



สมาคมเครือข่ายหมออนามัยวิชาการ

วารสารวิชาการ

เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

Academic Journal for Primary Care
and Public Health Development

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567
VOL.2 NO.3 September-December 2024

AJPPD



บทบรรณาธิการ

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

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 (ปีที่ 2 ฉบับที่ 3) เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรี โรงพยาบาลบางชั้น, การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย, ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี, การประเมินผลระบบยาเวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด, การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว, การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี, การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด, ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช, ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยต่อระดับความสะอาดของลำไส้ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลลำพูน, การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย, ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสำหรับวารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุขต่อไป

(นายบุญเรือง ขาวนวล)

บรรณาธิการ

วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช	1-15
Factors related to the nutritional status of children in child development centers in the area of responsibility of Bang Khan Hospital, Nakhon Si Thammarat Province.	
วันทนีย์ เขยบัวแก้ว	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการใน โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช	16-30
Factors Associated with Maternal Breastfeeding Behaviors among Women Bringing Their Children for Services at Bangkhan Hospital,	
Nakhon Si Thammarat Province.	
บุญศรี จันทรเพ็ญ	
การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย	31-46
Development of a model for health literacy to the elderly towards preventive behaviors for heart disease and stroke,	
Mueang District, Nong Khai Province.	
กนกเพชร ขุนเขียว	
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ปี พ.ศ. 2567 จังหวัดสุราษฎร์ธานี	47-57
Knowledge about Influenza of Those Traveling to Perform the Hajj Ceremonies in 2024,	
Surat Thani Province.	
สาวิตรี รักกลัด	
การประเมินผลระบบยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่อำนาจการบริหารส่วนจังหวัด ปีงบประมาณ 2566	58-68
Evaluation of the Pharmaceutical Systems, Medical Supplies, and Medical Equipment of the Subdistrict Health Promoting Hospital	
that Has Been Transferred to the Provincial Administrative Organization, Fiscal year 2023.	
อุดม ทุมโหมสิต, วรพิทย์ มีมาก, และ สุพัฒน์จิตร ลาตบัวขาว	

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว : กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง

Nursing Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with Pneumothorax:

Case study of patients in Ranong Hospital

69-88

อรอนงค์ ธนิตสุขการ

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Development of a Participatory Network Model for Disease Surveillance, Control, and

Prevention at Khok Udom Subdistrict Health Promoting Hospital, Fao Rai District, Nong Khai

Province

89-104

เจษฎา บุตรโคตร

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น

ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Factors Associated with Health Literacy on Substance Use Among Adolescents in Lak Hok

Sub-district, Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province

105-117

สันติ แสงอุทัย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้

สารเสพติด: กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง

Nursing care of patients with aggressive behavior and at high risk of committing violence

from substance use : 2 case studies in Ranong Hospital

118-135

ปิยาภรณ์ อินทรา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Literacy and Its Relationship with the Role in Dengue Fever Prevention and Control

of Village Health Volunteers in Khao Prathong Subdistrict, Cha-Uat District, Nakhon Si

Thammarat Province

136-153

วนิตย์ดา ลิขขาว

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยต่อระดับความสะอาดของลำไส้ ความวิตกกังวล และ

ภาวะแทรกซ้อนในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลลำพูน

Effects of Patient Preparation Program on Bowel Cleanliness, Anxiety, and Complications in 154-169

Same-Day Colonoscopy at Lamphun Hospital.

เสาวณีย์ กรุณา

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย

Development of Antimicrobial Resistance Surveillance System in Sangkhom Hospital, Nong 170-183

Khai Province

กฤษฎิยา พรหมมา

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น

โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

Effectiveness of Health Education Program on Health Promotion Behaviors of Elderly 184-196

Persons in Hypertension Disease at Amper Khaopanom Krabi Province

จันทร์จิรา บุญรุ่ง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors related to the nutritional status of children in child development
centers in the area of responsibility of Bang Khan Hospital,
Nakhon Si Thammarat Province.

วันทนี๋ เชยบัวแก้ว

Wanthanee Chaybuakeaw

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: August 5, 2024; Accepted: September 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บข้อมูล ในช่วงระหว่างระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในศูนย์เด็กเล็กเขตรับผิดชอบ ในโรงพยาบาลบางขัน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 72 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแล ส่วนที่ 3 ทักษะการปฏิบัติตัว ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแล สถิติที่ใช้คือ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และสถิติการถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้น (Multiple linear regression)

ผลการศึกษา ระดับความรู้ของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็ก พบว่า มีความรู้สูงร้อยละ 81.9 ระดับทักษะการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ทักษะการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 ปัจจัยด้านเพศและโรคประจำตัวของเด็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ตามลำดับ ส่วน อายุ อาชีพ ผู้ดูแล จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ รายจ่าย ลักษณะครอบครัว การจัดมื้ออาหาร แหล่งข้อมูลข่าวสารประวัติการคลอด ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็ก

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, ภาวะโภชนาการของเด็ก, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



Abstract

This study was a cross-sectional study in which data collection of the Child Development Center in the area of responsibility of Bang Khan Hospital Nakhon Si Thammarat Province By collecting data during the period between May - June 2024. The sample were parents who took care of children for at least 6 months in the child care center in their area of responsibility. In Bang Khan Hospital, Bang Khan District, Nakhon Si Thammarat Province, there were 72 people. The instrument was a questionnaire. consists of Part 1: Personal information, Part 2: Knowledge of the caregiver, Part 3: Attitude of the caregiver, Part 4: Behavior of the caregiver regarding nutrition care in children. The statistics were are Frequency distribution, mean, percentage and standard deviation, and multiple linear regression statistics.

The results found that the level of knowledge of parents taking care of children regarding the nutritional status of their children was high at 81.9%. The level of attitude of caregivers regarding nutritional status was a good attitude at 77.8%. The level of practice regarding nutritional care for children by caregivers regarding nutritional status was the most of them had a moderate level of practice regarding nutritional care for children, 58.3%. Children's gender and comorbidities were significantly related to children's nutritional status. ($p\text{-value} < 0.01$) respectively, for age, occupation, caretaker, number of household members, income, expenses, family characteristics Meal arrangement Source of information on birth history Caregivers' knowledge and behavior were not related to children's nutritional status.

Keywords : Public Health Personnel, Performance Effectiveness, Health Promotion

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย มีประเด็นความท้าทาย การพัฒนาในหลายมิติที่กำลังเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็ว รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วน ประชากรวัยเด็กและวัยทำงานลดลง ในขณะที่วัยชรา ประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ได้กำหนดทิศทาง การพัฒนาในระยะยาว ที่จะมุ่งสู่วิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว และสามารถเปลี่ยนผ่านประเทศไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ใหม่ของโลกได้” จึงมีเป้าหมายสำคัญ คือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต เพื่อการพัฒนาในทุกมิติและทุกช่วงวัย ให้เป็นคนดี คนเก่งและมีคุณภาพ โดยเฉพาะเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นต้นน้ำของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อสนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม เพิ่มการกระจายรายได้ และพัฒนาการให้บริการทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง และขับเคลื่อนประเทศสู่เศรษฐกิจและสังคมที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2564–2570 คือ เด็กปฐมวัยทุกคน ต้องได้รับการพัฒนาอย่างรอบด้าน เติบโตตามศักยภาพ ภายใต้การมีส่วนร่วมระดมทรัพยากรที่เพียงพอ ต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พร้อมส่งต่อพลเมืองคุณภาพของชาติ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้ขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของสตรีและเด็กปฐมวัยไทย โดยมีชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ร่วมลงทุนและเป็นเจ้าของ การขับเคลื่อนงานผ่านกลไกและมาตรการ ที่มีอยู่ในพื้นที่ รวมถึงส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมสำคัญ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน การพัฒนาคุณภาพ งานบริการ

สาธารณสุข ทั้งคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกเด็ก สุขภาพดี (WCC) เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0–2 ปี ทุกคน ได้รับการครบถ้วนและดูแลอย่างทั่วถึง โดยไม่ทอดทิ้ง กลุ่มด้อยโอกาส และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายภายใต้ การบูรณาการความร่วมมือ กลุ่มเด็กปฐมวัย 6 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจ และสังคม ในการร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ในกลุ่มเด็กปฐมวัย โดยร่วมกันผลักดันการดำเนินงานในระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนสร้างกลไกการดำเนินงานให้เอื้อต่อการดูแลกลุ่มเป้าหมาย ในระดับพื้นที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย รวมถึงเป้าหมายการบูรณาการความร่วมมือกลุ่มเด็กปฐมวัย 6 กระทรวง จึงเกิดความร่วมมือของผ่านภาคีเครือข่ายในการยกระดับการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เป็น มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน โดยมุ่งเน้นให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย ต่อเนื่องจนถึง เด็กอายุ 5 ปี โดยขับเคลื่อนงานผ่านกลไก “ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน” ซึ่งเป็นกลไกที่มุ่งหวังให้เกิดการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่เป็นรูปธรรม ในการร่วมดำเนินงานดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับสวัสดิการ ทางสังคมอย่างเท่าเทียม ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัยทุกคนในตำบล เพื่อให้เด็กปฐมวัยไทย มีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพพัฒนาการสมวัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อม

ส่งต่อทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพ สำหรับประเทศไทยในอนาคตต่อไป (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทยจากการสำรวจสถานการณ์เด็ก แรกเกิดถึง 5 ปี พบว่าภาวะโภชนาการดัชนีน้ำหนักตามส่วนสูง (สูง ดี สมส่วน) ในปีงบประมาณ 2566 ตามไตรมาส 1,2,3,4 พบว่า ร้อยละ 73.10, 72.94, 73.22, 70.87 ยังพบปัญหาภาวะเตี้ย น้ำหนักเกิน และผอม ซึ่งร้อยละของเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม และ น้ำหนักเกิน คือ 26.90, 27.06, 26.78 และ 29.13 ตามลำดับ (ข้อมูล HDC ปีงบประมาณ 2566) โรงพยาบาลบางขัน อำเภอบางขันเป็นโรงพยาบาลหนึ่งใน จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาล 30 แห่ง สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี พบว่า ภาวะโภชนาการดัชนีน้ำหนักตามส่วนสูงในปีงบประมาณ 2566 ตามไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 พบว่า มีภาวะโภชนาการสูง ดี สมส่วน ร้อยละ 79.27, 80.33, 73.54, 76.97 ตามลำดับ แต่ยังพบปัญหาภาวะเตี้ย น้ำหนักเกิน และผอม อยู่ในระดับที่น่ากังวล และเป็นประเด็นท้าทายของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ซึ่งร้อยละของเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี มีภาวะเตี้ย ผอม และ น้ำหนักเกิน คือ 20.73, 19.67, 26.46, และ 13.03 ตามลำดับ (ข้อมูล HDC ปี งบประมาณ 2566) และโรงพยาบาลบางขันมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 แห่งคือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบางจันสีและศูนย์พัฒนา

เด็กเล็กบ้านไสยาสน์ มีจำนวนเด็กที่มีอายุ 1 ปี ถึง 5 ปี ทั้งหมด 112 คน จากการสรุปผลภาวะโภชนาการในเด็กปีงบประมาณ 2566 พบว่า เด็กมีภาวะโภชนาการสูงดี สมส่วน จำนวน 80 คนคิดเป็นร้อยละ 71.43 เด็กมีปัญหาภาวะโภชนาการ ซึ่งแยกเป็นเด็กมีภาวะเตี้ย ผอม น้ำหนักเกิน เป็นจำนวน 32 คนคิดเป็นร้อยละ 28.57 (ข้อมูลจากงานสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบางขันปี 2566)

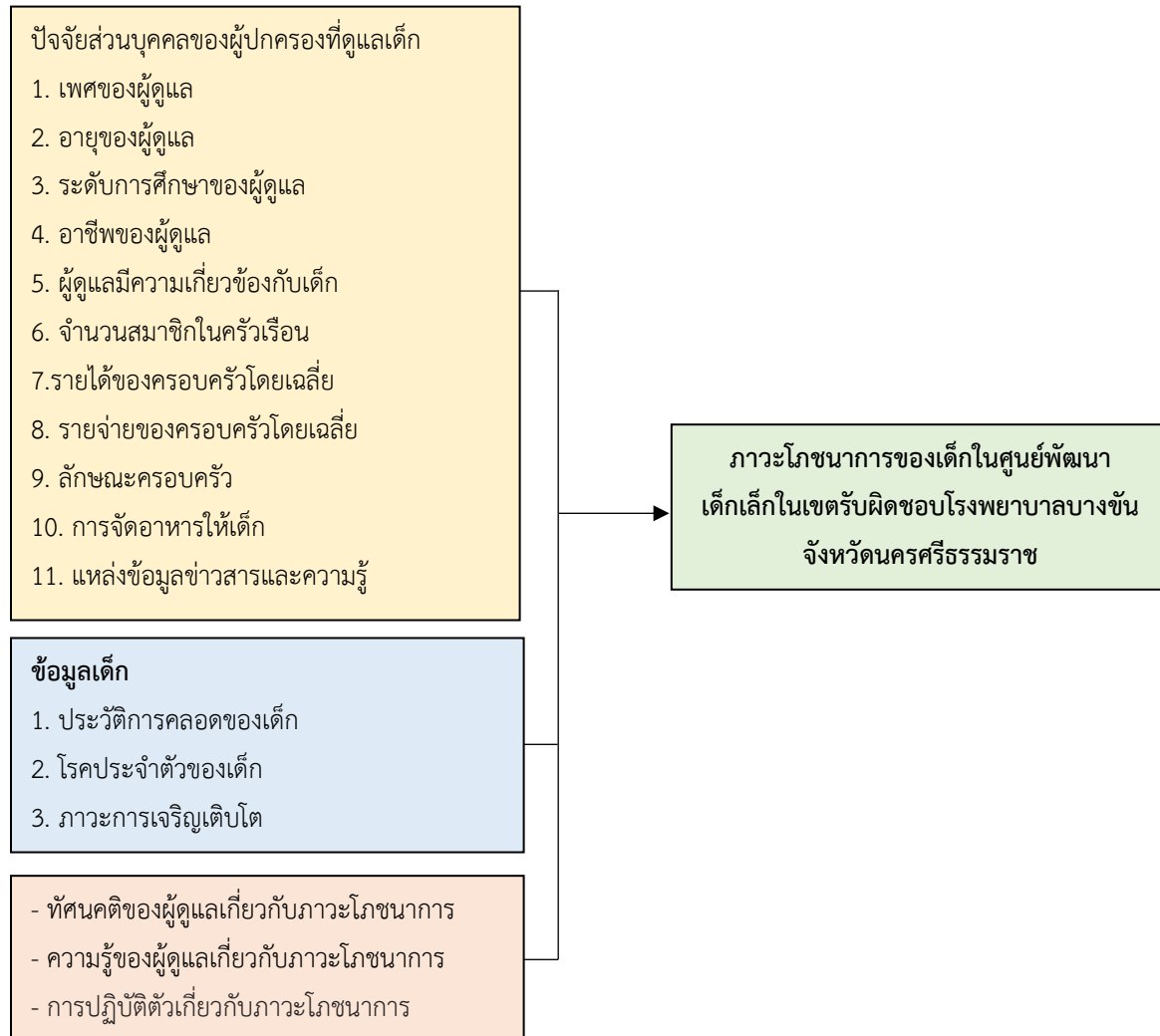
ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมของเด็กวัยก่อนเรียน ที่สามารถให้การดูแลในด้านนี้ได้อย่างถูกต้อง เพื่อพัฒนาความร่วมมือในการดูแลเด็กในด้านโภชนาการจากครูผู้ดูแล และผู้ปกครอง ซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญ ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมโภชนาการเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก ข้อมูลเด็ก ความรู้ของผู้ดูแล ทักษะของผู้ดูแล การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการโภชนาการกับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บข้อมูล ในช่วงระหว่างระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2567

