้แก่ จังหวัดเชียงราย น่าน จันทบุรี ตรัง และระยอง ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2566) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ป่วยสะสม จำนวน 1,833 คน คิดเป็นอัตราป่วย 118.63 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 6 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.33 อำเภอที่พบอัตราป่วยมากที่สุด คือ อำเภอหนองปรือ รองลงมาคือ อำเภอเมือง และพหุมาคีรี คิดเป็นอัตราป่วย 321.46, 207.24 และ 178.52 ต่อแสนประชากร

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566) ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ด้านประชากรที่มีภูมิทัศน์ ความหนาแน่น ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกีที่ต่างกัน การขาดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของประชาชนในการที่จะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง รวมไปถึงการเคลื่อนย้ายของประชากรที่สะดวกมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ การระบาดของโรคไข้เลือดออกยังมีปัจจัยทางด้านสภาพภูมิอากาศ ชนิดของยุงพาหะ ปัจจัยที่มีสำคัญนี้รวมไปถึงความตั้งใจจริงของเจ้าหน้าที่ของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และนโยบายของผู้บริหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่มีการแปรเปลี่ยนและมีผลกระทบต่อเนื่องกับการแพร่กระจายของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างยิ่ง (กรมควบคุมโรค, 2563)

แนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ของ Green & Kreuter (2005) เป็นโมเดลที่ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีทั้งหมด 9 ระยะ ผู้วิจัยได้ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออก ในระยะนี้เป็นการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์หรือมีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ สำหรับระยะที่ 4 เป็นการนำสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพจากระยะที่ 3 มาประเมินพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะ เป็นต้น 2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ

ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรมกรรมการเสริมแรงซึ่งจะได้รับจากครอบครัว กลุ่มเพื่อน บุคลากรทาง การแพทย์และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น 3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้ เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

จากข้อมูลการระบาดของโรคไข้เลือดออกของ อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกทุกชนิด จำนวน 62 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 64.29 ต่อแสนประชากร สำหรับตำบลแหลม ตะลุงพูก อำเภอปากพ่อง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในปี 2563 จำนวน 4 ราย คิดเป็น อัตราป่วย 220.87 ต่อประชากรแสนคน ส่วนปี 2564 และ 2565 ไม่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพ่อง, 2566) ซึ่งอาจจะ อยู่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จึง ไม่ได้รายงานโรคไข้เลือดออก แต่สำหรับปี 2566 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 16 กันยายน 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 18 คน คิดเป็นอัตราป่วย 993.92 ต่อแสนประชากร โดย ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีอัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งอัตราป่วย โรคไข้เลือดออกของตำบลแหลมตะลุงพูก มีแนวโน้มเพิ่ม สูงขึ้นมากกว่า ร้อยละ 20 และสูงกว่าค่ามัธยฐาน และ ยังมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกต่อเนื่อง ถึงแม้ว่า รพ.สต.บ้านปลายทราย จะดำเนินงานในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกหลากหลายรูปแบบก็ตาม ทั้งมี ความร่วมมือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพ่อง โรงพยาบาลปากพ่อง และองค์การบริหารส่วนตำบล รวมถึงนโยบายการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุม

โรคไข้เลือดออกจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ยังพบ แนวโน้มของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่สูงขึ้น ทั้งนี้ อาจเกิด จากพฤติกรรมของประชาชน ที่ยังไม่ถูกต้อง หรืออาจจะ เกิดจากโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่พบเป็น ประจำ ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการ ป้องกัน รวมไปถึงปัจจัยต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนวัสดุ ป้องกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดปัจจัยสนับสนุน ขาดปัจจัยเอื้อที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม ประกอบกับ ภูมิประเทศของตำบลแหลมตะลุงพูก เหมาะสมต่อการ แพร่กระจายโรคไข้เลือดออก การขยายพันธุ์ และการอยู่ อาศัยของยุงลาย ซึ่งหากประชาชนป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกแล้วอาจเกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ งานวิจัยนี้ จึงมุ่งศึกษาไปที่พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชน เพราะมองเห็นว่า หากทราบ ว่ามีปัจจัยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออก ผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถ นำไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ที่ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัย สนับสนุน และปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านปลายทราย อำเภอปากพ่อง จังหวัด นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านปลายทราย อำเภอปากพ่อง จังหวัด นครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตโรงพยาบาลส่งเสริม

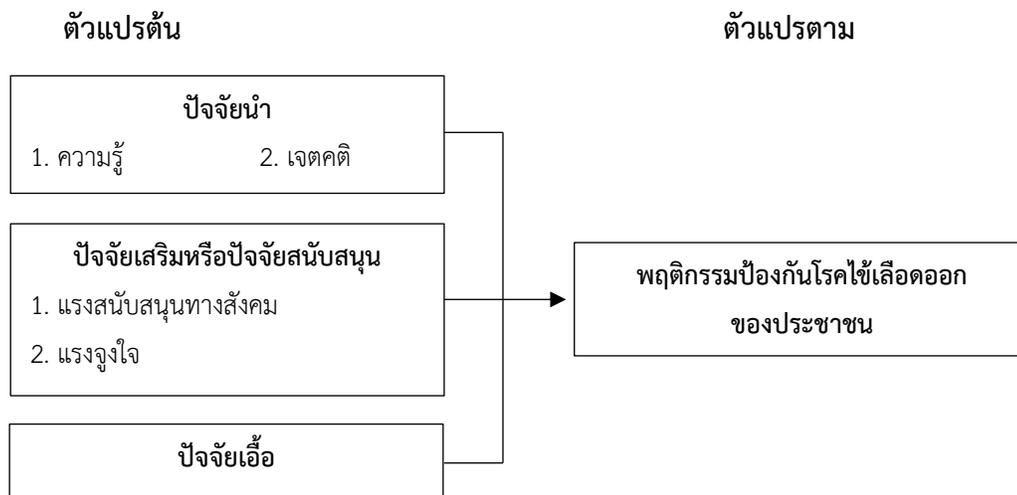
สุขภาพตำบลบ้านปลายทราย อำเภอปากพนัง จังหวัด นครศรีธรรมราช

สมมุติฐาน

ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน และ ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลายทราย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบจำลองการวางแผน ส่งเสริมสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED Model) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) 2) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) และ 3) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) มาประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกตามบริบท ของตำบลแหลมตะลุมพุก อำเภอปากพนัง จังหวัด นครศรีธรรมราช ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ครั้งนี้ คือ ตัวแทนหลังคาเรือนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านปลายทราย อำเภอปากพนัง จังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 663 หลังคาเรือน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใน การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงเส้นตรงโดยมีตัวแปรอิสระ 5 ตัว R² ขนาดกลาง (0.1300) Power = 0.90

p-value = 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 116 คน (Cohen, 1988) และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่ม ตัวอย่างเพิ่มอีก 20% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 129 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการนำ บ้านเลขที่ของแต่หมู่บ้านมาเรียงจากน้อยไปหามาก ทำ การสุ่มอย่างง่ายโดยหยิบฉลากอย่างง่ายจากเลขโดด 1-9 เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างรายแรก คำนวณหาระยะห่างของ กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/n$ ได้ระยะห่าง เท่ากับ

5.18 หรือประมาณ 6 เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของหมู่บ้าน ทั้งหมด 129 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และเป็นประชาชนที่อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ได้แก่ เป็นประชาชนที่ไม่อยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลายทราย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ติดต่อกันน้อยกว่า 6 เดือน และเป็นผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้จัดส่งหนังสือเพื่อขอใช้เครื่องมือวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ของบุญประจักษ์ จันทร์วิน และคณะ (2565) ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน ประวัติการเจ็บป่วย รายได้ และสถานภาพทางสังคม ซึ่งเป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ประกอบไปด้วย

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกออกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1986) ได้แก่ ระดับดี (12 คะแนนขึ้นไป) ระดับปานกลาง

(9 -11 คะแนน) และระดับต้องปรับปรุง (น้อยกว่า 9 คะแนน)

2.2 เจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ระดับการวัดเป็นการวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล แบ่งระดับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ประกอบด้วย

3.1 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ระดับการวัดเป็นการวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

3.2 การได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ระดับ

การวัดเป็นการวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ระดับการวัดเป็นการวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) คำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ระดับการวัดเป็นการวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติทุกครั้งประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) ไม่ค่อยปฏิบัติ (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) คำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

การแปลผล แบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขอใช้จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ของบุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2565) ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) ทุกข้ออยู่ในช่วง 0.67–1.00 มีค่าเฉลี่ยของเครื่องมือ (CVI) ดังนี้ ด้านความรู้ เจตคติ แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับแรงจูงใจ ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.91, 0.90, 0.80, 0.93, 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ แบบสอบถามด้านความรู้ มีค่าความยากง่าย (difficulty หรือ P) ได้ค่าระหว่าง 0.50–0.77 และค่าอำนาจจำแนก (discrimination หรือ r) ได้ค่าระหว่าง 0.20–0.60 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.71 สำหรับค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ดังนี้ ด้านทัศนคติ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.80, 0.85, 0.90, 0.82 และ 0.88 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้วิจัยจัดส่ง

หนังสือเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับ อสม. และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง โดย อสม. เป็นผู้ติดตามแบบสอบถาม

3. อสม. ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัยอ่านแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ทัศนคติ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นตรง ดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นตัวแปรอยู่ในระดับ Interval 2) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูปประฆังคว่ำ มีสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 3) ตรวจสอบความเป็น linearity พบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์ 4) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่า

เท่ากับ 1.37 และพิจารณาค่า tolerance พบว่า มีค่าระหว่าง 0.73–0.95 5) กราฟ normal plot มีการแจกแจงแบบปกติ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า residual เท่ากับ 0.000 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ scatter plot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า durbin-watson เท่ากับ 2.172

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 189/2566 วันที่รับรอง 27 ธันวาคม 2566

โดยผู้ช่วยนักวิจัยขอความร่วมมือและชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจโดยลงลายมือชื่อก่อนตอบแบบสอบถาม หลังจากที่ได้อธิบายวัตถุประสงค์ และชี้แจง ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่ได้เขียนชื่อและที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวมและนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 62.79 มีอายุระหว่าง 50–59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากัน ร้อยละ 34.88 (M=53.27, S.D.=13.54, Minimum=19 ปี, Maximum=78 ปี) อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.98 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56.59 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.89 อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 68.99 (M=35.57, S.D.=19.72, Minimum=5 ปี, Maximum=69

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขต รพ.สต. บ้านปลายทราย ฯ



ปี) ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออก ร้อยละ 92.25 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 50,000 บาท (M=41,994.57, S.D.=53,189.06, Minimum=1,500 บาท, Maximum=500,000 บาท) ร้อยละ 25.58 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 55.81

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า ปัจจัยนำ

ได้แก่ มากกว่า 4 ใน 5 มีความรู้อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 85.27) และประมาณ 3 ใน 4 มีเจตคติอยู่ในระดับ ปานกลาง (ร้อยละ 70.54) ปัจจัยเสริมหรือปัจจัย สนับสนุน โดยประมาณ 3 ใน 4 มีแรงสนับสนุนทาง สังคมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.54) และเกือบทั้งหมดมี แรงจูงใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 96.90) สำหรับปัจจัยเอื้อ มากกว่า 4 ใน 5 อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 87.60) ดังตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชน (n= 129)

ปัจจัย/ระดับ	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับต้องปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยนำ						
ความรู้	110	85.27	19	14.73	0	0.00
เจตคติ	37	28.68	91	70.54	1	0.78
ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน						
แรงสนับสนุนทางสังคม	91	70.54	38	29.46	0	0.00
แรงจูงใจ	125	96.90	4	3.10	0	0.00
ปัจจัยเอื้อ	113	87.60	13	10.08	3	2.32

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ประมาณ 3 ใน 5 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.24) รองลงมาคือ ระดับดี (ร้อยละ 38.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของประชาชน (n= 149)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	50	38.76
ระดับปานกลาง	79	61.24
ระดับต้องปรับปรุง	0	0.00

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ และ ทัศนคติ กล่าวคือ เมื่อประชาชนมีปัจจัยเอื้อ เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก 0.335 คะแนน (b = 0.335) เมื่อประชาชนมีทัศนคติ เพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง 0.171 คะแนน (b = -0.171) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้ร้อยละ 22.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) โดยสามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_i = 0.289 + 0.335 (\text{ปัจจัยเอื้อ}) - 0.171 (\text{ทัศนคติ})$$

สมการทำนายรูปแบบมาตรฐาน

$$Z = 0.495 (\text{ปัจจัยเอื้อ}) - 0.193 (\text{ทัศนคติ})$$

ดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Bata) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นต้น

ตัวแปร	b	Beta	R	R ²	adjR ²	t	p-value
ปัจจัยเอื้อ	0.335	0.495	0.452	0.204	0.198	6.214	< 0.001
ทัศนคติ	-0.171	-0.193	0.490	0.240	0.228	-2.428	0.017

Constant = 0.289, SEE = 0.327, F = 19.894, p-value < 0.01

อภิปรายผล

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 85.27) พบว่า ประชาชนตอบความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคถูกต้องมากที่สุด คือ อาการมีไข้สูงลอยติดต่อกันเกิน 2 วัน ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมีจุดแดงตามแขน ขา หรือลำตัว สงสัยเป็นโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 97.67) ตอบถูกรองลงมาคือ ผู้ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแล้วสามารถเป็นซ้ำได้หากถูกยุงลายที่มีเชื้อโรคไข้เลือดออกชนิดอื่นกัน (ร้อยละ 96.90) ทั้งนี้ยังทราบหลักการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งตอบถูกเป็นอันดับ 3 คือ หลักปฏิบัติที่สำคัญที่สุดในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย คือ การปิดหรือป้องกันภาชนะเก็บน้ำไม่ให้ยุงวางไข่ (ร้อยละ 96.12) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ด้วยบริบทพื้นที่ของตำบลแหลมตะลุมพุก เป็นพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การรณรงค์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกด้วยโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านปลายทราย เป็นกิจกรรมที่ทำและต่อเนื่องโดยตลอด ทำให้ประชาชนทราบเกี่ยวกับอาการของโรคดี เพราะเป็นโรคที่เกิดขึ้นบ่อยในชุมชน ทั้งนี้ โรคไข้เลือดออกก็เป็นโรคที่กระทรวงสาธารณสุขได้เผยแพร่ข่าวสารเป็นประจำจึงทำให้ประชาชนมีความรู้ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิพงศ์ บุญชู (2563) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาของประเทือง ฉำน้อย (2558) ที่พบว่า ระดับความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับชนิดา มีททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับด้านเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.54) จากงานวิจัยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อย 3 อันดับ

แรก คือ การพ่นหมอกควันสามารถควบคุมยุงลาย ($M=2.23, S.D.=0.85$) ไม่ควรปิดประตูและหน้าต่างให้มิดชิด ($M=2.79, S.D.=1.12$) และการใส่ทรายกำจัดลูกน้ำลงในน้ำใช้จะไม่เป็นอันตรายถึงคน ($M=2.92, S.D.=1.12$) แสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งทางกายภาพและทางชีวภาพ ซึ่งการมีเจตคติที่ดีย่อมมาจากการมีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งจะมีทิศทางเดียวกับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก คือ ประชาชนจะตอบผิดมากกว่าครึ่ง คำถามที่ว่า การพ่นหมอกควันกำจัดยุงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 55.04) แตกต่างกับการศึกษาของพุทธิพงษ์ บัญชู (2563) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติระดับดี

2. ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.54 และ 96.90) กล่าวคือ แรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากเจ้าหน้าที่ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดกล่าวคือ เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมาสอบสวนโรค ($M=4.45, S.D.=0.86$) รองลงมาคือ อสม. ได้นำทรายกำจัดลูกน้ำยุงลายมาให้เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลาย ($M=4.27, S.D.=0.77$) ส่วนด้านแรงจูงใจ ประชาชนจะให้ความสำคัญกับการจัดบ้านสะอาดให้น่าอยู่ ซึ่งงานวิจัยพบว่า ประชาชนจะมีการกำจัดภาชนะที่ใช้แล้วจนทำให้บ้านน่าอยู่ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.67, S.D.=0.52$) และประชาชนจะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในการจัดบ้านให้น่าอยู่ โดยทำให้อากาศภายในบ้านถ่ายเทได้สะดวก ($M=4.65, S.D.=0.51$) แสดงให้เห็นว่าทั้ง อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเป็นปัจจัยเสริมและแรงจูงใจที่สำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน แตกต่างกับการศึกษาของสุรพล สิริปยานนท์ (2563) ที่

พบว่า อสม. อำเภอลำปางมี จังหวัดพิจิตร มีแรงสนับสนุน และการได้รับแรงจูงใจ อยู่ในระดับปานกลาง

3. ปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 87.60) ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่า รพ.สต.บ้านปลายทราย ร่วมกับ อสม. มีกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออกที่ต่อเนื่องเป็นประจำ ทำให้ประชาชนมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการร่วมรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก ดังเห็นได้จากข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือ อสม. ได้แนะนำวิธีการสำรวจลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่ขังน้ำทั้งภายในและภายนอกบ้าน ($M=4.60, S.D.=0.61$) รองลงมาคือ อสม. ได้จัดกิจกรรมรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายโดยพร้อมเพรียงกัน ($M=4.54, S.D.=0.63$) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้คำแนะนำในการกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง ($M=4.48, S.D.=0.80$) แสดงให้เห็นว่า อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจที่สำคัญ ยังเป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเช่นกัน แตกต่างกับการศึกษาของสุรพล สิริปยานนท์ (2563) ที่พบว่า อสม. อำเภอลำปางมี จังหวัดพิจิตร มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.24) ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่า ยังมีบางประเด็นที่ประชาชนยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยน้อย ได้แก่ มีการกระตุ้นหรือเตือนเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ($M=2.08, S.D.=0.91$) การไม่ปิดฝาภาชนะภายในบ้าน เพราะใช้น้ำหมดไม่เกิน 1 สัปดาห์ ($M=2.57, S.D.=1.54$) การกำจัดขยะโดยการเผา เพื่อให้ควันไฟไล่ยุง ($M=2.60, S.D.=1.38$) แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค

ไข้เลือดออกของประชาชนตำบลแหลมตะลุมพุกยังมีพฤติกรรมที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเกิดจากทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง หรืออาจจะเกิดจากบริบทของพื้นที่ เนื่องจากตำบลแหลมตะลุมพุก เป็นพื้นที่ที่อยู่ชายทะเล มีลมแรง การกำจัดโดยการเผาจึงเป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของธนกฤต นัยกุลวงศ์ (2558) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา อยู่ในระดับดี

5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยเอื้อ ซึ่งมีทิศทางไปทางบวก แสดงให้เห็นว่า อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นปัจจัยเอื้อที่สำคัญที่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับการสนับสนุนทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย หรือการมีถังขยะก็มีความสำคัญเช่นกัน รวมถึงความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แต่ทั้งนี้ควรจะต้องให้ชุมชนเสนอมาตรการเพื่อการแก้ไขปัญหาในชุมชนด้วยซึ่งจะทำให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพราะจากงานวิจัยพบว่าด้านนี้มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=3.62$, $S.D.=0.98$) แตกต่างกับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ (2562) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชุมชนคลองถ้ำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2565) ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สำหรับเจตคติที่มีอิทธิพลเป็นไปในทิศทางลบ อาจจะเป็นเพราะว่า จากผลงานวิจัยเจตคติของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหากประชาชนมีเจตคติไม่ถูกต้องย่อมทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามไปด้วย โดยเฉพาะในประเด็นการพ่นหมอกควัน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจจะต้องสร้างเจตคติที่ถูกต้องอย่างแท้จริงเกี่ยวกับการพ่นหมอกควัน โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดหนัก หรือพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกว่าการพ่นหมอกควันมีความจำเป็นเพราะต้องกำจัดยุงลายตัวแก่ เพื่อป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออกแต่ไม่ใช่เป็นวิธีที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาธนกฤต นัยกุลวงศ์ (2558) ที่พบว่า ประชาชนอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา มีทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2565) พบว่า เจตคติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อที่สำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมาจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฉะนั้น กระทรวงสาธารณสุข ควรมีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากยิ่งขึ้น โดยอาจจะมีการอบรม อสม. เพิ่มเติม ทั้งนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงเป็นที่เลี้ยงที่สำคัญในการพัฒนา อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งเมื่อ อสม. มีความเชี่ยวชาญนี้ จะส่งผลให้ อสม. สามารถเปลี่ยนเจตคติที่ถูกต้องให้กับประชาชนได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในประเด็นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มเติม เพื่อที่จะทำให้ชุมชนมีมาตรการการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2558). *คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข*. กระทรวงสาธารณสุข: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนนดัดไซน์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2563*. นนทบุรี.
- กรมควบคุมโรค. (2566). *สถานการณ์โรคไข้เลือดออก*. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ชนิดา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อำพร สิทธิจาด และธำรงค์ น้อยสิริวัฒนา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(34), 34-48.
- ธนภฤติ น้อยกุลวงศ์. (2558). *พฤติกรรมกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของประชาชน กรณีศึกษา: อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
- บุญประจักษ์ จันทรวิน, นรานุช ชะระเชื่อน และวัลลภา ดิษสระ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอที่มีอัตราป่วยสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 29(2), 204-217.
- ประเทือง ฉ่ำน้อย. (2558). *ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษา: อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร*. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์. กรุงเทพมหานคร.
- พุทธิพงศ์ บุญชู. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: ศึกษาเปรียบเทียบหมู่บ้านปลอดโรค กับหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(3), 79-94.
- ภาคภูมิ อุณหเลขจิตร, เจริญชัย อึ้งเจริญสุข, เจนจิรา นกข้อง, อมิตา เหมมาเพ็ชร, ณัฐสุดา พักเจริญ, ปวีณา วรวงษ์, และคณะ (2562). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนชุมชนคลองถ้ำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. ใน *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 6 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1*, มหาวิทยาลัยปทุมธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2566). *รายงานโรคติดต่อทางระบาดวิทยา*. นครศรีธรรมราช.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพะนัง. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช.

- ■ ■
- สุรพล สิริปิยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวชิรบุรี จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8), 85-103.
- อนุตรศักดิ์ รัชตะทัต. (2557). *แลหน้า..ปัญหาไข้เลือดออก: ความท้าทายระดับประเทศและภูมิภาค 40 ปี ครบรอบวันสถาปนา กรมควบคุมโรค*. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1986). *Learning for Mastery Evaluation Comment*. Center for the Study of Instruction Promgrame. University of California at Los Angeles.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach*. New York: McGrawHill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน

Factors causing hospital admission with asthma attacks in patients with
chronic obstructive pulmonary disease. (Exacerbation) in Na Bon Hospital.

พรทิพย์ หนูหนอง

Porntip NooHnong

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Nabon Hospital.Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: January 29, 2024; Accepted: February 20, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 70 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาบอน (Admit) ด้วยอาการหอบกำเริบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลปัจจัยร่วมสาเหตุของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 3) ความรู้ของของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เิงอนุมาน Pearson Correlation

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับดี ร้อยละ 84.3 ระดับการรับรู้ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.3 และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมสาเหตุการเกิดโรคกับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) แล้วพบว่า การป่วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.295$) ในระดับต่ำ และการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ($r = -.241$) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่คลินิก COPD คลินิกโรคเรื้อรัง ใน การจัดการตนเองในการลดการกำเริบของโรค นำผลการศึกษามาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแต่ละด้านได้ เช่น การใช้ยาที่ถูกต้อง การฝึกสมรรถภาพปอด

คำสำคัญ: การนอนโรงพยาบาล, อาการหอบกำเริบ, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study is a descriptive research to study the factors that cause hospital stays with asthma attacks among patients with chronic obstructive pulmonary disease. (Exacerbation) in Na Bon Hospital. The sample group was purposively selected, totaling 70 people. Who was admitted to stay in Nabon Hospital (re-admit) with asthma symptoms that worsened from chronic obstructive pulmonary disease. The period between 1 October 2022 and 30 September 2023. The research instrument consists of 5 parts. These are 1) personal information, 2) information on common factors causing COPD exacerbations, 3) knowledge of COPD patients, 4) perception of the health status of COPD patients. 5) Self-management behavior of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Statistics used to analyze data Using descriptive and inferential statistics, Pearson Correlation.

The results of the study found that the knowledge level of the sample was at a good level, 84.3 percent, awareness level at a moderate level, 74.3 percent, and self-management behavior At a moderate level, 54.3 percent. The relationship between co-morbid factors and hospital admissions for asthma attacks among patients with chronic obstructive pulmonary disease. There was a Pearson correlation coefficient (r) and it was found that COVID-19 disease. There is a positive relationship. It was statistically significant at the 0.05 level ($r = 0.295$) at a low level, and pulmonary rehabilitation training ($r = -.241$) had a low negative relationship.

Suggestions: There should be continuous development of care models for patients with chronic obstructive pulmonary disease. From the COPD Clinic, the Chronic Disease Clinic, to self-management in reducing disease recurrence. The results of the study can be used to develop a model for caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease in each aspect, such as the correct use of medications. lung function training

Keywords: hospital admission, asthma attacks chronic, obstructive pulmonary disease

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก การเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในระยะยาว ดังนั้นการทราบถึงสาเหตุการเกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute exacerbation) จึงมีความสำคัญสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากรโลกทุก ๆ 64 ล้านคน จะมีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกว่า 3 ล้านราย คิดเป็นร้อยละ 6 ของการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2018) ในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2558 - 2560 พบประชากรป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี คือ ปี 2558 จำนวน 147,060 ราย คิดเป็นร้อยละการป่วย 2.05 ปี 2559 จำนวน 123,110 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.10 และปี 2560 จำนวน 164,562 ราย คิดเป็นร้อยละการป่วย 2.13 และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคนี้ค่อนข้างคงที่ คือ ร้อยละ 5.54, 6.95 และ 6.63 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2561) เป็นภัยสุขภาพที่คุกคามชีวิตคนไทยมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายสาเหตุ อาทิ พันธุกรรม ควันบุหรี่ การเผาไหม้เชื้อเพลิงในการประกอบอาหารและการขับเคลื่อนเครื่องจักรต่าง ๆ ซึ่งควันบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคถึง ร้อยละ 75.4 (คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, 2553)

โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ

ขนาด 30 เตียง ลักษณะพื้นที่ เป็นพื้นที่ราบสูงและเนินเขา พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นสวนยางพารา อากาศค่อนข้างชื้น มีโรงงานยางพาราหลายแห่งที่ใช้สารเคมีในการประกอบกิจการซึ่งมีผลต่อการเกิดมลพิษทางอากาศส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในระบบทางเดินหายใจของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ามาอนพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคของระบบทางเดินหายใจมีประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลนาบอน เป็นโรคที่ต้องมีการ readmit อันดับ 1 ของทุกปี ปี 2563 - 2565 อัตรา readmit คิดเป็นร้อยละ 23.84, 31.45, 29.47 ตามลำดับ (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) และเกิด respiratory failure 1,7,1 ราย ตามลำดับ ในช่วง 1 ตุลาคม 2565 - 30 มิถุนายน 2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามาอนพักรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 70 คน จำนวน 107 ครั้ง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวม 510,385 บาท เฉลี่ย 4,769 บาทต่อการนอน 1 ครั้ง และวันนอนเฉลี่ย 2 วันต่อคน ส่วนผู้ป่วยที่อาการกำเริบรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวต้องใส่ท่อช่วยหายใจ โรงพยาบาลนาบอนส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลทุ่งสงและโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตามศักยภาพ จากการติดตามผู้ป่วยหลังการส่งต่อพบว่าผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตที่โรงพยาบาลปลายทาง จากการซักประวัติผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหอบกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงต้องการทราบสาเหตุการเกิดอาการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลนาบอน เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอ نابอน จังหวัด นครศรีธรรมราชให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยและสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เป็นสำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ส่วนปัจจัยภายนอกอื่น เช่น การรับมลพิษทางอากาศ โดยเฉพาะปัญหาฝุ่นละออง ประกอบกับพื้นที่อำเภอ نابอนเป็นเขตโรงงานอุตสาหกรรมแปรรูปยางพาราควันทันจากท่อไอเสียรถยนต์ รวมถึงประชาชนในเขตชนบทยังคงมีวิถีชีวิตแบบเดิม ยังมีการจุดไฟเผาพื้นที่การเกษตร ซึ่งเมื่อสูดดมควันเข้าไปส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรค การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีเป้าหมายคือการลดอาการกำเริบในปัจจุบัน และป้องกันความเสี่ยงของโรคที่จะเกิดในอนาคต เพื่อลดความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตของผู้ป่วย (ฉัตรมงคล จินตนาประวาสี, 2565)

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน ในเบื้องต้นจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน ด้วยอาการหอบกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีพฤติกรรมที่เป็นสาเหตุการกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรค จากการสัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำประมาณร้อยละ 30.00 สัมผัสฝุ่นควันประมาณ ร้อยละ 20 การขาดน้ำและการขาดยาประมาณ ร้อยละ 18 การใช้ยาพ่นที่ไม่ถูกต้อง ประมาณร้อยละ 15 และยังมีปัจจัยอื่นๆ ร้อยละ 17 ซึ่งการเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งมีต้นทุนในการให้บริการค่อนข้างสูง (high cost) อัตรากลับมารักษาซ้ำ (re-admit) เป็นอันดับ 1 ของงานผู้ป่วยในตลอด 5 ปีที่ผ่านมา ส่งผลให้การดำเนินงานตาม Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของหน่วยบริการไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ผู้วิจัยมี

แนวคิดในการพัฒนาระบบงาน โดยการทำวิจัยให้ทราบถึงสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ลดอัตรากลับมารักษาซ้ำ (re-admit) ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลนาบอนและเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

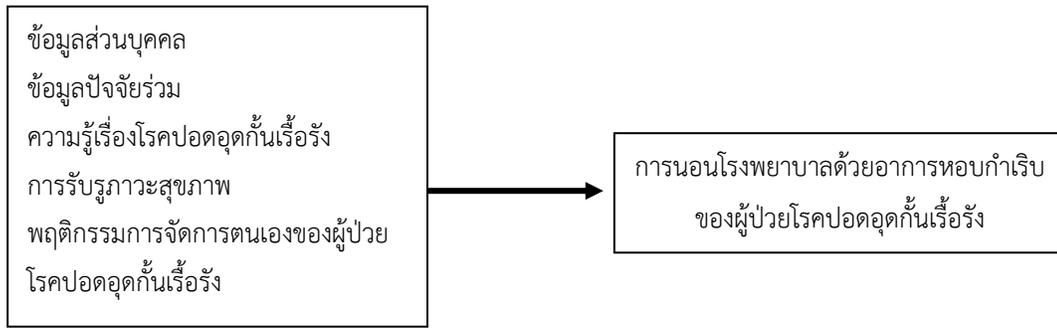
เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน มีตัวแปรต้นคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ส่วนตัวแปรตามคือการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน เก็บข้อมูลปฐมภูมิจากแฟ้มเวชระเบียนของโรงพยาบาลนาบอน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการวิจัยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามของ ปัทมาพร ชนะมาร (2561) มาประยุกต์ใช้

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยในคลินิก COPD ของโรงพยาบาลนาบอน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566 จำนวนทั้งหมด 140 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ทุกรายรวมจำนวน 70 คน ที่เข้ารับการรักษานอนพักในโรงพยาบาลนาบอน (Admit) ด้วยอาการหอบกำเริบจาก

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยน้อยผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกคนที่เข้าเกณฑ์การวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานอนพักในโรงพยาบาลนาบอน (Admit) ด้วยอาการเหนื่อยหอบกำเริบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิก COPD ของโรงพยาบาลนาบอนทุกรายโดยไม่จำกัด เพศ อายุ

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนในคลินิก COPD ของโรงพยาบาลนาบอน
2. ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคหลัก (PDX) ที่ไม่ใช่วินิจฉัยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ผู้ป่วยที่มีข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยไม่ครบถ้วน
4. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มา admit และเสียชีวิตในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

1) ข้อมูลส่วนบุคคล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวร่วม

2) ข้อมูลปัจจัยร่วมสาเหตุของการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากแบบสอบถาม และข้อมูลในระบบ Hosxp ประกอบด้วยข้อมูล ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการ admit ประวัติการรับยา ผู้ดูแลหลัก ประวัติการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ประวัติการป่วยโควิด-19 ประวัติประวัติการป่วยโรคปอดบวม การขาดนัด การขาดยา การใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง การไม่ฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การสัมผัสฝุ่น/ควัน การสัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3) แบบสอบถามการวิจัย โดยประยุกต์จากงานวิจัยของ ปัทมาพร ชนะมาร (2561) ประกอบด้วย

3.1) ความรู้ของของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้ตอบเป็นถูก ผิด มีจำนวน 14 ข้อ

3.2) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จากน้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 10 ข้อ