ประชากรที่ศึกษา (Population)

ผู้ดูแลเด็กที่ใช้เวลาในการดูแลเด็กมากกว่า 6 เดือน ในศูนย์เด็กเล็กเขตรับผิดชอบในโรงพยาบาลบางขัน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2567

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในศูนย์เด็กเล็กเขตรับผิดชอบ ในโรงพยาบาล

บางขัน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน
72 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้สูตร Finite Population

Proportion

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

กำหนดให้ค่าความแปรปรวนประชากรจากการศึกษา
นําร่อง (N) เท่ากับ 100

อัตราการเกิดภาวะโภชนาการที่ไม่สมส่วน

ร้อยละ 20 คิดเป็น $p = 0.2$

Error (d) = 0.05

Alpha (α) = 0.05

สามารถคำนวณได้ ดังนี้ $Z(0.975) =$
1.959964 และ $n = 71.29289827$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ = 72 คน

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (inclusion
criteria)**

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองที่ทำ
หน้าที่ดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในศูนย์เด็กเล็กเขต
รับผิดชอบในโรงพยาบาลบางขัน อำเภอบางขัน จังหวัด
นครศรีธรรมราช จำนวน 72 คน

โดยมีการคัดเลือกดังนี้

1. เป็นทำหน้าที่ดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. สามารถอ่านและเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion
criteria)**

1. ทำหน้าที่ดูแลเด็กน้อยกว่า 6 เดือน

2. ผู้ปกครองที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กย้ายที่อยู่อาศัย
ไปนอกพื้นที่อื่น

3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้
เป็นแบบแบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยได้
ประยุกต์เครื่องมือจากการศึกษาของวีรวัลย์ ศิรินาม
(2561) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของ
เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัด เทศบาลตำบลบ้านกลาง
อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบ
แบบสอบถามและข้อมูลพื้นฐานของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ
การศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความ
เกี่ยวข้องกับเด็ก จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ของ
ครอบครัวโดยเฉลี่ย รายจ่ายของครอบครัวโดยเฉลี่ย
ลักษณะครอบครัว การจัดอาหารให้เด็ก แหล่งข้อมูล
ข่าวสารความรู้ภาวะโภชนาการ ประวัติการคลอดของ
เด็ก โรคประจำตัว เด็กมีภาวะการเจริญเติบโต ทั้งหมด
จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้ดูแลโดยเป็นลักษณะ
แบบสอบถามแบบปลายปิด (Closed Ended
Response Questions) ลักษณะของแบบสอบถาม
ประกอบด้วยคำถามที่มี 2 คำตอบให้เลือก ทั้งหมด
จำนวน 11 ข้อ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0
คะแนน

การแปลผล

คะแนน 9-11 คะแนน ระดับความรู้มาก

คะแนน 8-10 คะแนน ระดับความรู้ปานกลาง

คะแนน 0-7 คะแนน ระดับความรู้น้อย

ส่วนที่ 3 ทศนคติของผู้ดูแลโดยเป็นลักษณะ
แบบสอบถามชนิดคำถามปลายปิด (Closed-ended
Question) ซึ่งลักษณะคำถามประกอบด้วย ข้อความที่

เป็นการให้ความสำคัญในแต่ละด้าน ใช้ระดับวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) เป็นการวัดแบบ Likert Scale มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ

การแปลผล

คะแนน 0-27 คะแนน มีทัศนคติไม่ดี

คะแนน 28-35 คะแนน มีทัศนคติปานกลาง

คะแนน 36-45 คะแนน มีทัศนคติดี

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแลแบบสอบถามชนิดคำถามปลายปิด (Closed-ended Question) ซึ่งลักษณะคำถามประกอบด้วย ข้อความที่เป็นการให้ความสำคัญในแต่ละด้าน ใช้ระดับวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) เป็นการวัดแบบ Likert Scale มี 3 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย ทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ

การแปลผล

คะแนน 0-25 คะแนน การปฏิบัติตัวไม่ดี

คะแนน 26-33 คะแนน การปฏิบัติตัวปานกลาง

คะแนน 34-42 คะแนน การปฏิบัติตัวดี

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัยที่เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษเวชปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 ท่าน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการ ของผู้ดูแลเด็ก ใช้สถิติเชิงพรรณนาการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (mean) ร้อยละ (percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2) ข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแล ใช้สถิติ เชิงอนุมานในการประมวลผล โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบเชิงเส้น (Multiple linear regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยการคัดเลือกตัวแปรโดยวิธีการเพิ่มตัวแปรอิสระแบบ ขั้นตอน stepwise ซึ่งเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองกลุ่มตัวอย่าง ความรู้ ทัศนคติ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางขัน โดยใช้วิเคราะห์การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแล

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 74/2567 รหัสโครงการ NSTPH 74/2567 วันที่รับรอง 30 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและข้อมูลพื้นฐานของเด็ก

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.6 เพศชาย ร้อยละ 19.4 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 69.4 มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 57.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.8 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นมารดา ร้อยละ 72.2 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า 5 คน ร้อยละ 80.5 มีรายจ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท และ

มากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทร้อยละ 50.0 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว 77.8 มีการจัดหาอาหารให้เด็กวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 77.8 มีการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องภาวะโภชนาการจากแหล่งอินเทอร์เน็ตมากถึง ร้อยละ 77.8 จากประวัติการคลอดของเด็ก พบว่าเด็กคลอดครบกำหนดร้อยละ 94.4 เด็กไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.7 ปัจจุบันเด็กมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 61.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ปกครองและข้อมูลพื้นฐานของเด็กจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=72)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	14	19.4
หญิง	58	80.6
2. อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	50	69.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	22	30.6
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	31	43.0
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	41	57.0
4. อาชีพของผู้ดูแล		
เกษตรกร	51	70.8
ธุรกิจส่วนตัว	21	29.2
5. ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้อง		
บิดา	9	12.5
มารดา	52	72.2
ปู่ ย่า ตา ยาย	11	15.3
6. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน		
น้อยกว่า 5 คน	58	80.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คน	14	19.5
7. รายได้		
น้อยกว่า 10,000 บาท	36	50.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	36	50.0



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
8.รายจ่าย		
น้อยกว่า 5,000 บาท	27	37.5
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	45	62.5
M=7,011.11, S.D.=3,242.610		
9. ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	56	77.8
ครอบครัวขยาย	16	22.2
10. การจัดอาหาร		
2 มื้อ	7	9.7
3 มื้อ	56	77.8
มากกว่า 3 มื้อ	9	12.5
11. รับข้อมูลข่าวสาร		
ไม่ได้รับ	4	5.6
ได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	68	94.4
คนบอกเล่า	24	33.3
วิทยุ	5	6.9
โทรทัศน์	48	66.7
สิ่งตีพิมพ์	6	8.3
สื่ออินเทอร์เน็ต	56	77.8
อื่น ๆ	8	11.1
12.ประวัติการคลอดของเด็ก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
คลอดก่อนกำหนด	4	5.6
คลอดครบกำหนด	68	94.4
น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	4	5.6
น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม	9	12.5
13. โรคประจำตัว		
มี	6	8.3
ไม่มี	66	91.7
14. ภาวะการเจริญเติบโต		
ผอม	20	27.8
สมส่วน	44	61.1
อ้วน	8	11.1

2. ข้อมูลด้านความรู้ของผู้ดูแล

ระดับความรู้ของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สูง (10-11 คะแนน) ร้อยละ 81.9 รองลงมา ระดับปานกลาง (8-9 คะแนน) ร้อยละ 16.7 และ ระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ร้อยละ 1.4 ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละระดับความรู้ของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็ก (n=72)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-7 คะแนน)	1	1.4
ปานกลาง (8-9 คะแนน)	12	16.7
สูง (10-11 คะแนน)	59	81.9
รวม	72	100.0

4. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแล

ระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กระดับปานกลาง (25-34 คะแนน) ร้อยละ 58.3 รองลงมา ระดับดีสูง (35-42 คะแนน) ร้อยละ 40.3 และระดับต่ำ (14-24 คะแนน) ร้อยละ 1.4 ดังรายละเอียดตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็ก (n=72)

ระดับการปฏิบัติตน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (14-24 คะแนน)	1	1.4
ปานกลาง (25-34 คะแนน)	42	58.3
สูง (35-42 คะแนน)	29	40.3
รวม	72	100.0

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางขัน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศและโรคประจำตัวของเด็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ตามลำดับ ส่วน อายุ อาชีพ ผู้ดูแล จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ รายจ่าย ลักษณะครอบครัว การจัดมื้ออาหาร แหล่งข้อมูลข่าวสารประวัติการคลอด ความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กดังรายละเอียดตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะโภชนาการของเด็ก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการของเด็ก	ภาวะโภชนาการของเด็ก			M	df	p
	ผอม	สมส่วน	อ้วน			
1. เพศ						
ชาย	0 (0.0)	12 (85.7)	2 (14.3)	6.707	2	0.018*
หญิง	20 (34.5)	32 (55.2)	6 (10.3)			
2. อายุผู้ดูแล						
< 40 ปี	14 (28.0)	32 (64.0)	4 (8.0)	1.652	2	0.438
≥ 40 ปี	6 (27.3)	12 (54.5)	4 (18.2)			
3. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล						
< มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (22.6)	21 (67.7)	3 (9.7)	1.022	2	0.640
≥ มัธยมศึกษาตอนต้น	13 (31.7)	23 (56.1)	5 (12.2)			
4. อาชีพของผู้ดูแล						
เกษตรกรรม	13 (25.5)	31 (60.8)	7 (13.7)	1.408	2	0.596
ธุรกิจส่วนตัว	7 (33.3)	13 (61.9)	1 (4.8)			
5. ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับเด็ก						
บิดา	0 (0)	8 (88.9)	1 (11.1)	8.186	4	0.085
มารดา	18 (34.6)	30 (57.7)	4 (7.7)			
ปู่ ย่า ตา ยาย	2 (18.2)	6 (54.5)	3 (27.3)			
6. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน						
< 5 คน	14 (31.8)	26 (59.1)	4 (9.1)	1.156	2	0.064
≥ 5 คน	6 (21.4)	18 (64.3)	4 (14.3)			
7. รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย						
< 10,000 บาท	11 (30.6)	19 (52.8)	6 (16.7)	3.018	2	0.207
≥ 10,000 บาท	9 (25.0)	25 (69.4)	2 (5.6)			
8. รายจ่ายของครอบครัวโดยเฉลี่ย						
< 5,000 บาท	12 (44.4)	12 (44.4)	3 (11.1)	6.284	2	0.043
≥ 5,000 บาท	8 (17.8)	32 (71.1)	5 (11.1)			
9. ลักษณะครอบครัว						
เดี่ยว	16 (28.6)	33 (58.9)	7 (12.5)	0.691	2	0.708
ขยาย	4 (25.0)	11 (68.8)	1 (6.3)			



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการของเด็ก	ภาวะโภชนาการของเด็ก			M	df	p
	ผอม	สมส่วน	อ้วน			
10. การจัดอาหารให้เด็ก						
2 มื้อ	0 (0.0)	6 (85.7)	1 (14.3)	7.119	4	0.769
3 มื้อ	19 (33.9)	30 (53.6)	7 (12.5)			
> 3 มื้อ	1 (11.1)	8 (88.9)	0 (0.0)			
11. แหล่งข้อมูลข่าวสารและความรู้						
ไม่ได้รับ	1(25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	0.833	2	0.568
ได้รับ	19 (27.9)	42(61.8)	7 (10.3)			
12. ประวัติการคลอดก่อนกำหนด						
มี	3(75.0)	1(25.0)	1(25.0)	4.774	2	0.121
ไม่มี	17(25.0)	43(63.2)	8(11.8)			
13. ประวัติการคลอดครบกำหนด						
มี	17(25.0)	43(63.2)	8(11.8)	4.774	2	0.121
ไม่มี	3(75.0)	1(25.0)	0(0.0)			
14. ประวัติการคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม						
มี	1(25.0)	3(75.0)	0(0.0)	0.616	2	0.031
ไม่มี	19(27.9)	41(60.3)	8(11.8)			
15. โรคประจำตัวของเด็ก						
มี	17(25.8)	43(65.2)	1(9.1)	6.188	2	0.045
ไม่มี	3(50.0)	1(16.7)	2(33.3)			
16. ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการ						
ต่ำ (0-5 คะแนน)	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)	9.567	4	0.584
ปานกลาง (6-8 คะแนน)	4(33.3)	8(66.7)	0(0.0)			
สูง (9-11 คะแนน)	16(27.1)	36(61.0)	7(11.9)			
17. ทักษะคิดของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการ						
ปานกลาง (26-35 คะแนน)	3(18.8)	12(75.0)	1(6.3)	1.690	2	0.162
ดี (36-45 คะแนน)	17(30.4)	32(57.1)	7(12.5)			
18. การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการ						
ต่ำ (14-24 คะแนน)	1(100.0)	0(0.0)	0(0.0)	4.594	4	0.311
ปานกลาง (25-34 คะแนน)	11(26.2)	28(66.7)	3(7.1)			
สูง (35-42 คะแนน)	8(27.6)	16(55.2)	5(17.2)			

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางขัน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้คือ

1. ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.6 เพศชาย ร้อยละ 19.4 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 69.4 มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมตอนต้น ร้อยละ 57.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.8 ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นมารดา สอดคล้องกับการศึกษาของวิวัน ละมุนเทียรและคณะ (2565) ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่คือมารดา มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า 5 คน ร้อยละ 80.5 มีรายจ่ายโดยเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท และมากกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทร้อยละ 50.0 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว 77.8 มีการจัดอาหารให้เด็กวันละ 3 มื้อ ร้อยละ 77.8 มีการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องภาวะโภชนาการจากแหล่งอินเทอร์เน็ตมากถึง ร้อยละ 77.8 แต่จากการศึกษาของยุภาติ สงวนพงษ์, วาสนา แสงทอง และจารุมาศ จันทกุล (2565) การได้รับข้อมูลจากโทรทัศน์และผู้ปกครองมีอาชีพเกษตรกร รายได้ต่ำกว่า 10,001 บาท จากประวัติการคลอดของเด็ก พบว่า เด็กคลอดครบกำหนดร้อยละ 94.4 เด็กไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.7 ปัจจุบันเด็กมีภาวะโภชนาการสมส่วน ร้อยละ 61.1

2. ระดับความรู้ของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้สูง สอดคล้องกับการศึกษาของยุภาติ สงวนพงษ์, วาสนา แสงทอง และจารุมาศ จันทกุล (2565) ระดับความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับสูงและการศึกษาของวิวัน ละมุนเทียรและคณะ (2565) ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมการบริโภคอาหารแก่เด็ก

ก่อนวัยเรียนอยู่ในระดับดีมาก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรัตน์ ทะนาวาและพันธุ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร (2565) ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของนงนุช ประจักษ์พนา (2564) ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ระดับปานกลาง

3. ระดับทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติดี สอดคล้องกับการศึกษาของยุภาติ สงวนพงษ์, วาสนา แสงทอง และจารุมาศ จันทกุล (2565) พบว่า ทัศนคติของผู้ปกครอง อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของวิวัน ละมุนเทียรและคณะ (2565) ไม่สอดคล้องกับรุจิรัตน์ ทะนาวาและพันธุ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร (2565) การศึกษาของความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง

4. ระดับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กของผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในเด็กระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับยุภาติ สงวนพงษ์, วาสนา แสงทอง และจารุมาศ จันทกุล (2565) การปฏิบัติของผู้ปกครอง อยู่ในระดับดีและการศึกษาของ วิวัน ละมุนเทียร, วิภากร สอนสนาม, ชูดาภา เพิ่มวงศ์ และมยุรี กมลบุตร (2565) มีพฤติกรรมสร้างเสริมการบริโภคอาหารอยู่ระดับดีมาก

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางขัน อำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยด้านเพศและโรคประจำตัวของเด็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ตามลำดับ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รายได้ รายจ่าย ลักษณะครอบครัว การจัดมื้อ

อาหาร แหล่งข้อมูลข่าวสารประวัติการคลอด ความรู้ และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของเด็ก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวาริสา คุณการธำรง และศรีชมา กาญจนสิงห์ (2560) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการสูงที่สุดในเด็กปฐมวัยไทย อายุ 3-5 ปี ข้อมูลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็ก คือ ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของ ครอบครัว ปัจจัยเจตคติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของครอบครัว และการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอาหารของครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรมีกิจกรรมส่งเสริมองค์ความรู้แก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับเรื่องภาวะโภชนาการและมีการติดตามเชิงรุกในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการคืนข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการแก่ผู้ปกครอง และสถานศึกษาเพื่อสร้างความตระหนัก เรื่อง ความจำเป็น ประโยชน์ และโทษของการบริโภคอาหารที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ
2. การฝึกให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กให้สามารถประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นได้ สามารถติดตามผลได้ด้วยตนเอง และการสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและมีประโยชน์ให้แก่เด็ก ความหลากหลายในการบริโภคอาหาร รวมถึงเมนูอาหารที่เหมาะสมกับเด็ก

เอกสารอ้างอิง

- จักรินทร์ ปริมาณนท์, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, และ สมเกียรติยศ วรเดช .(2561).ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.5(1).329-342
- จิราภา สุวรรณกิจ .(2565).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน. Singburi Hospital Journal. 31(2).81-94.
- ดุสิตา เลหาพันธุ์ . (2561).ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของครูโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตจังหวัดตราด สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 17.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 9(3).181-193
- พิจาริน สมบูรณ์กุล และ เพ็ญ สุขมาก .(2563). ผลของกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการสมวัยในโรงเรียนต่อ พฤติกรรมการจัดอาหารให้เด็กวัยเรียนของผู้ปกครอง ตำบลควนรู อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสงขลา.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29 (5).847-852.
- ยุกดี สงวนพงษ์,วาสนา แสงทองและจารุมาศ จันทกุล.(2565).ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย และส่วนประสมทางการตลาดของผู้ปกครอง ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 :16 (3).999-1015.



- รุจิรัตน์ ทะนาวา. (2565).ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองใน กลุ่ม
ชาติพันธุ์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. สืบค้นจาก chrome-extension://
efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5155/3/
60062336.pdf สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2567
- วิวัน ละมุนเทียนและคณะ. (2565).ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการสร้างเสริมโภชนาการของผู้ดูแล และระดับภาวะ
โภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน. วชิรสารการพยาบาล . 24 (1).67-74.
- วีรวัลย์ ศิรินาม .(2561).ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัด เทศบาลตำบลบ้านกลาง
อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ . สืบค้นจาก chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/
http://cmruir.cmru.ac. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567
- ศักรินทร์ สุวรรณเวหา, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ.(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
โภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. The Journal of Baromarajonani
College of Nursing, Nakhonratchasima. 25(2).8-24.
- สโสรชา นันทพงศ์,นฤมล ศราธพันธุ์ และ อภิญา หิรัญวงษ์ (2557). ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและพฤติกรรมการจัด
อาหารสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองโรงเรียนรัฐบาล จังหวัดชุมพร. วารสารวิทยาศาสตร์เกษตรศาสตร์
สาขาสังคมศาสตร์, 35(2), 235-244.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563).ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน สำหรับคน
ไทย พ.ศ. 2563.ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี. โปรเกรสซีฟ.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับ
บริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Maternal Breastfeeding Behaviors among Women
Bringing Their Children for Services at Bangkhan Hospital,
Nakhon Si Thammarat Province.

บุญศรี จันท์เพ็ญ

Boonsri Junpen

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: August 7, 2024; Accepted: September 15, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ สตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือนถึง 2 ปี 6 เดือนและเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่นำลูกมาเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีและแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 107 คน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ 1) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 2) ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 3) ทักษะของพ่อแม่ผู้เลี้ยงลูก 4) พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 มีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ร้อยละ 53.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น พบว่า ระดับการศึกษา จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนอายุแม่ อายุลูก ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว วิธีการคลอด การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: ความสัมพันธ์, พฤติกรรม, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่



Abstract

This research is a research on Factors related to breastfeeding behavior of women who bring their children to receive services at Bangkhan Hospital Nakhon Si Thammarat Province. The study sample was women who had children aged 2 months to 2 years 6 months and who had previously breastfed. who brought their children to receive services in the child health clinic and outpatient department of Bang Khan Hospital 107 people. This research is a descriptive research. The data collection tools were divided into 4 parts: 1) basic information of the study sample 2) a knowledge test about breastfeeding. 3) the attitudes of the sample group regarding breastfeeding. 4) the behavior of breastfeeding children. Analyzed using statistics: frequency, percentage, mean and standard deviation, and Chi-square test.

The results of the study found that most of the sample had knowledge about breastfeeding at a moderate level. 57.9 % had attitudes about breastfeeding at a moderate level. 63.6% of the sample had a level of child-rearing behavior. with breast milk being at a moderate level and a good level, 53.3 percent. Factors related to breastfeeding behavior of women who brought their children to receive services at Bang Khan Hospital were found to be educational level. Number of pregnancies, number of children, family income Obtaining knowledge about breastfeeding and attitudes about breastfeeding There was a statistically significant relationship with breastfeeding behavior ($P < 0.05$). As for mother's age, child's age, religion, occupation, congenital disease, method of giving birth. Prenatal care before 12 weeks and receiving news about breastfeeding were not related to breastfeeding behavior.

Keywords : relationships, behavior, breastfeeding

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) แนะนำว่า ลูกควรได้กินนมแม่อย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน และควรกินต่อเนื่องไปจนลูกอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น ควบคู่กับอาหารตามวัยที่เหมาะสม เนื่องจากนมแม่เป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับลูก ด้วยองค์ประกอบด้านโภชนาการ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน สารต่อต้านอนุมูลอิสระ วิตามินและยังมีส่วนประกอบที่มีชีวิตต่าง ๆ ทั้งจากเซลล์จากแม่รวมถึงแบคทีเรียที่ดีต่อระบบทางเดินอาหารของลูกด้วย เด็กทารกที่เกิดใหม่ยังมีภูมิคุ้มกันที่ไม่สมบูรณ์ น้ามนแม่เปรียบเสมือนวัคซีนหยดแรกสำหรับเด็ก เพราะมีภูมิคุ้มกันโรคจำนวนมากที่จะช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้ลูกน้อย การได้กินนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้ทารกเติบโตได้สมบูรณ์แข็งแรง เนื้อสิ่งอื่นใดขณะที่แม่ให้นมจะต้องโอบกอดลูกไว้ข้างตัว แม่ลูกสบตากัน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นวิธีสร้างสายใยความรักความผูกพันที่ดีที่สุดในวิธีหนึ่งระหว่างแม่กับลูก (Anamai Media กระทรวงสาธารณสุข , 2561) ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย (2550 อ้างถึงใน สมชาย โอวัฒนาพานิช, 2558) องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จึงส่งเสริมให้ทั่วโลกสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผ่านการประกาศนโยบาย 10 ขั้นตอน ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ (Ten steps to successful breastfeeding) ให้แก่หน่วยงานที่รับผิดชอบปฏิบัติตามโดยได้ระบุไว้ว่า ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว โดยไม่ให้อาหารอื่นเลยแม้แต่น้ำเป็นระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังคลอด และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ควบคู่กับอาหารเสริมตามวัยจนกระทั่งลูกอายุ 2 ปี หรือนานกว่านั้น (WHO/UNICEF, 2003)

สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยโดยการสำรวจข้อมูลของสำนักงานสถิติร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เปรียบเทียบผลจากการสำรวจ 3 รอบ (พ.ศ. 2548-2579, 2555-2556, 2558-2559) ผลการสำรวจ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของทารกที่ได้รับนมแม่ทันทีหลังคลอดยังมีแนวโน้มลดลง การให้นมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือนเพิ่มขึ้นแต่ยังน้อยกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดภายในปี 2568 เพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 50.0 (วิณา จิระแพทย์ และเกรียงศักดิ์ วีระแพทย์, 2563) ซึ่งอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวของประเทศไทยต่ำกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในประเทศไทยยังต้องมีการสนับสนุนให้ปฏิบัติได้และมีคุณภาพมากขึ้นเพื่อประโยชน์ต่อทั้งมารดา ทารก และครอบครัว (พัตนิ วิจิจะกุล และอรพร ดำรงวงศ์ศิริ, 2563)

ประเทศไทยตอบรับนโยบายดังกล่าวผ่านการดำเนินงานตามโครงการมหัศจรรย์ 2500 วัน Plus ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน มีแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยเน้นการพัฒนาคุณภาพบริการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) ให้ความสำคัญกับชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายการร่วมลงทุนเป็นเจ้าของในการขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกระดับพื้นที่และดำเนินการครบถ้วนทุกกิจกรรมสำคัญ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-2 ปี เน้นให้ต้องส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 6 เดือนแรก ต้องกินนมแม่อย่างเดียวไม่น้อยกว่าร้อยละ 50.0 และเลี้ยงลูกด้วย

นมแม่ควบคู่ไปกับอาหารตามวัย จนลูกอายุครบ 2 ปี หรือมากกว่านั้น

ปัจจุบัน อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 44.0 (UNICEF, 2563) จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (MICS6) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย, 2563) พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนมีเพียงร้อยละ 14 ซึ่งยังต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยทั่วโลก และจากข้อมูลเปรียบเทียบในภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนต่ำที่สุดอีกด้วย

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนให้เด็กทุกคนได้กินนมแม่อย่างเต็มที่ ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ว่า “เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือนควรได้กินนมแม่อย่างเดียว และ กินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น” (World Health Organization. (2021) กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักในการดำเนินการขับเคลื่อนการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งเป้าหมายในปี 2568 ไว้ว่า “ร้อยละ ของ เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยร้อยละ 50”

โรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านอนามัยแม่และเด็ก ทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้คำปรึกษาและการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และ

เด็กในทุกๆด้าน จากสถิติการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของเด็กอายุระหว่าง 1 เดือน-5 ปี ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 มีจำนวนถึง 920 ราย (HosXP โรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566) เด็กเหล่านี้อยู่ในช่วงที่แม่ได้เลี้ยงดูด้วยน้ำนมตนเอง และเจ้าหน้าที่สามารถให้ความรู้รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้แก่แม่ได้เมื่อนำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช และศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ในการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อไป และได้มีการศึกษางานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในกลุ่มต่างๆ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน

- อายุแม่
- อายุลูก
- ศาสนา
- ระดับการศึกษา
- อาชีพ
- รายได้ของครอบครัว
- โรคประจำตัว
- ครรภ์ที่
- จำนวนบุตรเกิดมีชีพ
- วิธีการคลอด
- ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก

2. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. ทศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

4. ข้อมูลอื่น ๆ

- ระยะเวลาที่แม่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีมี
ลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรี ที่นำลูกมารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน ในพื้นที่อำเภอบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงเดือน มกราคม 2567 ถึง

มิถุนายน 2567 โดยดึงข้อมูลจาก Health data center จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

สตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน จนในพื้นที่ ตำบลบางชั้น อำเภอบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช คัดเลือกตัวอย่างแบบจำเจาะจง (Purposive sampling) ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น ช่วงเดือน มกราคม 2567 ถึง มิถุนายน 2567 จำนวน 107 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน และเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่นำลูกมาเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงเดือน พฤษภาคม 2567 ถึง มิถุนายน 2567 โดยมีการคัดเลือกดังนี้

1. เป็นสตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน และเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. สติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. สตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน และไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองในบางส่วน โดยศึกษาจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและบางส่วนดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ ญฎพรพรณ โภคบุตร พ.ศ. 2559 ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 2 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อจะเป็นการให้เลือกตอบจากตัวเลือก (Multiple Choice) 4 ตัวเลือก โดยเกณฑ์ใช้ในการให้คะแนนมีดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-9 คะแนน มีระดับความรู้ต่ำ

คะแนน 10-11 คะแนน มีระดับความรู้ปานกลาง

คะแนน 12-15 คะแนน มีระดับความรู้สูง

ตอนที่ 3 ทศนคติของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีจำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) แต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ ข้อความเชิงบวกมี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 9, 14, 15 และ 18 ข้อความเชิงลบมี 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19 และ 20

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามใช้ตัวเลือกแบบมาตรวัด 3 ช่วงคะแนน ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ โดยคำถามเชิงบวกมี 11 ข้อ คือ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 13, 14 และ 15 และคำถามเชิงลบมี 4 ข้อ คือ 7, 9, 11

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเหมาะสมและถูกต้องของเนื้อหาตามกรอบแนวคิดแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข หาค่า IOC ก่อนนำไปทดลองใช้กับสตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือน ถึง 2 ปี 6 เดือน และเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามแต่ละตอนและภาพรวม

การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากสตรีที่มีลูกอายุ 2 เดือนถึง 2 ปี 6 เดือนและเคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่นำลูกมาเข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 100 คน โดยทำการแจกแบบสอบถามให้สตรีที่มีคุณสมบัติดังกล่าวทุกคนที่นำลูกมาเข้ารับบริการในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2567 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2567 และผู้วิจัยจะทำการเก็บคืนทันทีเมื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลครบแล้ว นำมาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
- 2) ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3) ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 4) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยใช้สถิติไคร์-สแควร์ (Chi-square test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 75/2567 รหัสโครงการ NSTPH 75/2567 วันที่รับรอง 30 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราช สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 20-34 ปี ร้อยละ 68.2 มีลูกอายุ 2 เดือนถึง 1 ปี ร้อยละ 58.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 72.9 มีการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 63.6 ประกอบอาชีพทำสวน/ทำไร่ ร้อยละ 39.3 มีรายได้ต่อเดือน ของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 49.5 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 95.3 ตั้งครรภ์เป็นครรภ์ที่ 1 ร้อยละ 35.5 จำนวนการมีบุตร 1 คน ร้อยละ 43.0 วิธีการคลอดแบบปกติร้อยละ 89.7 ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 80.4 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนมาจากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์) ถึงร้อยละ 72.0 ระยะเวลาที่แม่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13 เดือน (1 ปี 1 เดือน) – 24 เดือน (2 ปี) ร้อยละ 58.9 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=107)

ข้อมูล	ร้อยละ	จำนวน (คน)
1. อายุแม่		
- ต่ำกว่า 20 ปี	13	12.1
- 20 - 34 ปี	73	68.2
- 35 ปีขึ้นไป	21	19.6
M=27.86, S.D.=6.442		
2. อายุลูก		
- 2 เดือน – 12 เดือน (1 ปี)	63	58.9
- 13 เดือน (1ปี 1เดือน) –24 เดือน (2 ปี)	27	25.2
- มากกว่า 2 ปี	17	15.9
M=14.03, S.D. = 7.587		
3. ศาสนา		
- พุทธ	78	72.9
- อิสลาม	29	27.1
4. ระดับการศึกษา		
- ประถมศึกษา	16	14.9
- มัธยมศึกษา/ปวช.	68	63.6
- อนุปริญญา/ปวส.	4	3.7
- ปริญญาตรี	19	17.8
5. อาชีพ		
- ทำสวน / ทำไร่	42	39.3
- ลูกจ้าง / รับจ้าง	22	20.6
- ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	22	20.6
- แม่บ้าน	10	9.3
6. รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)		
- 3,001–5,000 บาท	6	5.6
- 5,001–8,000 บาท	29	27.1
- 8,001–10,000 บาท	19	17.8
- 10,001 บาท ขึ้นไป	53	49.5
7. โรคประจำตัว		
- ไม่มี	102	95.3
- มี	5	4.7