3.3) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 38 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ค่า r)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 106/2566 รหัสโครงการ NSTPH 106/2566 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.1 และเพศหญิง ร้อยละ 22.9 ส่วนใหญ่มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 38.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 48.6 มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 37.1 มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	54	77.1
หญิง	16	22.9
อายุ		
ต่ำกว่า 60 ปี	11	15.7
60-69 ปี	11	15.7
70-79 ปี	27	38.6
80-89 ปี	15	21.4
90 ปีขึ้นไป	6	8.6
Range=34-94,M=72.9		
ศาสนา		
พุทธ	70	100.0
อิสลาม	0	0.0
คริสต์	0	0.0
สถานภาพ		
โสด	9	19.9
คู่	56	80.0
หม้าย	2	2.9
หย่าหรือแยกกันอยู่	3	4.2
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	5	7.1
ระดับประถมศึกษา	46	65.7
ระดับมัธยมศึกษา	4	14.3
อนุปริญญา/ปวส.	6	8.6
ปริญญาตรี	2	2.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.4
อาชีพ		
เกษตรกร	34	48.6
รับจ้าง	4	5.7
ค้าขาย/ธุรกิจ	2	2.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	23	32.9
ธุรกิจส่วนตัว	6	8.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70) ต่อ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	26	37.1
5,001-10,000บาท/เดือน	19	27.2
10,001 - 20,000 บาท/เดือน	22	34.4
มากกว่า 20,000 /เดือน	3	4.3
โรคประจำตัวอื่นๆ โรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
ความดันโลหิตสูง	34	48.5
เบาหวาน	1	1.4
ไขมันในเลือดสูง	11	15.7
หลอดเลือดสมอง	1	1.4
หัวใจ	7	10.0

2. ปัจจัยร่วมของอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนابอน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนابอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยร่วมของอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนابอน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนابอน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีประวัติการสูบบุหรี่แต่หยุดสูบมา มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 51.4 ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นมา 1-10 ปี ร้อยละ 62.9 ในรอบปีที่ผ่านมา ประวัติการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 75.7 ประวัติการป่วยโควิด-19 ไม่เคยป่วย ร้อยละ 81.4 ประวัติประวัติการป่วยโรคปอดบวม พบว่าไม่ป่วยเป็นโรคปอดบวม ร้อยละ 80.0 ประวัติการนอนโรงพยาบาล

ส่วนใหญ่ จำนวน 0-5 ครั้ง ร้อยละ 87.1 ประวัติยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยา ยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 92.9 รองลงมา ยารับประทาน (เป็นยาขยายหลอดลม) ร้อยละ 91.4 ผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มี ร้อยละ 91.4 และเป็นบุตร ร้อยละ 5.7 ประวัติการยาพ่นที่ได้รับอย่างถูกต้องและความต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ใช้ถูกต้องและต่อเนื่อง ร้อยละ 70.00 ประวัติการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีการฝึก สัปดาห์ละ 3-4 วัน ร้อยละ 37.1 ประวัติการสัมผัสฝุ่นควัน ส่วนใหญ่มีการสัมผัสฝุ่นควัน ร้อยละ 61.4 ประวัติการ สัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำ ร้อยละ 64.3 จำนวนที่ทานนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ จำนวน 1-10 วัน ร้อยละ 88.6 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยร่วมของการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=70)

ปัจจัยร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	21	30.0
สูบ	13	18.6
เคยสูบแต่หยุดแล้ว	36	51.4
ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปี)		
1-10 ปี	44	62.9
11-20 ปี	25	30.0
21-30 ปี	5	7.1
ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่		
รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	53	75.7
ไม่รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	17	24.3
ประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด-19		
เคยป่วย	13	18.6
ไม่เคยป่วย	57	81.4
ประวัติการป่วยโรคปอดบวม		
ป่วยเป็นโรคปอดบวม	14	20.0
ไม่ป่วยเป็นโรคปอดบวม	56	80.0
ประวัติการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล		
0-5 ครั้ง	61	87.1
มากกว่า 5 ครั้ง	9	12.9
ยาที่ได้รับปัจจุบัน		
ยารับประทาน	64	91.4
ยาพ่นขยายหลอดลม	65	92.9
ยาพ่นสเตียรอยด์	42	60.0
รักษาด้วยยามากกว่า 2 ชนิด	48	68.6
ยาสมุนไพร	1	1.4
ผู้ดูแลหลัก		
ไม่มี	64	91.4
มี		
บุตร	4	5.7
สามี/ภรรยา	2	2.9

ตารางที่ 2 ปัจจัยร่วมของการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (n=70) ต่อ

ปัจจัยร่วม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ท่านได้ใช้ยาพ่นที่ได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่องหรือไม่		
ใช้ถูกต้องและต่อเนื่อง	49	70.0
ใช้ถูกต้องแต่ไม่ต่อเนื่อง	18	25.7
ใช้เฉพาะเวลาที่มีอาการเท่านั้น	3	4.3
ท่านได้ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หรือไม่		
ฝึก สัปดาห์ละ 5-7 วัน	3	4.3
ฝึก สัปดาห์ละ 3-4 วัน	26	37.1
ฝึก สัปดาห์ละ 1-2 วัน	25	35.7
ไม่ฝึกเลย	16	22.9
ท่านได้สัมผัสฝุ่นควัน หรือไม่		
ใช่	43	61.4
ไม่ใช่	27	38.6
ท่านได้สัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำหรือไม่		
ใช่	45	64.3
ไม่ใช่	25	35.7
จำนวนวันที่ท่านนอนพักรักษาในโรงพยาบาล		
0-10 วัน	62	88.6
11-20 วัน	4	5.7
21-30 วัน	4	5.7

3. ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน

พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับดี ร้อยละ 84.3 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.4 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 4.3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน (n=70)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	59	84.3
ระดับปานกลาง	8	11.4
ระดับน้อย	3	4.3

Range=8-14, M=12.7

4. ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน

พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.3 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 14.3 และ ระดับดี ร้อยละ 11.4 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน (n=70)

ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	8	11.4
ระดับปานกลาง	52	74.3
ระดับต่ำ	10	14.3
Range=27-46, M=36.0		

5. ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน

พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 37.1 และ ระดับดี ร้อยละ 8.6 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน (n=70)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	6	8.6
ระดับปานกลาง	38	54.3
ระดับต่ำ	26	37.1
Range=68-07, M=91.6		

6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางลบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=-.368$)

พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า ปัจจัยด้าน อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีค่าเท่ากับ .036 .106 และ .036 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก และ ปัจจัย เพศ และสถานภาพสมรส มีค่าเท่ากับ -.143 และ -.110 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมาก ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
	r	Sig.	แปลผล
เพศ	-.143	.238	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
อายุ	.036	.765	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
สถานภาพ	-.110	.363	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
ระดับการศึกษา	.106	.384	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
อาชีพ	-.368**	.002	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
รายได้	.036	.767	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมสาเหตุการเกิดโรคกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) พบว่า ส่วนปัจจัยด้าน การสูบบุหรี่ ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ การป่วยโรคปอดบวมและฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .078 .008 .077 และ .043 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก และ ปัจจัย การป่วยโรคโควิด-19 ขาดนัดรับยา ขาดการนัดพบแพทย์ การใช้ยาพ่นที่ได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง การสัมผัส ฝุ่นควันและการสัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ มีค่าเท่ากับ -.212 -.175 -.175 -.130 -.178 และ -.104 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมาก-ต่ำ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมสาเหตุการเกิดโรคกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
	r	Sig.	แปลผล
สูบบุหรี่	.078	.521	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	.008	.949	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ป่วยโรคโควิด-19	-.212	.078	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
ป่วยโรคปอดบวม	.077	.526	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ขาดนัดรับยา	-.175	.148	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
ขาดการนัดพบแพทย์	-.175	.148	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ใช้ยาพ่นที่ได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	-.130	.283	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	.043	.723	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
การสัมผัส ฝุ่นควัน	-.178	.141	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
การสัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำ	-.104	.390	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับการรับรู้ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อ พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า มีค่าเท่ากับ 0.329 และ .395 แสดงว่า ระดับความรู้ และระดับการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับการรับรู้ กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัย	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
	r	Sig.	แปลผล
ระดับความรู้	.329**	.005	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ระดับการรับรู้	.395**	.001	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

7.ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อ พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า ปัจจัยด้าน อายุ อาชีพ และรายได้ มีค่าเท่ากับ .013 .057 และ .142 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก และ ปัจจัย เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา มีค่าเท่ากับ -.050 -.090 และ -.019 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมาก ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยส่วนบุคคล	การนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
	r	Sig.	แปลผล
เพศ	-.050	.682	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
อายุ	.013	.913	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
สถานภาพ	-.090	.459	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
ระดับการศึกษา	-.019	.878	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
อาชีพ	.057	.640	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
รายได้	.142	.241	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมสาเหตุการเกิดโรคกับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า การป่วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.295$) ในระดับต่ำ และการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ($r = -.241$) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ

ส่วนปัจจัยด้าน การสูบบุหรี่ การป่วยด้วยโรคปอดบวม การขาดนัดรับยา ขาดการนัดพบแพทย์ ใช้ยาพ่นที่ได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง สัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) มีค่าเท่ากับ .117 .056 .042 .024 และ .042 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากถึงปานกลาง และ ปัจจัย ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่และสัมผัส ฝุ่นควัน มีค่าเท่ากับ -.126 และ -.210 แสดงว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำมาก-ต่ำ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมสาเหตุการเกิดโรคกับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัยร่วมสาเหตุการเกิดโรค	การนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
	r	Sig.	แปลผล
สูบบุหรี่	.117	.336	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่	-.126	.299	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
ป่วยโรคโควิด-19	.295*	.013	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ป่วยโรคปอดบวม	.056	.645	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ขาดนัดรับยา	.042	.728	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ขาดการนัดพบแพทย์	.042	.728	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ใช้ยาพ่นที่ได้รับอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง	.024	.884	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	-.241*	.044	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
สัมผัส ฝุ่นควัน	-.210	.081	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
สัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำ	.042	.730	มีความสัมพันธ์เชิงบวก

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับการรับรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ การนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า มีค่าเท่ากับ .023 แสดงว่า ระดับความรู้กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระดับต่ำมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการรับรู้ กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า มีค่าเท่ากับ -.204 แสดงว่า ระดับการรับรู้ กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า มีค่าเท่ากับ -.066

แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับต่ำมาก ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับการรับรู้ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ปัจจัย	การนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง		
	r	Sig.	แปลผล
ระดับการความรู้	.023	.852	มีความสัมพันธ์เชิงบวก
ระดับการรับรู้	-.204	.091	มีความสัมพันธ์เชิงลบ
ระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	-.066	.588	มีความสัมพันธ์เชิงลบ

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ในโรงพยาบาลนาบอน มีประเด็นที่น่าสนใจไว้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.1 มีอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 38.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.0 มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.6 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 37.1 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.5 สอดคล้องปิยะวรรณ กุลยรัตน์และคณะ (2560) ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดภาวะกำเริบ คือ เป็นเพศชาย ($p=0.047$)

2. ปัจจัยร่วมของอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Exacerbation) ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนาบอน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีประวัติการสูบบุหรี่แต่หยุดสูบบามากกว่า 1 ปี ร้อยละ 51.4 รองลงมา ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ส่วนใหญ่เป็นมา 1-10 ปี ร้อยละ 62.9 ประวัติการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 75.7 ประวัติการป่วยโควิด-19 ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ไม่เคยป่วย ร้อยละ 81.4 ประวัติประวัติการป่วยโรคปอดบวม ในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าไม่ป่วยเป็นโรคปอดบวม ร้อยละ 80.0 ประวัติการนอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ จำนวน 0-5 ครั้ง ร้อยละ 87.1 ประวัติยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ยา ยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 92.9 รองลงมา ยารับประทาน (เป็นยาขยายหลอดลม) ร้อยละ 91.4 ผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่มี ร้อยละ 91.4 ประวัติการยาพ่นที่ได้รับอย่างถูกต้องและความต่อเนื่อง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ถูกต้องและต่อเนื่อง ร้อยละ 70.00 ประวัติการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พบว่า ฝึกสัปดาห์ละ 3-4 วัน ร้อยละ 37.1 มีประวัติการสัมผัส ฝุ่นควัน ร้อยละ 61.4 และมี ประวัติการ สัมผัสอากาศชื้น/อุณหภูมิต่ำ ร้อยละ 64.3 จำนวนที่ท่านนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ นอน 1-10 วัน ร้อยละ 88.6 สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรมงคล จินตนาประवास (2565) ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการ



กำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) คือ มีการเผาไหม้บริเวณพื้นที่รอบบ้าน

3. ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับดี ร้อยละ 84.3 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.4 และ ระดับต่ำ ร้อยละ 4.3 ระดับการรับรู้ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.3 และพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.3 สอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา แก้วรัตน์และกล้าเผชิญ โชคบำรุง (2564) พบว่า ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับสมรรถภาพปอด ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.1, 94.8 และ 68.4 ตามลำดับ) ส่วนระดับการปฏิบัติตัว ส่วนมากอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 72.0) การปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพปอดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมสาเหตุการเกิดโรคกับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า การป่วยโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.295$) ในระดับต่ำ และการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ($r = -.241$) มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำ สอดคล้องกับพิรวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์และชิตใจ จินตธรรม (2564) คะแนนพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองเฉลี่ยโดยรวมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วยกลุ่ม กลุ่มทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ย คะแนน

พฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P = 0.028$)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ ระดับการรับรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่า มีค่าเท่ากับ .023 แสดงว่า ระดับความรู้ กับการนอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ ณ หนองคาย (2565) ระดับการศึกษาและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีอิทธิพลเชิงบวกต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยภาวะซีมเศร้ามีอิทธิพลเชิงลบต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งอธิบายความผันแปรของความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นได้ ร้อยละ 46.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ($R^2 = 0.462$, $p < 0.05$) และการศึกษา อีระพันธ์ โตหนองแปน (2566) ผลเปรียบเทียบความรู้และผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนการใช้โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความรู้และผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่คลินิก COPD คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลนบอน ในการดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการตนเองในการลดการกำเริบของโรค
2. ผลการศึกษานำมาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแต่ละด้านได้ เช่น การเข้ายาที่ถูกต้อง การฝึกสมรรถภาพปอด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ อนุศักดิ์, รัตนาช มาธนะสารวุฒิ, โภคิน ศักรินทร์กุล, วิชุดา จิรพรเจริญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรมการแพทย์. 2564; 46 (4): 67-73.
- กัลยรัตน์ สังข์มรรทร. (2564). การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสุรินทร์.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.36(2); 327-342.
- ฉัตรมงคล จินตนาประวาสี. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ต้องเข้ารับ การรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2565 . เข้าถึงได้จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/r2r/MA2566-004-02-0000001048-0000001132.pdf>
- ธนิดา เลิศลอยกุลชัย. (2563). ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน เนื่องจากภาวะกำเริบเฉียบพลันในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(2); 37-47.
- ธีระพันธ์ ไต้หนองแปน. (2566).ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ .วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 3 (1);
- นุชรรัตน์ จันทโรและคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อความสามารถ ในการจัดการอาการและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง .วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 38 (3); 25-37.
- บุญทริกา ชาตรีวัฒนกุลและคณะ. (2561). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการใช้ยาชนิดต่อการรับรู้สมรรถนะ ตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก และสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข.32 (1); 157-172.
- ปัทมาพร ชนะมาร. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 19(1); 61-72.
- ปัญญดา แก้วรัตน์และกล้าเผชิญ โชคบำรุง. (2564). การศึกษาความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติตัว และสมรรถภาพปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษาในโรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา.วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ . 14 (3) ;13-27.
- ปิยะวรรณ กุลยรัตน์, กมลพร มากภิรมย์, สุดฤทัย รัตนโอภาส.(2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะกำเริบและมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.3 (2) ; 29-41.



พรวิภา ยาสุมุทและคณะ. (2563). การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบ องค์กรวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 29 (2); 281-292.

พีรารวรรณ เก่งสงวนสิทธิ์และชิตใจ จินตธรรม.(2564). ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร่วมกับ การพยาบาลทางไกล โรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา เข้าถึงได้จาก <http://203.209.96.243/phealth/web/images/.pdf>

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยฉบับปรับปรุง. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. เข้าถึงได้จาก <https://www.tst.or.th/wp-content/uploads/2023/05/Asthma-Thai-guideline-2566-PDF-final-.pdf>

สรายุรัตน์ ส่งข่าและคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 17(4); 335-343.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2558). สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ(โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง). นครศรีธรรมราช: สำนักงานฯ.

สุรางรัตน์ พ้องพาน. (2550). โรคปอดอุดกั้น(COPD). เข้าถึงได้จาก <http://dric.nrct.go.th>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ร่วมกับ โรงพยาบาลพะเยา. (2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง COPD : Chronic obstructive pulmonary disease .เข้าถึงได้จาก <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/40137.pdf>

อังคณา วงศ์แสนสี.(2563). รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.6(3); 48-61.

อัญชณา พงศ์พันธ์. (2566). การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD Guideline 2023 .เข้าถึงได้จาก https://www.pharmacycouncil.org/ccpe/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1332

ผลโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
The results of the health promotion program on self-regulation behaviors
to control blood sugar levels in patients with type 2 diabetes
at Kham Muang Hospital, Kalasin Province..

มณีเมขลา นาลาบ

Maneemekhala Nalab

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลคำม่วง

(Received: January 29, 2024; Accepted: February 20, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) แบบวัดผลการศึกษาก่อน-หลัง การทดลองและติดตามผล (One-group time series design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 45 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 16 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่ประเมิน ความรู้ ความสามารถในการรับรู้ตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ พฤติกรรมการควบคุมตนเองในจัดการ โรคเบาหวานและระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-tests และ Repeated Measures ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ความสามารถในการรับรู้ตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ พฤติกรรมการควบคุมตนเองในการจัดการโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 16 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 (Mean Difference = 37.73 mg/dl; $P < 0.001$; 95%CI = 20.14-55.31) และน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 12 (Mean Difference = 15.97 mg/dl; ($P = 0.029$; 95%CI = 1.70-30.24) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพ, การกำกับตนเอง, ระดับน้ำตาลในเลือด, โรคเบาหวาน

Abstract

The study was quasi-experimental research using a one-group time series design to measure outcomes before, during, and after the experiment, with follow-up, to study the effects of a health promotion program on self-regulation behaviors for controlling blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. The study involved a sample group of 45 individuals selected through simple random sampling. The research duration was 16 weeks. Data was collected through questionnaires assessing knowledge, self-awareness, expectations of outcomes, self-control behaviors related to diabetes management, and fasting blood sugar (FBS) levels. Data analysis used statistical methods such as percentages, means, and standard deviations. Statistical analysis included Paired Sample t-tests and Repeated Measures ANOVA at a statistically significant level of .05.

Research findings after the experiment show that the average scores for knowledge, self-awareness, expectations of outcomes, and self-control behaviors related to diabetes management were significantly higher compared to before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. Additionally, there was a statistically significant decrease in fasting blood sugar (FBS) levels after the experiment, particularly by the 16th week. The average FBS level was lower than in the 1st week (Mean Difference = 37.73 mg/dl; $P < 0.001$; 95% CI = 20.14-55.31) and lower than in the 12th week (Mean Difference = 15.97 mg/dl; $P = 0.029$; 95% CI = 1.70-30.24). These results demonstrate the program's success in helping reduce blood sugar levels in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Behavior modification, health promotion programs, self-regulatory behavior, blood sugar control, diabetes

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เซลล์ร่างกายมีความผิดปกติในขบวนการเปลี่ยนน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงาน โดยขบวนการนี้เกี่ยวข้องกับอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน เพื่อใช้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นกว่าระดับปกติซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น สมอ ง หัวใจ ตา ไต และระบบประสาท ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ การบาดเจ็บที่เท้าและขา ส่งผลให้มีแผลยากต่อการหาย และอื่น ๆ (ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์ และดวงกมล ปิ่นเฉลียว, 2558) ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความชุกร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 และมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่กว่า 300,000 รายต่อปี (ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565)

สถานการณ์โรคเบาหวานในโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 505, 545 และ 554 คน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน 28, 40 และ 9 คน ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน 32, 24 และ 27 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 21.98, 20.36, 28.52 ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานทั้งหมด จากการสืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2566 พบผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลคำม่วง จำนวนทั้งหมด 554 คน (ร้อยละ 1.14) ของจำนวนประชากรทั้งหมด เป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (พึ่งอินซูลิน) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 1.44) และเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ไม่พึ่งอินซูลิน) จำนวน 546 คน (ร้อยละ 98.55) ของจำนวนผู้ป่วยด้วย

โรคเบาหวานทั้งหมด ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 396 คน (ร้อยละ 71.48) ของจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ในปัจจุบันเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่ควบคุมโรคได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด ซึ่งจะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่เริ่มต้นที่เป็นโรคร่วมกับป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยเบาหวานหรือเป็นโรคเบาหวานมานานแต่ยังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ตามมาได้ เป้าหมายของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานจึงมุ่งเน้นไปที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติ ซึ่งเป็นการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และลดภาวะแทรกซ้อน เช่น การนำทฤษฎีความสามารถตนเองประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม กระบวนการเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กระบวนการสร้างการรับรู้ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน กระบวนการเสนอแบบอย่างด้านบอกเล่าประสบการณ์ และ ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผล การเสริมสร้างความสามารถตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งจะ

ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1978) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ House (1981) ร่วมกับทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulatory theory) ของ Leventhal และ Johnson (1983) เพื่อเสริมสร้างและพัฒนาความสามารถตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ ให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับควบคุมได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตความเป็นอยู่ที่มีความสุขทั้งด้านสุขภาพร่างกายและสภาพจิตใจมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dl) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) โดยแบบแผนการวิจัยเป็นแบบวัดผลการศึกษาก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล (One-group time series

design) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 16 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 30 ปีขึ้นไป ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า Fasting Blood Sugar (FBS) มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคำมวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 317 คน (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2565) คำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) (Cohen, 1988) กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 ขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = 0.5$ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่คืนที่ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย 3) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย 1) การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



3) การกำกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยการสาธิต/ฝึกปฏิบัติตัวในการเลือกรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย การปฏิบัติตัวในการจัดการความเครียด และ การปฏิบัติตัวในการรับประทานยาและพบแพทย์ตรงตามเวลานัด 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบสนทนากลุ่ม การเล่าประสบการณ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของต้นแบบผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อติดตามความก้าวหน้าพร้อมทั้งให้คำแนะนำและพูดคุยจูงใจให้น้ำหนักผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้จาก สิริกานต์ บรรพบุตร (2561) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar)

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 21 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.82 การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) ระดับสูง (17-21 คะแนน) ระดับปานกลาง (13-16 คะแนน) ระดับต่ำ (0-12 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 18 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating

Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) ระดับสูง (72-90 คะแนน) ระดับปานกลาง (54-71 คะแนน) ระดับต่ำ (18-53 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 การแปลผลคะแนนการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) ระดับสูง (56-70 คะแนน) ระดับปานกลาง (42-55 คะแนน) ระดับต่ำ (14-41 คะแนน)

2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดชนิดที่ 2 จำนวน 27 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเอง โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1971) ระดับสูง (108-135 คะแนน) ระดับปานกลาง (81-107 คะแนน) ระดับต่ำ (27-80 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้อันเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อน-หลังการทดลองและติดตามผลด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รับรองเลขที่ KLS.REC 128/2566 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.56 อายุเฉลี่ย 49.80 ปี (S.D.=9.45) ซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 51-55 ปี ร้อยละ 55.56 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.89 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 55.56 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 57.78 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 5-9 ปี ร้อยละ 44.45 ความถี่ในการรับประทานอาหาร 3 มื้อ/วัน ร้อยละ 77.78 รับประทานอาหารรับประทานเองทุกวัน ร้อยละ 66.67 ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/วัน ร้อยละ 35.55 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 44.44 ค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 Kg/m² ร้อยละ 35.56 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar) 196.22 mg/dl (S.D.=62.92) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	11	24.44
	หญิง	34	75.56
อายุ	30-40 ปี	3	6.67
	41-50 ปี	17	37.78
	51-55 ปี	25	55.56
\bar{X} =49.80 ปี (S.D.=9.45) Min=38 ปี Max= 55 ปี			
สถานภาพสมรส	โสด	4	8.89
	สมรส	31	68.89
	หม้าย	6	13.33
	หย่าร้าง	4	8.89

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	55.56
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	26.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	11.11
อนุปริญญาขึ้นไป	3	6.67
อาชีพ		
เกษตรกร	26	57.78
ค้าขาย	6	13.33
รับจ้าง	11	24.44
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	2	4.44
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน		
น้อยกว่า 5 ปี	15	33.33
5-9 ปี	20	44.45
10-14 ปี	10	22.22
ความถี่ของการรับประทานอาหาร		
2 มื้อ/วัน	6	13.33
3 มื้อ/วัน	35	77.78
มากกว่า 3 มื้อ/วัน	4	8.89
แหล่งที่มาของอาหาร		
ประกอบเองทุกวัน	30	66.67
ประกอบเองเป็นส่วนใหญ่	15	33.33
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	20	44.44
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	16	35.55
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	5	11.11
5-7 ครั้ง/สัปดาห์	4	8.89
ค่าดัชนีมวลกาย		
ผอม (< 18.5 Kg/m ²)	2	4.44
ปกติ (18.5-22.9 Kg/m ²)	10	22.22
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9 Kg/m ²)	8	17.78
อ้วนระดับ 1 (25-29.9 Kg/m ²)	16	35.56
อ้วนระดับ 2 (≥30 Kg/m ²)	9	20.00
\bar{X} =25.96 Kg/m ² (S.D.=4.65) Min=16.44 Kg/m ² Max= 36.57 Kg/m ²		
FBS (Fasting Blood Sugar) 196.22 mg/dl (S.D.=62.92)		

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.40 คะแนน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง 3.40 คะแนน (95% CI = 2.70-4.09) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	\bar{x}	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง	15.00	1.72	ต่ำ				
หลังการทดลอง	18.40	1.61	สูง	3.40	9.68	2.70-4.09	<0.001*

การรับรู้ความสามารถตนเองก่อนการทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.32 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 87.37 คะแนน การรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง 15.05 คะแนน (95% CI = 13.36-16.73) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเอง	\bar{x}	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง	72.32	5.41	สูง				
หลังการทดลอง	87.37	1.75	สูง	15.05	17.75	13.36-16.73	<0.001*

การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนการทดลอง พบว่า การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับ สูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.55 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.53 คะแนน ซึ่งการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์มากกว่าก่อนการทดลอง 6.98 คะแนน (95% CI = 5.80-8.15) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์	\bar{x}	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง	59.55	3.59	สูง				
หลังการทดลอง	66.53	1.69	สูง	6.98	11.81	5.80-8.15	<0.001*

พฤติกรรมการกำกับตนเองก่อนการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการกำกับตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 101.84 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า พฤติกรรมการกำกับตนเอง อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 126.21 คะแนน ซึ่งพฤติกรรมการกำกับตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการกำกับตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง 24.37 คะแนน (95% CI = 19.90-28.83) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการกำกับตนเองก่อนและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการกำกับตนเอง	\bar{x}	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง	101.84	13.67	ปานกลาง				
หลังการทดลอง	126.21	6.33	สูง	24.37	10.85	19.90-28.83	<0.001*

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar) ก่อน-หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 16

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ระดับน้ำตาลในเลือด FBS	0.345	45.794	2	.000*	0.604	0.612	0.500

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar) โดยวิธีการทดสอบ LSD พบว่า ภายหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 12 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =21.75 mg/dl; P<0.001; 95%CI = 14.79 -28.71) เมื่อติดตามวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean

ผลโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมกรำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ฯ

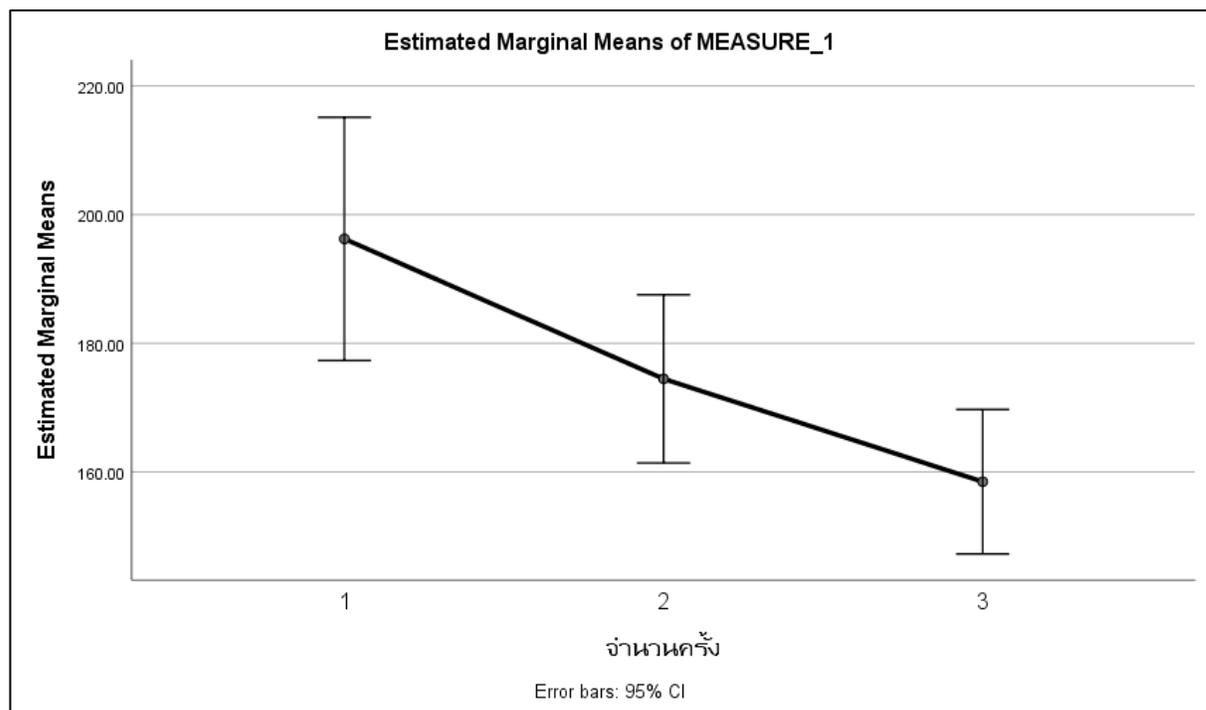


Difference =37.73 mg/dl; $P<0.001$; 95%CI = 20.14-55.31) และน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean Difference =15.97 mg/dl; ($P=0.02$; 95%CI = 1.70-30.24) ดังตารางที่ 7 และภาพที่ 1

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar) ก่อน-หลังการทดลองสัปดาห์ที่12 และสัปดาห์ที่ 16 โดยวิธีการทดสอบ LSD

(I) (Week)	(J) (Week)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p-value	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 12	21.75*	3.45	.000	14.79	28.71
	สัปดาห์ที่ 16	37.73*	8.72	.000	20.14	55.31
สัปดาห์ที่ 12	สัปดาห์ที่ 16	15.97*	7.08	.029	1.70	30.24

*. The mean difference is significant at the .05 level.