ข้อมูล	ร้อยละ	จำนวน (คน)
- ความดันโลหิตสูง	2	1.9
- เบาหวาน	1	0.9
- ไทรอยด์	1	0.9
- หอบหืด	1	0.9
8. ตั้งครรภ์ที่		
- ครรภ์ที่ 1	38	35.5
- ครรภ์ที่ 2	29	27.1
- ครรภ์ที่ 3	22	20.6
- ครรภ์ที่ 4	11	10.3
- ครรภ์ที่ 5	7	6.5
9. จำนวนบุตรที่มีชีพ		
- 1 คน	46	43
- 2 คน	35	32.7
- 3 คน	20	18.7
- 4 คน	6	5.6
10. วิธีการคลอด		
- คลอดปกติ	96	89.7
- ผ่าคลอด	11	10.3
11. ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก		
- ก่อน 12 สัปดาห์	86	80.4
- หลัง 12 สัปดาห์	21	19.6
12. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
- เคยได้รับ	105	98.1
- ไม่เคยได้รับ	2	1.9
13.แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่*		
- บุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์)	77	72
- แผ่นพับ/โปสเตอร์	9	8.4
- วิทยุ/โทรทัศน์/วิดีโอความรู้	58	54.2
- นิตยสาร/ตำรา/คู่มือ	16	5
- แม่/แม่สามี/ญาติ/เพื่อน/เพื่อนบ้าน	54	50.5
- สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู)	49	45.8
- ข่าวสารอื่นๆ	1	0.9



ข้อมูล	ร้อยละ	จำนวน (คน)
14. ระยะเวลาที่แม่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
- 3 เดือน- 2 เดือน (1 ปี)	29	27.1
- 13 เดือน (1 ปี 1 เดือน) – 4 เดือน (2 ปี)	63	58.9
- 25 เดือน(2 ปี 1 เดือน) – 6 เดือน (3 ปี)	15	14

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 รองลงมา มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 24.3 และ มีความรู้ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 17.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (n =107)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
- ต่ำ (0-8 คะแนน)	19	17.8
- ปานกลาง 9-1 คะแนน)	62	57.9
- สูง (12-15 คะแนน)	26	24.3
รวม	107	100.0

M=10.20, S.D.=1.94, Min.=6.00, Max. = 15.00

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 รองลงมา ระดับสูงร้อยละ 30.8 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่าง (n =107)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่ดี (20-35 คะแนน)	6	5.6
- ปานกลาง (36-47 คะแนน)	68	63.6
- สูง (48-60 คะแนน)	33	30.8
รวม	107	100.0

M= 44.34, S.D.=6.37, Min.=34.00, Max. = 57.00

4. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.3 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 41.1 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกลุ่มตัวอย่าง (n =107)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่ดี (15-26 คะแนน)	6	5.6
- ปานกลาง (27-35 คะแนน)	57	53.3
- ดี (36-45 คะแนน)	44	41.1
รวม	107	100.0

M=34.60, S.D.=4.43, Min.=24.0, Max. = 45.0

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) ส่วนอายุแม่ อายุลูก ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว วิธีการคลอด การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปร	พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		χ^2	df	p
	ปานกลาง	ดี			
อายุแม่					
- ต่ำกว่า 20 ปี	11 (84.6)	2 (15.4)	4.711	2	0.095
- 20 - 34 ปี	42 (57.5)	31 (42.5)			
- 35 ปีขึ้นไป	10 (47.6)	11 (52.4)			
อายุลูก					
- 2 เดือน – 12 เดือน (1 ปี)	39 (61.9)	24 (38.1)	0.789	2	0.674
- 13 เดือน(1ปี 1เดือน) –24 เดือน (2 ปี)	14 (51.9)	13 (48.1)			
- มากกว่า 2 ปี	10 (58.8)	7 (41.2)			

ตัวแปร	พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		χ^2	df	p
	ปานกลาง	ดี			
ศาสนา					
- พุทธ	42 (53.8)	36 (46.2)	2.292	1	0.130
- อิสลาม	21 (72.4)	8 (27.6)			
ระดับการศึกษา					
- ประถมศึกษา	12 (75.0)	4 (25.0)	12.209	3	0.007*
- มัธยมศึกษา/ปวช.	44 (64.7)	24 (35.3)			
- อนุปริญญา/ปวส.	0 (0.0)	4 (100)			
- ปริญญาตรี	7 (36.8)	12 (63.2)			

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางชั้น จังหวัดนครศรีธรรมราชสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 20-34 ปี มีลูกอายุ 2 เดือนถึง 1 ปี ร้อยละ 58.9 รองลงมาอายุ 13 เดือน (1ปี 1 เดือน) –24 เดือน (2 ปี) นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ประกอบอาชีพทำสวน/ทำไร่ มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ประกอบอาชีพทำนา/ ทำสวน/ทำไร่ รายได้ของครอบครัว 10,001-20,000 บาท จำนวนการมีบุตร 1 วิธีการคลอดมีการคลอดแบบปกติ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ และแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมแม่ส่วนมาจากบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์) ส่วนระยะเวลาที่แม่ตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 13 เดือน (1 ปี 1 เดือน) – 24 เดือน (2 ปี) สอดคล้องกับการศึกษา

ของ วรณา สิงห์เมือง (2563) มีอายุระหว่าง 20-29 ปี หญิงหลังคลอดครั้งแรก ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่ง และการศึกษาของสุรีย์ ธนะวาสน์ (2562) มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือ ปวช. และ มีบุตรคนแรก

2. ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของวรณา สิงห์เมือง (2563) มารดาหลังคลอดครั้งแรกมีคะแนนความรู้เฉลี่ยในระดับปานกลางไม่สอดคล้องกับสุนันทา ชุ่มจิตร (2563) ระดับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับสูง และการการศึกษาของ ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัยและคณะ (2564) ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ70 (ระดับมาก)

3. ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของสุนันทา ชุ่มจิตร (2563) ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับสูง

4. ระดับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของสตรีที่นำลูกมาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ระดับการศึกษา จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร รายได้ ของครอบครัว การได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของลักขณา ไชยนอก พบว่าความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .01$) ส่วนอายุแม่ อายุลูก ศาสนา อาชีพ โรคประจำตัว วิธีการคลอด การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรพร ชูประพันธ์และคณะ (2014) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลี้ยงลูก ด้วยนม

แม่อย่างเดียว 6 เดือน คือ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด ความรู้ ประสบการณ์ ทัศนคติ อุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) โรงพยาบาลควรควรมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตรคนแรกและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มารดาครรภ์แรกมีความมั่นใจในทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นานขึ้น

2) โรงพยาบาลสร้างความเข้าใจในความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ ควรศึกษาสนับสนุนให้แม่และสมาชิก ในครอบครัวมีความตั้งใจที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างแน่วแน่ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เอกสารอ้างอิง

- ชลรส เจริญรัตน์. (2557). *Breastfeeding (การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่)*. สืบค้นจาก w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestipics/topic-review/2969/ สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567
- ณิชาพร ทิพสิงห์ , ศิริวรรณ แสงอินทร์ และพิริยา ศุภศรี. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดียวย 4- 6 สัปดาห์หลังคลอด ในมารดาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนก่อนตั้งครรภ์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 31 (1) .
- ณัฐพรรณ โกคบุตร. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และพฤติกรรมการให้อาหารเสริมทดแทนนมแม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. วิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพพร มามาก และกมลรัตน์ เทอร์เนอร์.(2559). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีหรือญาติเพื่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.วารสารกองการพยาบาล.; 43 : 114-126.
- นันทิยา วัฒนา. (2555).การสนับสนุนของครอบครัว ชุมชนและสังคมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. โครงการ ดำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: พรี่ – วัน.

- ประชุมพร สุวรรณรัตน์. (2558). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอดตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพและ
มารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์;.
- พัฒน์ วินิจจะกุลและ อรพร ดำรงวงศ์ศิริ. (2563). สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลศัลยา พุทธมณฑลนครปฐม
2 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัย. มหิดลวารสาร
โภชนาการ ; 55 : 66-81.
- ภัทรพร ชูประพันธ์, วิณา เทียงธรรม และปาหนัน พิษยัญญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่าง
เดียว 6 เดือน ของแม่ในเขตภาคกลางตอนล่าง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภาวิน พัวพรพงษ์. (2556). รอบรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. สืบค้นจาก guruobgyn.com/about-us/ สืบค้นเมื่อ 3
กุมภาพันธ์ 2567.
- รณชัย คนบุญ และ สมพร วัฒนกุลเกียรติ. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทบิดาต่อ พฤติกรรมการ
สนับสนุนของบิดาและระยะเวลาในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาอย่างเดียว. วารสารพยาบาลศาสตร์และ
สุขภาพ ; 40 : 41-52.
- ลำพงษ์ ศรีวงศ์ชัยและคณะ (2564). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดบุตร
คนแรกและครอบครัว.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ; 18 (3).99-112.
- ลักขณา ไชยนอก.(2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด ใน
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (รายงานวิจัย สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและ ผดุงครรภ์สำนักวิชา
พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี). นครราชสีมา : มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีสุรนารี.
- วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และปัทมทัต บณขุนทด. (2562). ความรู้ ทักษะคติของมารดาหลังคลอดปกติที่เลี้ยงลูกด้วยนม
มารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน. หอผู้ป่วย โรงพยาบาลบุรีรัมย์.
- วิณา จิระแพทย์และเกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. (2563). กลวิธีสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ : ธรรมดาเพลส จำกัด.
- เว็บไซต์โรงพยาบาลสงขลา. (2557). การเตรียมตัวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th>
สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2567
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, ศศิกันต์ กาละ, รามณา ชัชเวช, ศิริไพ พุกกะศรี และชุลีรัตน์ เพชรวัชรพะไพบูลย์. (2564). การ
พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อส่งเสริม สนับสนุนและคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับมารดาวัยรุ่น.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์; 40 (4). 85-96.
- สุนันทา ชุ่มจิตร์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครบ 6 เดือนในมารดาหลังคลอดที่มีบุตร
อายุ 6 เดือนขึ้นไป. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2563). โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562,
รายงานฉบับ สมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย



UNICEF (2021). **Infant and young child feeding**. Retrieved 1 November 2021, Available from :
<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>

World Health Organization. (2021). **Breastfeeding**. Retrieved 1 November 2021, Available from :
www.who.int/topics/breastfeeding/en

การพัฒนาารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ
และหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

Development of a model for health literacy to the elderly towards
preventive behaviors for heart disease and stroke,
Mueang District, Nong Khai Province.

กมลเพชร ขุนเขียว

Kongpet Khunkiew

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

(Received: August 8, 2024; Accepted: September 19, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน ระยะเวลาการวิจัย 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ระยะที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86.5) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ครอบคลุมการพัฒนาทักษะ 5 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะในด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.002$) การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.015$) การจัดการข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.028$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ($p = 0.026$) ดังนั้น รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ โดยการออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การฝึกปฏิบัติจริง และการพัฒนาทักษะแบบบูรณาการครอบคลุมทั้ง 5 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคหัวใจและหลอดเลือด

Abstract

This research aimed to develop a health literacy model for the elderly to prevent cardiovascular diseases in Mueang District, Nong Khai Province. The study was conducted in three phases: Phase 1 examined the current situation of health literacy among the elderly regarding cardiovascular disease prevention behaviors; Phase 2 involved the creation and development of a health literacy model for the elderly to prevent cardiovascular diseases; and Phase 3 evaluated the effectiveness of the developed model. The sample consisted of 62 elderly individuals at high risk of cardiovascular diseases, divided equally into experimental and control groups of 31 participants each. The research duration was 8 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The results showed that in Phase 1, the elderly's health literacy was moderate (47.8%), while their disease prevention behaviors were low (86.5%). In Phase 2, the developed model comprised an 8-week learning activity plan covering five aspects of health literacy skills. In Phase 3, the experimental group demonstrated significantly higher average scores in health literacy and disease prevention behaviors compared to the control group ($p < 0.05$), particularly in understanding health information ($p = 0.002$), verifying health information ($p = 0.015$), managing health information ($p = 0.028$), and overall health literacy ($p = 0.026$). Therefore, the health literacy development model effectively enhanced health literacy levels and cardiovascular disease prevention behaviors among the elderly. The model's success was attributed to its design, which emphasized participatory activities, practical training, and the integrated development of all five aspects of health literacy skills.

Keywords : Health literacy, Elderly, Cardiovascular diseases

บทนำ

ทศวรรษที่ผ่านมาการเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 55.99 และวัยสูงอายุตอนกลางร้อยละ 29.39 โดยทุกกลุ่มวัยพบจำนวนผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายเล็กน้อย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) คาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.00 คนต่อปี ส่วนผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยร้อยละ 7.00 คนต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2565) สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกซึ่งพบผู้สูงอายุร้อยละ 20.65 (ศูนย์อนามัยที่ 2, 2565) นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเท่ากับ 1 : 3.37 และ อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ ร้อยละ 35.59 ซึ่งสูงกว่าสถิติของประเทศเล็กน้อย (กรมกิจการ ผู้สูงอายุ, 2566) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ทั้งปัญหาในการดำรงชีวิตซึ่งเป็นผล จากภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยรวมทั้งความเสี่ยงด้านสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือความจำเป็นที่ต้องอาศัยอยู่ลำพัง ผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงต้องพึ่งพาตนเองมากกว่าในอดีต อย่างไรก็ตามสมรรถนะหลายด้านโดยเฉพาะ ความเสื่อมด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะลดลงทุกปี ตามวัยที่เพิ่มขึ้น

จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 เรื่อง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.94) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 22.89) โรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 43.46) ปัญหาสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 0.10)

ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 2.57) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 0.05) ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 0.13) ภาวะหกล้ม (ร้อยละ 0.97) ดัชนีมวลกาย : Body Mass Index : BMI (อ้วน ร้อยละ 34.39 ในส่วนการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ : ADL - Activities of Daily Living (กลุ่มติดสังคม ร้อยละ 99.47 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 0.28 และ กลุ่มติดเตียงจำนวน ร้อยละ 0.23) (Health Data Center : HDC, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด คือ ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease, CVD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรโลก โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.50 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2012 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 70 ปี (World Health Organization, 2016) และในปี พ.ศ. 2573 แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของคนในทั่วโลก จากโรคนี้อาจเพิ่มขึ้นถึง 23.60 ล้านคน (American Heart Association, 2022) ในปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ในประเทศไทย, อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 52.80 ถึง 55.53 ต่อแสนประชากร, และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการเสียชีวิตเพิ่มจาก 32.57 ถึง 33.54 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2560-2564 ที่ตั้งเป้าหมายลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ลงร้อยละ 10.00 จากอัตราตายย้อนหลัง 1 ปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ มีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ (Punset, Klinthuesin, Kingkaew, & Wongmaneroj, 2013) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยประเทศไทย พบว่า ความ

ชุกของภาวะอ้วน มีค่า Body Mass Index (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 34.40 เป็นร้อยละ 40.70 ส่วนเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 22.50 เป็นร้อยละ 28.40 ค่า BMI ที่สูงขึ้นส่งผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ภาวะความดันโลหิตสูง พบความชุกร้อยละ 22.00 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง พบความชุกร้อยละ 6.90 ภาวะไขมันในเลือด พบความชุกร้อยละ 21.70 พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความชุกร้อยละ 18.50 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในประชากรไทย พบความชุกร้อยละ 38.70 (Nakapong, Srichang, & Jumprakarw, 2010)