ภาพที่ 1 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS (Fasting Blood Sugar) ก่อน-หลังการทดลองสัปดาห์ที่12 และสัปดาห์ที่ 16

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง 3.40 คะแนน (95% CI = 2.70-4.09) เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้วยเน้นการบรรยายเนื้อหาความรู้ทั่วไป (ความหมาย สาเหตุ ประเภท อาการ การวินิจฉัยโรค และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน) ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบสนทนากลุ่มทบทวนและสรุปทบทวนที่ได้ ใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิกประกอบการบรรยาย แจกเอกสาร/คู่มือการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของปานชิววัน แลบุญมา และวัชรพงษ์ บุญบุตร (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง หลังจากกลุ่มผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเพิ่มศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง ให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน โภชนาการอาหารที่เหมาะสมกับโรค สุขภาพจิตการจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย การใช้คู่มือดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน การบันทึกติดตามพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง นัดประเมินผลสุขภาพเบื้องต้นจากค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น

การรับรู้ความสามารถตนเองมีผลกระทบที่สำคัญต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคล โดยเฉพาะในบทบาทที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มุ่งเน้นการเรียนรู้และพัฒนาฐานการรับรู้ความสามารถตนเอง ผ่านกิจกรรมฐานการเรียนรู้ที่ตั้งอยู่บนหลัก Plate method และกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการกับความเครียด และการรับประทานยาอย่างถูกต้อง ช่วยเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น ส่งผลให้หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง ด้วยค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นที่ 15.05 คะแนน (95% CI = 13.36-16.73) ซึ่งเป็นผลที่สนับสนุนการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพที่มุ่งเน้นการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว โดยช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ปริมาณอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละมื้ออาหารอย่างชัดเจน และส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่สมดุลและเหมาะสมสำหรับสุขภาพของตนเอง เพิ่มความมั่นใจของผู้ป่วยในการจัดการสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจนำไปสู่การปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาวสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ดังผลการวิจัยครั้งนี้ที่แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .05$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 6.98 คะแนน (95% CI = 5.80-8.15) สอดคล้องกับ สิริกานต์ บรรพบุตร, นิรุวรรณ เทรินโบล และ พิทยา ศรีเมือง (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ มากกว่าก่อนการทดลอง

พฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง 24.37 คะแนน (95% CI = 19.90-28.83) เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานฝึกการสังเกตพฤติกรรมของตนเอง เช่น การควบคุมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย และการรับประทานยา โดยใช้สมุดจดบันทึกพฤติกรรมประจำวัน เพื่อคว่ามีการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาอย่างไร การควบคุมการบริโภคอาหารถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคใดที่ทำให้ไม่สามารถบริโภคอาหารได้ถูกต้อง และนำข้อมูลจากการสังเกตและจดบันทึกพฤติกรรมตนเองมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามผลการปฏิบัติตัวในแต่ละด้าน โดยการสาธิต ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้คำปรึกษา คำแนะนำ กระตุ้นเตือน สนับสนุนให้กำลังใจ ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนิชกานต์ เต็มราม, นันทิยา พานิชายุนนท์, พจนา ตะเกาหิรัญ, ศุภานันท์ จำนงค์ และ กาญจนา ศรีกุล (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผ่านการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรค, กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการกำกับพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหาร, ออกกำลังกาย, จัดการความเครียด, รับประทานยา, และพบแพทย์ตามนัด รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด FBS ลดลง โดยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 16 ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด FBS น้อยกว่าสัปดาห์ที่ 1 (Mean Difference = 37.73 mg/dl; $P < 0.001$; 95%CI = 20.14-55.31) และน้อยกว่าสัปดาห์ที่ 12 (Mean Difference = 15.97 mg/dl; $P = 0.02$; 95%CI = 1.70-30.24) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่เน้นการปฏิบัติจริง เช่น การควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด จะช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ
2. กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อมูลย้อนกลับ สอบถามปัญหา รับฟังปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้

คำปรึกษา คำแนะนำ เป็นการกระตุ้นเตือนสนับสนุนให้
กำลังใจ ผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตาม
เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

สภาพแวดล้อมที่แตกต่าง เพื่อเข้าใจผลกระทบและ
ประสิทธิภาพที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมใน
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่างกันหรือใน

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรม
ในระยะยาวและผลกระทบที่แตกต่าง เพื่อเป็นข้อมูลเพื่อ
พัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมาก
ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ณิกานต์ เต็มราม, นันทิยา พานิชายุนนท์, พจนา ตะเกาหิรัญ, ศุภานัน จ้างงค์ และกาญจนา ศรีกุล (2564). ผลของ
โปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการสุขภาพ
ภาคเหนือ.8(2) 237-252.
- ปานชีวัน แลบุญมา, และ วัชรพงษ์ บุญบุตร. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ตำบลสมัย อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพ ภาคเหนือ, 8(2), 87-102.
- ระวีวรรณ เลิศพัฒนารักษ์และดวงกมล ปิ่นเฉลียว. (2558). กลุ่มอาการในระยะต่อมไร้ท่อและการรักษาโรคเบื้องต้น. ใน
ประมวลสาระชุดวิชาการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงการรักษารักษาโรคเบื้องต้น และ ปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน1 (หน่วยที่13, น. 1-96). นนทบุรี:
- ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่
โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2566). อัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน อำเภอคำม่วง ปี 2564-
2566. สืบค้นเมื่อ [10 ตุลาคม 2566]. จาก [https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/
report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1_cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605
c3ca1c4](https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1_cfe0155e11&id=589248f2516fbb85d4a4a5605c3ca1c4).
- สิริกานต์ บรรพบุตร, นิรุวรรณ เทรินโบล์ และพิทยา ศรีเมือง. (2562). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเอง
เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย
มหาสารคาม, 38(2), 168-78.
- Bandura, A. (1978). *The self-system in reciprocal determinism*. Journal of Personality and Social
Psychology, 33, 344–358.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning*. New
York: McGraw-Hill.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge.



House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. New Jersey: Prentice Hall.

Leventhal, H., & Johnson, J. (1983). *Psychological issues in preventive medicine*. In S. B. Levine, L. H. Epstein, & M. A. Johnson (Eds.), *Preventive medicine: An annotated bibliography* (pp. 3-10). New York: Behavioral Publications.

การพัฒนาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Development of the BEFAST expressway system for caring for stroke
patients, Na Bon Hospital Nakhon Si Thammarat Province.

จูไร เอกธรรมรักษ์

Jurai Akthammaruk

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: January 6, 2024; Accepted: February 2, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อเพื่อพัฒนาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน BEFAST จำนวน 40 คน 2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน BEFAST โรงพยาบาลนาบอน ได้แก่ แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน พนักงานห้องบัตร 2 คน พนักงานขับรถ 3 คน จำนวน 23 คน เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่รับบริการ ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลทางคลินิก 3) ส่วนที่ 3 แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย Stroke โดยใช้สถิติเชิงพรรณน (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการศึกษา พบว่า ทีมบริหารของโรงพยาบาลนาบอนได้นำระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นพันธกิจหลักของโรงพยาบาลนาบอน การเพิ่มองค์ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ออกมาเป็น CPG เฉพาะโรค จัดระบบเครื่องมือทางการแพทย์ กำหนดแนวทางการส่งต่อและ ระบบ Consult ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย การซักซ้อมแผนขณะที่มีผู้ป่วย พร้อมทั้งปรับปรุงระบบ หลังการซ้อมแผน จนเป็นแนวปฏิบัติที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย ผลการศึกษาทางคลินิก พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เป็นกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.3 (Range=26-86, M=72.9) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต ผิดปกติ (มากกว่า 140/90 mmHg) ร้อยละ 65.7 เวลาที่เริ่มมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลนาบอน 0-30 นาที ร้อยละ 51.4 มีเวลาเฉลี่ย 109.2 นาที (M=109.2, S.D.=231.23) การประเมินเวลาแรกรับ จนถึงการรายงานแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาระหว่าง 1- 10 นาที ร้อยละ 74.3 เวลาเฉลี่ย 10.37 นาที (M=10.37, S.D.=34.64) เวลาแรกรับถึง เวลาที่ Refer เพื่อ ทำ CT ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลทุ่งสง ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ร้อยละ 85.7 ใช้เวลาเฉลี่ย 11.45 นาที (Range=13-140, M=11.45, S.D.=23.25)

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ,ช่องทางด่วน BEFAST ,ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study is a cross-sectional study to develop the BEFAST expressway system for caring for stroke patients. Na Bon Hospital Nakhon Si Thammarat Province. The sample group was purposively selected: 1) 40 stroke patients in the BEFAST expressway service system. 2) Service personnel involved in caring for stroke patients in the BEFAST express lane service system, Nabon Hospital. Including 3 doctors, 10 professional nurses, 3 autopsy room staff, 2 patient assistants, 2 card room staff, 3 drivers, totaling 23 people. Collect information from patients receiving services During the months of October 2022 - June 2023, the research instrument consists of 3 parts: 1) Personal information 2) Clinical information 3) Part 3 Stroke patient screening assessment form using descriptive statistics, including frequency (F), percentage (Percent), mean (Mean), standard deviation. (S.D.)

The results of the study found that the management team of Nabon Hospital has implemented an emergency medical system in accordance with the provision of health services for stroke patients. It is the main mission of Nabon Hospital. Increasing the knowledge and skills of staff into disease-specific CPGs. Organize medical equipment Set forwarding guidelines and the Consult system to be of the same standard throughout the network. Rehearsing the plan while there is a patient along with improving the system. After rehearsal Until it becomes a practice guideline that relevant personnel can implement as the same guideline for the entire network. Clinical study results It was found that personal information Most are male 64.3 percent were in the age group of 60 years and over (Range=26-86, M=72.9). Most stroke patients had abnormal blood pressure levels (more than 140/90 mmHg), 65.7 percent, at the time of symptom onset. Before coming to Nabon Hospital, 0-30 minutes, 51.4% had an average time of 109.2 minutes (M=109.2 S.D.=231.23) Estimation of first pick up time Until reporting to the doctor Most took between 1- 10 minutes, 74.3%, average time 10.37 minutes (M=10.37 S.D.=34.64), time from first admission to referral time for CT at the host hospital, Thung Song Hospital. Takes more than 30 minutes, 85.7 percent, takes an average of 11.45 minutes (Range=13-140, M=11.45 S.D.=23.25).

Keywords: System development, BEFAST expressway, stroke patients

บทนำ

ช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke fast track) ซึ่งเริ่มตั้งแต่ ขั้นตอนการตระหนัก ถึงอาการเตือน (early detection) การเรียกใช้บริการ (early dispatch) รวมไปถึงการได้รับการบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉินและทีมนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่มียาและทีมบุคลากร ที่สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและด้วยนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบันกอบปรักกับความพยายามที่จะพัฒนาคุณภาพการดูแลของทีมบุคลากรทางการแพทย์ในทุกภาคส่วน เป็นผลให้ door to needle time มีพัฒนาการที่มีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้นในหลายโรงพยาบาล แต่ปัญหาที่ยังพบเจอในหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย คือ ความรู้ของประชาชนทั่วไปยังมีน้อยในเรื่องปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และอาการเตือน (warning sign) ของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งหากประชาชนไม่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงย่อมไม่ เกิดการป้องกันและเมื่อเกิดอาการเตือนแล้วหากไม่ทราบย่อมไม่ตระหนักถึงความรุนแรงและไม่พยายามเข้ารับบริการช่องทางด่วนตามขั้นตอนที่บุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลได้เตรียมการรับมือไว้เป็นผลให้เวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการฉีดยาในกลุ่ม ischemic stroke ล่าช้าออกไป (delay onset to needle time)

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรคทางระบบ ประสาทและสมองเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและเป็นภาวะด้านสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตความพิการและทุพพลภาพที่สำคัญทั้งในประชากรเพศชายและเพศหญิงทั่วโลกที่ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจที่เป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องจากการรักษาการผ่าตัดและการดูแลเป็นมูลค่ามหาศาล

มีการคาดการณ์ว่า ประเทศไทยแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตกว่า 5.5 ล้าน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 250,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย สำหรับผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะสร้างภาระให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ความพิการที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นโรคที่มีภาวะโรคที่สูงที่สุดของประเทศ ไทยที่วัดได้จากปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ จะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและการดำเนินชีวิตในสังคมการดำเนินการเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงจากโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ ต้องดำเนินการ โดยเฉพาะการคัดกรองผู้ป่วยจากอาการและอาการแสดงเพื่อให้การรักษาโดยเร็วที่สุดเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเสียชีวิตและการเกิดภาวะทุพพลภาพที่จะตามมาจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การเตรียมความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันหรือวิกฤติให้สามารถเข้ารับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดโดยการคัดกรองและการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตลดภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการของผู้ป่วยที่มักมีการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบันยังพบอุปสรรคที่ทำให้การดำเนินการดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากสาเหตุหลายประการ อาทิ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่ในหน่วยดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะอายุรแพทย์

ประสาทวิทยาและศัลยแพทย์ประสาทวิทยาจำนวน ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรขาดการพัฒนาสมรรถนะในการคัดกรองหรือการประเมินอาการ และอาการแสดงอย่างถูกต้องและรวดเร็วการคัดกรองผู้ป่วยไม่เป็นไปแนวทางเดียวกันไม่มีการกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนกระบวนการแก้ไขปัญหาไม่มีประสิทธิภาพและมีความล่าช้าระบบการให้คำปรึกษา การดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน (สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแผนพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (service plan), 2565)

การจัดระบบบริการสุขภาพในการจัดการโรค หลอดเลือดสมองของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในระที่เกิดโรค โดยมีการพัฒนาบริการสุขภาพที่เน้นการรักษาที่ ทันท่วงทีในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการเตือนของโรคเป็น สำคัญเป็นบริการตั้งรับในหน่วยบริการสุขภาพระดับสูงที่ ต้องอาศัยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและใช้ งบประมาณค่อนข้างสูงในการให้บริการการเข้าถึง บริการสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ ครอบคลุมในทุกพื้นที่ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง บริการสุขภาพโดยมีเพียงผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้นที่ สามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพได้ จากรายงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องพบว่า การบริการสุขภาพในปัจจุบันเน้นที่การ รักษามากกว่าการป้องกัน โดยมุมมองของผู้ให้บริการ ระบุถึงบริการสุขภาพเพื่อการรักษาเมื่อเกิดโรคเป็น สำคัญส่วนผู้รับบริการสะท้อนมุมมองการพึงพาการ รักษาโรคมกกว่าการป้องกันโรคและที่สำคัญการส่งต่อ รักษาในเครือข่ายบริการโรคหลอดเลือดสมองเป็นการ บริการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับรักษาในระบบบริการช่องทาง ด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทันเวลา โดย บริการสุขภาพนี้อยู่ภายใต้แผนการจัดบริการ สุขภาพ

(Service plan) ของกระทรวงสาธารณสุข และมี เป้าหมายเพื่อลดระดับความรุนแรงและผลกระทบจาก โรคจึงเป็นการย้ำเตือนถึงระบบการจัดบริการสุขภาพที่ ให้ความสำคัญกับการรักษาในระยะการเจ็บป่วย เสียบบลัน มุ่งเน้นการพัฒนาการจัดบริการในระดับทุติย ภูมิและตติยภูมิมากกว่าการพัฒนาบริการที่เน้นให้เกิด ความครอบคลุมทุกระยะการดำเนินโรคและเน้นทุก ระดับของผู้ที่มีส่วนได้เสียในการจัดบริการด้านสุขภาพ

จากสถานการณ์ข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษา การพัฒนารูปแบบระบบบริการช่องทางด่วน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริการ ที่เป็น กระบวนการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นวงจร จนกว่างานนั้นจะได้รับการปรับปรุงตามที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ ระบบ บริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคหลอดเลือด สมองที่มีความเชื่อมโยงครอบคลุมทุกระยะของการ ดำเนินโรค โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องซึ่งข้อมูลการปฏิบัติดังกล่าวส่งผลให้การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดประสิทธิภาพการ ศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้มีความเข้าใจความเชื่อมโยง ระบบ บริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ อย่างลึกซึ้งและนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับ พื้นที่ ในการกำหนดนโยบายด้านการจัดการโรคหลอดเลือด สมองที่มีความเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงการ บริการ สุขภาพในทุกระดับต่อไป การดูแลรักษาโรค หลอดเลือดสมองมี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนเกิดโรค การสร้างความ ตระหนัก (stroke awareness) ทราบ สัญญาณ อันตรายโรคหลอดเลือดสมอง (stroke alert) ได้แก่ FAST ประกอบด้วย Face ใบหน้าเบี้ยว, Arm แขนขาอ่อนแรง, Speech พูดไม่ชัด, Time ระยะเวลาที่ ต้องรักษาภายใน 4.5 ชั่วโมง สามารถ บอกถึงอาการ



ของโรคหลอดเลือดสมองได้อย่าง รวดเร็วตั้งแต่เริ่มมีอาการ (detection), การไปรับ ผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุ เพื่อนำส่งอย่างรวดเร็ว และถูกต้องตามมาตรฐานสากล (dispatch) การส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพ สามารถให้ยาละลายก้อนเลือดทางหลอดเลือดดำได้ (delivery) การส่งเสริมป้องกันการเกิดโรค (primary prevention) การคัดกรองและประเมิน ความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคไขมันในเลือดสูง จัดการให้ความรู้และเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงระดับต่างๆ โดยกลุ่มเสี่ยงต่ำ จะให้ความรู้ในการเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงสูงปานกลาง เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลด ความเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูงมาก เน้นส่งสัญญาณเตือนภัยอันตรายที่ผู้ป่วยและญาติต้องทราบ และรีบ ด่วนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง 2) ระยะเกิดโรค สามารถประเมินผู้ป่วยได้ รวดเร็วแม่นยำ และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันได้รับยาละลายลิ่ม เลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง การดูแลรักษาในหอผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) การให้ ยาแอสไพรินภายใน 48 ชั่วโมง และการผ่าตัดเปิด กะโหลกศีรษะเพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะในผู้ป่วยที่มีสมองบวมใน 48 ชั่วโมง 3) ระยะ หลังเกิดโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังพ้นภาวะ วิกฤต การดูแลต่อเนื่องระยะยาว การทำ กายภาพบำบัด การเยี่ยมบ้าน ประเมินภาวะ แทรกซ้อน การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Secondary prevention) ได้แก่ การรับประทานยาต้าน เกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดในระยะยาว การควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดัน โลหิต เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การดื่มสุราและความอ้วน เป็นต้น ในการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการดัง กล่าวจึงจำเป็นต้อง

สร้างเครือข่ายการให้บริการให้ มากที่สุดเพื่อเพิ่มโอกาส การเข้าถึงหน่วยบริการที่ มีศักยภาพให้มากที่สุด เพื่อลด อัตราการเสียชีวิต หรือทุพพลภาพ สามารถเข้าถึงบริการ ที่มีคุณภาพ และมาตรฐาน (Fulop NJ, Ramsay AI, Perry C, Boaden RJ, McKeivitt C, Rudd AG, et.al.2016)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอีกหนึ่งระบบ บริการสุขภาพ ที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับ ปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงเริ่ม ได้รับการบำบัดเจาะจงหรือพ้นภาวะฉุกเฉิน โดยพัฒนา ห่วงโซ่ปฏิบัติการทั้งในและนอกสถานพยาบาลให้ได้ มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และลดความ พิกิจจากภาวะฉุกเฉิน มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ (สพฉ.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานบริหารจัดการ ระบบ ประสาน กำกับติดตาม กำหนดและตรวจสอบ มาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีบทบาท ในการบริหารจัดการระบบและดำเนินงาน ซึ่งระบบ การแพทย์ฉุกเฉินได้ถูกพัฒนาเพื่อรองรับและจัดการกับ ภาวะฉุกเฉินทั้งภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ (ธีระ ศิริสมุดและคณะ, 2565)

สถานการณ์โรคหลอดเลือดของโรงพยาบาล นาบอนย้อนหลัง ในปี 2564-2566 พบว่ามีอัตราป่วย 0.25,0.26 และ0.49 ตามลำดับ แต่ไม่พบอัตราการตายใน สถานบริการ มีการใช้ระบบช่องทางด่วน Stork fast track (SFT) เริ่มมีการพัฒนาอย่างเป็น ระบบ โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ได้ เริ่มสนับสนุนตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2550 และมีการพัฒนา มาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย คือ เพิ่ม การเข้าถึงการ รักษาทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่ม

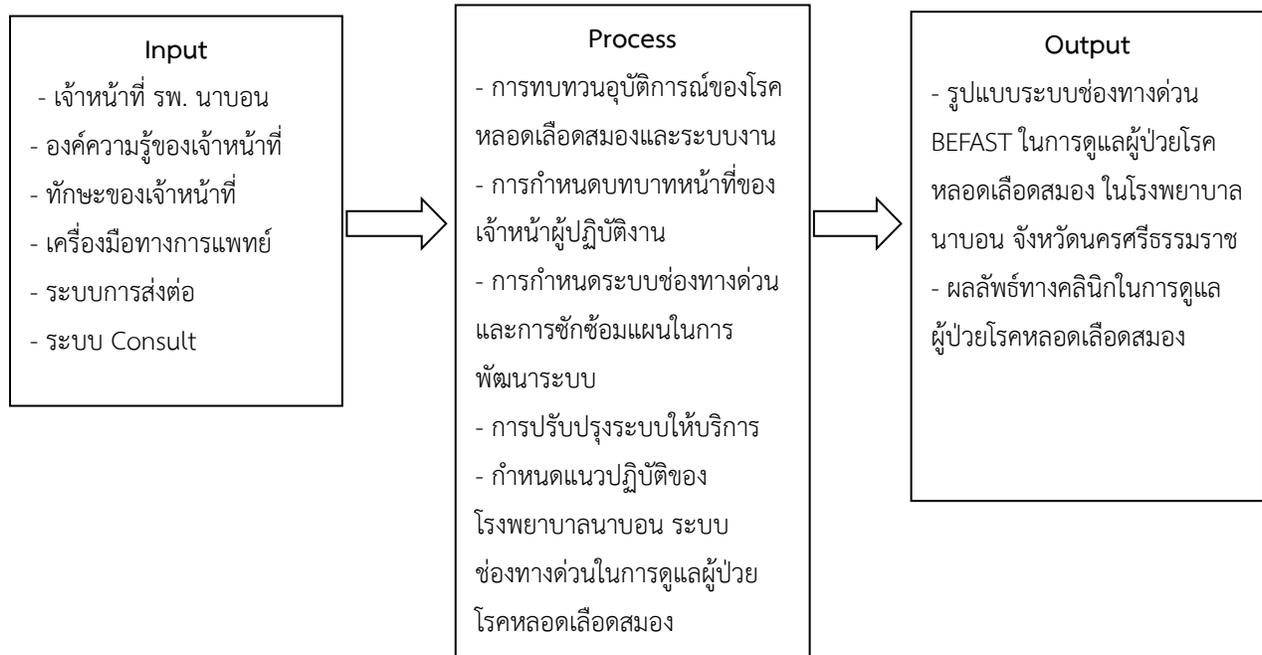
ประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ดังจะเห็นได้ว่าการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดมีอัตราที่สูงขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบว่าอัตราการเข้าถึงทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองนั้นยังสูงไม่มาก มีเพียงร้อยละ 30-35 ส่งผลให้อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8 ทั้งที่ สปสช. มีกระบวนการจ่ายเงิน universal coverage for emergency patient (UCEP) กับผู้ป่วยทุกสิทธิ ซึ่งยังต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) ปัจจุบัน โรงพยาบาลนาบอนมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่มีการทบทวนระบบอย่างจริงจัง และนำมาพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ได้มีการนำแบบประเมิน BEFAST ที่ทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าระบบช่องทางด่วน Stork fast track ซึ่งในส่วนของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล ไม่มีการประเมินผลการใช้งานเครื่องมือ และผลการดูแลผู้ป่วยหลังการได้รับการดูแล และติดตามผู้ป่วยในระบบอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาบอน เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงระบบงานให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเชิงระบบมาประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยตั้งแต่การเตรียมความพร้อมของระบบในปัจจุบัน คือ เจ้าหน้าที่มีความพร้อมต่อการทำงาน เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมในการปฏิบัติงานตามระบบช่องทางด่วน และมีการฝึกทักษะ มีการเตรียมความพร้อมเครื่องมือทางการแพทย์ ระบบการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ระบบ Consult ในส่วนของกระบวนการพัฒนางาน คือ การทบทวนอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองและระบบงาน โดยการประชุมเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน และการกำหนดระบบช่องทางด่วนและการซักซ้อมแผนในการพัฒนาระบบ พร้อมทั้งการปรับปรุงระบบให้บริการ กำหนดแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลนาบอน ระบบช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในส่วนของผลลัพธ์หลังการพัฒนา ระบบ คือ ได้รูปแบบระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช และผลลัพธ์ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบบบันทึกข้อมูล BEFAST ที่ได้รับการประยุกต์และพัฒนาจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยเก็บข้อมูลitudinal ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการระบบช่องทางด่วน BEFAST แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาบอน ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – มิถุนายน 2566 ทุกคน

2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน BEFAST โรงพยาบาลนาบอน ได้แก่ แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน พนักงานห้องบัตร 2 คน พนักงานขับรถ 3 คน จำนวน 23 คน

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

1) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เข้าโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมดจำนวน 40 คน เข้าร่วมการวิจัยการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน BEFAST ช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการช่องทางด่วน BEFAST โรงพยาบาลนาบอน ได้แก่ แพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน พนักงานห้องบัตร 2 คน พนักงานขับรถ 3 คน จำนวน 23 คน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษา

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการระบบช่องทางด่วน BEFAST แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช

1.2 เจ้าหน้าที่ รพ. นาบอน ที่ปฏิบัติหน้าที่ ระบบช่องทางด่วน BEFAST แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาบอน มากกว่า 1 ปี

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการ ระบบช่องทางด่วน BEFAST แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาบอน อำเภอนาบอน จังหวัด นครศรีธรรมราช ที่คัดกรองแล้วอาการไม่เข้าข่ายโรค หลอดเลือดสมอง

2.2 เจ้าหน้าที่ รพ. นาบอน ที่ระบบช่องทาง ด่วน BEFAST แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลนา บอน ย้ายออกจากหน่วยงาน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ทาง คลินิกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเก็บจาก ข้อมูลจากผู้ป่วยและจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในระบบ Hosxp โดยประยุกต์จากเครื่องมือของ สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2565 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ป่วย จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ต่าบล อาชีพ รายได้ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สภาพการ อยู่อาศัย ประวัติดื่มสุรา โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ประวัติสูบบุหรี่ การไปพบแพทย์ตามนัด (รวมการ รับยาตามนัด) มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) ประวัติครอบครัว - ในครอบครัวมีใครเป็น โรคเรื้อรัง (ความดัน เบาหวาน ไขมัน) ประวัติแพ้ยา ประวัติการ แพ้ยา/สารเคมี/อาหาร ประวัติการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางคลินิก จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัย ผลการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการ ตรวจ Film Chest X-Ray ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย Stroke จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย วันที่รับผู้ป่วย เวลา สัญญาณชีพ อาการสำคัญ ชื่อ-สกุล ผู้ให้ข้อมูล วันที่เริ่ม มีอาการ เวลาที่คัดกรอง เวลาที่รายงานแพทย์ Motor power เวลาที่แพทย์ตรวจ เวลาที่เจาะ DTX เวลาที่เจาะ LAB เวลาที่ได้รับ LAB เวลาทำ EKG ผู้ป่วยที่มีอาการ ภายใน 3 ชั่วโมง เวลา Refer เวลาทำ CT เวลาผล CT ผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมง ER Diagnosis เวลา Refer เวลา Admit Word GCS ยาที่ได้รับ

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยที่เป็นเครื่องมือใน การเก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษเวชปฏิบัติ ครอบครั้ว 1 ท่าน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้าน สถิติ 1 ท่าน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ต่าบล อาชีพ รายได้ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สภาพการอยู่อาศัย ประวัติดื่ม สุรา โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ประวัติสูบ บุหรี่ การไปพบแพทย์ตามนัด (รวมการรับยาตามนัด) มี ประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) ประวัติ ครอบครัว - ในครอบครัวมีใครเป็นโรคเรื้อรัง (ความดัน เบาหวาน ไขมัน).ประวัติแพ้ยา ประวัติการ แพ้ยา/ สารเคมี/อาหาร ประวัติการผ่าตัด และส่วนที่ 2 ข้อมูล ทางคลินิก จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัย ผล การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ตรวจ Film Chest X-Ray ระยะเวลา นอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติเชิงพรรณน (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ

(Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. วิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนที่ 3 แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วย Stroke ประกอบด้วย วันที่รับผู้ป่วย เวลา สัญญาณชีพ อาการสำคัญ วันที่เริ่มมีอาการ เวลาที่คัดกรอง เวลาที่รายงานแพทย์ Motor power เวลาที่แพทย์ตรวจ เวลาที่เจาะ DTX เวลาที่เจาะ LAB เวลาที่ได้รับ LAB เวลาทำ EKG ผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมง เวลา Refer เวลาทำ CT เวลาผล CT ผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมง ER Diagnosis เวลา Refer เวลา Admit Word GCS ยาที่ได้รับ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (F) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 126/2566 รหัสโครงการ NSTPH 126/2566 วันที่รับรอง 31 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล การพัฒนาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำเข้า Input

1.1) ทีมบริหารของโรงพยาบาลนาบอนได้นำระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นพันธกิจหลัก

ของโรงพยาบาลนาบอน โดยการนำเข้าสู่แผนพัฒนาของเครือข่าย ซึ่งดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมบริหารทุกคน ประกอบด้วย ทีมแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน (พยาบาลห้องฉุกเฉินและพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย) เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน (ห้องฉุกเฉิน) พนักงานห้องบัตร 2 คน พนักงานขับรถ จำนวน 23 คน โดยมีคำสั่งแต่งตั้งทีมในการพัฒนาระบบให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

1.2) องค์กรความรู้ของเจ้าหน้าที่ จากผลการดำเนินการพบว่า เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ตนเอง ขณะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงจัดกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทุกคน โดยร่วมกับทีมแพทย์ในการกำหนดบทบาท ออกมาเป็น CPG เฉพาะโรคเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

1.3) ทักษะของเจ้าหน้าที่ การซ้อมแผนการฝึกทักษะของ บุคลากรที่เกี่ยวข้องเมื่อมีการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามาให้บริการประกอบด้วย ทีมแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 10 คน (พยาบาลห้องฉุกเฉินและพยาบาลส่งต่อผู้ป่วย) เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตร 3 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน (ห้องฉุกเฉิน) พนักงานห้องบัตร 2 คน พนักงานขับรถ จำนวน 23 คน มีการซ้อมแผนจำนวน 5 ครั้งเพื่อปรับระบบให้เหมาะสมรวดเร็ว ต่อการให้บริการ

1.4) เครื่องมือทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้ประชุมทีมเพื่อสำรวจ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รถรับ-ส่งผู้ป่วย มีการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ใหม่ให้มีความพร้อมใช้ในขณะที่ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

1.5) ระบบการส่งต่อ มีการทบทวนระบบการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลนาบอนกับโรงพยาบาลทุ่งสง และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

1.6) ระบบ Consult มีการประชุมในเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในภาวะต่างๆ ก่อนการส่งต่อซึ่งมีทีมแพทย์ของโรงพยาบาลทุ่งสงเป็นผู้ดูแลโรงพยาบาลในเครือข่ายของตนเอง

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนา Process

2.1) การทบทวนอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองและระบบงาน ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้ป่วยจำนวน 34 รายที่มีอาการเข้าข่ายโรคหลอดเลือดสมอง และได้ทำการส่งต่อโรงพยาบาลทุ่งสงร้อยละ 100 แต่มีไม่อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการดำเนินงานพบว่า ระบบการส่งต่อล่าช้า เนื่องจากขาดอัตรากำลังในช่วงเวรตึก

2.2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน จากการประชุมทีมผู้ปฏิบัติงาน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน กำหนดช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน ออกมาเป็น แนวปฏิบัติของงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลนาบอน และมีการทบทวนกระบวนการทุก ๆ เดือน จำนวน 3 เดือน เพื่อปรับปรุงระบบให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนาบอน

2.3) การกำหนดระบบช่องทางด่วนและการซักซ้อมแผนในการพัฒนาระบบ จากการประชุมมีการซักซ้อมแผน พร้อมทั้งปรับปรุงในจุดที่มีปัญหา ทำการซ้อมแผนจำนวน 7 ครั้ง จนเป็นแนวปฏิบัติเดียวกัน

2.4) การปรับปรุงระบบให้บริการ หลังกระบวนการให้ความรู้ ฝึกทักษะ มีการปรับปรุงระบบให้ เป็นไปตามแนวปฏิบัติที่วางไว้

2.5) กำหนดแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลนาบอน ระบบช่องทางด่วนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประจำปี 2567 และประกาศใช้ในเครือข่ายนาบอน ให้เป็นแนวปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ Output

จากการดำเนินการวิจัยการพัฒนาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ปี 2564 มีผลการศึกษาดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.7 เพศหญิง ร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.3 รองลงมาน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 25.7 (Range=26-86, M=72.9) ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 18.5-18.5 – 22.90 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 45.7 รองลงมาดัชนีมวลกาย 23.00 – 24.99 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 22.9 (Range=19.88-33.9, M=24.17) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ตำบลนาบอน ร้อยละ 45.7 รองลงมาอยู่นอกเขตอำเภอนาบอน ร้อยละ 25.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 37.1 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.7 รองลงมาระดับอนุปริญญา/ปวส. ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31.5 รองลงมามากกว่า 20,000 / เดือน ร้อยละ 28.6 ร้อยละ 8.6 ความเพียงพอของรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 80.0 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกและคู่สมรสคู่สมรส ร้อยละ 97.1

จากการสำรวจปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 57.1 รองลงมาโรคหัวใจ ร้อยละ 14.3 ประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.1 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 34.3 ประวัติการดื่มสุรา เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ร้อยละ 42.9 รองลงมาไม่ดื่ม ร้อยละ 34.2 ประวัติการไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 74.3 ผิดนัด/ไม่มารับยา



ร้อยละ 25.7 ผู้ป่วยทุกรายไม่มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin) ประวัติคน ในครอบครัวมีเป็นโรคเรื้อรัง (ความดัน เบาหวาน ไขมัน) ร้อยละ 82.9 รองลงมาโรคเรื้อรัง ร้อยละ 17.1 ไม่มีประวัติแพ้ยา

ร้อยละ 82.9 ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้สารเคมี/อาหาร ร้อยละ 97.1 ไม่มีประวัติการผ่าตัด ร้อยละ 91.4 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	23	65.7
- หญิง	12	34.3
อายุ		
- ต่ำกว่า 60 ปี	9	25.7
- 60 ปี ขึ้นไป	26	74.3
Range=26-86, M=72.9		
ดัชนีมวลกาย		
18.5-18.5 – 22.99	16	45.7
23.00 – 24.99	8	22.9
25.00 – 29.99	7	20.0
> 30 ขึ้นไป	4	11.4
Range=19.88-33.9, M=24.17		
ตำบล		
- นาบอน	16	45.7
- แก้วแสน	6	17.1
- พุ่งสง	4	11.5
- นอกเขต	9	25.7
อาชีพ		
- เกษตรกร	13	37.1
- รับจ้าง	9	25.7
- ค้าขาย/ธุรกิจ	1	2.9
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.9
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	31.4

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
- ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	26	37.1
- 5,001-10,000บาท/เดือน	19	27.2
- 10,001 - 20,000 บาท/เดือน	22	34.4
- มากกว่า 20,000 /เดือน	3	4.3
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้รับการศึกษา	5	7.1
- ระดับประถมศึกษา	46	65.7
- ระดับมัธยมศึกษา	4	14.3
- อนุปริญญา/ปวส.	6	8.6
- ปริญญาตรี	2	2.9
- สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.4
ความเพียงพอของรายได้		
- เพียงพอ	7	20.0
- ไม่เพียงพอ	28	80.0
สภาพการอยู่อาศัย		
- คนเดียว	0	0.0
- ลูกและคู่สมรสคู่สมรส	34	97.1
- ญาติ	1	2.9
ประวัติดื่มสุรา		
- ไม่ดื่ม	12	34.2
- ดื่ม	8	22.9
- เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	15	42.9
โรคประจำตัว(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ความดันโลหิตสูง	20	57.1
- เบาหวาน	3	8.6
- ไขมันเลือด	2	5.7
- โรคหัวใจ	5	14.3

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติสูบบุหรี่		
- ไม่สูบ	12	34.3
- สูบ	13	37.1
- เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	10	28.6
ประวัติการไปพบแพทย์ตามนัด		
- ตามนัด	26	74.3
- ผิดนัด/ไม่มารับยา	9	25.7
มีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือด (warfarin)		
- รับ	0	0.0
- ไม่รับ	35	100.0
ประวัติครอบครัว - ในครอบครัวมีใครเป็นโรคเรื้อรัง (ความดัน เบาหวาน ไขมัน)		
- มี	29	82.9
- ไม่มี	6	17.1
ประวัติแพ้ยา		
- มี	6	17.1
- ไม่มี	29	82.9
ประวัติแพ้สารเคมี/อาหาร		
- มี	1	2.9
- ไม่มี	34	97.1
ประวัติการผ่าตัด		
- มี	3	8.6
- ไม่มี	32	91.4

จากการประเมินผลทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยทุกรายเข้าสู่กระบวนการ ในระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยได้ทำการประเมินระบบ มีผลการวิจัย ดังนี้

ในขณะที่รับผู้ป่วยทุกรายได้มีการวัดความดันผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต ผิดปกติ (มากกว่า 140/90 mmHg) ร้อยละ 65.7 และระดับปกติ (ต่ำกว่า 140/90

mmHg) ร้อยละ 34.3 การประเมินอาการสำคัญด้วยอาการตามแบบ BEFAST พบว่าผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอาการเดินเซ ร้อยละ 88.6 รองลงมาอาการพูดไม่ชัด (Speech) ร้อยละ 82.6 แขน-ขา ข้างซ้ายอ่อนแรง ร้อยละ 51.4 แขน-ขาข้างขวา อ่อนแรง ร้อยละ 35.0 เวลาที่เริ่มมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลนาบอน 0-30 นาที ร้อยละ 51.4 รองลงมา 31-60 นาที ร้อยละ 25.7 มีเวลาเฉลี่ย 109.2 นาที (Range=7-1080, M=109.2, S.D.=231.23) จากการประเมินทางระบบประสาท

ค่า GCS แกรับ ส่วนใหญ่ ระดับเล็กน้อย (13-15 คะแนน) ร้อยละ 74.3 รองลงมาระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) ร้อยละ 20.0 มีเวลาเฉลี่ย 9.5 นาที (Range=4-15, M=9.5, S.D.=7.77) จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยให้ประวัติว่า ตั้งแต่เริ่มมีอาการ ถึงเวลาแรกรับที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง ร้อยละ 57.1 รองลงมา 3 ชั่วโมง – 72 ชั่วโมง ร้อยละ 34.3

การประเมินคุณภาพบริการ เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลพบว่า การประเมินเวลาแรกรับจุดคัดกรองใช้เวลา น้อยกว่า 10 นาที ร้อยละ 88.6 รองลงมา 10-19 นาที ร้อยละ 8.6 มีเวลาเฉลี่ย 13.43 (Range=1-20, M=13.43, S.D.=34.64) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการประเมินเวลาแรกรับ จนถึงการรายงานแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาระหว่าง 1- 10 นาที ร้อยละ 74.3 รองลงมาเวลา ระหว่าง 10-20 นาที ร้อยละ 17.2 เวลาเฉลี่ย 10.37 นาที (Range=1-50, M=10.37, S.D.=34.64) เวลาแรกรับ ถึง เวลาแพทย์ตรวจ ส่วนใหญ่ใช้เวลา ระหว่าง 1- 10 นาที ร้อยละ 42.9 รองลงมาเวลา ระหว่าง 21 -30 นาที ร้อยละ 22.8 เวลาเฉลี่ย 19.74 นาที (Range=2-67, M=19.74, S.D.=45.96) เวลา แกรับ ถึงการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เวลา ระหว่าง 1- 10 นาที ร้อยละ 80.0 รองลงมาเวลา ระหว่าง

มากกว่า 30 นาที ร้อยละ 11.4 เวลาเฉลี่ย 10.68 นาที (Range=1-77, M=10.68, S.D.=53.74) เวลา แกรับ ถึง เจาะเลือดเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) ส่วนใหญ่ใช้เวลา ระหว่าง 1- 10 นาที ร้อยละ 77.1 รองลงมา เวลา ระหว่าง 10-20 นาที ร้อยละ 14.3 เวลาเฉลี่ย 11.14 นาที (Range=1-77, M=11.14, S.D.=53.74) เวลา แกรับ ถึง เวลาตรวจคลื่นหัวใจ (ทำ EKG) ส่วนใหญ่ใช้เวลา ระหว่าง 1- 10 นาที ร้อยละ 43.8 รองลงมาเวลา ระหว่าง 10-20 นาที ร้อยละ 37.2 เวลาเฉลี่ย 17.85 นาที (Range=1-77, M=17.85, S.D.=53.74) ผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมงเข้าสู่ขบวนการ fast track ร้อยละ 97.1 เวลา แกรับถึง เวลาที่ Refer เพื่อ ทำ CT ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลทุ่งสง ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ร้อยละ 85.7 รองลงมาใช้เวลา 0 -30 นาที ร้อยละ 14.3 ใช้เวลาเฉลี่ย 11.45 นาที (Range=13-140, M=11.45 S.D.=23.25) ซึ่งเวลาที่ใช้ในมาตรฐาน 270 นาที ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานกำหนด เวลา แกรับ ถึง เวลาให้สารน้ำ ส่วนใหญ่ใช้เวลา ระหว่าง 10-20 นาที ร้อยละ 45.7 รองลงมาเวลา ระหว่าง 21 -30 นาที ร้อยละ 25.7 เวลาเฉลี่ย 23.22 นาที (Range=1-97, M=23.22 S.D.=67.17) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินผลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=35)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
BP แกรับ		
- ปกติ (ต่ำกว่า 140/90 mmHg)	12	34.3
- ผิดปกติ (มากกว่า 140/90 mmHg)	23	65.7
อาการสำคัญ BEFAST		
เดินเซ	31	88.6
ตามัว	0	0.0
Face		

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
- ซ้าย	11	31.4
- ขวา	5	14.3
Arm		
- ซ้าย	18	51.4
- ขวา	14	35.0
Speech	29	82.6
เวลาที่เริ่มมีอาการก่อนมา รพ.		
- 0-30 นาที	20	57.1
- 31-60 นาที	9	25.7
- มากกว่า 60 นาที	6	17.1
Range=7-1080, M=109.2 S.D.=231.23)		
การประเมินทางระบบประสาท ค่า GCS แกร็บ		
- ระดับเล็กน้อย (13-15 คะแนน)	26	74.3
- ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	7	20.0
- ระดับรุนแรง (น้อยกว่า 8 คะแนน)	2	5.7
Range=4-15, M=9.5 S.D.=7.77)		
ตั้งแต่มีอาการ - แกร็บที่โรงพยาบาล		
- น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	20	57.1
- 3 ชั่วโมง – 72 ชั่วโมง	12	34.3
- มากกว่า 72 ชั่วโมง	3	8.6
เวลา แกร็บ - เจาะ Lab		
- 1- 10 นาที	27	77.1
- 10-20 นาที	5	14.3
- 21 -30 นาที	0	0.0
- มากกว่า 30 นาที	3	8.6
Range=1-77, M=11.14 S.D.=53.74		
เวลา แกร็บ - เวลา ทำ EKG		
- 1- 10 นาที	15	43.8
- 10-20 นาที	13	37.2
- 21 -30 นาที	2	5.7
- มากกว่า 30 นาที	5	14.3
Range=1-77, M=17.85 S.D.=53.74		

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมงเข้าสู่ขบวนการ fast track	34	97.1
- ใช่	1	2.9
- ไม่ใช่		
เวลา แกร็บ - เวลาที่ Refer ทำ CT		
- 0 -30 นาที	5	14.3
- มากกว่า 30 นาที	30	85.7
Range=13-140, M=11.45 S.D.=23.25		
เวลา แกร็บ - เวลาให้สารน้ำ		
- 1- 10 นาที	7	20.0
- 10-20 นาที	16	45.7
- 21 -30 นาที	9	25.7
- มากกว่า 30 นาที	3	8.6
Range=1-97, M=23.22 S.D.=67.17		

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา การพัฒนาระบบช่องทางด่วน BEFAST ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องอาศัยระบบการดูแลที่เป็นไปตามมาตรฐาน บุคลากรต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ และทักษะที่ดี ประกอบกับกับระบบสนับสนุนที่ดี คือ วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อมใช้ มีกระบวนการในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การกำหนดแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรุตม์ ชมพูนันท์ (2563) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับด้านบุคลากร คือ เพิ่มจำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน หรือ ถ้ามีข้อจำกัดและทำไม่ได้ โรงพยาบาลแม่ข่ายอาจจะออก ให้ความรู้ และนิเทศงานให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล ชุมชนเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถมากขึ้นใน บริบทที่มีบุคลากรในจำนวนจำกัด จัดทำ แนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่ายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดูแล

รักษาผู้ป่วยก่อนส่งตัว รวมทั้งจะได้มีมาตรฐาน เดียวกัน ทั้งจังหวัด บุคลากรโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องศึกษาค้นคว้า ความรู้ใหม่ๆ อยู่เสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ชูวงศ์และคณะ (2565) ได้มีการแนวทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถ ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ก่อนที่แพทย์จะมาตรวจผู้ป่วย เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือด CXR, EKG และการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการเคลื่อนย้ายไปเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมอง

ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.7 เพศหญิง ร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 64.3 รองลงมาน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 25.7 (Range=26-86,M=72.9) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา ดงอุทิศและ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2564) และวรุตม์ ชมพูนันท์ (2563) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิต ผิดปกติ (มากกว่า 140/90 mmHg) ร้อยละ 65.7 สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา ดงอุทิศและ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2564) ที่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดแดงในสมองแตกและเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการขยายตัวของก้อนเลือด คือ ภาวะความดันโลหิตพบถึงร้อยละ 90 หลายปีที่ผ่านมามีความพยายามในการหาวิธีการจัดการสาเหตุนี้ ซึ่งพบว่า ใน ผู้ป่วยที่สามารถลด systolic blood pressure ให้ น้อย กว่า 140 mmHg ได้ภายใน 45 นาที และ 6 ชั่วโมง มีโอกาส รอดชีวิตมากกว่า 0.2 เท่า

เวลาที่เริ่มมีอาการก่อนมาโรงพยาบาลนาบอน 0-30 นาที ร้อยละ 51.4 รองลงมา 31-60 นาที ร้อยละ 25.7 มีเวลาเฉลี่ย 109.2 นาที (M=109.2, S.D.=231.23) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติมา ดงอุทิศและ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2565) ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล (onset to hospital) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-2 ชั่วโมง (M= 105, SD ± 86 นาที)

การประเมินเวลาแรกรับ จนถึงการรายงานแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้เวลาระหว่าง 1- 10 นาที ร้อยละ 74.3 เวลาเฉลี่ย 10.37 นาที (M=10.37, S.D.=34.64) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ชวงค์และคณะ (2565) มีการประเมินคัดกรอง รายงานแพทย์ ภายใน 5 นาที ทุกราย

ผลการศึกษา พบว่า แรกรับถึง เวลาที่ Refer เพื่อ ทำ CT ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลทุ่งสง ใช้เวลามากกว่า 30 นาที ร้อยละ 85.7 รองลงมาใช้เวลา 0

-30 นาที ร้อยละ 14.3 ใช้เวลาเฉลี่ย 11.45 นาที (Range=13-140, M=11.45, S.D.=23.25) สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา ดงอุทิศและ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2564) เวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการจนได้รับการ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-2 ชั่วโมง และ การศึกษาของ ศุภลักษณ์ ชวงค์และคณะ (2565) ได้รับการส่งไปทำเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมองและแปลผล ภายใน 45 นาที และการศึกษาของ วันนเพ็ญ วิศิษฐ์ชัย นนท์ (2566) หลังการพัฒนาระบบ stroke fast track โดยการประชาสัมพันธ์ความรู้ stroke fast และการปรับระบบ stroke fast track ภายในโรงพยาบาลใหม่ พบว่า ผู้ป่วยมารับบริการภายใน 270 นาที หลังมีอาการ stroke มากขึ้นจาก เป็น ระยะเวลา door to CT scan และ Door to Lab ลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่าง รถ EMS อปท. ร่วมกันและมีแนวทาง ปฏิบัติร่วมกันที่สามารถนำมาเป็นข้อตกลงในการส่งต่อผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง
2. โรงพยาบาลนาบอนมีการติดตามผลของการรักษาหลังจากที่ส่งต่อผู้ป่วย ไปรักษาต่อในโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านโรค เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาในกลุ่มผู้ป่วยและเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับญาติ ให้สามารถสอบถามการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ คงบุญเกียรติ.(2020). โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันยังเป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีความเร่งด่วนในการดูแล. *วารสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น* .1 (2) .
- กิตติมา ดงอุทิศและ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์.(2564). ผลของการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ระยะต้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*. 17 (4).
- จาวรธรรม ปิยหิรัญ. (2563). ความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของเชื้อไวรัสโคโรนา 19. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 152-163.
- รัตนารณณ์ ยนต์ตระกูลและคณะ. (2560).การพัฒนาาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งและเครือข่ายบริการ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*; 27(2): 80-95.
- บดีภัทร วรจิตอนันต์. (2561). ระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลนครปฐม : ความท้าทายก้าวสู่แนวปฏิบัติ ที่ดีเลิศในประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 35(2). 17-29.
- พัสดรารณณ์ ปัญญาประชุม ธีรนุช ห่านิรติศัย และสมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ธรรมชาติเวชสาร ปีที่ ๑๗ ฉบับที่ ๔ ประจำ เดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๐ 540-547.
- วรุตม์ ชมพูนันท์ (2563).การดำเนินงานระบบเครือข่ายส่งต่อช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ : สู่ก้าวต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 17 (3).6-21.
- วันเพ็ญ วิศิษฐ์ชัยนนท์. (2559). ผลการพัฒนาาระบบ Fast Track ของการดูแลผู้ป่วย โรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) โรงพยาบาลหนองคาย.สืบค้นจาก <http://nkh.go.th/nk/KM2017/ICU2.pdf>. เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2566.
- ศุภลักษณ์ ชวงค์และคณะ. (2565).การพัฒนาารูปแบบการคัดกรองและส่งต่อเข้าช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.*วารสารพยาบาลทหารบก*; 23(1) .511-519
- สมศักดิ์ เทียมเก่า.(2021). การพัฒนาเครือข่าย STROKR FAST TRACK. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2556; 28 (suppl) : 315-319.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุลและคณะ. (2565). รายงานการศึกษาศาสนาการณบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการพัฒนาคุณภาพปฏิบัติการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ: *Veridian E-Journal*, Silpakorn University
- World Health Organization. Cardiovascular disease 2008. [Internet]. 2008 [cited 2022 April 10]. Available from: http://www.who.int/cardiovascular_disease/en.htm.
- World Stroke Organization. (2022). *Learn about stroke*. Retrieved from <https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/why-stroke-matters/learn-about-stroke>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Factors related to the decision to undergo cervical cancer screening
among women aged 30-60 years in the area of responsibility Chian Yai
Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

ชลากร พรหมนิล

Chalakov Promnil

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Chian Yai Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: January 9, 2024; Accepted: February 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional research) ครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคือ สตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จำนวน 234 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอน คือ ข้อมูลทั่วไป และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) อธิบายความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า จำนวนบุตร การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_{adj}=5.35$, 95%CI: 2.12-13.52, $OR_{adj}=2.98$, 95%CI: 1.20-7.36, $OR_{adj}=3.54$, 95%CI: 1.59-7.89 และ $OR_{adj}=9.10$, 95%CI: 2.95-28.05 ตามลำดับ) จึงควรควรมีการณรงค์ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างการรับรู้ของประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่ไม่มีเคยมีบุตร ที่ต้องติดตามการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This cross sectional research was to study the level of health beliefs in preventing cervical cancer. and study factors related to the decision to undergo cervical cancer screening among women in the area of responsibility. Chian Yai Hospital Nakhon Si Thammarat Province The sample group was women aged 30-60 years in the area of responsibility. Chian Yai Hospital, 234 people, used simple random sampling. The tool used is a questionnaire. Consists of 2 sections: general information and health beliefs in preventing cervical cancer. Descriptive statistics were used. Describe the characteristics of the study sample, including mean and standard deviation. Describe the relationship with the decision to undergo cervical cancer screening using logistic regression statistics.

The results of the study found that Health belief level perception of violence Obstacle perception and health incentives to prevent cervical cancer are at a high level As for the perceived benefits of cervical cancer prevention practices, it was low. As for factors related to the decision to undergo cervical cancer screening, it was found that the number of children, perception of risk opportunities perception of violence and perceived benefits of cervical cancer prevention practices. It was related to the decision to undergo cervical cancer screening among the sample group. Statistically significant ($OR_{adj}=5.35$, 95%CI: 2.12-13.52, $OR_{adj}=2.98$, 95%CI: 1.20-7.36, $OR_{adj}=3.54$, 95%CI: 1.59-7.89 and $OR_{adj}=9.10$, 95%CI : 2.95-28.05 respectively), there should be a campaign with village health volunteers to create awareness of the benefits gained from practicing to prevent cervical cancer. Including regular reminders in high-risk groups, such as those who have never had children. that need to follow up on increased access to cervical cancer screening services.

Keywords: Cervical cancer screening, health belief patterns

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลกและยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่กำลังพัฒนาและมีทรัพยากรน้อย มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human papillomaviruses (HPV) ซึ่งเป็นไวรัสที่พบได้บ่อยโดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี 2561 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวน 569,847 ราย และพบ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 311,365 ราย อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Rate, ASR) พบ 6.9 ต่อ ประชากรแสนคนต่อปี องค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer: IARC) ได้คาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากมะเร็งทุกชนิดปีละ 7.6 ล้านคน และมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดประมาณ 13 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านคน โดยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็น 21.3 ล้านคน และยังคงพบว่ามีมะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า ถ้ากลุ่มสตรีได้รับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 90.0 ในทุก ๆ ปี จะ สามารถลดอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูก ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทุก ๆ 5 ปี ก็จะสามารถรอดชีวิตจากมะเร็ง ปากมดลูก ได้ร้อยละ 70.0 และลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ ถึงร้อยละ 55.0⁽¹⁾

ข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์มะเร็งทุกชนิดจากหนังสือ Cancer in Thailand (Vol.VI-X) ในฉบับต่าง ๆ ใน ประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งชุมชนจากแหล่งต่างๆ ทั่วประเทศ ในระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 พบ ค่า ASR มะเร็งปากมดลูก 17.7 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ซึ่งเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากมะเร็งตับ

และท่อน้ำดี และมะเร็งเต้านม⁽²⁾ ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 พบค่า ASR 16.7 ต่อประชากร แสนคนต่อปี เป็นอันดับ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม⁽³⁾ ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 พบค่า ASR 14.4 ต่อประชากรแสนคนต่อปี เป็น อันดับ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม⁽⁴⁾ ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบค่า ASR 11.7 ต่อประชากรแสนคน ต่อปี เป็นอันดับ 3 รองลงมาจาก มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับและท่อน้ำดี⁽²⁾ และข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบค่า ASR 11.1 ต่อประชากรแสนคนต่อปี เป็นอันดับ 5 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งตับ และท่อน้ำดี และมะเร็งปอด ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของไทย โดยพบอุบัติการณ์ และความชุกสูงในสตรี จากรายงานสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก (ปี พ.ศ. 2560-2564) พบจำนวน 5,359 ราย ในขณะที่มารับการ รักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 283 ราย, 280 ราย, 272 ราย, 182 ราย และ 225 ราย ⁽⁶⁾ การแก้ปัญหาในระดับนโยบายโดยแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Program) และได้แก้ไขปัญหานี้โดยจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติที่ครอบคลุมพื้นที่ 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยทำการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหา มะเร็งระยะเริ่มต้นด้วยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) นั่นคือในสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก ๆ 5 ปี ซึ่งสามารถเข้ารับการบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ที่มีจำนวนประมาณ 10,000 แห่งทั่วประเทศโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยโครงการดังกล่าวมีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80.00 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในปี

พ.ศ. 2558-2562 ได้กำหนดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.00 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้เพื่อลด อัตราป่วย และอัตราตาย

จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งอยู่ในภาคใต้ของประเทศไทย มีประชากรหญิงทั้งหมด 635,038 คน มีอายุ 30-60 ปี จำนวน 242,945 คน⁽⁷⁾ ซึ่งได้รับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และนำไปปฏิบัติโดยมีการประชาสัมพันธ์ ตลอดจนเชิญชวนให้สตรีในจังหวัดไปรับบริการ ตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษารายงานการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก พบว่า ในปี 2566 (ต.ค 2565-มิ.ย. 2566) มีผู้มารับบริการการตรวจคัดกรองทั้งสิ้น 28,227 คน⁽⁷⁾ สำหรับในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียรใหญ่มีผลการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระหว่างปี 2563-2566 คือ ร้อยละ 55.59, 62.34, 18.47 และ 32.32 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด โดยพบว่าปัญหาส่วนใหญ่ที่ส่งผลให้สตรีอายุ 30-60 ปีในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ที่ปฏิเสธการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เกิดจากการยังไม่ตระหนักยังรู้สึกอาย และยังขาดแรงสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สำหรับการคัดกรองในประเทศไทยพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค การป้องกันโรค การให้คำแนะนำที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มระดับความรู้ และส่งผลถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการการป้องกันโรคที่ดีขึ้น อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ เสริมสร้างความคาดหวัง มีผลให้มีความ

ตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อเกิดความกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมจะสามารถช่วยกระตุ้นให้สตรีเหล่านี้ เกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นกลไกสำคัญในค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยมีเป้าหมายเพื่อการลดลงอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางเชิงรุกในการแก้ไขปัญหาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-60 ปี เพื่อส่งเสริมมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

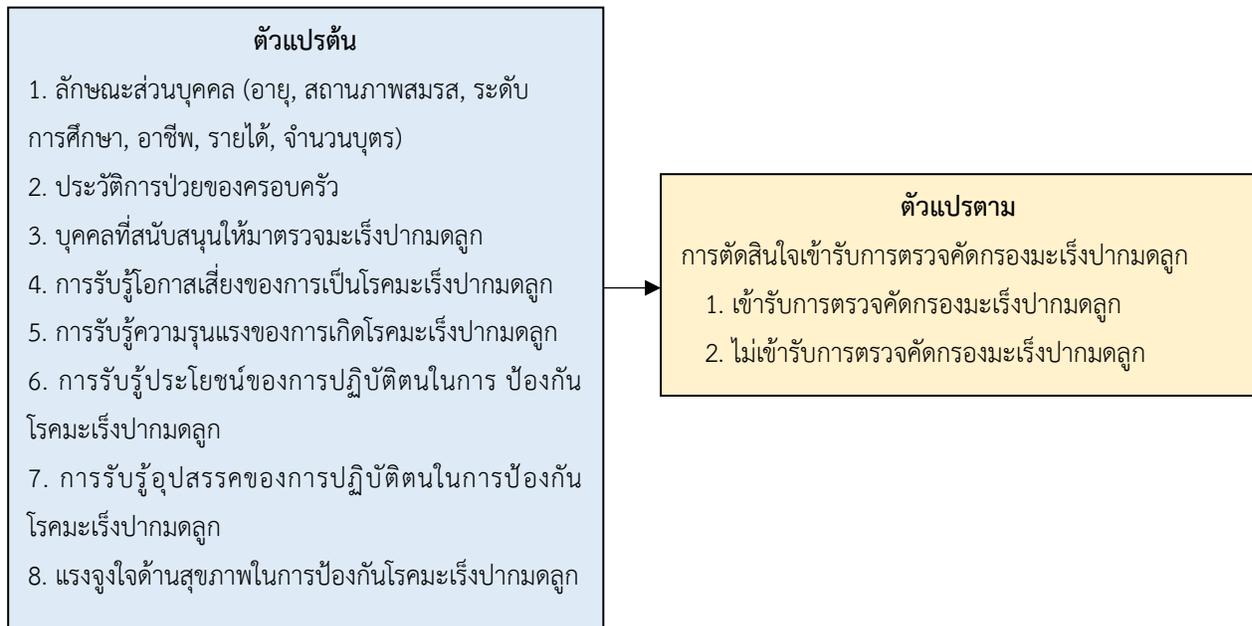
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ฯ

ปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการ

เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research) เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ สตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 563 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling)

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของทาร์เยนยามาเน่ จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคกระดูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ฯ



ทั้งสิ้น จำนวน 234 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อของสตรี อายุ 30-60 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ โดยไม่ใส่คืน

คุณสมบัติของกลุ่มที่ทำการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีสัญชาติไทย ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งที่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและที่ยังไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

3) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

4) สามารถฟัง พูด อ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

1) ผู้ที่ไม่มารับบริการด้วยตนเอง

2) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

3) เป็นผู้อ่านภาษาไทยด้วยตนเองไม่ได้

4) ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าตำรา และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนครอบคลุม และความเหมาะสมของภาษาความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์สาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ ซึ่งเป็นสตรีที่อยู่

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเชียรใหญ่ เพื่อนำมาประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ ศึกษา ประกอบด้วย อายุ อาชีพ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร และการรับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ

2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ

4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ตัดสินใจไม่ได้ว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือไม่

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของท่านมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและ รายด้าน โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารจำนวนระดับการวัด 3 ระดับ⁽⁸⁾

การรวบรวมข้อมูลวิจัย

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อการขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

4 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 –45 นาที

5 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา รวมถึงระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2 วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ภาวะมะเร็งปาก

มดลูกของสตรี ด้วยวิธีการวิเคราะห์พหุคูณแบบโลจิสติก (Multiple logistic regression) มีการควบคุมผลกระทบจากปัจจัยรบกวน (Confounding factors) โดยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอค่า Adjusted odds ratio (OR), ค่า 95% Confidence interval (95% CI) และค่า p-value กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 181/2566 รหัสโครงการ NSTPH 181/2566 วันที่รับรอง 27 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 40.09 รองลงมาคืออายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.89 และมีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 18.97 สำหรับสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 68.10 รองลงมาคือมีสถานภาพโสด ร้อยละ 16.37 และมีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 9.91 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 30.17 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.29 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 18.10 ในส่วนของการประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25.43 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 21.12 และประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 16.38 รายได้ต่อเดือนโดยประมาณของ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ฯ



กลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 37.50 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 31.89 และมีรายได้มากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 15.52 จำนวนบุตรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 70.69 มีบุตรระหว่าง 1-3 คน รองลงมาคือไม่มีบุตร ร้อยละ 21.98 และมีบุตร 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 7.33 สำหรับบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 95.69 ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูก มีเพียงร้อยละ 4.31 ที่พบว่า มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูก ในส่วนของข้อมูลประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.81 เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 33.19 ที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า เหตุผลที่ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ

57.42 เพราะแพทย์แนะนำให้ไปตรวจ รองลงมา ร้อยละ 27.09 เพราะเพื่อนชวนให้ไปตรวจ และร้อยละ 10.97 เพราะเคยเห็นหรือรู้จักคนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก สถานที่รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 83.87 รองลงมาคือ คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 9.68 และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 4.52 บุคคลที่สนับสนุนให้ตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 56.77 คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) รองลงมา ร้อยละ 31.61 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และร้อยละ 7.74 คือ พ่อแม่/ญาติพี่น้อง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า เหตุผลที่ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 40.26 เพราะกลัวพบว่าเป็นมะเร็ง รองลงมา ร้อยละ 32.67 เพราะไม่มีเวลาไปตรวจ และ ร้อยละ 27.27 เพราะอายุ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 232)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	Range=30-71, M=49.02, SD=9.15	
30-40 ปี	44	18.97
41-50 ปี	74	31.89
51-60 ปี	93	40.09
60 ปีขึ้นไป	21	9.02
สถานภาพสมรส		
โสด	38	16.37
คู่	158	68.10
หม้าย	23	9.91
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	13	5.60
ระดับศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	2.16
ประถมศึกษา	36	15.52
มัธยมศึกษาตอนต้น	61	26.29

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	70	30.17
อนุปริญญา/ปวส.	18	7.76
ปริญญาตรีขึ้นไป	42	18.10
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	30	12.93
ค้าขาย	38	16.38
รับจ้าง	59	25.43
เกษตรกรรม	49	21.12
ธุรกิจส่วนตัว	18	7.76
อื่น ๆ	38	16.38
รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ (บาท)		
	Range=1,000-60,000, M=10,654.09, SD=10,414.36	
1,000-5,000	87	37.50
5,001-10,000	74	31.89
10,001-15,000	35	15.09
มากกว่า 15,000	36	15.52
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	51	21.98
1-3 คน	164	70.69
4 คนขึ้นไป	17	7.33
บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูก		
มี	10	4.31
ไม่มี	222	95.69
ประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูก		
เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก	155	66.81
ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก	77	33.19
เหตุผลที่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (n=155)		
แพทย์แนะนำให้ไปตรวจ	89	57.42
เคยเห็นหรือรู้จักคนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	17	10.97
เพื่อนชวนให้ไปตรวจ	42	27.09
ตรวจสอบสุขภาพประจำปี	7	4.52
สถานที่รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก (n=155)		
โรงพยาบาล	130	83.87
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	7	4.52
คลินิก/รพ.เอกชน	15	9.68

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยเคลื่อนที่	3	1.93
บุคคลที่สนับสนุนให้ตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก (n=155)		
พ่อแม่/ญาติพี่น้อง	12	7.74
สามี	2	1.29
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	49	31.61
อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)	88	56.77
เพื่อน	5	3.23
เหตุผลที่ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก (n=77)		
อายุ	21	27.27
ไม่มีเวลาไปตรวจ	25	32.67
กลัวพบว่าเป็นมะเร็ง	31	40.26

2. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 54.74 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 45.26 อยู่ในระดับน้อย สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 57.76 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 42.24 อยู่ในระดับน้อย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า

ร้อยละ 54.74 อยู่ในระดับน้อย และร้อยละ 45.26 อยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 68.10 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 31.90 อยู่ในระดับน้อย สำหรับแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 66.81 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 33.19 อยู่ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 232)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		
ระดับน้อย	105	45.26
ระดับมาก	127	54.74
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก		
ระดับน้อย	98	42.24
ระดับมาก	134	57.76
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
ระดับน้อย	127	54.74
ระดับมาก	105	45.26

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
ระดับน้อย	74	31.90
ระดับมาก	158	68.10
แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
ระดับน้อย	77	33.19
ระดับมาก	155	66.81

3. การวิเคราะห์อย่างหยาบต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่ไม่มีบุตรจะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 3.28 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีบุตร ($OR = 3.28$, $95\%CI: 1.173-6.23$) สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 9.62 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR = 9.62$, $95\%CI: 5.01-18.46$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 10.87 เท่า เมื่อเทียบ

กับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR = 10.87$, $95\%CI: 5.67-20.84$) ในด้านของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 26.18 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR = 26.18$, $95\%CI: 9.98-68.68$) สำหรับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.027$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 1.91 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR = 1.91$, $95\%CI: 1.08-3.40$) และแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ฯ

กลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 2.89 เท่า เมื่อ

เทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย (OR=2.89, 95%CI: 1.63-5.15) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 232)

	ปัจจัย	OR	95%CI	p-value
จำนวนบุตร	ไม่มีบุตร	Ref.		<0.001
	มีบุตร	3.28	1.73-6.23	
บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้องมีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูก	มี	Ref.		0.827
	ไม่มี	0.86	0.22-3.41	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	ระดับน้อย	Ref.		<0.001
	ระดับมาก	9.62	5.01-18.46	
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	ระดับน้อย	Ref.		<0.001
	ระดับมาก	10.87	5.67-20.84	
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	ระดับน้อย	Ref.		<0.001
	ระดับมาก	26.18	9.98-68.68	
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	ระดับน้อย	Ref.		0.027
	ระดับมาก	1.91	1.08-3.40	
แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	ระดับน้อย	Ref.		<0.001
	ระดับมาก	2.89	1.63-5.15	

4. การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่มีบุตรจะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 5.35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ มีบุตร (OR_{adj}=5.35, 95%CI: 2.12-13.52) สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า

มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.018$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 2.98 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย (OR_{adj}=2.98, 95%CI: 1.20-7.36) ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ฯ



ปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 3.54 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR_{adj}=3.54$, 95%CI: 1.59-7.89) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 9.10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR_{adj}=9.10$, 95%CI: 2.95-28.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ($n = 232$)

ปัจจัย	OR _{Crude}	OR _{Adjust}	95%CI	p-value
จำนวนบุตร				
ไม่มีบุตร	Ref.	Ref.		
มีบุตร	3.28	5.35	2.12-13.52	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก				
ระดับน้อย	Ref.	Ref.		
ระดับมาก	9.62	2.98	1.20-7.36	0.018
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก				
ระดับน้อย	Ref.	Ref.		
ระดับมาก	10.87	3.54	1.59-7.89	0.002
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก				
ระดับน้อย	Ref.	Ref.		
ระดับมาก	26.18	9.10	2.95-28.05	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 54.74) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า

กระบวนการทำงานในพื้นที่ของหน่วยบริการสุขภาพอำเภอเชียรใหญ่ มีการให้ความรู้และกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะสตรีอายุ 30-60 ปี โดยมีการอบรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง และการส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ดำเนินการลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์และ



กระตุ้นเตือนให้เกิดความเชื่อดังกล่าว ทั้งนี้ผลการศึกษา มีความสอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา วัจนสินธุ์ และมะลิ จาริก (2564)⁽⁹⁾ โดยดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.70 และระดับสูง ร้อยละ 36.10 รวมถึงการศึกษาของสุนิสา จันท์แสง และคณะ (2559)⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.40 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.10 สำหรับการรับรู้ ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 57.76 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 42.24 อยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ กระบวนการส่งเสริมความรู้ของกลุ่มสตรีในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่จังหวัด นครศรีธรรมราช ได้มีการอบรมเพื่อแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้มีการ นำกรณีตัวอย่างของผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมา แลกเปลี่ยนถึงความรุนแรง และแสดงให้เห็นของข้อดีของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ผลการศึกษา ดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสงกรานต์ เสือเถื่อน และคณะ (2562)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ไม่มารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ใน ระดับมาก อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของนันท์ดา จันตะวงศ์ และคณะ (2560)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอ เมือง จังหวัดปทุมธานี โดยผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง สำหรับผลการศึกษาการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 54.74 อยู่ในระดับน้อย และ ร้อยละ 45.26 อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าว มีความสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ และคณะ (2562)⁽¹³⁾ ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัด สุพรรณบุรี โดยผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีระดับการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.80 สำหรับกลุ่ม ตัวอย่างที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีระดับ การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.00 รวมถึง ผลการศึกษาดังกล่าว นั้น ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเทพกร พิทยาภินันท์ และคณะ (2559)⁽¹⁴⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัด สงขลา พบว่าทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการคัดกรองและ ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีระดับการรับรู้ ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับ ไม่ดีทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มเข้ารับการคัดกรอง ร้อยละ 96.60 สำหรับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง ร้อยละ 87.40) ใน ส่วนของการศึกษาการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนใน การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 68.10 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 31.90 อยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างนั้นมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของ ตนเอง ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง

หลายคนสามารถที่จะจัดการกับอุปสรรคหรือปัญหาได้ จึงทำให้สามารถที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผลการศึกษาข้างต้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของอัสหมีะ กือนิ และคณะ (2566)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งในกลุ่มที่มารับบริการตรวจคัดกรอง และกลุ่มที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง อยู่ในระดับปานกลางและสูง คือ ในกลุ่มที่มารับบริการตรวจคัดกรอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.19 และระดับสูง ร้อยละ 32.14 สำหรับในกลุ่มที่ไม่มารับการคัดกรอง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.33 และระดับสูง ร้อยละ 27.98 และผลการศึกษาแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 66.81 อยู่ในระดับมาก และร้อยละ 33.19 อยู่ในระดับน้อย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของกอนนที พุ่มสงวน และองค์กร ประจันเขตต์ (2560)⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จังหวัดนครปฐม พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับพอใช้

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่ไม่มีบุตรจะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 5.35 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีบุตร ($OR_{adj} = 5.35, 95\%CI: 2.12-13.52$) ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจาก

การที่คลอดบุตรนั้น มีการให้ความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอัสหมีะ กือนิ และคณะ (2566)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่าประวัติการมีบุตรมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.007$) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของสุนิสา จันทร์แสง และคณะ (2559)⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าประวัติการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.049$) สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.018$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 2.98 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR_{adj} = 2.98, 95\%CI: 1.20-7.36$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงค์ และคณะ (2560)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ฯ

($p=0.048$) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของของอัสหะ กือนิ และคณะ (2566)⁽¹⁵⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.033$) ทั้งนี้ยังสามารถทำนายได้ว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก จะมีการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 1.16 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระดับน้อย ($OR=1.16$, 95%CI: 1.01-1.33) ในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 3.54 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR_{adj}=3.54$, 95%CI: 1.59-7.89) ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงค์ และคณะ (2560)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยกลุ่ม

ตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จะตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 9.10 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ($OR_{adj}=9.10$, 95%CI: 2.95-28.05) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของของสงกรานต์ เสือเถื่อน และคณะ (2562)⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ไม่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของของณัฐธยาน์ ภริมย์สิทธิ์ และคณะ (2562)⁽¹³⁾ ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.040$) รวมถึงการศึกษาของนันทิดา จันตะวงค์ และคณะ (2560)⁽¹²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์ มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$)

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาดังกล่าว ในส่วนของการศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้

ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกยังอยู่ในระดับน้อย มีต้องมีการลงพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการสร้างการรับรู้ในส่วนของประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเชียรใหญ่ พบว่า จำนวนบุตร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

การเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยเชิงบวกที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มที่ไม่มีเคยมีบุตร ที่ต้องติดตามการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization; [WHO]. (2021). **Cervical cancer**. Retrieved January 12, 2024, from <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=ta>.
2. khuhaprema, T.,Attasara, P., Sprihlung, H., wiangnon, S., Sumitsawan, Y., Sangrajrang, S., (2012). **Cancer in Thailand**, Vol.VI, 2004-2006. Bangkok:bangkok Medical Publisher.
3. Khuhaprema, T., Sangrajrang, S., Lalitwongsa, S., Chokvanitphong, V., Raunroadroong,T., Ratanachu-ek, T.,Sankaranarayananet, R. (2014). **Organised colorectal cancer screening in Lampang Province, Thailand: Preliminary results from a pilot implementation programme**.BMJ Open,4(1),e003671.
4. Imsamran, W., Chaiwerawattana, A., Wiangnon, S., Pongnikorn, P., Suwanrungrun, K., Sangrajrang, S. et al. (2015). **Cancer in Thailand Vol. VIII, 2010-2012**. Bangkok: Bangkok Medical Publisher.
5. Rojanamatin, J., Ukranum, W., Supaattagorn, P., Chiawiriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A., Leowahutanont, P. et al. **Cancer in Thailand Volume X, 2016- 2018**. Retrieved 19 January 2023, from https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html.
6. Cancer Registry Unit, National **Cancer Institution, Hospital – Based Report 2011-2020**.https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2011-2020/index.html.
7. กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **HDC กระทรวงสาธารณสุข**. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2566. จาก <https://hdcservice.moph.go.th/>
8. Becker, M. H. (1974). **The health belief model and sick role behavior**. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 82-92). Thorofare,NJ: Charles B. Slack.

9. อาทิตยา วัฒนสินธุ์ และมะลิ จารีก (2564) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 13(1): 100-113.
10. สนิสา จันทร์แสง, ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1): 1-16.
11. สงกรานต์ เสือเถื่อน, นงนุช โอบะ และอุมาพร ห่านรุ่งชโรทร (2562) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(3): 80-93.
12. นันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุกนธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1): 63-79.
13. ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, พัชรี ต้นศิริ และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา (2562) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2): 95-108.
14. เทพกร พิทยาภินันท์, ฤดีดาว ช่างसान และสมมาศ วิไลประสงค์ (2559) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอลำสนธิ จังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 19(2): 89-97.
15. อัสหะมีะ กือนิ, อัสมะ แยนนา, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่, สมเกียรติยศ วรเดช และบุญญาพัฒน์ ไชยเมล์ (2566) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(3): 27-39.
16. กนนที พุ่มสงวน และองค์กร ประจันเขตต์ (2560) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จังหวัดนครปฐม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3): 209-216.

ผลการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล
ต่อความถูกต้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ
ในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์

Results of using the quality assessment form for the nursing service system for transferring between health care facilities. on the accuracy and adverse events of referred patients In Por Than Klai Wajasit Hospital.

อริษฐ์ บัวแก้ว

Athit Buakaew

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Por Than Klai Wajasit Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.

(Received: March 9, 2024; Accepted: April 25, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อความถูกต้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จำนวน 24 คน และผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แพทย์มีแผนการรักษาให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จำนวน 50 คน ช่วงระหว่างวันที่ ธันวาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การประเมินแบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ประกอบด้วย ประเมินพนักงานควบคุมยานพาหนะ การเตรียมพร้อมก่อนส่งต่อ การดูแลขณะส่งต่อ และการประเมินความปลอดภัย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการประยุกต์และปรับใช้จากการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เชิงอนุมาน One sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า การประเมินการเตรียมความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อจากโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า พนักงานควบคุมยานพาหนะ ตรวจสอบความพร้อมของการใช้รถ มีความพร้อม การคาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 100.0 พยาบาลส่งต่อ ตรวจสอบอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความพร้อมใช้ การคาดเข็มขัดนิรภัยของพยาบาลและพนักงานขับรถ คาดเข็มขัดร้อยละ 98.0 โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ส่งต่อ ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการส่งต่อ ร้อยละ 100.0 การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้น หลังใช้แบบประเมินกับเกณฑ์ร้อยละ 90.0 พบว่า มีคะแนนความถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

คำสำคัญ: แบบประเมินคุณภาพระบบบริการ, พยาบาลรับส่งต่อ, ความถูกต้อง, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ

Abstract

This study This is a descriptive research. To study the results of using the quality assessment model for the nursing service system for referrals between health care facilities on the accuracy and adverse events of referred patients. The sample was purposively selected, consisting of 24 professional nurses working at Por Than Klai Wajasit Hospital and 50 patients who received treatment for whom the doctor had a treatment plan to refer the patient to another hospital. During the period from December 2023 to February 2024, the research instrument consists of 2 parts: 1) Evaluation of the quality assessment model for the nursing service system for transfers between medical facilities, consisting of evaluating vehicle operators. Preparation before forwarding Care during transfer and safety assessment 2) data collection It has been applied and adapted from emergency patient transfer operations between medical facilities. National Institute of Emergency Medicine (2014) Statistics used in data analysis. Using descriptive and inferential statistics, One sample t-test.

The results of the study found that the assessment of the preparedness of the patient care team before transfer from Por Than Klai Wajasit Hospital. Went to the host hospital and found that the vehicle operator Survey of readiness to use a car. Readiness to wear seat belts at 100.0%. Referral nurse. Survey of medical equipment. Ready to use Wearing seat belts by nurses and drivers 98.0% of belts were worn at the referring host hospital. No adverse events occurred during the transfer, 100.0%. Comparative analysis of accuracy scores in caring for transferred patients between hospitals by professional nurses. Por Than Klai Wajasit Hospital Nakhon Si Thammarat Province Go to the host hospital Using the evaluation form that the researcher has designed. After using the evaluation form with the 90.0 percent criteria, it was found that the accuracy score was greater than 90 percent, with a statistical significance of 0.01.

Keywords: Service system quality assessment form, referring nurses, accuracy, adverse events of referred patients

บทนำ

ประเทศไทยมีการออกแบบระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีการกระจายหน่วยบริการต่าง ๆ ให้สอดคล้องทั้งในเชิงภูมิศาสตร์และระดับความเฉียบพลันของอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยมีการจัดระดับการส่งต่อผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพตามความจำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน ให้มีความต่อเนื่องในการรับบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ผ่านมายังพบประเด็นปัญหาต่าง ๆ เป็นระยะโดยพบปัญหาชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างองค์กรทั้งด้านบริหารบริการ และระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนในระบบ บริหารและบริการ จึงเกิดปัญหาสืบเนื่องมาและพบว่า คุณภาพของระบบการดูแลรักษาพยาบาล เครือข่ายบริการสุขภาพที่ประกอบด้วยระดับชั้นต่าง ๆ ไม่เชื่อมโยงกัน การส่งต่อยังติดขัดทั้งเรื่องการประสานงานระหว่างสถาน พยาบาลต้นทางและสถานพยาบาลปลายทาง การติดต่อสื่อสาร ใช้เวลาในการติดต่อนาน รถพยาบาลและพนักงานขับรถไม่พร้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ขาดแคลนอัตรากำลัง ด้านการจัดการระบบข้อมูล การส่งต่อผู้ป่วยยังมีความไม่ชัดเจนก่อให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน มีปัญหาในการ ปฏิบัติซึ่งความขัดแย้งบางประเด็นก็อาจทำให้โอกาสเสี่ยงในการเกิดความผิดพลาดสูงขึ้น เป็นสาเหตุทำให้เกิด เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ทำให้มีการร้องเรียนและฟ้องร้องมากขึ้นเรื่อย ๆ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้มีการการจัดจัดทำแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริหารและบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยแนวทางพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบ

บริการสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพและประสิทธิภาพ เกิดความเป็นธรรม และความต่อเนื่องในการรับบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและการส่งผู้ป่วยกลับไปรับบริการยัง สถานบริการระดับต้น จนผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งแนวทางการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวเป็นการ วางแนวทางพัฒนาในเชิงระบบที่นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาเชื่อมโยงกันทั้งในระดับกระทรวง เครือข่ายเขต โดยมี เป้าหมายคือ “ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ปลอดภัย” (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557)

กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย เป็นกระบวนการหลักของการให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก ซึ่งยังขาดศักยภาพและความพร้อมในการรักษา จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด ลดการสูญเสียมีคุณภาพชีวิตที่ดี (คณะทำงานจัดทำคู่มือปฏิบัติงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์, มิ.ย. 2565) ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดวิธีปฏิบัติเพื่อให้เกิดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพไว้มีขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นตอนก่อนการส่งต่อ 2) ขั้นตอนการดูแลขณะส่งต่อ 3) ขั้นตอนสิ้นสุดการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานสำนักการพยาบาล ที่ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้านการดูแลต่อเนื่องให้มีประสิทธิภาพ เมื่อทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนของการส่งต่อผู้ป่วยแล้ว พบว่า การบันทึกทางการพยาบาลในขณะที่ส่งต่อผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะใช้เป็นสื่อกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลและสื่อสารกับผู้ร่วมงานในการรายงาน

ความก้าวหน้าอาการของผู้ป่วยและเป็นหลักฐานสำคัญ
ที่จะทำให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
แสดงถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่
กำหนดไว้เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้งใช้
ประกอบเป็นหลักฐานทางกฎหมายให้ได้ข้อเท็จจริงตาม
สภาพการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเป็นเครื่องมือในการ
ประกันคุณภาพการบริการผู้ป่วยตามมาตรฐาน
โดยเฉพาะการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เป็นภาวะ
ที่เร่งรีบ การให้บริการพยาบาลต้องแข่งขันกับเวลา ต้อง
มีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ อย่างชัดเจน รอบด้าน
เพื่อให้การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

ผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่
พบบ่อย โดยมีสาเหตุการเกิดที่แตกต่างกัน เช่น การเกิด
อุบัติเหตุ บนท้องถนน การพลัดตกหกล้ม ถูกทำร้าย
ร่างกาย เป็นต้น การบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุ ความ
รุนแรงมี หลายระดับ การบาดเจ็บในระดับรุนแรง อาจ
ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิต สาเหตุหนึ่ง
คือการ ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา
ล่าช้าหรือการส่งตัวผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมผู้ป่วยไม่ดีพอ
ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเดินทาง การ
พัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
ทางด้านบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา
เหมาะสมปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการรับ-
ส่งต่อผู้ป่วยมีความสำเร็จมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่
จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน พบว่าปัญหาและ
อุปสรรคในการบริหารจัดการเรื่อง การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
ได้แก่ ศักยภาพในการตรวจรักษาที่แตกต่างกันตาม
ระดับบริการของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานแพทย์
กรุงเทพมหานคร รวมทั้งจำนวนเตียงและอัตรากำลัง
ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำกัด นโยบายระบบ
สิทธิการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น
มีการวางแผนบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการรับส่งต่อ

ผู้ป่วย โดยจัดให้มีระบบเครือข่ายในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย
และระบบโรงพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อให้ความช่วยเหลือ ลด
ขั้นตอนการปฏิบัติงานและพิจารณาถึงประสิทธิภาพ
ความคุ้มค่าของกระบวนการ ความต้องการ ของ
ผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการซึ่งประกอบด้วย ผู้รับบริการ
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงข้อกำหนดด้านกฎหมาย
(สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร, 2564)

โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ เป็น
โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งมีขีดจำกัดในการ
ดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่เกินศักยภาพในการรักษามีความ
จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย คือ
โรงพยาบาลทุ่งสง ซึ่งมีระยะทาง 38 กิโลเมตร ใช้เวลา
ในการเดินทาง 60 นาที และโรงพยาบาลมหาราช
นครศรีธรรมราชซึ่งมีระยะทาง 56 กิโลเมตร ใช้เวลา
ในการเดินทาง 90 นาที ซึ่งในการส่งต่อผู้ป่วยให้มี
ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่สูงกว่าเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย
เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้การพยาบาล
ระหว่างส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการ
ได้รับการรักษาแบบไร้รอยต่อเกิดขึ้น แต่ทั้งนี้จากการ
วิเคราะห์ข้อมูลพบว่า มีการบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก
การพยาบาลระหว่างส่งต่อและแบบตรวจสอบ (check
list) ไม่ต่อเนื่องและไม่ครบถ้วน เอกสารข้อมูลการรักษา
ของผู้ป่วยไม่ครบถ้วน อีกทั้งยังเกิดอุบัติเหตุการ
ไม่พึงประสงค์ระหว่างการส่งต่อที่ต้องประสานขอความ
ช่วยเหลือจากโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ระหว่างเส้นทางการ
เดินทาง ทำให้เกิดความไม่สะดวกและเพิ่มระยะเวลา
การส่งต่อ และอาจเป็นการส่งเสริมการเกิดภาวะวิกฤติ
เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม เหตุการณ์ดังกล่าวที่เกิดขึ้น
บางครั้งไม่ก่อให้เกิดอันตรายทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต แต่
ก็ถือว่าเป็นความเสี่ยงต่อผู้ป่วยที่ต้องแก้ไข

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบ
บริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อความ
ถูกต้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ ใน
โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัด
นครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเชิงระบบมา
ประยุกต์ใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยตั้งแต่
การเตรียมความพร้อมของระบบในปัจจุบัน (Input) คือ
1) การประเมินพนักงานควบคุมยานพาหนะ 2) การ
ประเมินความของยานพาหนะรับส่งผู้ป่วย 3) การเตรียม
ความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย กระบวนการดำเนินงาน
(Process) คือ 1) การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ 2) การ

ประเมินความปลอดภัย และ ผลลัพธ์หลังการพัฒนา
(Output) คือ 1) ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ
ระหว่างสถานพยาบาล 2) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่ง
มีการประยุกต์และพัฒนาเครื่องการวิจัยในการส่งต่อ
ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤตนั้น เป็นการเพิ่มความเสี่ยงที่
ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดมีภาวะแทรกซ้อนที่
อันตรายได้ (Institute of Hospital Quality
Certification, 2558) การส่งต่อผู้ป่วย มีเป้าหมาย
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัย
(Institute of Emergency Medicine, 2559) ซึ่งการ
เคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต
จะต้องดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และ
ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแล
ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และมีทักษะเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้
ได้รับการดูแลรักษาเหมาะสม ปลอดภัยไม่เกิด
ภาวะแทรกซ้อน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อความถูกต้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ ในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Population)

1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จำนวน 24 คน กำหนดเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและมีหน้าที่ปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง

2) ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ และแพทย์มีแผนการรักษาให้ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น จำนวน 40 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้าคือ เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จำเป็นต้องมีพยาบาลดูแลระหว่างส่งต่อและมีระดับความเฉียบพลันของผู้ป่วย ระดับ Unstable (ผู้ป่วยไร้เสถียรภาพ), ระดับ Stable with High risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันสูง) และ ระดับ Stable with Medium risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันปานกลาง)

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จำนวน 24 คน

2. ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ และแพทย์มีแผนการเข้า

กระบวนการเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช หรือโรงพยาบาลทุ่งสง ในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 40 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปและมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง

- ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ และแพทย์มีแผนการรักษาให้เข้ากระบวนการเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น โดยเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จำเป็นต้องมีพยาบาลดูแลระหว่างส่งต่อและมีระดับความเฉียบพลันของผู้ป่วย ระดับ Unstable (ผู้ป่วยไร้เสถียรภาพ), ระดับ Stable with High risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันสูง) และ ระดับ Stable with Medium risk of deterioration (ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ มีความเสี่ยงต่อการทรุดลงเฉียบพลันปานกลาง)

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

- พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์และมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ขอยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษา

- ผู้ป่วยที่ไม่สามารถส่งต่อให้ถึงโรงพยาบาลปลายทางได้เนื่องจาก ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนออกเดินทาง หรือ ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล

คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences from constant (one sample case) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.25 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพมีเพียง 24 คน จึงให้ทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง สำหรับผู้ป่วยใช้วิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) การประเมินแบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ประกอบด้วย ประเมินพนักงานควบคุมยานพาหนะ การเตรียมพร้อมก่อนส่งต่อ การดูแลขณะส่งต่อ และการประเมินความปลอดภัย โดยประยุกต์ใช้แบบประเมินของ คู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2563) ประกอบด้วย

1.1) การประเมินพนักงานควบคุมยานพาหนะ

1.2) การประเมินความของยานพาหนะรับส่งผู้ป่วย

1.3) การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการประยุกต์และปรับใช้จากการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล INTERFACILITY PATIENT TRANSFER สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2557) โดยใช้ในเก็บข้อมูลตั้งแต่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ซึ่งเป็นแบบบันทึก ประกอบด้วย 1) การเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนการส่งต่อ (Pre Transfer) 2) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างการส่งต่อ (During Transfer) 3) การส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉินหลังการส่งต่อ (Post Transfer) 4) การประเมินความปลอดภัย และแบบบันทึกที่ทางโรงพยาบาลแม่ข่ายต้องมีการบันทึกหลังจากที่ไปส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

2.1) ข้อมูลทั่วไป รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ เป็นต้น

2.2) แบบประเมินความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ ประกอบด้วย

- การดูแลทางเดินหายใจ (Airway care)
- การดูแลการให้ออกซิเจน (Breathing/Oxygen support)
- การดูแลติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG)
- การดูแลติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Monitor Spo₂)
- การดูแลควบคุมการมีภาวะเลือดออก (Bleeding Control)
- การดูแลการตาม แขน/ขา (Extremities spint)
- การดูแลการตามกระดูกเชิงกราน (Pelvic Spint)
- การดูแลโดยใช้อุปกรณ์จำกัดการเคลื่อนไหวทุกทิศทาง (Spint immobilization)

2.3) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างส่งต่อ ประกอบด้วย

- ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest)

- ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac failure)
- ภาวะช็อคที่เกิดจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock)
- ภาวะช็อคที่เกิดจากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้ (Cardiogenic shock)
- การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (RE-MI)
- ท่อช่วยหายใจเลื่อนหรือหลุด (dislocation of ETT)
- ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia $BT < 36.5$)
- ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูง (hypothermia $BT > 37.5$)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia)
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia)
- ภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema)
- ภาวะลมรั่วจากถุงลมเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax)
- ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ (Eclampsia)
- มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่มีภาวะวิกฤต
- มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง
- การมีเลือดออกซ้ำหลังจากทำการห้ามเลือด
- ทารกคลอระหว่างการส่งต่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 2 คน ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลทุ่งสง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

จำนวน 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และมีการทดลองใช้เครื่องมือพร้อมทั้งพัฒนาแบบบันทึกจนสามารถใช้งานได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยทดลองในการส่งต่อผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ที่เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ และต้องมีการส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช หลังใช้แบบประเมินกับเกณฑ์ร้อยละ 90 โดยใช้สถิติ One sample t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test ทั้งนี้หากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)
- 3) วิเคราะห์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างการส่งต่อหลังใช้แบบประเมินโดยใช้ความถี่และร้อยละ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 190/2566 รหัสโครงการ NSTPH 190/2566 วันที่รับรอง 29 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อความถูกต้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ ในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จากแผนกอุบัติเหตุ

ฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศ ชายร้อยละ 62.00 รองลงมาเป็นเพศหญิงร้อยละ 38.00 เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.00 รองลงมา ต่ำกว่า 60 ปี ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย ไม่ได้รับบาดเจ็บ ร้อยละ 82.00 รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ 18.00 ระดับความฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ระดับ H (stable with high risk) ร้อยละ 78 รองลงมา ระดับ U (unstable) ร้อยละ 16.00 ในขณะที่มารับบริการผู้ป่วยมีญาติเดินทางมาด้วยและให้ข้อมูลของผู้ป่วยโดยญาติ ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=50)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	31	62.0
	หญิง	19	38.0
อายุ	ต่ำกว่า 60 ปี	20	40.0
	60 ปีขึ้นไป	30	60.0
ประเภทผู้ป่วย	บาดเจ็บ (Trauma)	9	18.0
	ไม่บาดเจ็บ (Non Trauma)	41	82.0
ระดับความฉุกเฉิน	u (unstable)	8	16.0
	H (stable with high risk)	39	78.0
	M (stable with medium risk)	3	6.0
	L (stable with low risk)	0	0.0
	N (No risk)	0	0.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มีญาติเดินทางมาด้วย		
มี	50	100.0
ไม่มี	0	0.0
การให้ข้อมูลญาติ		
มี	50	100.0
ไม่มี	0	0.0

2. การประเมินการเตรียมความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อจากโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

การประเมินการเตรียมความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อจากโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายสามารถจำแนกได้ดังนี้คือ พนักงานควบคุมยานพาหนะ สํารวจความพร้อมของการใช้รถ มีความพร้อม ร้อยละ 100.0 การคาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 100.0 พยาบาลส่งต่อ สํารวจอุปกรณ์ทางการ

แพทย์ พบว่ามีความพร้อมใช้ร้อยละ 98.0 การคาดเข็มขัดนิรภัยของพยาบาลและพนักงานขับรถ คาดเข็มขัด ร้อยละ 98.0 โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ส่งต่อ ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ร้อยละ 94.0 โรงพยาบาลทุ่งสง ร้อยละ 6.0 เวลารับผู้ป่วยจำแนกตามเวร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการ เวรเช้า (08.01-16.00 น.) ร้อยละ 44.0 รองลงมาเวรบ่าย (16.01-00.00 น.) ร้อยละ 38.0 ดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินการเตรียมความพร้อมของทีมดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อจากโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (N=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานควบคุมยานพาหนะ		
ความพร้อมของการใช้รถ		
พร้อม	50	100.0
ไม่พร้อมใช้	0	0.0
คาดเข็มขัดนิรภัย		
คาด	50	100.0
ไม่คาด	0	0.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
พยาบาลส่งต่อ		
อุปกรณ์ทางการแพทย์		
พร้อมใช้	49	98.0
ไม่พร้อมใช้	1	2.0
คาดเข็มขัดนิรภัย		
คาด	49	98.0
ไม่คาด	1	2.0
โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ส่งต่อ		
รพ.ทุ่งสง	3	6.0
รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช	47	94.0
เวลารับผู้ป่วยจำแนกตามเวร		
เวรเช้า (08.01-16.00 น.)	22	44.0
เวรบ่าย (16.01-00.00 น.)	19	38.0
เวรดึก (00.01-08.00 น.)	9	18.0

3. การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อเพื่อประเมินความปลอดภัยก่อนการส่งต่อก่อนการส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย

การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ก่อนการส่งต่อ พบว่า การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway care) ส่วนใหญ่มีการ ใส่ ET-tube ร้อยละ 66.0 รองลงมาการบีบ Ambu bag ร้อยละ 60.0 การดูแลการให้ออกซิเจน (Breathing/Oxygen support) ส่วนใหญ่ไม่มีการดูแลร้อยละ 92.0 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid) มีการดูแล ร้อยละ 80.0 มีการใช้ยาระหว่างส่งต่อ ร้อยละ 34.0 ไม่มีการ

ดูแลความคุมการมีภาวะเลือดออก (Bleeding Control) ร้อยละ 100.0 การใส่สายระบาย (Drain) ออกจากร่างกาย มีการใส่ มีการใส่สาย Foley cath ร้อยละ 74.0 ใส่สาย NG ร้อยละ 62.0 ส่วนใหญ่ไม่มีการเข้าฝือก (Splint) ร้อยละ 100.0 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ไม่มีการตรวจ ร้อยละ 100.0 การเอกซเรย์ ส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 86.0 ตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจ ร้อยละ 68.0 มีการตรวจ ร้อยละ 32.0 ผู้ป่วยไม่มีทรัพย์สินติดตัวมาร้อยละ 96.0 และมียาติดตัวมา ร้อยละ 4.0

ตารางที่ 3 การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลพ่อน่านคล้ายวาจาสิทธิ์ก่อนการส่งต่อ (n=50)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลทางเดินหายใจ (Airway care)		
ไม่มี	5	10.0
มี		
- บีบ Ambu bag	30	60.0
- ใส่ ET-tube	33	66.0
- ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator)	2	4.0
การดูแลการให้ออกซิเจน (Breathing/Oxygen support)		
ไม่มี	46	92.0
มี		
-canular	1	2.0
-mask with bag	1	2.0
-ICD	2	4.0
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ (IV fluid)		
ไม่มี	10	20.0
มี	40	80.0
การใช้ยาระหว่างส่งต่อ		
ไม่มี	34	68.0
มี	16	32.0
การดูแลความคุมการมีภาวะเลือดออก (Bleeding Control)		
ไม่มี	50	100.0
มี	0	0.0
การใส่สายระบาย (Drain)		
ไม่มี	14	28.0
มี		
-NG	31	62.0

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
-Foley cath	36	72.0
การเข้าเฝือก (Splint)		
ไม่มี	50	100.0
มี	0	0.0
การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab)		
ไม่มี	48	96.0
มี	2	4.0
การเอกซเรย์ (Film X-ray)		
ไม่มี	43	86.0
มี	7	14.0
ตรวจวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)		
ไม่มี	34	68.0
มี	16	32.0
ทรัพยากรสิ้นผู้ป่วย		
ไม่มี	48	96.0
มี	2	4.0
ยาเติม		
ไม่มี	48	96.0
มี	2	4.0

4. เปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยของ โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ก่อนการส่งต่อกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย

จากการเปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยของ
โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ก่อนการส่งต่อกับ
โรงพยาบาลแม่ข่าย จากการประเมินความดันโลหิต (BP:
Blood Pressure) ส่วนใหญ่ มีความดันโลหิต ผิดปกติ
ร้อยละ 52.0 เมื่อส่งถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ส่วน

ใหญ่มีความดันโลหิต ปกติ ร้อยละ 62.0 การตรวจวัด
ซีพจร (P:pule) ที่โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์
ก่อนการส่งต่อ ส่วนใหญ่ มีซีพจร ปกติ ร้อยละ 58.0 เมื่อ
ส่งถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ส่วนใหญ่มีความดัน
โลหิต ปกติและผิดปกติ เท่ากัน ร้อยละ 50.0 ผู้ป่วยของ
โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ก่อนการส่งต่อกับ
โรงพยาบาลแม่ข่าย จากการอัตราการหายใจ (R:
Respiratory) ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 92.0 เมื่อส่งถึง

โรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ส่วนใหญ่มีอัตราการหายใจ ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 94.0 ที่โรงพยาบาลพ่อท่านคล้าย วาจาสิทธิ์ก่อนการส่งต่อ การวัดระดับออกซิเจนในเลือด (O2Sat) ปกติ ร้อยละ 92.0 เมื่อส่งถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับออกซิเจนในเลือด ส่วนใหญ่ ปกติ ร้อยละ 92.0 โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจา

สิทธิ์ก่อนการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย การประเมินทางระบบประสาท (GCS) ส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) ร้อยละ 42.0 เมื่อส่งถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) ร้อยละ 42.0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการประเมินผู้ป่วยของโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ก่อนการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (n=50)

ข้อมูล	โรงพยาบาลพ่อท่านคล้าย วาจาสิทธิ์		โรงพยาบาลแม่ข่าย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิต (BP: Blood Pressure)				
ปกติ	24	48.0	31	62.0
ผิดปกติ	26	52.0	19	38.0
ชีพจร (P:pule)				
ปกติ	29	58.0	25	50.0
ผิดปกติ	21	42.0	25	50.0
อัตราการหายใจ (R: Respiratory)				
ปกติ	46	92.0	47	94.0
ผิดปกติ	4	8.0	3	6.0
ระดับออกซิเจนในเลือด (O2Sat)				
ปกติ	46	92.0	46	92.0
ผิดปกติ	4	8.0	4	8.0
การประเมินทางระบบประสาท (GCS)				
- ระดับเล็กน้อย (13-15 คะแนน)	15	30.0	15	30.0
- ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	21	42.0	20	40.0
- ระดับรุนแรงมาก (น้อยกว่า 8 คะแนน)	12	24.0	13	26.0