การสร้างความรู้ความตระหนักรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งในด้านการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ บุคคลต้องรับรู้ถึงความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของตนเองเพื่อจัดการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีส่วนสำคัญในการสร้างและพัฒนาให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ถ้าหากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยลง รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ที่ถูกต้องทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญา (Cognitive Skills) และทักษะทางสังคม (Social Skills) ก่อให้เกิดแรงจูงใจของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ (กองสุศึกษา, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของเคนจิมาและคณะ (Kanejima, Y., Shimogai, T.,

Kitamura, M., Ishihara, K, Izawa, K, 2022) ที่ได้ทำการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบและการอภิเคราะห์พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นและส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำมาปฏิบัติการควบคุมความดันโลหิต, การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงตนเอง, การมีพฤติกรรมเหมาะสมในด้านโภชนาการ, การออกกำลังกาย, การจัดการอารมณ์และความเครียด, การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว, กลุ่มเพื่อน, หรือผู้ป่วยด้วยกัน, และการรับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ นั้นส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นประเด็นสำคัญที่น่าสนใจและมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสภาพที่ดี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ความเข้าใจเป็นสิ่งที่สำคัญในการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2000, 2008) โดยเน้นการพัฒนาทักษะในองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



เลือดในอนาคต และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตาม
ศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ
ผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ
และหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบความ
รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกัน
โรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา
(Research and Development) โดยมีขั้นตอนในการ
ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจ
และหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่
ได้จากการตรวจคัดกรองสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ
2566 ของอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย จำนวน
25,585 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง
สำเร็จรูปของเครจซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan)
ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบ
จำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน และ
เพื่อความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามไว้ร้อยละ 10
เท่ากับ 38 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัย
ครั้งนี้มีจำนวน 417 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล
ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
อาชีพหลัก
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน
โรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย
คำถาม 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ
ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5-7 วันต่อสัปดาห์, 4 คะแนน),
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์, 3 คะแนน), ปฏิบัติ
เป็นบางครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์, 2 คะแนน) และแทบ
ไม่เคยปฏิบัติ (แทบไม่เคยปฏิบัติเลยใน 8 สัปดาห์ที่ผ่าน
มา, 1 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน
แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด
เป็น 4 ระดับ คือ ดีมาก (65-80 คะแนน), ดี (50-
64 คะแนน), พอใช้ (35-49 คะแนน), และควรปรับปรุง
(20-34 คะแนน) ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่
ระหว่าง 0.80 - 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
โดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.87
3. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ
ประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อ ครอบคลุม 5 หัวข้อ ได้แก่
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (8 ข้อ), การเข้าใจ
ข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
(5 ข้อ), การตรวจสอบข้อมูลและบริการทางสุขภาพ
(6 ข้อ), การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (17 ข้อ),
และการจัดการสุขภาพตนเอง (11 ข้อ) โดยใช้มาตรา
ส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด
คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 47-235 คะแนน แบ่งระดับ
ความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ดีมาก (188
คะแนนขึ้นไป), ปานกลาง (141-187.99 คะแนน), และ
ไม่ดีพอ (น้อยกว่า 141 คะแนน) ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) เท่ากับ 0.85 และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.89

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ รายได้ และสถานภาพสมรส แล้ววิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด และข้อมูลพื้นฐานที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1

2. ผู้วิจัยร่างรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ออกความเห็นและข้อเสนอแนะรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

4. ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและ

หลอดเลือด จากข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำหลักสูตรไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Study) แบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest experimental design) ทั้ง 2 กลุ่ม และวัดผลก่อนและหลังการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้จากการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2566 ของอำเภอเมือง จังหวัดหนองคายจำนวน 62 ราย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษาของรุ่งนภา อาระห์, สุธีรา ชื่นตระกูล, และ ศศิธร รุจนเวช (2560) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ 0.80 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น 20% (Grove,

KS., Burns, N., & Gray, J, 2013) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย รวมเป็น 62 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นเครื่องมือเดียวกันกับระยะที่ 1
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน คือ รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ รายได้ และสถานภาพสมรส
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่ 136/2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.8 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าทุกด้านระดับปานกลาง ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 50.5 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 46.6 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 48.8 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 44.6 การจัดการสุขภาพตนเอง ร้อยละ 43.4 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.5 (ดังตารางที่ 1)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตรวจสอบ การสื่อสาร และการจัดการข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.472$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการเข้าถึงข้อมูล มีแนวโน้มที่จะส่งผลดีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

ความรู้และพฤติกรรม	ระดับสูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	50	12.3	5	1.2	353	86.5
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	130	31.9	206	50.5	72	17.6
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	142	34.8	190	46.6	76	18.6
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	137	33.6	199	48.8	72	17.6
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	157	38.5	182	44.6	69	16.9
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	150	36.8	177	43.4	81	19.9
ความรู้ด้านสุขภาพรวม	126	30.9	195	47.8	87	21.3

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	0.472	<0.001
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	0.445	<0.001
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	0.458	<0.001
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.416	<0.001
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	0.425	<0.001

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

จากการศึกษาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.8) พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 86.5) และทุกองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์สูงสุด ($r = 0.472, p < 0.001$)

จากผลการวิจัยดังกล่าว และการศึกษาหลักการแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยพัฒนาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) ผู้วิจัยได้ออกแบบรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทั้ง 5 ด้าน และให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์สูงสุดกับพฤติกรรมป้องกันโรค รูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ: ใช้แผนที่ความคิด (mind map) สํารวจแหล่งข้อมูลสุขภาพในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ: ฝึกการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดจากสื่อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น แผ่นพับขนาดใหญ่ หรือวิดีโอสั้นๆ

สัปดาห์ที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ: ฝึกปฏิบัติการเปรียบเทียบและตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 4 การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ: จัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

สัปดาห์ที่ 5 การจัดการสุขภาพตนเอง: การเรียนรู้แบบโครงการในการฝึกจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การวางแผนอาหาร การออกกำลังกาย

สัปดาห์ที่ 6 การบูรณาการทักษะ: จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกการใช้ทักษะทั้ง 5 ด้านในการจัดการสุขภาพตนเอง

สัปดาห์ที่ 7 ทบทวนและเสริมสร้างความมั่นใจ: ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาในสัปดาห์ที่ 1-6 และเสริมสร้างความมั่นใจในการนำความรู้และทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 8 การติดตามและประเมินผล: ติดตามประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ พร้อมให้คำแนะนำช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และแก้ไขปัญหาที่พบ

โดยรูปแบบนี้ได้ออกแบบให้สอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 โดยเฉพาะการเน้นพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในสัปดาห์แรก และการบูรณาการทักษะทั้งหมดเพื่อยกระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 ประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อำเภอเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย

จากผลการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านเพศ ($\chi^2 = 0.068$, $p = 0.794$) รายได้ ($\chi^2 = 5.32$, $p = 0.150$) และอาชีพ ($\chi^2 = 3.75$, $p = 0.440$) แสดงถึงการกระจายตัวที่คล้ายคลึงกันของตัวแปรเหล่านี้ในทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ตัวแปรอายุ ($\chi^2 = 8.67$, $p = 0.070$) และสถานภาพสมรส ($\chi^2 = 4.85$, $p = 0.088$) แม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด แต่มีแนวโน้มของความแตกต่างที่ควรพิจารณาในการวิเคราะห์ผลการทดลอง โดยภาพรวม ผลการวิเคราะห์นี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลดีต่อการทดลอง เนื่องจากลดโอกาสที่ความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานจะส่งผลกระทบต่อผลการทดลอง แต่ควรระมัดระวังในการแปลผลเกี่ยวกับอายุและสถานภาพสมรส เพราะมีแนวโน้มของความแตกต่างที่อาจส่งผลต่อการวิเคราะห์ผลการทดลองได้ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.068	0.794
หญิง	18	58.06	20	64.52		
ชาย	13	41.94	11	35.48		
อายุ					8.67	0.070
60-64 ปี	6	19.35	10	32.26		
65-69 ปี	10	32.26	6	19.35		
70-74 ปี	7	22.58	3	9.68		
75-79 ปี	4	12.90	11	35.48		
80-84 ปี	4	12.90	1	3.23		
รายได้					5.32	0.150
< 1,000 บาท	9	29.03	10	32.26		
1,000-2,000 บาท	0	0.00	4	12.90		
2,001-3,000 บาท	3	9.68	4	12.90		
> 3,000 บาท	19	61.29	13	41.94		
อาชีพ					3.75	0.440
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/ไม่ได้ทำงาน	17	54.84	16	51.61		
เกษตรกร	13	41.94	10	32.26		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	1	3.23	2	6.45		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0	0.00	2	6.45		
รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้างประจำ	0	0.00	1	3.23		
สถานภาพสมรส					4.85	0.088
คู่สมรส	24	77.42	19	61.29		
หม้าย/หย่า	6	19.35	8	25.81		
โสด	0	0.00	4	12.90		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95% CI	t	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	ทดลอง	48.77	14.54	-1.39	-8.61, 5.83	-0.38	0.70
	ควบคุม	50.16	10.73				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	27.32	6.54	-1.00	-4.17, 2.17]	-0.63	0.53
	ควบคุม	28.32	7.21				
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	17.87	4.48	0.26	-1.93, 2.45	0.24	0.81
	ควบคุม	17.61	4.95				
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	21.55	5.53	0.32	-2.28, 2.92	0.25	0.81
	ควบคุม	21.23	6.35				
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	63.29	13.96	1.45	-5.51, 8.41	0.42	0.68
	ควบคุม	61.84	16.53				
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	38.06	9.96	0.26	-4.41, 4.93	0.11	0.91
	ควบคุม	37.80	11.74				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	ทดลอง	168.10	37.36	1.29	-17.51, 20.09	0.14	0.89
	ควบคุม	166.81	45.33				

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในทุกด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการทดลอง โดยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ($p = 0.70$), การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.53$), การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.81$), การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.81$), การ

สื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.68$), การจัดการข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.91$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ($p = 0.89$) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าในบางด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ กลุ่มควบคุมจะมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย ผลลัพธ์นี้เป็นผลดีต่อการวิจัยเนื่องจากแสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยให้การเปรียบเทียบผลของการทดลองในภายหลังมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	95% CI	t	p-value
พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	ทดลอง	55.26	14.13	5.10	0.07, 10.13	2.02	0.048
	ควบคุม	50.16	10.73				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	31.32	6.54	3.00	-0.17, 6.17	1.89	0.064
	ควบคุม	28.32	7.21				
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	21.13	4.31	3.52	1.37, 5.67	3.27	0.002
	ควบคุม	17.61	4.95				
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	24.45	5.42	3.22	0.65, 5.79	2.50	0.015
	ควบคุม	21.23	6.35				
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	68.29	13.96	6.45	-0.51, 13.41	1.85	0.069
	ควบคุม	61.84	16.53				
การจัดการข้อมูลสุขภาพ	ทดลอง	43.06	9.96	5.26	0.59, 9.93	2.25	0.028
	ควบคุม	37.80	11.74				
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	ทดลอง	188.26	37.36	21.45	2.65, 40.25	2.28	0.026
	ควบคุม	166.81	45.33				

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในหลายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังการทดลอง โดยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ($p = 0.048$), การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.002$), การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.015$), การจัดการข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.028$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ($p = 0.026$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.064$) และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.069$) แม้จะไม่ถึงระดับนัยสำคัญทาง

สถิติ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะแตกต่าง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการทดลองในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง

อภิปรายผล

การวิเคราะห์และตีความผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ในหลายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ($p = 0.048$) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.002$) การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.015$) การจัดการข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.028$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม ($p = 0.026$) นอกจากนี้ แม้ว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.064$) และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ($p = 0.069$) จะไม่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะแตกต่าง โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาที่ออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทของการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบและครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเริ่มจากการให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในลำดับแรกของโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยในระยะที่ 1 ที่พบความสัมพันธ์สูงสุดระหว่างการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = 0.472$, $p < 0.001$) การเริ่มต้นด้วยทักษะนี้ช่วยสร้างพื้นฐานที่แข็งแกร่งสำหรับการพัฒนาทักษะอื่น ๆ ต่อไป เนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและน่าเชื่อถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การออกแบบกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริงเป็นอีกปัจจัยสำคัญ โดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การใช้แผนที่ความคิดเพื่อช่วยจัดระเบียบและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การฝึกอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลเพื่อพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ การจำลองสถานการณ์เพื่อฝึกทักษะการสื่อสารและการตัดสินใจ และการเรียนรู้แบบโครงการเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้เชิง

รุก วิธีการเหล่านี้ช่วยเพิ่มความเข้าใจ ความจำ และความมั่นใจในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การพัฒนาทักษะแบบบูรณาการเป็นอีกหนึ่งจุดเด่นของโปรแกรม โดยครอบคลุมทักษะสำคัญทั้ง 5 ด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน การประยุกต์ใช้ และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การพัฒนาทักษะแบบองค์รวมนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความท้าทายด้านสุขภาพที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ การเน้นการประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง โดยออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริงที่ผู้สูงอายุอาจเผชิญ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างความตระหนักและแรงจูงใจเป็นอีกองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรม โดยไม่เพียงมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว โดยสรุป กระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบ ครอบคลุมและเน้นการปฏิบัติจริงนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim และคณะ (2020) ที่พบว่าโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และคณะ (2019) ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลเชิงบวกต่อ



การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ในบริบทของประเทศไทย งานวิจัยของ สุนีย์ ละกำป็น และคณะ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ นอกจากนี้ การศึกษาของวิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ (2563) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังสนับสนุนแนวความคิดการใช้กิจกรรมที่หลากหลายและเน้นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ประการแรก ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างจำกัด ($n = 62$) อาจส่งผลต่อความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงกับประชากรทั่วไป ประการที่สอง ระยะเวลาการติดตามผลที่ค่อนข้างสั้น (8 สัปดาห์) อาจไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ประการที่สาม การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ (อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย) ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ทำให้ต้องระมัดระวังในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างออกไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้าน

สุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. ควรปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. ควรบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ และส่งเสริมการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) และทำการศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีความหลากหลายทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในวงกว้าง

2. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อศึกษาประสบการณ์และมุมมองของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

3. ควรศึกษาการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้รูปแบบนี้ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560-2564)*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.thaincd.com>
2. กองสุศึกษา. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ญุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารสุศึกษา*, 19(1), 10-25.
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *คาดการณ์อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.thaincd.com>
5. ศูนย์อนามัยที่ 2. (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก <http://www.thaincd.com>
6. สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนางสตัยซื่อ, และวรรณมา คงสุริยะนาวัน. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(3), 15-30.
7. วิราภรณ์ โพธิศิริ, วันเพ็ญ แก้วปาน, และสุรีย์ ธรรมิกบวร. (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 36(2), 224-237.
8. อังศุมา อภิชาโต, ธีรณู ห่านิรติศัย, และนิตยา ตากวิริยะนันท์. (2564). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 428-436.
9. American Heart Association. (2022). Heart disease and stroke statistics – 2022 update: A report from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*. <https://www.ahajournals.org>
10. Brown, L. D., Vasquez, D., Salinas, J. J., Tang, X., & Balcázar, H. (2018). Evaluation of healthy fit: A community health worker model to address Hispanic health disparities. *Preventing Chronic Disease*, 15, E49. <https://doi.org/10.5888/pcd15.170437>
11. Health Data Center (HDC). (2566). *การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 เรื่อง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย*. สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2565, จาก <https://nki.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
12. Johnson, S. E., Baur, C., & Meissner, H. I. (2021). Exploring the relationship between health literacy and health-related quality of life in a vulnerable population. *Journal of Health Communication*, 26(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1865482>
13. Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., & Izawa, K. (2022). Systematic review and meta-analysis on health literacy and cardiovascular disease outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(5), 425-435. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000835>

14. Kim, S. H., Lee, A., & Chu, S. H. (2020). Effects of a health literacy-considered diabetes self-management program for older adults with diabetes in South Korea. *Research in Gerontological Nursing*, 13(2), 95-104. <https://doi.org/10.3928/19404921-20191206-03>
15. Lee, Y. J., Shin, S. J., Wang, R. H., Lin, K. D., Lee, Y. L., & Wang, Y. H. (2022). Effectiveness of a health literacy-based self-management program for patients with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105(3), 608-617. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.020>
16. Nakapong, T., Srichang, S., & Jumprakarw, S. (2010). Risk factors and prevention behaviors for cardiovascular diseases in Thai population. *Journal of Preventive Medicine*, 39(2), 98-104.
17. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
18. Punset, R., Klinthuesin, W., Kingkaew, P., & Wongmaneeroj, P. (2013). Factors influencing cardiovascular disease among elderly people in Thailand. *Journal of Public Health*, 45(3), 178-185.
19. Smith, C. A., Chang, E., Gallego, G., & Balneaves, L. G. (2019). An education intervention to improve health literacy and decision making about supporting self-care among older Australians: A study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3103-6>
20. World Health Organization. (2016). Cardiovascular diseases (CVDs): Key facts. สืบค้นจาก <https://www.who.int>

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ปี พ.ศ. 2567
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Knowledge about Influenza of Those Traveling to Perform the Hajj
Ceremonies in 2024, Surat Thani Province.