ข้อมูล	โรงพยาบาลพ่อท่านคล้าย วาจาสิทธิ์		โรงพยาบาลแม่ข่าย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ประเมิน	2	4.0	2	4.0
	Range=3-15 M=10.37 S.D.=3.61		Range=4-15 M=9.5 .D.=7.77	

ผู้วิจัยได้ออกแบบประเมินความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ พบว่า การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway care) การดูแลทางเดินหายใจ (Airway care) ส่วนใหญ่ทำเหมาะสม ร้อยละ 72.0 รองลงมา ไม่จำเป็น ร้อยละ 28.0 การดูแลการให้ออกซิเจน Breathing / Oxygen ส่วนใหญ่ทำเหมาะสม ร้อยละ 76.0 รองลงมา ไม่จำเป็น ร้อยละ 20.0 การดูแลการให้สารน้ำ Fluid therapy / resuscitation ส่วนใหญ่ทำเหมาะสม ร้อยละ 88.0 รองลงมา ไม่จำเป็น ร้อยละ 12.0 การดูแลติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG) ส่วนใหญ่ทำเหมาะสม ร้อยละ 44.0 รองลงมา ไม่จำเป็น ร้อยละ 38.0 การดูแลติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Monitor Sp_{o2}) ส่วนใหญ่ทำเหมาะสม ร้อยละ

94.0 รองลงมา ไม่จำเป็น ร้อยละ 6.0 การดูแลความคุมการมีภาวะเลือดออก (Bleeding Control) ส่วนใหญ่ไม่จำเป็น ร้อยละ 94.0 รองลงมา ทำเหมาะสม ร้อยละ 6.0 การดูแลการตาม แขน/ขา (Extremities splint) ส่วนใหญ่ไม่จำเป็น ร้อยละ 94.0 รองลงมา ทำเหมาะสม ร้อยละ 6.0 การดูแลการตามกระดูกเชิงกราน (Pelvic Splint) ส่วนใหญ่ไม่จำเป็น ร้อยละ 100.0 การใส่ฝือกอ่อน ตรึงกระดูก (Splint immobilization) ส่วนใหญ่ไม่จำเป็น ร้อยละ 92.0 รองลงมา ทำเหมาะสม ร้อยละ 8.0 เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการส่งต่อ ไม่เกิด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการส่งต่อ ร้อยละ 100.0 ดังข้อมูลตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาล จนถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (n=50)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลระบบทางเดินหายใจ (Airway care)		
ไม่จำเป็น	14	28.0
ทำเหมาะสม	36	72.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	0	0.0
การดูแลการให้ออกซิเจน Breathing / Oxygen		
ไม่จำเป็น	10	20.0
ทำเหมาะสม	38	76.0

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	2	4.0
การดูแลการให้สารน้ำ Fluid therapy / resuscitation		
ไม่จำเป็น	6	12.0
ทำเหมาะสม	44	88.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	0	0.0
การดูแลติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG)		
ไม่จำเป็น	19	38.0
ทำเหมาะสม	22	44.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	9	18.0
การดูแลติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Monitor Spo₂)		
ไม่จำเป็น	3	6.0
ทำเหมาะสม	47	94.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	0	0.0
การดูแลควบคุมการมีภาวะเลือดออก (Bleeding Control)		
ไม่จำเป็น	47	94.0
ทำเหมาะสม	3	6.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	0	0.0
การดูแลการตาม แขน/ขา (Extremities splint)		
ไม่จำเป็น	49	98.0
ทำเหมาะสม	1	2.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทำ	0	0.0
การดูแลการตามกระดูกเชิงกราน (Pelvic Splint)		
ไม่จำเป็น	50	100.0
ทำเหมาะสม	0	0.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	0	0.0
การใส่เฝือกอ่อน ตรึงกระดูก (Splint immobilization)		
ไม่จำเป็น	46	92.0
ทำเหมาะสม	4	8.0
ทำไม่เหมาะสม	0	0.0
ไม่ทำ	0	0.0
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการส่งต่อ		
ไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	50	100.0
เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์	0	0.0

การวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้

แบบประเมินที่ผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้น หลังใช้แบบประเมินกับเกณฑ์ร้อยละ 90 พบว่า มีคะแนนความถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=50)

รายการ	N	Mean	S.D.	t	sig
การดูแลทางเดินหายใจ (Airway care)	50	1.7200	.45356	26.815	<.000
การดูแลการให้ออกซิเจน (Breathing/Oxygen support)	50	1.8800	.59385	22.386	<.000
การดูแลการให้สารน้ำและการช่วยเหลือชีวิต (Fluid therapy/resuscitation)	50	1.8800	.32826	40.497	<.000
การดูแลติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG)	50	1.9800	1.05926	13.217	<.000

รายการ	N	Mean	S.D.	t	sig
การดูแลติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Monitor Spo ₂)	50	1.9400	.23990	57.182	<.000
การดูแลความคุมการมีภาวะเลือดออก (Bleeding Control)	50	1.0600	.23990	31.244	<.000
การดูแลการตาม แขน/ขา (Extremities splint)	50	1.0200	.14142	51.000	<.000
การดูแลการตามกระดูกเชิงกราน (Pelvic Splint)	50	1.0000	.00000 ^a	27.867	<.000

**มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ผลการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อความถูกต้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ ในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

มีประเด็นที่น่าสนใจอภิปรายไว้ดังนี้

1. การประเมินการเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อ (Input) ประกอบด้วย 1) การประเมินพนักงานควบคุมยานพาหนะ ประกอบด้วย ความพร้อมใช้ของรถและการ คาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 100.0 2) การประเมินความพร้อมของยานพาหนะรับส่งผู้ป่วย ร้อยละ 100.0 3) การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อผู้ป่วย ของพยาบาลส่งต่อ พบว่า การเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 98.0 การคาดเข็มขัดนิรภัย ร้อยละ 98 สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชรี ศรีสุขใส (2564) พบว่าในการเตรียมการส่งต่อเกิดปัญหาในขั้นตอนนี้คือ ในบางครั้งไม่มีการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการลืมนำเครื่องมือบางชนิดที่จะต้องนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในบางครั้ง ลืม เอกสารของผู้ป่วยที่จะส่งต่อ ไม่มีการเตรียมและตรวจสอบ อุปกรณ์ยา เวชภัณฑ์และเรือพยาบาล ให้พร้อมที่ก่อนนำส่งผู้ป่วย และในบางครั้งไม่ได้มีการประสานงานสถานพยาบาลที่จะรับผู้ป่วย

2. กระบวนการในการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่มีการส่งต่อ (Process) ประเมินจาก 1) การดูแลผู้ป่วย

ขณะส่งต่อ 2) การประเมินความปลอดภัยจากการใช้แบบประเมิน พบว่า มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการส่งต่อตามมาตรฐาน ทำให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยทุกราย สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพีไล นิยมถิน (2561) ได้แบบบันทึกการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ด้านซ้ายที่พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานทางการพยาบาลด้านการดูแลต่อเนื้อที่มีประสิทธิภาพ

3. การประเมินผลลัพธ์ของการใช้แบบประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลรับส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลต่อความถูกต้องและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยส่งต่อ ในโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประเมินจาก 1) ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล พบว่า ร้อยละ 100.0 มีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 2) ร้อยละ 100.0 ไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานุชรี ศรีสุขใส (2564) ประสิทธิภาพการส่งต่อผู้ป่วยจากการใช้แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ จากการใช้ แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ พบว่า ร้อยละ 100 ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาและไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ ไม่พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต และการศึกษาของ พิไลพร สุริยจันทร์ และ ชัจจณงค์ แพรชาว (2565) ผลด้านความปลอดภัย

ของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในระหว่างการส่งต่อ
ระหว่าง โรงพยาบาลชี้ว่า ร้อยละ 1.96 ของผู้ป่วย
บาดเจ็บสมองมีความดันโลหิตต่ำเกิดภาวะช็อค ร้อยละ
0.98 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกรู้ตัว(Glasgow
Coma Scale: GCS) เปลี่ยนแปลงหรือลดลง ในขณะที่
ร้อยละ 97.10 ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่าง
การส่งต่อ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดอบรมการจัดระดับความรุนแรง
แก่พยาบาลที่ทำหน้าที่ ส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง
สถานพยาบาลเพื่อป้องกันการลดระดับความรุนแรงของ
ผู้ป่วยส่งต่อคลาดเคลื่อน
2. ควรพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยของรัง
พยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ผ่านระบบออนไลน์ ให้
สามารถดึงข้อมูลตั้งแต่โรงพยาบาลจนถึง โรงพยาบาล
แม่ข่าย มาเก็บในฐานข้อมูล HosXp ได้

เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562) แนวทางปฏิบัติการพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง
สถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่. นนทบุรี : กองการพยาบาล สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย.
นนทบุรี : กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือมาตรฐานรดยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อ
ส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย. นนทบุรี : กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- นุชรี ศรีสุกใส. (2564). การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยทางน้ำ. *วารสารวิจัย
และนวัตกรรมทางสุขภาพ*. 4 (1).84-99.
- พรพิไล นิยมถิณ. (2561). ผลของการใช้แบบบันทึกทางการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นต่อคุณภาพการส่งต่อและ
ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. *วารสารการแพทย์ โรงพยาบาล
อุดรธานี*. 26 (3).135-143.
- พิไลพร สุรยพันธ์ และ ชัชฌาญ์ แพระชาว. (2566) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องในผู้ป่วย
บาดเจ็บสมอง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. 6(3) .100-
113.
- วาสิทธิ์ นงนุช, วิศิษฐ์ ทองคำ และ วิชระ เอี่ยมรัศมีกุล. (2560). การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่าง
สถานพยาบาล โรงพยาบาลเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- ศิวาพร แก้วสมสี, นันทิยา วัฒนายุ และ นันทวัน สุวรรณรูป. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติการ พยาบาลเพื่อความ
ปลอดภัยของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* . 29(3).101-112.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล. นนทบุรี :บริษัท อัลทิเมท พรินติ้ง จำกัด.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ของรถพยาบาลฉุกเฉิน PREVENTION. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สุขใจ ซอร์กซ์. (2561). การพัฒนารูปแบบอัตรากำลังในระบบส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลสมเด็จพระจุฬาพรราชด่านซ้าย จังหวัดเลย. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร.

สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2564). คู่มือการปฏิบัติด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแล
ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
The results of the program to promote self-efficacy and social support in
caring for bed-ridden elderly people in Thung Khlong Subdistrict,
Kham Muang District, Kalasin Province.

สุกฤทธา ศรีณะพรหม

Sukritta Srinaphrom

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคำม่วง

(Received: March 9, 2024; Accepted: April 29, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) แบบวัดผลการศึกษาก่อน-หลัง การทดลอง (One-group time series design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สัมภาษณ์สภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-tests ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.34 (95% CI = 0.16-0.52, P-value <0.01) การสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.24 (95% CI = 0.43-2.72, P-value =0.01) และการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.47 (95% CI = 0.29-0.65, P-value <0.01) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการทดลองที่ได้จัดขึ้น ซึ่งสามารถส่งเสริมให้ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสัมพันธภาพครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน, แรงสนับสนุนทางสังคม, การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง



Abstract

This study was quasi-experimental research with pre-post experimental measurements to study the results of a program that promoted self-efficacy and social support in caring for the elderly. Thirty homebound and bedridden caregivers of the elderly were purposively sampled. The research period lasted 8 weeks. Data were collected using questionnaires. The relationships within the family and social support for caring for the elderly in the family were measured. Data were analyzed using descriptive statistics, including number, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistical analysis was performed with Paired Sample t-tests at a statistical significance level of 0.05.

The research results found that after the experiment, the level of relationships within the family of caregivers of the elderly had a higher average than before the experiment, with a mean difference of 0.34 (95% CI = 0.16-0.52, p-value <0.01). Social support had a higher average than before the experiment, with a mean difference of 0.24 (95% CI = 0.43-2.72, p-value = 0.01). And caring for the elderly in the family had a higher average than before the experiment, with a mean difference of 0.47 (95% CI = 0.29-0.65, p-value <0.01). The study results demonstrated the effectiveness of the trial program implemented, which was able to promote important factors related to caring for the elderly in terms of family relationships, social support, and direct care of the elderly. There was concrete development in a better direction.

Keywords; Self-efficacy promotion program, social support, care for bedridden elderly

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญยิ่งต่อการวางแผนนโยบายและการบริหารจัดการทางเศรษฐกิจและสังคม โครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเริ่มเข้าสู่การเป็น "สังคมสูงวัย" ตั้งแต่ปี 2548 มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete Aged Society) ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และจะก้าวสู่จุดสูงสุดของ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" ในปี 2574 เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการลดลงของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงาน ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยแรงงานสูงขึ้นเป็นลำดับ จากเดิม 27.7 คนต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2563 เพิ่มเป็น 56.2 คนต่อวัยแรงงาน 100 คนในปี 2583 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยที่กำลังจะมาถึง รัฐบาลจึงได้กำหนดให้วาระผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ โดยมีแผนปฏิบัติการผู้สูงอายุแห่งชาติที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ (25-59 ปี) และผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุจะมีแผนส่งเสริมเน้นเรื่องการออม การไม่มองผู้สูงอายุเป็นภาระ รวมถึงวิธีการดูแลผู้สูงอายุและการปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี พร้อมทั้งมีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตาม ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อ ปัญหาทางด้านสุขภาพกาย ปัญหาทางด้านจิตใจ ปัญหาทางด้านอารมณ์ ปัญหาทางด้านสังคม ผู้สูงอายุจะการมีร่างกายที่เสื่อมโทรมลงการมีโรคภัยต่างๆ ทั้งโรคทางกายและโรคทางสมอง ผู้สูงอายุไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกว่าเหงา อ้างว้าง และอาจจะมี ความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้สูงอายุมักมีอาการเปลี่ยนแปลงและการที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงทางด้านวัฒนธรรม ความทันสมัยและเทคโนโลยีใหม่ๆ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุประชากรดังกล่าวทำให้เกิดประเด็นท้าทาย คือ จะทำอย่างไรที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาให้ก้าวหน้าต่อไปอย่างยั่งยืน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

ผู้สูงอายุเป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคมและสาธารณสุขจึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ให้ทุกคนตระหนัก เข้าใจและพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียม เช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่นซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุมีหลายมิติที่ซับซ้อนนอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัญหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เป็นปัจจัยการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ สภาพที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิต เช่น มีบันไดหลายชั้น มีทางต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ ตลอดจนปัญหาทางด้านความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความรู้เรื่องสิทธิ

ประโยชน์ต่าง ๆ รวมทั้งความรู้ทักษะทางการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2560)

จากการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2564-2566 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 66, 64 และ 81 คน ตามลำดับ ความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง 53, 85 และ 104 คน ตามลำดับ ความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จำนวน 26, 36 และ 25 คน ตามลำดับ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 43, 49 และ 51 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม จำนวน 120, 152 และ 188 คน ตามลำดับ (Health Data Center : HDC) (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลทุ่งคลอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นของภาวะพึ่งพิง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการดูแลจัดการอย่างเร่งด่วน จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยการประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state) 2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของ ผู้อื่น (vicarious experiences) 3) การประสบความสำเร็จจากการกระทำด้วยตนเอง (enactive mastery experience) และ 4) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลคำม่วง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษา effect size เท่ากับ 0.5 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจในการทดสอบ 0.80 (Cohen, 1988) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ด้วยวิธี Test Family เลือ ก t-tests, Statistical test เลือ ก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง 10% (Grove, Burns, & Gray, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. บุคคลซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ลักษณะความสัมพันธ์เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตผู้สูงอายุและให้การ

ดูแลผู้สูงอายุมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เป็นปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่หรือญาติพี่น้อง

2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยในพื้นที่ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์
 3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ
- เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. มีเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80

2. เสียชีวิต ย้ายที่อยู่ ขอลอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 8 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัย ประยุกต์ใช้โปรแกรมของ พรเทพ ธาราเวชรักษ์ (2566) โดยอาศัยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura ประกอบด้วย กิจกรรมที่ส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ

- 1) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมประเมินความพร้อมและให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก

- 2) การนำเสนอตัวอย่างหรือประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุของผู้อื่น โดยผู้วิจัยได้แสดงวิธีการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เห็นตัวอย่างที่ชัดเจน

- 3) การให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง ผ่านกิจกรรมปฏิบัติการดูแลในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาแล้ว และสะท้อนคิดถึงประสบการณ์ความสำเร็จของตน เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นว่าตนสามารถดูแลผู้สูงอายุได้จริง

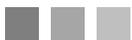
- 4) การใช้คำพูดกระตุ้นและชักจูง โดยผู้วิจัยกล่าวชักจูงให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง พร้อมให้กำลังใจ ชมเชย เมื่อสามารถทำได้อย่างถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสัมพันธภาพทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง ได้แก่

- ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนผู้สูงอายุ เพศและอายุของผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ

- ส่วนที่ 2 สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, 1981) ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรคระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัยโรคระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์



ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบแรงสนับสนุนทางสังคมครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, 1981) ได้แก่ สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 1) การดูแลด้านสุขภาพ 2) การดูแลด้านจิตใจ 3) การดูแลด้านสังคม และ 4) การดูแลด้านเศรษฐกิจ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กำหนดเกณฑ์การจัดระดับแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3 ระดับ (Best, 1981) ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t – test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รับรองเลขที่ KLS.REC 129/2566 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุระหว่าง 50-56 ปี ร้อยละ 40 อายุเฉลี่ย 43.27 ปี (S.D. = 10.66) สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.67 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.66 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.67 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 23.33 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 50 ระยะเวลาใน

การดูแลผู้สูงอายุ 1-5 ปี ร้อยละ 63.33 ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุเป็นบิดา มารดา ร้อยละ 50 รองลงมา ญาติพี่น้อง ร้อยละ 20

ผู้สูงอายุในความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ อายุระหว่าง 80-89 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ อายุ

ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 30 อายุเฉลี่ย 77.46 ปี (S.D. = 11.29) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 94 ปี ผู้สูงอายุสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 30 ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.33 (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พิการ)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทอง		
	\bar{X}	SD.	ระดับ	\bar{X}	SD.	ระดับ
1. สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน พุดจาถ้อยทีถ้อยอาศัย	4.13	0.68	มาก	4.50	0.51	มาก
2. เมื่อมีปัญหาครอบครัว จะปรึกษาและหาแนวทางการแก้ไข	4.13	0.57	มาก	4.33	0.48	มาก
3. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเรื่องสำคัญ	4.10	0.61	มาก	4.37	0.49	มาก
4. สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุในวันหยุด	3.93	0.74	มาก	4.37	0.56	มาก
5. สมาชิกในครอบครัวรับประทานอาหารร่วมกันเป็นประจำ	3.97	0.76	มาก	4.40	0.56	มาก
6. สมาชิกในครอบครัวเชื่อฟังคำสั่งสอน คำแนะนำของผู้สูงอายุ	4.03	0.72	มาก	4.50	0.51	มาก
7. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกัน เมื่อคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน	4.10	0.55	มาก	4.30	0.47	มาก
โดยรวม	4.06	0.48	มาก	4.39	0.32	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลองสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.06) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัวและการปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาครอบครัว

ร่วมกัน (ค่าเฉลี่ย 4.13) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัว และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน (ค่าเฉลี่ย 4.10)

หลังการทดลอง สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย

4.39) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว และการเชื่อฟังคำสั่งสอนและคำแนะนำของผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 4.50)

รองลงมาคือ การรับประทานอาหารร่วมกันเป็นประจำ (ค่าเฉลี่ย 4.40) และการทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้สูงอายุในวันหยุด และการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจเรื่องสำคัญของครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 4.37)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

การสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{x}	SD.	ระดับ	\bar{x}	SD.	ระดับ
1. เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ท่านสามารถพูดคุยเพื่อนสนิท เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน	3.80	0.61	มาก	4.23	0.50	มาก
2. สามารถเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ	3.93	0.64	มาก	4.23	0.50	มาก
3. ได้รับบริการสุขภาพเบื้องต้นจากโรงพยาบาลคำม่วง	4.30	0.53	มาก	4.37	0.49	มาก
4. ได้รับการเยี่ยมบ้านจากโรงพยาบาลคำม่วง	3.97	0.61	มาก	4.20	0.48	มาก
5. ได้รับบริการจาก อสม. มาพบปะพูดคุยที่บ้านเพื่อให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ	4.10	0.80	มาก	4.33	0.48	มาก
6. ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม.	4.03	0.76	มาก	4.27	0.45	มาก
7. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรับสวัสดิการและสิทธิผู้สูงอายุจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โรงพยาบาลคำม่วง	4.03	0.49	มาก	4.23	0.43	มาก
8. ได้รับบริการหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการด้านสุขภาพ	3.90	0.76	มาก	4.27	0.45	มาก
9. นำเบี้ยผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุ	4.20	0.66	มาก	4.30	0.53	มาก
10. ได้รับการสนับสนุนสวัสดิการต่างๆ จากชุมชน	3.80	0.61	มาก	4.07	0.45	มาก
โดยรวม	4.01	0.44	มาก	4.25	0.26	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.01) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับบริการสุขภาพเบื้องต้นจากโรงพยาบาลคำม่วง (ค่าเฉลี่ย 4.30) รองลงมาคือ การนำเบี้ยผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 4.20)

หลังการทดลอง ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดิม (ค่าเฉลี่ย 4.25) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับบริการจากอาสาสมัครมาพบปะพูดคุย ให้กำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 4.33) รองลงมาคือ การได้รับบริการสุขภาพเบื้องต้นจากโรงพยาบาลคำม่วง (ค่าเฉลี่ย 4.37)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	\bar{x}	SD.	ระดับ	\bar{x}	SD.	ระดับ
ด้านสุขภาพ	4.11	0.52	มาก	4.39	0.38	มาก
ด้านอารมณ์และจิตใจ	3.76	0.37	มาก	4.36	0.32	มาก
ด้านสังคม	3.67	0.46	ปานกลาง	4.23	0.31	มาก
ด้านเศรษฐกิจ	3.79	0.40	มาก	3.79	0.40	มาก
รวม	3.87	0.34	มาก	4.34	0.26	มาก

จากตารางที่ 3 ก่อนการทดลอง พบว่าระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.87) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.11) ด้านอารมณ์และจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 3.76) และด้านเศรษฐกิจ (ค่าเฉลี่ย 3.79) ส่วนด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.67)

หลังการทดลอง ระดับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดิม (ค่าเฉลี่ย 4.34) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย 4.39) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์และจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 4.36) และด้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 4.23) ส่วนด้านเศรษฐกิจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.79)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัมพันธภาพภายในครอบครัวและแรงสนับสนุนทางสังคมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean difference	t	95% CI	P-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.				
สัมพันธภาพภายในครอบครัว	4.06	0.32	4.40	0.49	0.34	3.90	0.16-0.52	<0.001*
การสนับสนุนทางสังคม	4.01	0.44	4.25	0.26	0.24	2.79	0.43-2.72	0.01
การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว	3.87	0.34	4.34	0.26	0.47	5.39	0.29-0.65	<0.001*

จากตารางที่ 4 หลังการทดลอง สัมพันธภาพภายในครอบครัว (Mean difference = 0.34, 95% CI = 0.16-0.52, P-value <0.01) การสนับสนุนทางสังคม (Mean difference = 0.24, 95% CI = 0.43-2.72, P-value =0.01) และการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว (Mean difference = 0.47, 95% CI = 0.29-0.65, P-value <0.01) มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการทดลองที่ส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวดีขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง อาจเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริมการที่ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อย ตลอดจนนำเสนอตัวแบบจากสื่อต่าง ๆ และเรื่องเล่าจากชีวิตจริงทั้งในด้านดีและไม่ดี ย่อมเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและหันมาให้ความใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวได้มี

ส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีการปรึกษาหารือช่วยเหลือกัน และทำกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น สร้างประสบการณ์ความสำเร็จ โดยบรรยายความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของผู้สูงอายุวัยต้น และนำเสนอตัวแบบจากข่าวโทรทัศน์ สื่อโทรทัศน์ ภาพนิ่ง ตัวแบบเรื่องเล่าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากชีวิตจริงของผู้สูงอายุของเพื่อนบ้าน ในด้านดีและไม่ดี สอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological Systems Theory) ของ Bronfenbrenner (1979) ที่ระบุว่าปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากโปรแกรมได้จัดให้มีการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ควบคู่ไปกับการฝึกปฐมพยาบาลเบื้องต้น ทั้งในรูปแบบการนำเสนอตัวแบบจากสื่อต่างๆ รวมถึงการยกตัวอย่างเรื่องราวจากชีวิตจริงของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างและผู้สูงอายุในละแวกบ้านเรือน ทั้งในแง่มุมที่ดีและไม่ดี อีกทั้งยังมีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การตรวจชีพจร วัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิร่างกาย และการนับจังหวะการหายใจ ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การดำเนินการดังกล่าวส่งผลให้

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งคลอง อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์

ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากทั้งครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ผู้ดูแลตระหนัก รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนและความช่วยเหลือต่างๆ ที่พร้อม ให้ความเกื้อกูล สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Social Support Networks) ของ Gottlieb (1983) ซึ่งระบุว่า การที่ บุคคลได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ครอบครัว ชุมชน หรือองค์กร ย่อมช่วยให้บุคคลนั้น สามารถเผชิญและรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวโดยภาพรวมมีการปรับปรุงเพิ่มพูนขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในด้านสุขภาพอนามัย ด้านจิตใจและอารมณ์ ตลอดจน ด้านสังคมสัมพันธ์ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว คือโปรแกรมได้มุ่งเน้นการ ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาผู้ สูงวัยในการดำเนินโปรแกรม ผู้วิจัยได้บรรยายให้ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ประเด็นอาการเจ็บป่วยที่พบบ่อย พร้อมทั้งให้คำแนะนำ และช่วยเหลือ ประกอบกับการทบทวนเนื้อหาที่ได้ บรรยายและสาธิตมาแล้วทั้งหมด โดยเน้นย้ำในส่วนที่ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือขาดความ มั่นใจเกินกว่าร้อยละ 50 อีกทั้งยังมีการซักจูง ซักชวน และกระตุ้นทางอารมณ์ให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็น ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากทุก คนย่อมต้องพบกับภาวะเจ็บป่วยเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติและเป็นแกนนำในการแนะนำให้ บุคคลในครอบครัวหันมาให้ความสนใจและร่วมกันดูแลผู้ สูงวัยด้วย นอกจากนี้ ยังมีการสร้างเวทีให้ผู้เข้าร่วมได้ แลกเปลี่ยนความรู้สึกร่วมกันจากประสบการณ์ในการดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อปลูกฝังความภาคภูมิใจและทัศนคติที่ดีต่อผู้ สูงวัย ที่สำคัญ โปรแกรมยังให้การเสริมสร้างสมรรถนะ

แห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัย ของฮิวจ์ และคณะ ที่ชี้ให้เห็นว่า การสนับสนุนผู้ดูแลทั้ง ในด้านความรู้ ทักษะ และจิตวิญญาณจะช่วยเพิ่มพูน ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างดียิ่ง สอดคล้อง กับงานวิจัยของ Hughes et al. (2021) ที่พบว่า การ สนับสนุนผู้ดูแลทั้งด้านความรู้ ทักษะ และจิตวิญญาณ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ

ดังนั้น การนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมา ประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ส่งผลให้สัมพันธภาพครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งจะ นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้นของทั้งผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการจัดอบรมโปรแกรมการส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพใน การดูแลผู้สูงอายุ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและ เอกชน ควรให้การสนับสนุนและร่วมมือกันในการดำเนิน โปรแกรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง
3. ควรมีการติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานหลังจากการจัดโปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อ หาแนวทางพัฒนาและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผล ต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยทางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการ
จัดโปรแกรมส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ
เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

3. ควรมีการขยายขอบเขตการศึกษาไปยัง
พื้นที่อื่นๆ เช่น ตำบล อำเภอ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- พรเทพ ธาราวะชรักษ์. (2566). ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลน้ำริด อำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำริด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรดิตถ์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดกาฬสินธุ์. (2566). *การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง 2564-2566*. สืบค้นเมื่อ [31 ธันวาคม 2566]. จาก https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=df0700e8e3c79802b208b8780ab64d61
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาและสังคมแห่งชาติ. (2563). ผลกระทบของ การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/1000_UNFPA_rev_Policy%20Brief%20Thai_200411_69.pdf
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 6). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy is the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Best, J. W. (1981). *Education research* (4th ed.). Prentice-Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Routledge.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Sage Publications.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (7th ed.). Saunders.
- Hughes, L. C., van Beurden, E. K., Greal, M. A., & Hughes, J. T. (2021). A systematic review of family carers' experiences of caring for older Australians with chronic disease. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.717498>

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ของผู้สูงอายุ ตำบลนากะชะ อำเภอนางิ้ว จังหวัดนครศรีธรรมราช

Relationships of Quality of Life and Activities of Daily Living in Elderly,
Na Ka Cha Subdistrict, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province.

นิตยา ดิษฐาน

Nittaya Ditsathan

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเส อำเภอนางิ้ว จังหวัดนครศรีธรรมราช

Ban Na Sae Subdistrict Health Promoting Hospital, Chawang District,

Nakhon Si Thammarat Province

(Received: April 10, 2024; Accepted: April 30, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลนากะชะ อำเภอนางิ้ว จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ศึกษาคือ ผู้สูงอายุจำนวน 959 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 166 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม มีค่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M= 4.07, SD.= 0.76) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (M= 3.92, SD.= 0.46) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (M= 3.88, SD.= 0.49) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (M= 3.83, SD.= 0.44) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (M= 3.81, SD.= 0.65) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้ (ติดสังคม) (ร้อยละ 81.33) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (r= 0.339) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (r= 0.375) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (r= 0.275) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (r= 0.258) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (r= 0.251) ตามลำดับ

ฉะนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรยังต้องให้ความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการกลั้นปัสสาวะ ซึ่งผู้สูงอายุปฏิบัติได้น้อยที่สุด ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดการพึ่งพาในระยะยาว และเป็น การส่งเสริมคุณภาพชีวิตอีกด้วย

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุ

Abstract

The cross-sectional survey research study aims to investigate the quality of life and the ability to perform daily activities, and to study the relationship between quality of life and the ability to perform daily activities among elderly individuals in Nakacha Sub-district, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province. The population under study consists of 959 elderly individuals. By calculating, the sample size is determined to be 166 individuals. The sampling method employed is simple random sampling. The tool used for data collection is a questionnaire. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire is found to be 0.81. The analysis will be conducted using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The research findings indicate that the quality of life in all aspects is at a good level. The highest average score is observed in the aspect of overall health quality (M= 4.07, SD = 0.76), followed by environmental quality of life (M= 3.92, SD = 0.46), mental health quality of life (M= 3.88, SD = 0.49), physical health quality of life (M= 3.83, SD = 0.44), and social relationship quality of life (M= 3.81, SD = 0.65). The majority of the sample group are self-reliant and able to assist others (socially integrated), accounting for 81.33%. When analyzing the relationship between quality of life and the ability to perform daily activities among the elderly, it was found that all aspects of quality of life have a low positive correlation. The aspect with the highest correlation is environmental quality of life ($r = 0.339$), followed by physical health quality of life ($r = 0.375$), social relationship quality of life ($r = 0.275$), mental health quality of life ($r = 0.258$), and overall quality of life ($r = 0.251$), in respective order.

Therefore, healthcare professionals should continue to emphasize the importance of self-care in various activities, especially in bladder control, which elderly individuals tend to have the least capability in. This is aimed at reducing dependency in the long term and promoting quality of life.