สาวิตรี รักกลัด

Sawitree Rukklud

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

(Received: August 18, 2024; Accepted: September 30, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน-เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ด้วยแบบทดสอบความรู้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ประสงค์เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีกำหนดการเดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 28 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 78.57) สำหรับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.14) รองลงมา มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 35.71) และมีความรู้อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 7.14) ดังนั้น ควรจัดติดตามและประเมินผลการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่รวมถึงโรคทางเดินหายใจอื่น ใช้ผลการวิจัยเป็นฐานข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบติดตามการแพร่ระบาดของโรคในผู้แสวงบุญที่กลับมาจากพิธีฮัจย์ และประเมินผลของมาตรการป้องกันที่ได้ดำเนินการ

คำสำคัญ: โรคไข้หวัดใหญ่, ผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์, ระดับความรู้



Abstract

This descriptive study aimed to study knowledge about influenza in people traveling to perform the Hajj pilgrimage. Surat Thani Province between June and July 2024 with a knowledge test. The sample group in the study was those who wished to travel to perform the Hajj ceremony. who lived in Surat Thani province There were 28 people scheduled to travel to perform the Hajj in 2024. Analyzed with descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The results of the study found that having received news about influenza in the past 1 year, the majority received information about influenza (78.57%). As for the level of knowledge about influenza of the sample group, it was found that the level of knowledge about influenza It was at a moderate level (57.14 percent), followed by a high level of knowledge (35.71 percent) and a low level of knowledge (7.14 percent). Therefore, there should be monitoring and evaluating the results of providing knowledge about with influenza and other respiratory diseases Use the research results as a database to develop a system for tracking the spread of disease among pilgrims returning from the Hajj. and evaluate the results of the preventive measures that have been taken.

Keywords: Influenza, Hajj travelers, knowledge level

บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นหนึ่งในโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจที่มีการแพร่ระบาดทั่วโลก โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมากในพื้นที่จำกัด เช่น การประกอบพิธีฮัจย์ที่มีผู้คนจากทั่วโลกเดินทางไปประกอบพิธี ณ เมืองมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย พิธีฮัจย์นี้จัดขึ้นทุกปี โดยมีผู้แสวงบุญกว่า 2 ล้านคนจากหลากหลายประเทศเข้าร่วม ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากการสัมผัสกันในพื้นที่แออัด การใช้สถานที่และทรัพยากรสาธารณสุขร่วมกัน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกคำแนะนำให้ผู้เข้าร่วมพิธีฮัจย์รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์และในประเทศต้นทางของผู้แสวงบุญ (Memish et al., 2019) ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทยในปี 2565 พบว่ามีประชาชนที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์จำนวนหนึ่งติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่หลังจากกลับจากการเดินทาง ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดการเตรียมตัวที่เหมาะสม ทั้งนี้ รายงานระบุว่าอัตราการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากความหนาแน่นของผู้คนที่มารวมตัวกัน (Khan et al., 2020) การขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเอง เช่น การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือ และการรับวัคซีนป้องกัน เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้เดินทางมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่และนำเชื้อกลับมาแพร่ระบาดในชุมชนและประเทศต้นทาง

การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ส่งผลกระทบอย่างมากต่อทั้งบุคคล องค์กร และสังคมโดยรวม ในระดับบุคคล ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่อาจมีอาการรุนแรง เช่น ไข้สูง ปวด

เมื่อยกล้ามเนื้อ หรือลัมปวยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมสำคัญของพิธีฮัจย์ได้ และในบางกรณี โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว การติดเชื้อไข้หวัดใหญ่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ หรือการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ การกลับมาของผู้แสวงบุญที่ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดในชุมชนของพวกเขา สร้างความกังวลทางด้านสาธารณสุข และเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของประเทศต้นทาง (Alqahtani et al., 2021) ในระดับองค์กร หน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องรับมือกับปัญหาการแพร่กระจายของโรคในหมู่ผู้ที่เดินทางกลับจากฮัจย์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อวางแผนและจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ เช่น วัคซีน ยารักษาโรค และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่อาจเพิ่มขึ้น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ยังส่งผลให้เกิดต้นทุนทางการเงินเพิ่มเติมสำหรับการรักษา การดูแล และการป้องกันโรค ตลอดจนการสูญเสียแรงงานที่ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่และไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาด (Khan et al., 2020) ผลกระทบที่เกิดขึ้นในระดับสังคมยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและความมั่นคงทางสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก การแพร่กระจายของโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์สามารถทำให้เกิดการระบาดใหญ่ในวงกว้าง และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การหยุดงานชั่วคราว และการสูญเสียแรงงานที่เกิดจากการเจ็บป่วย ส่งผลให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งในระดับบุคคลและระดับชาติ (Memish et al., 2019)

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา หลายประเทศรวมถึงประเทศไทยได้ดำเนินมาตรการเพื่อแก้ไขและลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้



เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ โดยเริ่มจากการรณรงค์ให้ผู้ที่มีแผนจะเดินทางไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ก่อนการเดินทาง อย่างไรก็ตาม การให้บริการวัคซีนยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสำหรับบางกลุ่มประชากร เช่น ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเวลา และทรัพยากร ซึ่งอาจทำให้ผู้เดินทางบางคนไม่ได้รับวัคซีนก่อนออกเดินทาง (Alqahtani et al., 2021) นอกจากนี้ รัฐบาลและหน่วยงานสาธารณสุขยังได้มีการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อ ในระหว่างการเดินทาง เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่ป่วย ทั้งนี้ แม้ว่าการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพจะมีความพยายามในการเข้าถึงกลุ่มผู้เดินทางทั้งหมด แต่ยังคงพบว่ามีช่องว่างในความเข้าใจและการปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน เช่น การใช้หน้ากากอนามัยในสถานที่ที่แออัด หรือการรับวัคซีนก่อนการเดินทาง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติตัวตามมาตรการสุขอนามัยสมัยใหม่ (Khan et al., 2020) อีกทั้งยังมีความท้าทายในเรื่องของการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและชัดเจนสำหรับผู้เดินทางจากภูมิภาคห่างไกลหรือกลุ่มประชากรที่มีความรู้ทางการแพทย์จำกัด การสื่อสารและการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอในบางพื้นที่ ทำให้การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันยังไม่สมบูรณ์เพียงพอ และยังคงมีความเสี่ยงในการเกิดการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้เดินทางที่เข้าร่วมพิธีฮัจย์ (Memish et al., 2019)

ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีผู้ประสงค์เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ จำนวน 28 คน ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ซึ่งที่ผ่านมาประเทศซาอุดีอาระเบียมีบทบาทหลักในการจัดการเชิงนโยบายรองรับการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง เตรียมความพร้อมด้านบุคลากร ในการบริการทางการแพทย์โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย

ดำเนินการของการเฝ้าระวังโรค รวมทั้งให้คำแนะนำที่จำเป็นทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ แต่ทั้งนี้ยังมีความจำเป็นที่จะเสริมสร้างความรู้ในระดับบุคคล โดยเฉพาะความรู้ด้านโรคไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากสถิติที่ผ่านมา พบว่า โรคทางเดินหายใจ ซึ่งได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดของผู้ที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในที่จะเดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ จึงมีความประสงค์ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ปี 2567 จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนและดำเนินการในการสร้างกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านโรคไข้หวัดใหญ่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ปี 2567 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Studies) ที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา (IOC) ทุกข้ออยู่ในช่วง 0.67–1.00



แบบสอบถามด้านความรู้ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.71

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ประสงค์เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยมีกำหนดการเดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 28 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- 1) เป็นผู้ประสงค์เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ซึ่งเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2567
- 2) เป็นผู้สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้
- 3) กลุ่มตัวอย่าง สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ด้วยตนเอง
- 4) กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ

- 1) เป็นผู้ที่ไม่สบายใจและขอยุติการให้ข้อมูลระหว่างเก็บข้อมูล
- 2) เป็นผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ ระหว่างเก็บข้อมูล
- 3) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวความคิด ทฤษฎี เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามแบบสำรวจรายการ (Checklist) ผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการมีคู่ การศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการรับวัคซีนป้องกัน

โรคไข้หวัดใหญ่ และประวัติรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นข้อคำถามแบบสำรวจรายการ (Checklist) จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่แน่ใจ และไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลคะแนน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ถูก จะได้รับคะแนน 1 คะแนน
2. กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไม่แน่ใจ จะได้รับคะแนน 0 คะแนน
3. กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ผิด จะได้รับคะแนน 0 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยการนำคะแนนมารวมกันแล้วแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 8-10 คะแนน	หมายถึง ระดับความรู้อยู่ในระดับมาก
คะแนน 5-7 คะแนน	หมายถึง ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 0-4 คะแนน	หมายถึง ระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความ



อนุเคราะห์กับหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อ
การขอเข้าเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

3 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม
โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและ
ขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจง
วัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

4 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์
ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

5 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบ
ความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการ
วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่ม
ตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และ
ความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากนั้นใช้สถิติในการ
วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

รหัสโครงการ STPHO 2024-45 วันที่รับรอง 24
พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.57) สำหรับอายุ
เฉลี่ย 56.07 ปี (Range=37-77, SD=8.25) โดยอายุ
ระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 57.14) ส่วนใหญ่มี
สภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 89.29) สำหรับระดับการศึกษา
จบการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 28.57)
รองลงมาจบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/
ปวช. (ร้อยละ 25.00) อาชีพส่วนใหญ่พบว่า มีอาชีพ
ค้าขาย (ร้อยละ 60.71) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อย
ละ 14.29) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 21,589.29 บาท
(Range=1,000-60,000, SD=15,849.44) ส่วนใหญ่มี
รายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 42.86)
รองลงมามีรายได้ระหว่าง 10,000-20,000 บาท (ร้อย
ละ 32.14) สำหรับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัด
ใหญ่ในรอบ 1 ปี พบว่าไม่เคยได้รับ (ร้อยละ 60.71) ใน
ส่วนของการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ใน
รอบ 1 ปี พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค
ไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 78.57) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 28)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	53.57
หญิง	13	46.43
อายุ	Range=37-77, M=56.07, SD=8.25	
31-40 ปี	1	3.57
41-50 ปี	4	14.29
51-60 ปี	16	57.14

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
60 ปีขึ้นไป	7	25.00
สถานภาพสมรส		
โสด	3	10.71
คู่	25	89.29
ท่านจบการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	8	28.57
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	17.86
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7	25.00
อนุปริญญา/ปวส.	2	7.14
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	21.43
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	2	7.14
ค้าขาย	17	60.71
รับจ้าง	4	14.29
เกษตรกรรม	1	3.57
ธุรกิจส่วนตัว	2	7.14
อื่น ๆ	2	7.14
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	Range=1,000-60,000, M=21,589.29, SD=15,849.44	
น้อยกว่า 10,000 บาท	7	25.00
10,000-20,000 บาท	9	32.14
มากกว่า 20,000 บาท	12	42.86
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในรอบ 1 ปี		
เคยได้รับ	11	39.29
ไม่เคยได้รับ	17	60.71
การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในรอบ 1 ปี		
เคยได้รับ	22	78.57
ไม่เคยได้รับ	6	21.43

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.14) รองลงมา

ระดับความรู้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 35.71) และมีความรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 7.14) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 28)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้อยู่ในระดับน้อย	2	7.14
ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง	16	57.14
ระดับความรู้อยู่ในระดับมาก	10	35.71

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ ปี 2567 จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.14) รองลงมา มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 35.71) และมีความรู้อยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 7.14) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหลายประเทศ จากการศึกษาหลายฉบับเกี่ยวกับระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้แสวงบุญที่เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ พบว่าโดยทั่วไประดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มนี้อยู่ในระดับปานกลาง แม้จะมีความพยายามในการให้ความรู้และการป้องกันโรคก่อนการเดินทาง แต่ยังมีหลายปัจจัยที่ทำให้การป้องกันและการจัดการโรคไข้หวัดใหญ่ยังคงท้าทาย สอดคล้องกับการศึกษาผู้แสวงบุญชาวมาเลเซียพบว่า การให้ข้อมูลและการแจกอุปกรณ์สุขอนามัยไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าความรู้ก่อนและหลังฮัจย์แตกต่างกันเล็กน้อย ($M = 30$, $Z = -2.441$, $p < 0.05$) (Salmuna et al., 2020) รวมถึงการศึกษาผู้แสวงบุญชาวปากีสถาน พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับที่ดี โดยเฉพาะในเรื่องการล้างมือ (100%) และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (86.7%) แต่ความรู้ในเรื่องโรคลมแดดและโรคเรื้อรังยังต่ำ (Khan et al., 2020) โดยมีข้อเสนอจากการศึกษาการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนในการให้ข้อมูลสุขภาพ

ก่อนการเดินทาง พบว่าผู้แสวงบุญที่ได้รับข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันมีอัตราการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.049$) (Goni et al., 2020) แต่ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าว มีความแตกต่างกับการศึกษาของ นพ. ฟารุค พิริยาสาร์ตและคณะ ที่ทำการสำรวจผู้แสวงบุญชาวไทยพบว่าผู้ที่เข้าร่วมพิธีฮัจย์มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคทางเดินหายใจที่สูง โดยผู้เข้าร่วมกลุ่มฮัจย์มีคะแนนความรู้ที่ดีถึง 76.6% ($p < 0.05$) (Phiriyasart et al., 2023) ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 28 คน จึงทำให้ขาดการกระจายตัวของข้อมูล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

- 1) การให้ความรู้เชิงรุกอย่างเข้มข้น โดยหน่วยงานสาธารณสุขควรจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้แสวงบุญเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ก่อนการเดินทาง เช่น การจัดสัมมนา การใช้สื่อดิจิทัล และเอกสารเผยแพร่ ที่มีการติดตามระดับความรู้ของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง
- 2) การติดตามและประเมินผล: ใช้ผลการวิจัยเป็นฐานข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบติดตามการแพร่ระบาดของโรคในผู้แสวงบุญที่กลับมาจากพิธีฮัจย์ และประเมินผลของมาตรการป้องกันที่ได้ดำเนินการไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