Keywords; Quality of Life, Activities of Daily Living, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุที่จะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการมีสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และคาดว่าจะกลายเป็น 1 ใน 10 ประเทศ ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากที่สุดในโลก โดยประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 17.2 ภายในปี พ.ศ. 2593 ทั้งนี้ ไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 (มีประชากร 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด) จากการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2566 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 12.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุเพศหญิง 7 ล้านคน และผู้สูงอายุเพศชาย 5.6 ล้านคน จำแนกตามช่วงอายุ ได้ดังนี้ อายุ 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.69, อายุ 70 – 79 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.38, อายุ 80 - 89 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.43, อายุ 90 – 99 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.24 และอายุ 100 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 0.26 และในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน (กรมอนามัย, 2567)

องค์การอนามัยโลก (1995) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละคนขึ้นอยู่กับบริบทของทางสังคม วัฒนธรรมและค่านิยมในเวลานั้น ๆ และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง และมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนด ซึ่งประกอบไปด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพกาย (Physical) มิติด้านสุขภาพจิต (Psychological) มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และมิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ฉะนั้นคุณภาพชีวิตตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลกจึง

หมายถึง คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ในบริบทที่ดำรงชีวิตภายใต้วัฒนธรรมและระบบคุณค่า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายความคาดหวัง มาตรฐาน และการตระหนักของแต่ละบุคคล (World Health Organization, 1997) ซึ่งเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มนุษย์จึงมีความเป็นอยู่ที่ดีอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง ซึ่งหากประเทศใดมีมนุษย์ที่พร้อมด้วยศักยภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ถือว่าประเทศนั้นเป็นประเทศที่พัฒนาและประสบผลสำเร็จ ฉะนั้น คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุในสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพะในบั้นปลายของชีวิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ, 2557)

เมื่อกล่าวถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทิศทางที่เสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลมากขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมคุณภาพชีวิตและของผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้และพ้นจากสภาพการเป็นภาระของสังคมหรือคนในครอบครัว ดังนั้น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะหมายถึง ความสามารถในการอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงเตียงได้เอง การรับประทานอาหาร การสวมใส่ถอดเสื้อผ้าการเดิน การขึ้นลง บันได 1 ชั้น การกลืนอุจจาระ

และการกลืนปีสภาวะการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้หรือภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาคือคนอื่น มักสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การถูกตัดขาดจากสังคมเนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสังคม และเศรษฐกิจ และเป็นภาระของผู้ดูแล (ชูชัยศุภวงศ์ และคณะ, 2553)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดนครศรีธรรมราชระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า มีจำนวน 245,957 คน 264,677 คน และ 278,349 คน คิดเป็นร้อยละ 20.45, 21.08 และ 22.19 ซึ่งถือได้ว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) สำหรับอำเภอดงขาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้สูงอายุ 12,646 คน 12,927 คน และ 13,342 คน คิดเป็นร้อยละ 23.54, 24.36 และ 25.61 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับจังหวัดนครศรีธรรมราช (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงขาง, 2567) และจากข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเส ตำบลนาเกาะ อำเภอดงขาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 961 คน 893 คน และ 959 คน คิดเป็นร้อยละ 26.67, 29.59 และ 29.36 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเส, 2567) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช และอำเภอดงขาง และจากการเฝ้าพบบ้านพบว่า ผู้สูงอายุบางคนเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่ว

ทางร่างกาย ซึ่งเกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายต้องระมัดระวังในการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยินลดลง ปัญหาเกี่ยวกับการบาดเจ็บ และข้อเข่าเสื่อม บางรายอาจมีโรคเรื้อรังประจำตัว บางรายเริ่มมีความเจ็บป่วยบ่อยขึ้น มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ปรากฏชัดขึ้น ผู้สูงอายุบางท่านอาจทุพพลภาพ ดังนั้นจึงต้องการการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิง ผู้อื่นมาก แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แล้วยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวัน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเส, 2566) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผู้สูงอายุต้องปรับตัวมากมาย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การที่ภาวะสุขภาพแตกต่างกันส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังการศึกษาของนงนุช แยมวงษ์ (2557); สุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล และคณะ (2565) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลนาเกาะ อำเภอดงขาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุให้สามารถบริการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

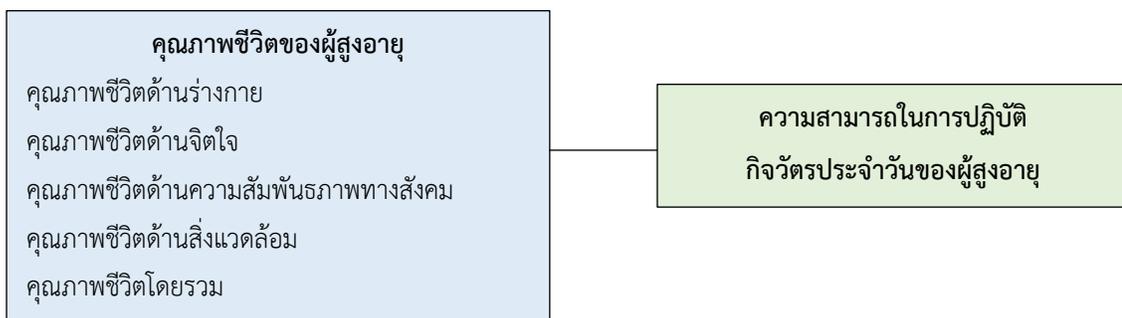
1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาเกาะ อำเภอดงยาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลนาเกาะ อำเภอดงยาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลนาเกาะ อำเภอดงยาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลนาเกาะ อำเภอดงยาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้นำคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQWL BRIF THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) มาศึกษาความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index for activities of daily living) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ด้าน ได้แก่ การขึ้นลงจากเตียง การเข้าห้องน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การขึ้นบันได การรับประทานอาหาร การปัสสาวะ และการอุจจาระ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย แบบเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Survey Research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ตำบลนาเกาะ อำเภอดงยาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 959 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate Normal Model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน

(Alpha) = .05 และค่า Power = .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 20 % จำนวน 28 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 166 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างการหยิบฉลากอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลนาเกาะ อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน ติดต่อกันขึ้นไป 2) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด และเข้าใจในภาษาไทย และ 3) เป็นผู้สูงอายุที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ และ 2) เป็นผู้สูงอายุที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQWL BRIF THAI) (สุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) ร่วมกับแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living) แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการอาศัยของครอบครัว สมาชิกในครอบครัว ปัญหาสุขภาพ/โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOLBREF-THAI) โดยสุวรรณ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540) จำนวน 26 ข้อ โดยคำตอบแบ่ง

ออกเป็น 5 ระดับ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การให้คะแนนข้อคำถาม ดังนี้

คำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
เชิงบวก	5	4	3	2	1
เชิงลบ	1	2	3	4	5

การแปลผล คุณภาพชีวิต เฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ โดยการใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ระดับดี	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ย
ระหว่าง 3.67 – 5.00		
ระดับกลาง	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ย
ระหว่าง 2.34 – 2.66		
ระดับไม่ดี	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ย
ระหว่าง 1.00 – 2.33		

ส่วนที่ 3 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การขึ้นลงจากเตียง การเข้าห้องน้ำ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน การขึ้นบันได การรับประทานอาหาร การปัสสาวะ และการอุจจาระ

การแปลผล เป็นภาพรวม จัดเป็น 3 ระดับตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index for activities of daily living) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ดังนี้

คะแนน 0 – 4	หมายถึง	พึ่งตนเองไม่ได้
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง)		
คะแนน 5 – 11	หมายถึง	ดูแลตนเองได้บ้าง
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน)		

คะแนน 12 – 20 หมายถึง พึ่งตนเองได้
ช่วยเหลือผู้อื่น (ติดสังคม)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQWL BRIF THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) ร่วมกับแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living) จึงนำแบบสอบถามไปการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุตำบลไม้เรียง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยจำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ดังนี้ แบบประเมินคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.75 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากคณะกรรมการจริยธรรม ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้อนุมัติเอกสารรับรองการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล
2. จัดทำหนังสือถึงผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ติดต่อประสานงานกับผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย อธิบายอย่างรายละเอียดแต่ละข้อของแบบสอบถาม และให้ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(Caregiver) ชักถามข้อคำถามที่สงสัย ก่อนที่ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ในการเก็บข้อมูลผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จะขอความร่วมมือในการให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม โดยผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เป็นผู้อ่านให้ผู้สูงอายุฟัง และให้ผู้สูงอายุแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

5. ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องความครบถ้วนและความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

6. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไป นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปลที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง และได้กำหนดขั้นตอนในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. ในการศึกษาครั้งนี้ โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ NSTPH 36/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม 2567 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าไปขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)
3. ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยไม่ได้เข้าไปดำเนินการแจกและรับแบบสอบถามตอบกลับเอง

แต่จะดำเนินการผ่านผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver)

4. กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้

5. การไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกาะแต่อย่างใด

6. ข้อมูลที่ได้รับจากตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยจะมีการระบุข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อ หรือที่อยู่ของตัวอย่าง

7. ข้อมูลที่ได้รับจะเก็บไว้ในตู้ล็อก ผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะใช้ในการศึกษาเท่านั้น การนำข้อมูลไปอภิปรายและเผยแพร่จะกระทำในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลคุณภาพชีวิต และกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Bartz, 1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$) ความสัมพันธ์สูง ($r = 0.60 - 0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.86) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (ตั้งแต่อายุ 81 ปีขึ้นไป) 1 ใน 3 (ร้อยละ 39.16) ($M = 76.24$, $SD = 9.54$, Minimum = 60 ปี, Maximum = 101 ปี) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.43) มากกว่า 3 ใน 4 มีระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.31) และประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 59.04) เกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 49.40) เกือบ 3 ใน 4 อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 72.89) มากกว่า 1 ใน 3 มีจำนวนสมาชิก 3 - 4 คน (ร้อยละ 39.76) ($M = 3.57$, $SD = 1.65$, Minimum = 1 คน, Maximum = 9 คน) มากกว่าครึ่งกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.43) โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.57) รองลงมา คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.95) และโรคไขข้อในเลือดสูง (ร้อยละ 19.59)

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับดี โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.07$, $SD = 0.76$) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($M = 3.92$, $SD = 0.46$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($M = 3.88$, $SD = 0.49$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($M = 3.83$, $SD =$

0.44) และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($M=3.81$, $SD.= 0.65$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลนาเกาะ อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช

คุณภาพชีวิต	M	SD.	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	3.83	0.44	ดี
ด้านจิตใจ	3.88	0.49	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.81	0.65	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.92	0.46	ดี
ด้านสุขภาพโดยรวม	4.07	0.76	ดี

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้ (ติดสังคม) (ร้อยละ 81.33) รองลงมาคือ กลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือ

ตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) (ร้อยละ 12.05) และกลุ่มดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) (ร้อยละ 6.63) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุตำบลนาเกาะ อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (ติดเตียง)	20	12.05
ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน)	11	6.63
พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้ (ติดสังคม)	135	81.33
รวม	166	100.00

3. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านที่มีความสัมพันธ์กันมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ($r= 0.339$)

รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ($r= 0.375$) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($r= 0.275$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ($r= 0.258$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r= 0.251$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านสุขภาพกาย	0.375	< 0.001	ต่ำ
ด้านจิตใจ	0.258	0.001	ต่ำ
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.275	< 0.001	ต่ำ
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.339	< 0.001	ต่ำ
โดยรวม	0.251	0.001	ต่ำ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับดี อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุที่ถูกจัดกลุ่มเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 30.12) ผู้สูงอายุตอนกลาง (ร้อยละ 30.72) และผู้สูงอายุตอนปลาย (ร้อยละ 39.16) มีจำนวนเท่า ๆ กัน ซึ่งในวัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันในแต่ละช่วงไม่มากนัก ทำให้ไม่เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ประกอบกับผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.43) ซึ่งการที่ได้อยู่อาศัยกับคู่สมรสจะทำให้ผู้สูงอายุอบอุ่นใจ มีที่ปรึกษา หรือให้ความช่วยเหลือในยามที่ต้องการกำลังใจหรือขอความช่วยเหลืออื่น ๆ ซึ่งสถาบันครอบครัวมีความสำคัญที่สุด การมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า หรือมีความสำคัญต่อคนในครอบครัว จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี โดยเฉพาะด้านจิตใจ ซึ่งมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ จากผลการวิจัยยังเห็นว่า ผู้สูงอายุมีรายได้ที่พอเพียงต่อการดำรงชีวิต ร้อยละ 49.40 พอใช้ และเหลือใช้มีให้เก็บ ร้อยละ 19.28 และถึงจะไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 20.48 และผู้สูงอายุมีหนี้สิน

เพียง ร้อยละ 10 เท่านั้น (ร้อยละ 10.84) ซึ่งการไม่มีหนี้สินของผู้สูงอายุถือว่าเป็นลาภอันประเสริฐ อีกทั้ง ในปัจจุบัน ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ทำงานร่วมกันในการส่งมอบของขวัญปีใหม่แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2566 ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุกระดับที่มีคลินิกผู้สูงอายุรองรับการให้บริการ รวมทั้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกพื้นที่ประเมินความจำเป็นในการใช้วัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขภาพ และดำเนินการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวผ่านกองทุนต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทุกด้าน สอดคล้องกับเจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ (2560) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในองค์ประกอบด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพและด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาของนางนุช แยมวงษ์ (2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่ม

ตัวอย่างดังกล่าวมีการสำรวจขณะที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ทำให้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้ (ร้อยละ 81.33) โดยกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้มากที่สุด คือ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด (ร้อยละ 86.14) รองลงมาคือ การอาบน้ำ (ร้อยละ 80.12) และการสวมใส่เสื้อผ้า (ร้อยละ 77.71) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า กิจกรรมดังกล่าวเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity of daily living) ที่อาศัยทักษะความสามารถพื้นฐานของมนุษย์ในการทำเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ไม่ซับซ้อน และทุกคนต้องทำปกติเป็นประจำ โดยเฉพาะกลุ่มที่สามารถดูแลตนเอง และสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ ในขณะที่กิจกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การกลืนปัสสาวะ (ร้อยละ 66.27) จากผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของชนาทิพย์ พลพิจิตร และคณะ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีด้วยตัวเอง ทั้งกิจกรรมพื้นฐานและกิจวัตรที่ซับซ้อน และยังสอดคล้องกับผลการรายงานประจำปี 2566 ของสำนักอนามัยผู้สูงอายุ (2566) ที่พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ 11 มีผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ (ร้อยละ 95.5) มากที่สุด และเป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของประเทศไทย และการศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งเพียงเล็กน้อยที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.43) โรคที่เป็นส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 42.57) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 20.95) ซึ่งอาจจะเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของนนุช แยมวงษ์ (2557) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ ฯ มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 86.12 สามารถช่วยเหลือตนเองได้

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตทุกด้านมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตทั้งสุขภาพกาย สุขภาพด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และสุขภาพโดยรวม มีความเกี่ยวข้องกับความสุข ความพอใจ และสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของผู้สูงอายุในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยคุณภาพชีวิตจะมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมมาตรฐานของสังคม รวมทั้งเรื่องการเมืองการปกครองของสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย จากการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาเกาะ อำเภอดงขาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเส ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลนาเกาะ ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น กิจกรรมส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ กิจกรรมสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม กิจกรรมเหล่านี้สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่เช้าจนถึงเข้านอน เช่น การอาบน้ำ การกินข้าว การเดิน ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนนุช แยมวงษ์ (2557) ที่

พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ตันตินันท์ตระกูล และคณะ (2565) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 แต่คุณภาพชีวิตด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษา อาจจะเป็นเพราะว่า ตำบลนาเกาะ อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นตำบลที่อยู่ในเขตพื้นที่ชนบท ซึ่งแตกต่างชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นชุมชนที่เปลี่ยนแปลงจากชุมชนเกษตรกรรมเป็นชุมชนอุตสาหกรรมหรือสังคมกึ่งเมืองส่วนมาก ไม่มีการเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านต่าง ๆ เมื่อจะเข้าสู่วัยสูงอายุ

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *คู่มือการดำเนินงานอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ)*. กรุงเทพมหานคร.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *สถิติผู้สูงอายุ*. <http://www.dop.go.th/th/know/1> สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2567
- กรมอนามัย. (2567). *รายงานประจำปี 2566 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ*. กระทรวงสาธารณสุข.
- เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 94-105.
- ชนาทิพย์ พลพิจิตร, ชมนกัศ มณีรัตน์, เกศแก้ว วิมลมาลา และเพ็ญศิริ สันตโยภาส. (2563). ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(2), 103-115.
- ชูชัย ศุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, ศุภกิจ ศิริลักษณ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, สุพัตรา ศรีวินิชากร, เกษม เวชสุทธานนท์. (2553). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

จากการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะอยู่ในระดับต่ำ แต่บุคลากรทางสุขภาพควรยังต้องให้ความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะการกลั้นปัสสาวะ ซึ่งผู้สูงอายุปฏิบัติได้น้อยที่สุด ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดการพึ่งพาในระยะยาว และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมตามระดับกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel index for activities of daily living) เพื่อสามารถที่จะจัดกิจกรรมช่วยเหลือได้ตรงกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละระดับอย่างแท้จริง



- นนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 37-44.
- นริสา วงศ์พานารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 64-70.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเส. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. นครศรีธรรมราช.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเส. (2567). *รายงานประจำปี 2567 (6 เดือน)*. นครศรีธรรมราช.
- สุภาภรณ์ ตันตินันทระกุล, จิรกุล ครบสอน และนงลักษณ์ วิชัยรัมย์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบางโพธิ์เหนือ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(11), 352-373.
- สุวัฒน์ มหันนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และราณี พรมานะจรัสกุล. (2540). *เปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO 100 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). *ข้อมูลผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567 จาก https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=db4e8d42e1234a75bd03d430c31feb2f
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงวาง. (2567). *รายงานประจำปี 2567 (6 เดือน)*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2566). *รายงานประจำปี 2566 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts*. (4th Edition). New Jersey: Prentice-Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- World Health Organization. (1995). Measuring quality of life. Retrieved 20 September 2023, from https://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization. (1997). *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. Life Skills Education in Schools. Geneva: World Health Organization.

ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ
งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์
Effectiveness of a Competency Enhancement Program for Professional
Nurses at the Emergency and Forensic Unit, in Faktha Hospital.

ปาริชาติ รัตนานันท์

Parichat Rattananun

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: April 10, 2024; Accepted: April 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ประชากรที่นำมาศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 11 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2) คู่มือการเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และฝึกทักษะพยาบาล จำนวน 3 วัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่า สมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูง ($M=3.67$, $SD. = .10$) และสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง ($M=3.72$, $SD. = .04$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสมรรถนะหลักอยู่ในระดับสูงมาก ($M=4.31$, $SD. = .07$) และสมรรถนะเฉพาะงานอยู่ในระดับสูง ($M=4.17$, $SD. = .05$) ภายหลังเข้าร่วมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่า สมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะงานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

คำสำคัญ: สมรรถนะของพยาบาล, การพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช, โปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ



Abstract

The purpose of this research was to study the effectiveness of the program to enhance the competency of professional nurses in Emergency and Forensic Accident Nursing Work at Fak Tha Hospital, Uttaradit Province. The population used for the study was 11 professional nurses in Emergency, Accident, and Forensic Nursing Work. The tools used in the research include 1) Professional nurse competency assessment for Accident, Emergency, and Forensic Nursing Work; 2) Manual for building competency for professional nurses in caring for patients in Accident and Emergency Work; 3) Program for building competency of professional nurses in Accident and Emergency Work at a community hospital. The researcher created the program to enhance the competency of professional nurses in Emergency, Accident, and Forensic Nursing Work, which consisted of 3 days of activities to enhance knowledge and practice nursing skills. Data were analyzed using statistics such as frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The research results showed that before joining the professional nursing competency-building program in Emergency and Forensic Accident Nursing Work, the core competencies were at a high level ($M=3.67$, $SD = 0.10$), and job-specific competencies were at a high level ($M=3.72$, $SD = 0.04$). After participating in the program, core competencies were at a very high level ($M=4.31$, $SD = 0.07$), and specific job competencies were at a high level ($M=4.17$, $SD = 0.05$). After participating in the competency enhancement program for professional nurses in Emergency and Forensic Accident Nursing Work, both core competencies and job-specific competencies were higher than before participating in the program.

Keywords : Professional Nurses, Emergency and Forensic, Competency Enhancement Program

บทนำ

ปัจจุบันการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุให้มีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Prematurity Death) และมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังสถิติผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 35,000,000 ครั้ง ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1,488,522 ครั้ง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1,567,917 ครั้ง และ 1,665,829 ครั้ง ตามลำดับ (รายงานประจำปี สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2562) ดังนั้น การบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จะช่วยลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบายพัฒนาศักยภาพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ให้เป็นงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้ เพราะถ้าหากผู้ป่วยได้รับการ Early detection, Early management และ Early referral จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต การสูญเสียอวัยวะและการทำงานของอวัยวะสำคัญของผู้ป่วยได้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Trauma ได้แก่ Trauma care in hospital, Mass Casualty และ 2) กลุ่ม Non trauma เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Acute Coronary Syndrome), ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis and Septic shock) (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ด้วย

นโยบายดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ปัจจุบันการพัฒนาสมรรถนะมีหลายรูปแบบ อาทิ โปรแกรมการฝึกอบรมและหลักสูตรระยะสั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO) และหลักสูตร Pre hospital care และหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) ทั้งสองหลักสูตรประกอบด้วย การให้ความรู้ แลกเปลี่ยน และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเนื้อหาของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะต้องครอบคลุมมาตรฐานลักษณะงาน อาทิ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้บาดเจ็บ การประเมินและการคัดแยก สมรรถนะเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติงาน รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้ทักษะ ความสามารถและการตัดสินใจ ที่บุคคลแสดงให้เห็นความสามารถในการทำงานให้สำเร็จในระดับที่คาดหวังไว้ (National Emergency Nurses Association , 2022) การนำโปรแกรมไปใช้ต้องคำนึงถึงบริบทและความพร้อมของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

โรงพยาบาลพาท่า เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีขีดความสามารถระดับปฐมภูมิ (Primary care) หรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (ระดับ F2) มีขนาดเตียง 30-90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และจัดบริการตามมาตรฐานของบริการทุติยภูมิโดยไม่มีแพทย์เฉพาะทาง (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) อย่างไรก็ตาม ถึงแม้โรงพยาบาลชุมชนจะมีความพร้อมและมีความเชี่ยวชาญในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแต่ละระดับแตกต่างกัน โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งสามารถทำหัตถการหรือรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ แต่สมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะงานของพยาบาล จำเป็นต้องมีเช่นเดียวกันเนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินทุก

ประเภทที่เข้ามาใช้บริการ แต่พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาจต้องให้การรักษาโรคเบื้องต้น เนื่องด้วยบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 และ F2 ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้น จึงจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีการประเมิน คัดกรองและการทำหัตถการที่เหมาะสม ที่ผ่านมาระบบการพยาบาลแต่ละแห่งมีการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเฉพาะเรื่องเป็นครั้งคราว แต่ยังไม่เคยมีโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ จากการปรึกษาหารือในที่ประชุมประจำเดือนของหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนพบว่า พยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีการเข้ารับการอบรมและประชุมวิชาการแต่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้บุคลากรเหล่านั้นอาจขาดความรู้และทักษะที่เป็นปัจจุบันอย่างเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขระดับให้เป็นงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ พยาบาลงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จึงจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะให้เป็นไปตามมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละระดับ

จากความสำคัญของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินรวมทั้งความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า จึงเห็นความจำเป็นในการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดความปลอดภัยและสร้างความเชื่อมั่นต่อผู้รับบริการรวมทั้งสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่หน่วยงานและโรงพยาบาล โดยได้บูรณาการแนวคิดที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ และนำมาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานการ

พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า จังหวัดอุดรดิตถ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า โดยการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และสร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า จำนวน 11 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และมีความพร้อมในการเข้าร่วมงานวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ย้ายหรือเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน และเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และฝึกทักษะพยาบาลจำนวน 3 วัน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้ปฏิบัติตามมาตรฐานงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งอิงตามหลักการของณรงค์วิทย์ แสนทอง (2557) จำนวน 3 วัน รายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 พิธีเปิดโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หลังจากนั้นหัวหน้าพยาบาลบรรยายเรื่อง การเสริมสร้างเจตคติในทางบวกต่องานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และหัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช บรรยายเรื่อง สมรรถนะที่มีความจำเป็นสำหรับพยาบาลงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช สมรรถนะหลัก (core competency) ซึ่งได้แก่ สมรรถนะด้านการประสานความร่วมมือ (Cooperation competency) สมรรถนะด้านการตัดสินใจ (Decision Making competency) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ (Leadership competency) สมรรถนะด้านการแก้ปัญหา (problem solving competency) และสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม (Teamwork competency)

วันที่ 2 บรรยายและฝึกปฏิบัติ เรื่องสมรรถนะเฉพาะงาน (Technical knowledge competency) ได้แก่ เรื่อง Trauma care in hospital และ Mass casualty

วันที่ 3 บรรยาย และฝึกปฏิบัติ เรื่อง Non trauma care in hospital ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด (Acute Coronary Syndrome)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis and Septic shock) โดยแพทย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และผลงานการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ประกอบกับการศึกษาบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และบูรณาการแนวคิดจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก ได้แก่ 1) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ 2) สมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทยแคนาดา (National Emergency Nurses Association: NENA, 2014) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามสถานภาพส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน การฝึกอบรมเกี่ยวกับงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย

(1) สมรรถนะหลัก ประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านการประสานความร่วมมือ จำนวน 6 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ 3) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ จำนวน 10 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการแก้ปัญหา จำนวน 7 ข้อ และ 5) สมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น

แบบประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) แบ่งระดับสมรรถนะหลักตามเกณฑ์การประเมินของ Best (1977) ได้แก่ 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก (4.21-5.00) ระดับสูง (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) ระดับต่ำ (1.81-2.60) และระดับต่ำมาก (1.00-1.81)

(2) สมรรถนะเฉพาะงาน ประกอบด้วย

1) สมรรถนะการประเมินการจำแนกประเภทผู้ป่วย จำนวน 4 ข้อ 2) การประเมินเบื้องต้น จำนวน 9 ข้อ 3) สมรรถนะในการช่วยชีวิตการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต จำนวน 4 ข้อ 4) การช่วยชีวิต จำนวน 5 ข้อ 5) สมรรถนะการติดตามเฝ้าระวัง จำนวน 13 ข้อ และ 6) สมรรถนะการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) แบ่งระดับสมรรถนะเฉพาะงานตามเกณฑ์การประเมินของ Best (1977) ได้แก่ 5 ระดับ คือ ระดับสูงมาก (4.21-5.00) ระดับสูง (3.41-4.20) ปานกลาง (2.61-3.40) ระดับต่ำ (1.81-2.60) และระดับต่ำมาก (1.00-1.81)

ส่วนที่ 3 คู่มือการเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการแนวคิด 3 แนวคิด ได้แก่ (1) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ (2) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยสมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (National Emergency nurses association : NENA, 2014) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Trauma ได้แก่ Trauma care in hospital, Mass Casualty และ 2) กลุ่ม Non trauma ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Acute Coronary

Syndrome), ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (Sepsis and Septic shock)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาความชัดเจนของคำถาม ความเหมาะสมของคำถามและความเหมาะสมของการจัดเรียงคำถามในการสอบถาม แบบสอบถามมีลักษณะเป็นตารางให้คะแนนความสำคัญของสมรรถนะที่รวบรวมเป็นรายชื่อ โดยกำหนดตัวเลขเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ข้อความในประโยคนั้น ๆ ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด (1 คะแนน) ข้อความในประโยคนั้น ๆ สอดคล้องน้อยกว่าเนื้อหาที่ต้องการวัด (2 คะแนน) ข้อความในประโยคนั้น ๆ สอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด (3) และข้อความในประโยคนั้น ๆ สอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด (4) และนำมาการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) (Polit & Beck, 2017) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) เท่ากับ .81 วิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α -Coefficient) เท่ากับ .86

2. คู่มือการเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผู้วิจัยส่งคู่มืออบรมการเสริมสร้างสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และ กิจกรรมการอบรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ

ตรงของเนื้อหา พร้อมกับการตรวจสอบความตรงของแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และได้ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้คู่มือที่สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้จริง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปใช้เป็นการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ โดยมีคู่มือประกอบ ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ประชุมพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า เพื่อแจ้งผลการประเมินสมรรถนะ วางแผนการจัดโปรแกรมการอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน 2) การประชุมการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 11 คน (เพื่อให้มีพยาบาลทำงานอย่างต่อเนื่อง) จำนวน 3 วัน 3) พยาบาลศึกษาคู่มือด้วยตนเอง โดยให้พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวช ศึกษาคู่มืออบรมการเสริมสร้างสมรรถนะก่อนการเข้าอบรมตามโปรแกรม 2 อาทิตย์ 4) ดำเนินการอบรม และ 5) ประเมินผลการนำโปรแกรมไปใช้โดยประเมินจากพยาบาลผู้ผ่านการอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลและ

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินและนิติเวช ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

1. สถานภาพส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า

ประชากรที่นำมาศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า จำนวน 11 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 อายุระหว่าง 20 – 30 ปี ร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ 31 – 50 ปี ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 30.81 ปี (SD. = 7.50) ระยะเวลาปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 54.5 รองลงมา คือ 6 – 10 ปี ร้อยละ 27.3 ค่าเฉลี่ย 5.54 ปี (SD. = 5.87) การฝึกอบรมหลักสูตร Advanced Cardiac Life Support: ACLS และการจัดการสาธารณสุข เท่ากัน ร้อยละ 63.6 รองลงมา คือ การแปลผล EKG ร้อยละ 36.4 และการดูแลผู้ป่วย Stroke และการดูแลผู้ป่วย Sepsis เท่ากัน คือ ร้อยละ 27.3 หลักสูตร Advanced Trauma Life Support: ATLS ร้อยละ 9.1

2. สมรรถนะหลัก (Core competency) ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลฟากท่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและ

นิติเวช พบว่า สมรรถนะหลัก (Core competency) อยู่ในระดับสูง ($M = 3.67, SD. = .10$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20) ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านการแก้ปัญหา ด้านการทำงานเป็นทีมและด้านภาวะผู้นำตามลำดับ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่า สมรรถนะหลัก (Core competency) อยู่ในระดับสูงมาก ($M = 4.31, SD. = .07$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย

ระหว่าง 4.21 – 5.00) ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ รองลงมา คือ ด้านการประสานความร่วมมือ ด้านการแก้ปัญหาตามลำดับ และระดับสูง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41 – 4.20) ได้แก่ ด้านการทำงานเป็นทีมและด้านภาวะผู้นำตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สมรรถนะหลัก (Core competency) ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านภาวะผู้นำ ด้านการตัดสินใจ ด้านการแก้ปัญหาและด้านการประสานความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะหลัก (Core competency) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า ก่อนและหลังการทดลอง ($N = 11$)

สมรรถนะหลัก	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	P - value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
ด้านการทำงานเป็นทีม	3.64	.36	สูง	4.16	.19	สูง	6.409	.000
ด้านภาวะผู้นำ	3.61	.19	สูง	4.08	.15	สูง	6.479	.000
ด้านการตัดสินใจ	4.01	.26	สูง	4.62	.23	สูงมาก	7.721	.000
ด้านการแก้ปัญหา	3.77	.17	สูง	4.33	.18	สูงมาก	10.710	.000
ด้านการประสานความร่วมมือ	4.01	.21	สูง	4.65	.24	สูงมาก	5.945	.000
รวม	3.67	.10	สูง	4.31	.07	สูงมาก	21.610	.000

3. สมรรถนะเฉพาะงาน (Core Technical knowledge competency) ของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สมรรถนะเฉพาะงาน (Core Technical knowledge competency) ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($M = 3.72, SD. = .04$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41–4.20) ได้แก่ สมรรถนะการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รองลงมา คือ การจำแนกประเภทผู้ป่วย การ

ประเมินเบื้องต้น การช่วยชีวิต การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตและการติดตามเฝ้าระวัง ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สมรรถนะเฉพาะงาน (Core Technical knowledge competency) ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง ($M = 4.17, SD. = .05$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.21–5.00) ได้แก่ การจำแนกประเภทผู้ป่วยและการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ ระดับสูง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.41–4.20) ได้แก่ การประเมินเบื้องต้น การช่วยชีวิต สมรรถนะการบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน และการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า สมรรถนะเฉพาะงาน (Core Technical knowledge competency) ของพยาบาลวิชาชีพในการจำแนก

ประเภทผู้ป่วย การประเมินเบื้องต้น การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต การช่วยชีวิต การติดตามเฝ้าระวังและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสมรรถนะเฉพาะงาน (Technical knowledge competency) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลพาท่า ก่อนและหลัง การทดลอง (N = 11)

สมรรถนะเฉพาะงาน	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p- value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
สมรรถนะการประเมิน								
- การจำแนกประเภทผู้ป่วย	4.02	.20	สูง	4.51	.24	สูงมาก	5.342	.000
- การประเมินเบื้องต้น	3.73	.26	สูง	4.20	.24	สูง	8.504	.000
สมรรถนะการช่วยชีวิต								
- การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต	3.63	.23	สูง	4.08	.26	สูง	9.944	.000
- การช่วยชีวิต	3.67	.23	สูง	4.19	.17	สูง	9.293	.000
- การติดตามเฝ้าระวัง	3.59	.16	สูง	4.30	.19	สูงมาก	13.397	.000
- สมรรถนะการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	3.78	.14	สูง	4.19	.20	สูง	8.854	.000
รวม	3.72	.04	สูง	4.17	.05	สูง	12.025	.000

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม ด้านภาวะผู้นำอยู่ในระดับสูง ด้านการตัดสินใจ ด้านการแก้ปัญหา และด้านการประสานความร่วมมือ อยู่ในระดับสูงมาก ทุกด้านมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวประสบความสำเร็จในการพัฒนาทักษะการทำงานเป็นทีมของพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมมีการเสริมสร้างเจตคติในทางบวกต่องานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและ

นิติเวช การบรรยายเรื่องสมรรถนะที่มีความจำเป็นสำหรับพยาบาลงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช สมรรถนะหลัก (core competency) ซึ่งได้แก่สมรรถนะด้านการประสานความร่วมมือ สมรรถนะด้านการตัดสินใจ สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ สมรรถนะด้านการแก้ปัญหา และสมรรถนะด้านการทำงานเป็นทีม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Campion et al., (1993) ที่ระบุว่า การฝึกอบรมเป็นกระบวนการสำคัญในการเสริมสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่เน้นการทำงานแบบร่วมมือ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการทำงานเป็นทีม เช่น การระดม

■ ■ ■

สมอง การอภิปรายกลุ่ม การแบ่งกลุ่มปฏิบัติการกิจกรรม เป็นต้น ส่งผลให้มีการปรับปรุงกระบวนการทำงานและวัฒนธรรมองค์กรให้เอื้อต่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม เช่น การสร้างกติกาการทำงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น และการปลูกฝังค่านิยมองค์กรที่ส่งเสริมการทำงานร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Campion และคณะ ที่ว่าการทำงานเป็นทีมต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล กระบวนการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร สอดคล้องกับ อารีย์ เสถียรวงศา (2561) พบว่าสมรรถนะหลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นมีกระบวนการพัฒนาจากการบูรณาการแนวคิดทั้งในและต่างประเทศที่เชื่อถือได้ รวมทั้งผ่านการปรับปรุงให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยงานก่อนนำไปจัดทำเป็นคู่มือเฉพาะสำหรับงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้พยาบาลมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน และเกิดความชัดเจนเกี่ยวกับแบบแผนการทำงานที่กำหนดไว้ (สำนักการพยาบาล, 2556)

สมรรถนะเฉพาะงาน จากผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ ฯ พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะเฉพาะงานด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง โดยมีสมรรถนะด้านการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด รองลงมาคือ การจำแนกประเภทผู้ป่วย การประเมินเบื้องต้น การช่วยชีวิต การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต และการติดตามผู้ป่วยตามลำดับ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว พบว่าสมรรถนะเฉพาะงานของพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยมีสมรรถนะด้านการจำแนกประเภทผู้ป่วยและการติดตามผู้ป่วยอยู่ใน

ระดับสูงมาก ส่วนด้านการประเมินเบื้องต้น การช่วยชีวิต การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การที่สมรรถนะเฉพาะงานด้านต่างๆ ของพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นหลังจากผ่านโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมหดกล่าว ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้และทักษะเฉพาะด้านแก่พยาบาล โดยแบ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บและผู้ป่วยที่มีไข้บาดเจ็บ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง และภาวะติดเชื้อรุนแรง เป็นต้น ผ่านการบรรยายและฝึกปฏิบัติจริง ส่งผลให้พยาบาลมีศักยภาพในการจำแนกและประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นได้อย่างแม่นยำมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลองค์รวมของวัตสัน (Watson, 2012) ที่เน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม รวมถึงสอดคล้องกับผลงานวิจัยของอารีย์ เสถียรวงศา (2561) และ Rajeswaran (2016) ที่พบว่าการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะด้านการประเมิน จำแนก และจัดการกับภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะของบอยาทซีส (Boyatzis, 1982) ที่ว่าสมรรถนะเป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้โดยการฝึกอบรมและประสบการณ์ เพื่อนำมาปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการติดตามและประเมินผลการนำสมรรถนะที่ได้รับการพัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง

ของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เห็นผลลัพธ์
ของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรมีการปรับปรุงและทบทวนเนื้อหา
ของโปรแกรมให้ทันสมัยอยู่เสมอ เนื่องจากความรู้และ
เทคโนโลยีทางการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่
ตลอดเวลา

3. ควรเพิ่มการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์
จำลองให้มากขึ้น เพื่อให้พยาบาลได้ฝึกทักษะการ
แก้ปัญหาเฉพาะหน้าและการตัดสินใจภายใต้
สถานการณ์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ
โรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ
แนวปฏิบัติที่ดีด้านการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. ควรมีการสำรวจความต้องการในการ
พัฒนาสมรรถนะเพิ่มเติมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อนำมา
ปรับปรุงและออกแบบโปรแกรมให้ตรงกับความต้องการ
มากยิ่งขึ้น

3. ควรมีการประเมินความคุ้มค่าและความ
คุ้มค่าของโปรแกรม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนและ
บริหารจัดการโปรแกรมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED Triage. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักวิชาการแพทย์, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED Triage. https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Population_Health/Attach/25621_021104459AM_44.pdf?contentId=18326
- กรมการแพทย์. (2561). คู่มือแนวทางการจัดบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับระดับศักยภาพสถานพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักวิชาการแพทย์, กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล: Service plan. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.
- ณรงค์วิทย์ แสนทอง. (2557). Competency ทำง่ายกว่าได้ผลดีกว่า. กรุงเทพฯ : เอช อาร์ เซ็นเตอร์, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี
- ลิขิต ธีรเวคิน. (2557). การเสริมสร้างสมรรถนะนักบริหารการพยาบาลวิชาชีพ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). (2562). แนวปฏิบัติสำหรับหน่วยปฏิบัติการประเภทปฏิบัติการแพทย์ ระดับต้น และระดับพื้นฐาน. <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). (2562). รายงานประจำปี 2562. สืบค้นจาก <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/10123?group=23>
- สำนักการพยาบาล. (2556). คู่มือแนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.



อารีย์ เสถียรวงศา (2561). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชุมพร (Doctoral dissertation, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช).

<https://ir.stou.ac.th/bitstream/123456789/11220/1/fulltext.pdf>

Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. John Wiley & Sons.

Campion, M. A., Medsker, G. J., & Higgs, A. C. (1993). Relations between work group characteristics and effectiveness: Implications for designing effective work groups. *Personnel Psychology*, 46(4), 823–847.

Emergency Nurses Association. (2022). *Sheehy's Manual of Emergency Care-E-Book*. Elsevier Health Sciences. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1993.tb01571.x>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10th ed.). Wolters Kluwer Health.

Rajeswaran, L. (2016). Developing competencies for emergency nurse practice in Singapore. *International Emergency Nursing*, 24, 21-24. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.05.003>

Watson, J. (2012). *Human caring science*. Jones & Bartlett Publishers.

ผลของการพยาบาลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟักท่า
จังหวัดอุตรดิตถ์

The Effects of Primary Nursing System in Inpatient Unit, Faktha Hospital.

ประยูรเกียรติ เอกา

Prayoonkiat Eka

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟักท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

(Received: April 1, 2024; Accepted: April 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟักท่า ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน และผู้ป่วย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ คู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้ แผนฝึกอบรมการปฏิบัติงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ และของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One-group-t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.30) โดยทุกด้าน ได้แก่ เทคนิคการดูแล คุณภาพการดูแล ความพร้อมของบริการ สิ่งแวดล้อม การดูแลต่อเนื่อง และผลลัพธ์ อยู่ในระดับมากที่สุด สำหรับความพึงพอใจของพยาบาล พบว่า ระดับความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นจากเดิมที่อยู่ในระดับมาก (3.64) เป็นระดับมากที่สุด (4.62) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านการติดต่อสื่อสารมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (4.66) รองลงมาคือด้านการบังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน ลักษณะงาน และสภาพการทำงาน (4.64, 4.62, 4.59 และ 4.58 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าทั้งภาพรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาล และความพึงพอใจของผู้รับบริการได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ: ระบบพยาบาลเจ้าของไข้, ความพึงพอใจของพยาบาล, ความพึงพอใจของผู้รับบริการ



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of implementing the primary nursing system in the inpatient department of Fak Tha Hospital. The study population consisted of 9 professional nurses and 30 patients. The research instruments included a primary nursing system manual, a training plan for the primary nursing system, and satisfaction questionnaires for service recipients and professional nurses. Data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, one-group t-test, and paired t-test.

The results showed that after the implementation of the primary nursing system, the overall satisfaction level of service recipients was at the highest level (mean = 4.30), with all aspects including care techniques, technical care quality, service readiness, physical environment, continuous care, and effectiveness/outcomes at the highest level. For nurses' satisfaction, it was found that the overall satisfaction level increased from a high level (3.64) to the highest level (4.62). When considering each aspect, all aspects were at the highest level, with communication having the highest mean score (4.66), followed by supervision, colleagues, job characteristics, and working conditions (4.64, 4.62, 4.59, and 4.58, respectively). When testing the difference in mean satisfaction scores before and after using the paired t-test, it was found that both overall and, in each aspect, there were statistically significant differences at the 0.05 level, indicating that the primary nursing system helped increase job satisfaction among nurses and satisfaction among service recipients.

Keywords : Primary Nursing System, Nurses' Satisfaction, Patients' Satisfaction

บทนำ

พยาบาลวิชาชีพถือเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการให้บริการด้านสุขภาพ โดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาวะของประชาชน ให้การบริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ รวมถึงบทบาทในฐานะนักวิชาการคู่ขนานกันไป ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการปฏิบัติงานพยาบาล เนื่องจากในปัจจุบันสังคมมีความคาดหวังที่สูงขึ้นต่อการเข้ารับบริการสุขภาพภายใต้มาตรฐาน คุณภาพ และความเป็นเลิศ ดังนั้นการเลือกใช้รูปแบบในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญของพยาบาล เพื่อนำไปสู่คุณภาพการบริการที่ดี และความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีรูปแบบและขั้นตอนการบริการหลากหลายรูปแบบ ทั้งการใช้แบบผสมผสานและการใช้รูปแบบเดียว อาทิ ระบบพยาบาลเป็นทีม ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ระบบการจัดการด้านผู้ป่วย ระบบการดูแลเป็นรายบุคคล และระบบมอบหมายงานตามหน้าที่ (Sullivan & Decker, 2000)

ระบบพยาบาลเจ้าของไข้หรือ Primary Nursing เป็นรูปแบบการบริหารจัดการบริการพยาบาลซึ่งมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพคนหนึ่งรับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยรายหนึ่งอย่างต่อเนื่องครบวงจร ตั้งแต่การรับรองโรคเข้ารับรักษาจนกระทั่งจำหน่าย การดูแลครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณแบบองค์รวม โดยพยาบาลผู้นั้นใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการประเมินปัญหา วางแผนปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการดูแล นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประสานงานกับบุคลากรสหสาขาวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือกับพยาบาลผู้ช่วยเหลือ ในกรณีที่พยาบาลเจ้าของไข้ติดภารกิจอื่น (Payne & Steakley, 2015) หลักการสำคัญของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ คือ

การกระจายอำนาจการตัดสินใจไปสู่พยาบาลปฏิบัติการ อันจะช่วยให้พยาบาลมีอิสระและมีส่วนรับผิดชอบในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีโอกาสสร้างสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเอื้อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที Marram และคณะ (1979) งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าระบบนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล สามารถให้บริการที่มีคุณภาพสูงด้วยบุคลากรจำนวนน้อยกว่า เมื่อเทียบกับระบบพยาบาลแบบทีม (Marram GD, Barrett MW, Bevis EO., 1979; Jonsdottir H., 1999; Shengsom S., 2002; Jones, K., 1979)

จากการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ระหว่างปฏิบัติงานและการทบทวนบันทึกทางการพยาบาล พบว่าพยาบาลมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานในระดับต่ำ เมื่อดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุโดยการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานจำนวน 9 ราย ปรากฏว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มี ความพึงพอใจต่อระบบการจัดบริการพยาบาลในปัจจุบัน โดยระบุว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลมีน้อย ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุมได้ เนื่องจากการเปลี่ยนหมุนเวียนพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพ ส่งผลให้การประเมินปัญหาไม่ครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล พยาบาลส่วนใหญ่ต้องการให้มีการจัดบริการพยาบาลแบบใกล้ชิด เพื่อจะได้ทราบปัญหาและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม นอกจากนี้ จากการสอบถามผู้ป่วยในจำนวน 5 รายที่มารับบริการในหอผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยยังไม่มี ความพึงพอใจต่อระบบ



การจัดบริการพยาบาลในปัจจุบันเช่นกัน โดยผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลจากพยาบาลที่คุ้นเคย ซึ่งเป็นพยาบาลคนเดิมที่ทราบปัญหาตั้งแต่แรกและสามารถให้การดูแลอย่างใกล้ชิด บางครั้งพบว่าพยาบาลที่แนะนำก่อนเข้ารับการรักษาและพยาบาลที่ให้การดูแลระหว่างการรักษาเป็นคนละคนกัน รวมทั้งการเปลี่ยนพยาบาลทุกวันทำให้เกิดปัญหาการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าว พยาบาลจึงควรมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบอย่างจริงจัง เพื่อให้การบริการมีคุณภาพตามมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงาน

ในฐานะหัวหน้างานผู้ป่วยในผู้ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยในให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้วิจัยจึงได้ริเริ่มพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing) ในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลฟากท่า โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการแก่ผู้ป่วยในรูปแบบใหม่ ซึ่งจะส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้ และมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่รับผิดชอบมากยิ่งขึ้น สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ตลอดจนรับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างลึกซึ้ง เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความคล่องตัวและมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในการดูแลรักษาผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า

จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่มีต่อความพึงพอใจในการรับบริการของผู้รับบริการ

2. เพื่อศึกษาผลของการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ที่มีต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของมาแรมและคณะ (Marram et al., 1979) ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการพยาบาลที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีความรับผิดชอบและการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม มีการประสานงาน รวมถึงการพัฒนาบุคลากร โดยคาดว่าจะนำไปสู่ความพึงพอใจของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ สำหรับความพึงพอใจของผู้รับบริการใช้แนวคิดของอีริคเซน (Eriksen, 1988) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ศิลปะการดูแล คุณภาพการดูแลทางเทคนิค ความพร้อมในการบริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง และประสิทธิผลของการดูแล ส่วนความพึงพอใจในงานของพยาบาล ใช้แนวคิดของสเปกเตอร์ (Spector, 1997) โดยศึกษา 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ลักษณะงาน การบังคับบัญชา สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และผู้ร่วมงาน ซึ่งคาดว่าจะได้รับผลกระทบจากการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้

ประชากร

ประชากรที่นำมาวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า จำนวน 9 คน โดยแบ่งการ

ปฏิบัติงานเวรเช้า (08.30 – 16.30 น.) จำนวน 5 คน เวรบ่ายเวรป่วย (16.30 – 24.30 น.) จำนวน 2 คน และ เวรดึก (24.30 – 08.30 น.) จำนวน 2 คน ระบบที่ใช้ในการมอบหมายงานเป็นแบบการดูแลเป็นรายบุคคล (Case method or patient care) ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่งานผู้ป่วยใน 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการใช้รูปแบบระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพากา ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 จำนวน 3 วัน ขึ้นไป จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง 2 ชุด ได้แก่

1.1 คู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ประกอบด้วย แนวคิดระบบพยาบาลเจ้าของไข้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าหน่วยงาน บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเจ้าของไข้ การรายงานการรับส่งเวร การประชุมปรึกษาทางการพยาบาลก่อนและหลังการบริการพยาบาล การบันทึกทางการพยาบาล การเยี่ยมตรวจทางการพยาบาล และการวางแผนจำหน่ายผู้ใช้บริการก่อนกลับบ้าน

1.2 แผนผังกรอบเชิงปฏิบัติการการปฏิบัติงานในระบบพยาบาลเจ้าของไข้ซึ่งจะมีเนื้อหาครอบคลุมเช่นเดียวกับคู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และประสบการณ์การทำงาน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการของผู้รับบริการของเพ็ญญา ทองดีรัมย์ (2549) ซึ่งสร้างจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้ใช้บริการ (Measuring Patient Satisfaction with Nursing Care: A Magnitude Estimation Approach) ของ Eriksen (1988) จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน คือ 1) ศิลปะการดูแล 2) คุณภาพการดูแลทางเทคนิค 3) ความพร้อมในการบริการ 4) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 5) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของการดูแล ลักษณะคำตอบแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ระดับของความพึงพอใจต่อบริการแบ่งเป็น 3 ระดับ ใช้ค่าเฉลี่ย (Best, J. W. and Kahn J.V., 1993) ได้แก่ พึงพอใจมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน) พึงพอใจน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) วิเคราะห์หาเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความ

พึงพอใจในงาน ของเพ็ญญา ตองติธรรมย์ (2549) (โดยใช้แนวคิดและแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของ Spector (1997) ประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านลักษณะงาน 2) ด้านการบังคับบัญชา 3) ด้านสภาพการทำงาน 4) ด้านการติดต่อสื่อสารและ 5) ด้านผู้ร่วมงาน จำนวน 24 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด (5 คะแนน) พึงพอใจมาก (4 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (3 คะแนน) พึงพอใจน้อย (2 คะแนน) พึงพอใจน้อยที่สุด (1 คะแนน) ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ใช้ค่าเฉลี่ย (Best, J. W. and Kahn J.V., 1993) ได้แก่ พึงพอใจมาก (3.68 – 5.00 คะแนน) พึงพอใจปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน) พึงพอใจน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน) วิเคราะห์หาเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ผู้วิจัยประเมินสภาพ การมอบหมายงานในหอผู้ป่วยใน จากการศึกษาเอกสาร การสังเกตการณ์ การสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของพยาบาล การสัมภาษณ์หัวหน้าทีมพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการมอบหมายงานที่ใช้ในปัจจุบันและความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของการมอบหมายงานในระบบที่ปฏิบัติงานอยู่

1.2 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในงานก่อนการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ให้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน

2. ระยะออกแบบและพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Design & Development)

2.1 ผู้วิจัยพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยการทบทวนวรรณกรรมวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ การประเมินความครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยศักยภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจ ความพร้อมในการเรียนรู้

2.2 ทบทวนคู่มือและปรับปรุงคู่มือระบบพยาบาลเจ้าของไข้ ผู้วิจัยจัดทำและรวบรวมให้แล้วเสร็จในเดือนตุลาคม 2566 และกำหนดการปรับเปลี่ยนระบบการจัดการคุณภาพขององค์การตามการพัฒนาระบบพยาบาลโดยรวม และแจ้งพยาบาลวิชาชีพทราบ

3. ระยะทดลองใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Implementation)

3.1 เตรียมความพร้อมทีมผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ หัวหน้างานหอผู้ป่วย พยาบาลเจ้าของไข้ โดยนำระบบที่พัฒนาขึ้นชี้แจงทีมผู้ดูแล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 คน โดยจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “เรื่อง การพัฒนาการมอบหมายงานระบบพยาบาลเจ้าของไข้” ในวันที่ 15 เดือน ธันวาคม 2566 ตั้งแต่เวลา 8.30 – 16.30 น.

3.2 ผู้วิจัยนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่พัฒนาขึ้น ไปใช้ในหอผู้ป่วยใน โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้ 9 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน รับผิดชอบผู้ป่วยเฉลี่ย 1:4 โดยเวรเช้า 1 คนต้องดูแลผู้ป่วย 1:4 เป็นพยาบาลเจ้าของไข้และผู้ช่วยในการดูแลผู้ที่ที่พยาบาลเจ้าของไข้ไม่ได้ขึ้นปฏิบัติงานและปฏิบัติตามคู่มือ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 15 กุมภาพันธ์ 2567



4. ระยะประเมินผลของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Evaluation)

4.1 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานตามระบบพยาบาลเจ้าของไข้ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน จำนวน 9 คน โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกันในการวัดก่อนการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้ไปใช้ (สัปดาห์สุดท้ายของการทดลอง)

4.2 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล ได้แก่ ผู้รับบริการในหอผู้ป่วยใน หลังได้รับการบริการพยาบาลระบบพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นรายบุคคลและขอรับคืนเมื่อตอบเสร็จในวันเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพผู้ใช้บริการ และข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน วิเคราะห์ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติทดสอบ One-group-t-test โดยเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานหรือค่าคงที่ที่กำหนดไว้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดให้ค่ามาตรฐานหรือค่าคงที่สำหรับการเปรียบเทียบกับคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการ เท่ากับ 3.42 ซึ่งอ้างอิงจากผลการศึกษา

ของ สุมิตรา โพธิ์ปาน (2565) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการใช้การพัฒนาระบบพยาบาลเจ้าของไข้ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test โดยเปรียบเทียบทั้งโดยรวมทุกด้าน และในแต่ละด้าน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ความพึงพอใจต่อระบบพยาบาลเจ้าของไข้ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

1.1 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลพากท่า จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.3 อายุ 61 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 43.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ปริญญาตรี ร้อยละ 13.3 เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในตั้งแต่ 3 ครั้ง ขึ้นไป ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ 2 ครั้ง ร้อยละ 40.0 สิทธิในการรักษาพยาบาลเป็นบัตรประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ เบิกค่ารักษาพยาบาลจากราชการหรือหน่วยงานท้องถิ่น ร้อยละ 20.0 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน 3 วัน ร้อยละ 76.7 รองลงมา คือ 4 – 6 วัน ร้อยละ 20.0 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	17	56.3
หญิง	13	43.7
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 20 ปี	5	16.7
31 – 40 ปี	4	13.3
41 – 50 ปี	3	10.0
51 – 60 ปี	5	16.7
61 ปี ขึ้นไป	13	43.7
3. การศึกษา		
ประถมศึกษา	23	66.7
มัธยมศึกษาปีที่ 1 -3	3	10.0
มัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6	3	10.0
ปริญญาตรี	4	13.3
4. จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน		
ครั้งที่ 2	12	40.0
ตั้งแต่ 3 ครั้ง ขึ้นไป	18	60.0
5. สิทธิในการรักษาพยาบาล		
บัตร 30 บาท	20	66.7
เบิกจากราชการหรือหน่วยงานท้องถิ่น	6	20.0
ชำระเงินเอง	4	13.3
6. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน		
3 วัน	23	76.7
4 – 6 วัน	6	20.0
7 วัน ขึ้นไป	1	3.3

1.2 ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของผู้รับบริการหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่าโดยรวม ด้านเทคนิคการดูแลผู้ป่วย ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ด้านความพร้อมในการบริการ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ด้านการดูแลต่อเนื่องและด้านประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในภาพรวมพบว่ามีความเฉลี่ยเท่ากับ 4.30 (SD = 0.12) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด โดยผลการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t มีค่า $t = 183.314$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับความพึงพอใจรายด้าน ปรากฏว่าอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยด้านประสิทธิผลและ

ผลลัพธ์ของการดูแลมีความเฉลี่ยสูงสุด (M = 4.34, SD = 0.12) รองลงมาคือด้านการดูแลต่อเนื่อง (M = 4.33, SD = 0.12) ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค (M = 4.32, SD = 0.22) ด้านความพร้อมในการบริการ (M = 4.30, SD = 0.16) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (M = 4.29, SD = 0.18) และด้านเทคนิคการดูแลผู้ป่วย (M = 4.24, SD = 0.28) ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่า การนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลฟากท่า ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูงมากทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า หลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ และการทดสอบที่ (n=30)

ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล	M	SD.	ความพึงพอใจ	t	p-value
ด้านเทคนิคการดูแลผู้ป่วย	4.24	.28	มากที่สุด	81.979	<.001
ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค	4.32	.22	มากที่สุด	106.175	<.001
ด้านความพร้อมในการบริการ	4.30	.16	มากที่สุด	145.316	<.001
ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	4.29	.18	มากที่สุด	128.954	<.001
ด้านการดูแลต่อเนื่อง	4.33	.12	มากที่สุด	184.719	<.001
ด้านประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการดูแล	4.34	.12	มากที่สุด	190.115	<.001
โดยรวม	4.30	.12	มากที่สุด	183.314	<.001

2. ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า

2.1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า พบว่าพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า จำนวน 9 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 อายุ น้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ 41 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 22.2 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.9

รองลงมา คือ ปริญญาโท ร้อยละ 11.1 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า ร้อยละ 66.7 รองลงมา คือ 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 22.2

2.2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจของพยาบาลประจำการ ณ หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า ก่อนและหลังการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ทั้งในภาพรวมและรายด้านต่าง ๆ ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test พบว่า ก่อนการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ระดับความพึงพอใจ



ของพยาบาลโดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก ($M = 3.64$, $SD = 0.04$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่ด้านอยู่ในเกณฑ์มาก โดยด้านผู้ร่วมงานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M = 3.80$, $SD = 0.11$) รองลงมาได้แก่ ด้านการบังคับบัญชา ($M = 3.64$, $SD = 0.19$) ด้านสภาพการทำงาน ($M = 3.62$, $SD = 0.14$) ด้านการติดต่อสื่อสาร ($M = 3.58$, $SD = 0.11$) และด้านลักษณะงาน ($M = 3.55$, $SD = 0.10$) ตามลำดับ

ภายหลังการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ระดับความพึงพอใจโดยรวมของพยาบาลเพิ่มขึ้นสู่ระดับมากที่สุด ($M = 4.62$, $SD = 0.03$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มากที่สุดเช่นเดียวกัน โดยด้านการติดต่อสื่อสารมี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($= 4.66$, $SD = 0.12$) รองลงมาคือด้านการบังคับบัญชา ($M = 4.64$, $SD = 0.14$) ด้านผู้ร่วมงาน ($M = 4.62$, $SD = 0.06$) ด้านลักษณะงาน ($M = 4.59$, $SD = 0.12$) และด้านสภาพการทำงาน ($M = 4.58$, $SD = 0.05$) ตามลำดับ

จากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ทั้งในภาพรวมและรายด้านทุกด้านมีค่า $p\text{-value} < .0001$ ซึ่งหมายความว่า ภายหลังการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาล ก่อนและหลังการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลฟากท่า

ความพึงพอใจ	ก่อนทดลอง n=9			หลังทดลอง n=9			t	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
ด้านลักษณะงาน	3.55	.10	มาก	4.59	.12	มากที่สุด	19.97	<.0001
ด้านการบังคับบัญชา	3.64	.19	มาก	4.64	.14	มากที่สุด	12.71	<.0001
ด้านสภาพการทำงาน	3.62	.14	มาก	4.58	.05	มากที่สุด	19.37	<.0001
ด้านการติดต่อสื่อสาร	3.58	.11	มาก	4.66	.12	มากที่สุด	19.90	<.0001
ด้านผู้ร่วมงาน	3.80	.11	มาก	4.62	.06	มากที่สุด	19.63	<.0001
โดยรวม	3.64	.04	มาก	4.62	.03	มากที่สุด	58.80	<.0001

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า หลังจากนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลฟากท่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดทั้งภาพรวมและรายด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านประสิทธิผลและผลลัพธ์ของการดูแล อาจเนื่องมาจากระบบพยาบาลเจ้าของไข้มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม โดย

พยาบาลคนเดียวกันดูแลผู้ป่วยตลอดรอบการรักษา ทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล สามารถประเมินวินิจฉัย วางแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้สูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการพยาบาลองค์รวมของ ดอร์โร โอเร็ม (Dorothy Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ที่เน้นให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยพยาบาลมีบทบาท



สนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ รวมถึงงานวิจัยของ สุมิตรา โปธิ์ปาน (2565) ที่พบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยรองลงมาคือด้านการดูแลต่อเนื่องและด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ก็สะท้อนให้เห็นถึงจุดเด่นของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในการสร้างความต่อเนื่องของการดูแลและการให้บริการทางวิชาชีพที่มีคุณภาพ อันเป็นผลจากการที่มีพยาบาลคนเดียวดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดรอบการรักษารวมกับสามารถเชี่ยวชาญและมีทักษะในการดูแลเฉพาะรายบุคคลได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sellick และคณะ (2003) ที่พบว่าระบบนี้ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและพนักงานในระดับสูง โดยเฉพาะในด้านที่สนับสนุนปรัชญาของการดูแลแบบเจ้าของไข้ นอกจากนี้การสื่อสารที่ดีและการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงสภาพแวดล้อมการทำงานของพยาบาลที่ดีมีผลต่อประสพการณ์และความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Kutney-Lee, McHugh, Sloane, Cimiotti, Flynn, Neff, & Aiken, 2009)

การนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพาทา ส่งผลให้ระดับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน การบังคับบัญชา สภาพการทำงาน การติดต่อสื่อสาร และการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสามารถอธิบายได้จากลักษณะเฉพาะของระบบดังกล่าวที่ส่งเสริมให้พยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครบวงจร โดยมีพยาบาลคนเดียวรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยรายนั้นตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย ทำให้พยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพและเข้าใจผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้ง

รวมถึงพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้พยาบาลมีความภาคภูมิใจและพึงพอใจในลักษณะงานที่ทำทนายและส่งเสริมการเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศหลายงานสนับสนุนผลการศึกษานี้ โดยพบว่าระบบพยาบาลเจ้าของไข้ นอกจากจะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการทำงานเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากมีอำนาจในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถพัฒนาความสามารถในการวินิจฉัยและการตัดสินใจ ตลอดจนถึงอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วย โดยได้รับการสนับสนุนจากการบริหารจัดการพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน (Nissen, Boumans, & Landeweerd, 1997; Choi et al., 2013; Dal Molin et al., 2018)

นอกจากนี้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ยังช่วยส่งเสริมการสื่อสารและการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากมีพยาบาลคนเดียวเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการติดต่อประสานงาน ส่งผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจด้านการติดต่อสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่นเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อบริหารทรัพยากรบุคคลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนการมีอำนาจการตัดสินใจ ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา และการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดีสามารถช่วยเพิ่มความพึงพอใจและลดความเครียดในการทำงานของพยาบาลได้ (Nantsupawat, et al., 2011)



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรมีการสำรวจความคิดเห็น/ปัญหาอุปสรรคจากพยาบาลประจำการเกี่ยวกับการนำระบบพยาบาลเจ้าของไข้มาใช้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
2. ควรมีการติดตามประเมินผลความพึงพอใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบต่อไป
3. ควรมีการขยายผลไปยังหอผู้ป่วยอื่น ๆ ในโรงพยาบาลนี้ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อยืนยันผลการศึกษาและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในระบบพยาบาลเจ้าของไข้เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านผู้บริหาร กระบวนการทำงาน ความร่วมมือของผู้ร่วมงาน เป็นต้น
2. ศึกษาผลกระทบของระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ เช่น ระยะเวลาอนโรพยาบาล อัตราการติดเชื้อ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ เป็นต้น
3. วิจัยเปรียบเทียบความพึงพอใจ/คุณภาพบริการ ระหว่างระบบพยาบาลเจ้าของไข้กับระบบการพยาบาลรูปแบบอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- เพ็ญนภา ตองติธรรมย์. (2549). ผลของการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและความพึงพอใจในงานของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุมิตรา โพธิ์ปาน, กมลชนก มากมา, วิศมน วุฒิศิริณกุล และอัญชลี อินทเสนา (2565). การพัฒนาระบบการพยาบาลเจ้าของไข้ห้องผู้ป่วยหนักแผนกกุมารเวชกรรม. พุทธชินราชเวชสาร, 39(3), 304-317. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/BMJ/article/view/259857>
- Best, J. W. and Kahn J.V. (1993). Research in Education. 7th ed. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Choi, E., Lee, H., Kim, J., Ko, M., & Kim, B. (2013). Effect of Changes in Nursing Delivery System on Satisfaction of Nurses and Patients and Direct Nursing Time. Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 19, 217-226. <https://doi.org/10.11111/JKANA.2013.19.2.217>.
- Eriksen, L.R. (1988). Measuring patient satisfaction with nursing care: A magnitude estimation approach. In C. F. Waltz and O. L. Strickland. (Eds). Measurement of nursing outcomes. New York: Springer.
- Jones, K., (1979) Study document effects of primary nursing on renal patients. Hospitals 1979;49(12): 85-9.
- Jonsdottir H. (1999). Outcome of implementing primary nursing in the care of people with chronic lung disease: the nurse's experience. J Nurs ggggg. 7(4): 235-42.



- Kutney-Lee, A., McHugh, M., Sloane, D., Cimiotti, J., Flynn, L., Neff, D., & Aiken, L. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction.. *Health Affairs*, 28 4, w669-77. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669>.
- Marram GD, Barrett MW, Bevis EO. (1979). *Primary Nursing: a model for individualized care*. St. Louis: Mosby;.
- Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Aunguroch, Y., & Aiken, L. (2011). Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand.. *Journal of Nursing Scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 43 4, 426-32. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x>.
- Nissen, J., Boumans, N., & Landeweerd, J. (1997). Primary nursing and quality of care: a Dutch study.. *International journal of nursing studies*, 34 2, 93-102 . [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(96\)00039-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(96)00039-9).
- Payne, R., & Steakley, B. (2015). Establishing a primary nursing model of care. *Nursingmanagement*, 46(12), 11-13.
- Sellick, K., Russell, S., & Beckmann, J. (2003). Primary nursing: an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 545-551. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00064-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00064-6).
- Shengsorn S. (2002). *The Primary of nursing in intensive care: a case study hospital*. Samitivej Sukhumvit [Master Thesis]. Bangkok:Chulalongkorn University. (in Thai)
- Spector, P. E. (1 9 9 7) . *Job satisfaction: Application. Assessment, Cause and Consequence*. London: SAGE.
- Sullivan, E. J., & Decker, P. J. (2000). *Effective leadership and management in nursing*. New Jersey: Prentice Hall.

AJPCSD