- 1) การศึกษาความรู้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ควรมีการขยายการวิจัยไปยังกลุ่มผู้แสวงบุญจากจังหวัดหรือภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนานโยบายระดับประเทศ
- 2) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แนะนำให้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้เทคโนโลยี เช่น การประเมินผลการใช้แอปพลิเคชันสมาร์ทโฟนในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
- 3) การวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบของมาตรการป้องกัน ศึกษาผลกระทบของมาตรการต่าง ๆ เช่น การ

ฉีดวัคซีน หรือการใช้เจลล้างมือในการลดอัตราการติดเชื้อระหว่างการประกอบพิธีฮัจญ์

ข้อจำกัดของการวิจัย

- 1) จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำกัด การวิจัยอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถสะท้อนระดับความรู้ของผู้แสวงบุญทั้งหมดได้ การขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างในอนาคตจะทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น
- 2) การเก็บข้อมูลหลังการเดินทาง การเก็บข้อมูลหลังการเดินทางอาจมีความท้าทาย เช่น การตอบสนองของผู้แสวงบุญที่อาจมีความไม่ต่อเนื่องหลังจากการเดินทาง ทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

อ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้หวัดนก/ไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ (Avian Influenza) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 วันที่ 1 ธันวาคม.สืบค้น 16 สิงหาคม 2566, จาก https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Old_Content/dmsweb/cpgcorner/CPGAvianFlu2560v3.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล. สืบค้น 14 ตุลาคม 2566, จาก http://203.157.181.2/f_cupsm/attach/5476/Guideline%20Flu%20vac_2016.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). คำแนะนำและมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับเรือนจำทัณฑสถาน สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน. สืบค้น 16 สิงหาคม 2566, จาก http://nontpro.go.th/public/news_upload/backend/files_286_2.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ. 2567. สืบค้น 1 กุมภาพันธ์ 2567, จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/DOE_flu_01.2567.pdf
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2552). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. นนทบุรี: ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์ โพรเกรสสซิฟ จำกัด.
- มาหะมะ เมาะมูลา. (2558). การออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพวิถีอิสลามสำหรับผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- 
- Agustiniingsih, A., Indalao, I., Pangesti, K., Sukowati, C., & Ramadhany, R. (2023). Molecular Characterization of Influenza A/H3N2 Virus Isolated from Indonesian Hajj and Umrah Pilgrims 2013 to 2014. *Life*, 13. <https://doi.org/10.3390/life13051100>.
- Alharbi, M., & Kribs, C. (2021). A Mathematical Modeling Study: Assessing Impact of Mismatch Between Influenza Vaccine Strains and Circulating Strains in Hajj. *Bulletin of Mathematical Biology*, 83. <https://doi.org/10.1007/s11538-020-00836-6>.
- Alhawsawi, M., Alghamdi, A., Alzayed, B., Binmugren, H., Alshehri, R., & Abusalih, H. (2020). Knowledge, barriers and uptake of influenza vaccine among non-health college students at Princess Nourah Bint Abdulrahman University, Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Public Health Research*, 9. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1856>.
- Alqahtani, A. S., Rashid, H., & Heywood, A. E. (2021). Vaccinations against respiratory infections in Hajj pilgrims: Recent developments. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 43, 102090. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102090>
- Goni, M., Naing, N., Hasan, H., Wan-Arfah, N., Deris, Z., Arifin, W., & Baaba, A. (2020). Impact of a Smartphone-Based Health Education Intervention in Reducing the Incidence of influenza-like illnesses (ILI) During Hajj. . <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-76602/v1>.
- Hoang, V., Dao, T., Ly, T., Belhouchat, K., Chaht, K., Yezli, S., Alotaibi, B., Raoult, D., Parola, P., Santi, V., Fournier, P., & Gautret, P. (2020). Dynamics and genetic diversity of Haemophilus influenzae carriage among French pilgrims during the 2018 Hajj: A prospective cohort survey.. *Travel medicine and infectious disease*, 101883 . <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101883>.
- Hoang, V., Dao, T., Ly, T., Drali, T., Yezli, S., Parola, P., Santi, V., & Gautret, P. (2022). Respiratory pathogens among ill pilgrims and the potential benefit of using point-of-care rapid molecular diagnostic tools during the Hajj.. *Acta microbiologica et immunologica Hungarica*. <https://doi.org/10.1556/030.2022.01895>.
- Khan, W. A., Memish, Z. A., & Alotaibi, B. M. (2020). Medical and health services at the Hajj and Umrah: A comprehensive review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 35, 101565. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101565>
- Khan, M., Ahmad, K., Shakeel, S., & Qasim, M. (2020). Health knowledge and attitude practices in Pakistani Hajj Pilgrims.. *The professional medical journal*, 27, 359-364. <https://doi.org/10.29309/tpmj/2020.27.02.3988>.
- Memish, Z. A., Al-Tawfiq, J. A., & Al-Rabeeah, A. A. (2019). Hajj: health lessons for mass gatherings. *BMJ Global Health*, 4(3), e001001. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001001>



- Phiriyasart, F., Sangsawang, C., Suphanchaimat, R., Nittayasoot, N., Sa-idi, A., Che-ae, R., Hamad, A., Sataeputeh, M., Dahamae, A., Yunu, Y., Hayitantu, C., Jueloh, I., & Ratchatatat, A. (2023). Knowledge, Attitude, and Self-reported Practices on Prevention of Respiratory Infections among Two Groups of Islamic Pilgrims, Thailand, 2021. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal*. <https://doi.org/10.59096/osir.v16i2.263623>.
- Sadeghi, K., Azad, T., Azadeh, S., Yavarian, J., & Shafiei, N. (2020). Detection of non-influenza related viral respiratory infections among returning hajj pilgrims, the Islamic Republic of Iran 2017. *Oman Medical Journal*, 3.
- Safarpour, H., Safi-Keykaleh, M., Farahi-Ashtiani, I., Bazzyar, J., Daliri, S., & Sahebi, A. (2021). Prevalence of Influenza Among Hajj Pilgrims: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine and Public Health Preparedness*, 16, 1221 - 1228. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.472>.
- World Health Organization. (2020). Influenza seasonal. Retrieved August 22, 2022, from https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1
- Zn, S., Hashim, S., Hasan, H., Abdulaziz, A., Nn, N., Mohamed, Z., Harun, A., Abdulrahman, Z., Ismail, N., Suraiya, S., Deris, Z., Ns, B., & Ns, M. (2020). Knowledge, Perceptions and Practices of Malaysian Hajj Pilgrims for Prevention of Influenza-like illness (ILI) in 2013 Hajj Season. , 18. <https://doi.org/10.31436/IMJM.V18I3.204>.

การประเมินผลระบบยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์โดยโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ปีงบประมาณ 2566
Evaluation of the Pharmaceutical Systems, Medical Supplies,
and Medical Equipment of the Subdistrict Health Promoting Hospital
that Has Been Transferred to the Provincial Administrative Organization,
Fiscal year 2023.

อุดม ทุมโฮสิต¹ วรพิทย์ มีมาก² และ สุปัทน์จิตร ลาดบัวขาว³
Udom Tumkosit¹, Vorapit Meemak² and Suphatjit Ladbuakhao³
คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์¹
มหาวิทยาลัยรามคำแหง² นักวิจัยอิสระ³

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

(Received: September 13, 2024; Accepted: September 30, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด
2) ศึกษาปัญหา อุปสรรค ข้อเด่นและข้อด้อยในการจัดการยาหลังการถ่ายโอน และ 3) เสนอแนะแนวทางพัฒนา
ระบบการจัดการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลังการถ่ายโอน รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัย
ประเมินผลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการศึกษาแบบกรณีศึกษาเชิงสำรวจและพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือ โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล 32 แห่งใน 8 จังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบบันทึกผลการ
ปฏิบัติงาน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้โปรแกรม Atlas.ti

ผลการวิจัยพบว่า หลังการถ่ายโอน ระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะด้านการพึ่งพาบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนแม่
ข่ายที่ลดลง ส่งผลให้คุณภาพการจัดการยาในหลายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลดลงและขาดความต่อเนื่อง
ปัญหาสำคัญที่พบคือการขาดแคลนบุคลากรทางเภสัชกรรมและงบประมาณในการจัดหา ยา วัสดุทางการแพทย์
ข้อเด่นคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอิสระในการบริหารจัดการมากขึ้น สามารถตอบสนองความ
ต้องการของชุมชนได้ดีขึ้น ข้อเสนอแนะสำคัญได้แก่ การเสริมสร้างศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการ
ควบคุมคุณภาพและการจัดการคลังยา การส่งเสริมความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลแม่ข่าย และการสนับสนุน
งบประมาณจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาระบบการติดตามและ
ประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้มีความชัดเจนและโปร่งใสมากขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการยาและเวชภัณฑ์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การถ่ายโอน

Abstract

The objectives of this research were to: 1) evaluate the medication, medical supplies, and equipment management systems of Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) before and after their transfer to Provincial Administrative Organizations (PAOs); 2) investigate the problems, obstacles, strengths, and weaknesses in medication management post-transfer; and 3) propose guidelines for improving the medication management system of SHPHs after the transfer. The research design was a qualitative evaluation study using an exploratory and descriptive case study approach. The sample consisted of 32 SHPHs in 8 provinces that had undergone the transfer. Research instruments included performance record forms, in-depth interviews, and focus group discussions. Qualitative data were analyzed using Atlas.ti software.

The findings revealed that after the transfer, the medication and medical supplies management systems of SHPHs changed, particularly in terms of reduced dependency on personnel from the parent community hospitals. This resulted in a decline in medication management quality and a lack of continuity in many SHPHs. The main problems identified were pharmaceutical personnel shortages and inadequate medication procurement budgets. However, a notable strength was that SHPHs gained more autonomy in management, allowing them to respond better to community needs. Key recommendations included enhancing staff capacity, developing quality control systems for medications and inventory management, fostering relationships with parent hospitals, and ensuring adequate budget support from PAOs. Additionally, it was suggested that a more transparent and well-defined monitoring and evaluation system for medication and medical supplies management should be developed.

Keywords: Pharmaceutical and medical supply management, Subdistrict Health Promoting Hospital, Decentralization

บทนำ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลไกสำคัญของการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หน้าที่สำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ การจัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย โดยเน้นบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพของแต่ละพื้นที่ การทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมุ่งเน้นให้ครอบคลุมบริการที่เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐาน โดยให้ได้ตามมาตรฐานสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา

ในการให้บริการนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย จึงจำเป็นต้องอาศัย Clinical Practice Guidelines (CPG) จากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายเป็นแนวทางการให้บริการ มีข้อกำหนดให้ทำการบันทึกข้อมูลบริการอย่างครบถ้วน ถูกต้อง และเก็บรักษาไว้ในฐานข้อมูลที่มีความปลอดภัย รวมไปถึงการสร้างช่องทางการสื่อสารการจัดทำระบบการให้คำปรึกษา และระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่เกิดขีดความสามารถ เพื่อให้การบริการที่ไม่ขาดตอน

นอกจากนี้ สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องทำงานร่วมกับ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย คือ การจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้เกิดการประหยัดงบประมาณ รวมไปถึงผู้รับบริการก็จะได้รับยาที่ดีมีคุณภาพอีกด้วย

เวชภัณฑ์ หมายถึง ยาและวัสดุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีใช้ยา การจัดการเวชภัณฑ์จะแตกต่างจากสินค้าอื่น เนื่องจากเวชภัณฑ์เป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ยามีราคาแพง

หายาก มีอายุการใช้งานและเสื่อมสภาพได้ง่าย ยาชนิดเดียวกันอาจมีคุณภาพแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ยาที่ดี มีคุณภาพ ราคาเหมาะสม มาใช้ในการให้บริการ รวมทั้งจัดระบบให้ผู้รับบริการเข้าถึงได้โดยไม่มีอุปสรรค

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกชี้ว่าการสั่ง การกระจาย และการจำหน่ายยาในโลกริมมากกว่า 50% เป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล และประชากรโลกประมาณ ร้อยละ 50 มีการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง รวมทั้ง 1 ใน 3 ของประชากรโลกไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ (World Health Organization, 2002) ซึ่งผลจากการนี้นำไปสู่ปัญหาการสูญเสียตามมาทั้งในระดับบุคคลผู้ใช้ยา และต่อประสิทธิภาพของการรักษา ไปจนถึงความเข้าใจผิดของสังคมโดยรวม เช่น การเกิดความเชื่อว่าการเจ็บป่วยแล้วจะต้องรับประทานยา (one pill for every ill) ทำให้ความต้องการในการใช้ยาเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น หรือผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวมากขึ้น เช่น การเกิดปัญหาเชื้อโรคดื้อยา (Antimicrobial Resistance) มากขึ้น จากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น และนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ อย่างน้อยปีละ 4-5 พันล้านดอลลาร์ในสหรัฐอเมริกาหรือ 9,000 ล้านยูโรในยุโรป ส่วนในประเทศไทย คาดว่ามีมูลค่าสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงปีละกว่า 40,000 ล้านบาท(คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล, 2558) นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในด้านมาตรการต่าง ๆ ในการบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ อาทิ การจำกัดจำนวนรายการเวชภัณฑ์ของหน่วยงาน การลดปริมาณการสำรองเวชภัณฑ์ การกำหนดกลุ่มยาที่ต้องควบคุมการใช้ (Restricted Drugs) การดำเนินการตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG) และการติดตามประเมินผล

การใช้ยา (DUE) การจัดการยาและเวชภัณฑ์ดังกล่าวยังไม่ได้มีการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ในด้านการจัดการเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งหมายถึง การบริหารจัดการที่อยู่บนพื้นฐานหลักการที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อให้ได้เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ มีการสำรองในปริมาณที่เหมาะสมทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน มีการจัดการเพื่อเก็บรักษาเวชภัณฑ์ให้มีคุณภาพดี และการจัดช่องทางเพื่อให้ผู้บริโภคเข้าถึงเวชภัณฑ์อย่างเท่าเทียม รวมถึงการจัดให้มีระบบสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยเก็บรักษาเวชภัณฑ์ในสถานะที่เหมาะสม เพื่อคงคุณภาพที่ดีให้ดำรงอยู่ตลอดการรักษา

การจัดการที่ดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งได้ 2 ส่วน คือ ในสถานพยาบาลและในชุมชน ซึ่งในสถานการณ์จริงชุมชนจะมีความซับซ้อน และยากต่อการจัดการ มีการสะท้อนสภาพปัญหา และมีการเรียกร้องให้จัดการปัญหาในชุมชนมาโดยตลอด แต่การดำเนินการที่มุ่งเน้นงานด้านชุมชนยังไม่มีความชัดเจนมากนัก ดังนั้นการประเมินการจัดการเวชภัณฑ์ทั้งภายในสถานบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง/เสมอภาคและปลอดภัย จึงเป็นประเด็นสำคัญ เพื่อให้ได้มาซึ่งการพัฒนาคุณภาพการบริการยาและเวชภัณฑ์ที่ดี รวมไปถึงการจัดการที่เชื่อมโยงกับ โรงพยาบาลชุมชน แม่ข่าย และชุมชนได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

2) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ตลอดจนข้อเด่น/ข้อด้อย ในการจัดการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากมีการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

3) เพื่อเสนอแนะแนวทางพัฒนาระบบการจัดการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับ การถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluative Research Methodology) ประเภทกรณีศึกษาแบบสำรวจ อธิบายเรื่องราวที่เกิดขึ้น (Exploratory with Descriptive Cases Study) โดยทำการสำรวจข้อมูลเชิงลึกของเหตุการณ์และครอบคลุมประเด็นที่ต้องการประเมิน หลังจากนั้นนำข้อมูลการวิเคราะห์ถอดรหัสที่สำคัญ แล้วอธิบายเรื่องราวการค้นพบ พร้อมทั้งถอดข้อคิดเห็นในการพัฒนานโยบายออกมาให้เป็นรูปธรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยในการวิเคราะห์ของการวิจัยนี้เป็นแบบสองระดับขององค์การ (Dual Organizational Unit of Analysis) โดยใช้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ในฐานะผู้รับผิดชอบในการดำเนินการหลังการถ่ายโอนฯ เป็นหน่วยในการวิเคราะห์ในระดับจังหวัด และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยวิเคราะห์ในระดับพื้นที่ ซึ่งหน่วยในการวิเคราะห์ทั้งสองระดับมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน สำหรับแหล่งข้อมูลสำคัญคือ ข้อมูลจากองค์กรทั้ง 2 ระดับ อันได้แก่ บันทึกผลทำงาน ประสพการณ์ของบุคลากรที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) และข้อคิดเห็นของผู้บริหารนโยบาย (นายก อบจ., ปลัด อบจ., ผอ. กองสาธารณสุข, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด)



สำหรับตัวอย่างที่เลือกมาศึกษาเชิงคุณภาพ มีจำนวน 8 จังหวัด 32 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นผู้สุ่มเลือกให้จากจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ 2566 ซึ่งยินดีให้ความร่วมมือและไม่ซ้ำซ้อนกับงานวิจัยอื่นที่มีวัตถุประสงค์ทำนองเดียวกัน ผลการเลือกมีดังนี้ ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดพิจิตร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดสกลนคร ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดระยอง และจังหวัดกาญจนบุรี และภาคใต้ ได้แก่ จังหวัด นครศรีธรรมราช และจังหวัดกระบี่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกผลการปฏิบัติงาน ใช้เก็บข้อมูล เกี่ยวกับระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ ทางแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการกับผู้บันทึก ข้อมูลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อทำความเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการทำงานและปัญหาที่เกิดขึ้น
3. การสนทนากลุ่ม จัดขึ้นกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการ จัดการระบบยาภายหลังการถ่ายโอน
4. โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ วิเคราะห์และตีความข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ การ สัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยส่งแบบสำรวจให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ล่วงหน้า จัดประชุมชี้แจง รายละเอียดแก่ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเตรียมเอกสารและรวบรวม ข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายเวลาในการจัดเก็บข้อมูล

2. พนักงานเก็บข้อมูลภาคสนามเข้าดำเนินการ จัดเก็บข้อมูลจากแหล่งบันทึกของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประชาชนที่เกี่ยวข้อง บันทึกผลลงในแบบสำรวจ ใช้เวลาในการเก็บ รวบรวมข้อมูลจังหวัดละ 2 วัน

3. คณะผู้วิจัยศึกษาข้อมูลตามแบบสำรวจที่ได้รับ กรณีข้อมูลของจังหวัดใดหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ชัดเจน จัดทีมลงพื้นที่เพื่อร่วมสัมมนา กลุ่มกับทีมพนักงานเก็บข้อมูลภาคสนาม การสัมมนา กลุ่มใช้เวลาประมาณ 3-5 ชั่วโมง

4. การสัมมนากลุ่มมุ่งเน้นการตรวจสอบความ ถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ทำความเข้าใจประเด็นเชิงลึก ในปัญหาสำคัญของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะผู้วิจัยเยี่ยมชมสภาพความเป็นจริง ณ ที่ทำการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และเป็นปัจจุบัน

4.1 คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้บริหาร องค์การบริหารส่วนจังหวัดประกอบด้วยนายกองค์การ บริหารส่วนจังหวัด รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ดูแลการถ่ายโอน และปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประเด็นสัมภาษณ์ครอบคลุมทัศนคติต่อการถ่ายโอน ปัญหาอุปสรรค รูปแบบการอภิบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ความร่วมมือ กับสาธารณสุขจังหวัด ความคาดหวังต่อส่วนกลาง

4.2 คณะผู้วิจัยสัมภาษณ์นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดหรือรองนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง ประเด็นสัมภาษณ์ คล้ายคลึงกับการสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์การบริหารส่วน จังหวัด มุ่งเน้นมุมมองของฝ่ายสาธารณสุข

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ คณะผู้วิจัยใช้โปรแกรม Atlas.ti เป็นเครื่องมือหลัก โดยนำข้อมูลที่ผ่านการบรรณาธิการแล้วเข้าสู่โปรแกรมควบคู่กับการเก็บข้อมูลภาคสนาม จากนั้นวิเคราะห์และตีความผลโดยใช้ผลการวิเคราะห์ร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ทำการวิเคราะห์เป็นรายจังหวัด แล้วยกระดับเป็นข้อมูลระดับภาค และสังเคราะห์เป็นภาพรวมระดับประเทศ

2. การประมวลและสรุปผลการค้นพบ หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายจังหวัดแล้ว คณะผู้วิจัยนำข้อมูลมายกระดับเป็นข้อมูลภาค จากนั้นพิจารณาหาข้อค้นพบในภาพรวมของประเทศ โดยถอดข้อค้นพบสำคัญที่พบลักษณะร่วมกันในหลายจังหวัดและภาค เพื่อสรุปเป็นข้อค้นพบในภาพรวมระดับประเทศ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ศึกษา และ (2) ข้อค้นพบที่สำคัญ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังการถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ผลการวิจัยพบว่า การถ่ายโอนระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีผลกระทบต่อระบบการจัดการในหลายด้าน โดย ก่อนการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายในการจัดการเรื่องยาและเวชภัณฑ์ เช่น การเบิกจ่าย การจัดเก็บยา และการจัดการคลังยา ซึ่งมีการดำเนินการตามคู่มือและมาตรฐานที่กำหนดโดยโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และกระทรวงสาธารณสุข

2. หลังการถ่ายโอน การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในบางพื้นที่มีแนวโน้มลดลงหรือหยุดไปทั้งหมด ส่งผลให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องเผชิญกับความท้าทายในการจัดการยาและเวชภัณฑ์ด้วยตนเอง ปัญหาที่พบคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่ยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านเภสัชกรรม ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่นเท่าที่ควร การขาดทักษะเฉพาะทางในการบริหารจัดการยา เช่น การตรวจสอบคุณภาพยา การควบคุมสต็อกยา และการจัดการเวชภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพ ยังคงต้องพึ่งพาโรงพยาบาลแม่ข่าย

3. ในบางพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังคงรักษาระบบการทำงานได้เหมือนเดิมโดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ในบางแห่งความสัมพันธ์ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาลแม่ข่ายเริ่มเสื่อมถอยลง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาในด้านการจัดการยา เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการและการขาดแคลนยาในบางครั้ง

ปัญหาอุปสรรค ข้อเด่น/ข้อด้อย ในการจัดการยาของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

ปัญหาอุปสรรค

การขาดแคลนบุคลากรทางเภสัชกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังคงเป็นปัญหาหลักที่พบหลังการถ่ายโอน ระบบการจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ต้องอาศัยเภสัชกรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่เนื่องจากบาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดความร่วมมือจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหลังการถ่ายโอน ทำให้การจัดการเวชภัณฑ์มีความซับซ้อนมากขึ้น และในบางครั้งอาจไม่สามารถจัดหาที่จำเป็นได้ทันเวลา ปัญหาการบริหารจัดการคลังยา เช่น การขาดระบบ

ตรวจสอบคุณภาพยาอย่างสม่ำเสมอ การบันทึกข้อมูล
คลังยาที่ไม่เป็นปัจจุบัน รวมถึงการควบคุมสภาพคลังยา
เช่น การควบคุมอุณหภูมิและความชื้น ทำให้คุณภาพยา
ลดลงและเสี่ยงต่อการหมดอายุ

ในบางพื้นที่ การสนับสนุนด้านงบประมาณ
จากองค์การบริหารส่วนจังหวัด ยังไม่เพียงพอ ทำให้การ
จัดการยาที่มีข้อจำกัดในการเบิกจ่ายงบประมาณ รวมถึง
การสรรหาที่มีคุณภาพตามมาตรฐานไม่สามารถทำได้
อย่างเต็มที่

ข้อเด่น

1. การถ่ายโอนทำให้ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล มีโอกาสในการพัฒนาระบบการจัดการยา
ที่มีความเป็นอิสระมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านการบริหาร
จัดการยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งช่วยให้
การทำงานในระดับพื้นที่มีความยืดหยุ่นมากขึ้นตาม
บริบทของแต่ละชุมชน

2. การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วน
จังหวัด ทำให้มีโอกาสในการได้รับทรัพยากรและ
งบประมาณเพิ่มเติม ซึ่งอาจนำมาใช้ในการพัฒนา
คุณภาพการจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ
มากยิ่งขึ้นในระยะยาว

ข้อด้อย

1. ระบบการถ่ายโอนยังไม่สมบูรณ์ในทุกด้าน
โดยเฉพาะในเรื่องของการถ่ายโอนความรู้และทักษะด้าน
การจัดการยา การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ
เฉพาะด้านทำให้ระบบการจัดการยาในบางพื้นที่ยังไม่
สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การขาดระบบการประสานงานที่ดีระหว่าง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่
ข่ายในบางพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อการให้บริการที่ต่อเนื่อง
เช่น การขาดยาช่วยชีวิตในบางกรณี

แนวทางพัฒนาระบบการจัดการยาของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอนไปสู่
องค์การบริหารส่วนจังหวัด

1. เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางเภสัชกรรม
ควรมีการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ และทักษะให้แก่
บุคลากรของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้
สามารถบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการควบคุมคุณภาพและ
การตรวจสอบสต็อกยา

2. จัดทำมาตรฐานการจัดการคลังยาและ
เวชภัณฑ์ ควรมีการจัดทำมาตรฐานการจัดการคลังยาให้
เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม เช่น การควบคุม
อุณหภูมิ การแยกประเภทเวชภัณฑ์ การตรวจสอบ
ความชื้นและการจัดการยาใกล้หมดอายุอย่างมี
ประสิทธิภาพ รวมถึงการใช้ระบบ First Expired First
Out (FEFO) เพื่อให้การบริหารคลังมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ส่งเสริมความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลแม่ข่าย
ควรมีการฟื้นฟูหรือเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลแม่
ข่าย เพื่อให้การสนับสนุนด้านเภสัชกรรมมีความต่อเนื่อง
และราบรื่น โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรเข้ามามี
บทบาทในการสนับสนุนการประสานงานนี้

4. สนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอ
และเหมาะสมกับความต้องการในการจัดการยาและ
เวชภัณฑ์ เพื่อให้สามารถจัดหาที่มีคุณภาพตาม
มาตรฐานและเพียงพอต่อความต้องการของชุมชน

5. การใช้เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการจัดการยา
ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการจัดการยา เช่น ระบบ
บันทึกข้อมูลการจัดการยาผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่
ทันสมัย เพื่อให้สามารถติดตามข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
และทันสมัย

อภิปรายผล

การประเมินระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

จากผลการวิจัย พบว่าระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการถ่ายโอน โดยเฉพาะในด้านการจัดการยาที่ต้องพึ่งพาบุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย การสนับสนุนในด้านนี้มีแนวโน้มลดลงหลังจากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ถูกถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ส่งผลให้การจัดการยาในหลาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดความต่อเนื่องและคุณภาพที่ลดลง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและบุคลากรเภสัชกรรม การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร่งด่วน

ผลการประเมินพบว่า ก่อนการถ่ายโอน ระบบการจัดการยาของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสอดคล้องกับมาตรฐานและการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างเต็มที่ เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำและการควบคุมดูแลในด้านการจัดการยาที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากล นอกจากนี้ โรงพยาบาลแม่ข่ายยังเป็นผู้จัดสรรยาและเวชภัณฑ์ที่สำคัญให้กับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่หลังจากการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายลดลง ซึ่งส่งผลให้ระบบการจัดการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดความสม่ำเสมอใน

การดำเนินงาน รวมถึงมีการขาดแคลนยาบางประเภท เนื่องจากการบริหารจัดการงบประมาณไม่เป็นไปตามแผนที่กำหนด ซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักการจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุไว้ว่า การเข้าถึงยาที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2001)

ทั้งนี้ยังพบว่าการควบคุมคุณภาพของยาและการตรวจสอบคลังยาหลังการถ่ายโอนยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาวซึ่งกำหนดให้มีการควบคุมคุณภาพของยาอย่างเข้มงวดตลอดเวลา เช่น การควบคุมอุณหภูมิและความชื้นในสถานที่จัดเก็บยา นอกจากนี้ยังพบว่าหลายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ขาดการบันทึกข้อมูลการจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การตรวจสอบคลังยาเป็นไปอย่างไม่ครบถ้วน ส่งผลให้เกิดปัญหาหายหมดอายุหรือเสื่อมสภาพที่ไม่ทันต่อการใช้งาน นอกจากนี้ยังพบปัญหาการขาดแคลนยาบางประเภทซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการในพื้นที่ ซึ่งเป็นผลจากการขาดการสนับสนุนที่ชัดเจนจาก อบจ. ในด้านงบประมาณและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ (พิสนธิ์ จงตระกูล, 2558)

การศึกษาปัญหาอุปสรรค ตลอดจนข้อเด่นและข้อด้อยในการจัดการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

จากการศึกษาพบว่าปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดการยาและเวชภัณฑ์ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังการถ่ายโอน คือ การขาดบุคลากรทางเภสัชกรรม และการขาดงบประมาณในการจัดหา ยา ซึ่งส่งผลให้การบริหารจัดการยาไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด การขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในด้าน



การจัดการยา ทำให้การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายยาและการจัดการคลังยาไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในระบบการจัดการยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมคุณภาพยาและการตรวจสอบคลังยา ที่ยังมีข้อบกพร่องหลายประการ

การจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ยังขาดการตรวจสอบและควบคุมอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในด้านการเก็บรักษายา ซึ่งพบว่ามีหลาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ไม่มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการยาและการควบคุมคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการเสื่อมสภาพของยาและการขาดแคลนยาที่ไม่ทันต่อการใช้งาน ปัญหานี้ยังเกิดจากการขาดงบประมาณที่เพียงพอในการจัดหาที่มีคุณภาพและปลอดภัย นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายลดลงหลังการถ่ายโอน ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ได้รับการสนับสนุนในด้านการจัดการยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพของการบริหารจัดการยาลดลง (มัลลิกา สุกผล, 2557)

อย่างไรก็ตาม ข้อเด่นของการจัดการยาหลังการถ่ายโอนคือ การเพิ่มอิสระในการบริหารจัดการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งทำให้สามารถวางแผนและจัดการยาได้ตามความต้องการของชุมชนในพื้นที่ได้มากขึ้น การเพิ่มอิสระนี้ช่วยให้การทำงานมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนตามบริบทของแต่ละชุมชนได้ดีขึ้น ทำให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในท้องถิ่นได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น (นิยดา เกียรติยิ่งอังคสุลี, 2563)

การเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีมาตรฐาน

เพื่อให้ระบบการจัดการยาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีมาตรฐานที่สมบูรณ์และเชื่อถือได้ แนวทางการพัฒนาที่สำคัญคือการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรทางเภสัชกรรม ควรมีการจัดฝึกอบรมและพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลการจัดการยาสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาระบบการควบคุมคุณภาพยาและการจัดการคลังยาให้มีมาตรฐานที่ชัดเจน โดยการควบคุมอุณหภูมิและความชื้นในสถานที่จัดเก็บยา การตรวจสอบคุณภาพยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการบันทึกข้อมูลการจัดการยาและเวชภัณฑ์ที่มีความถูกต้องและครบถ้วน ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการเสื่อมสภาพของยาและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการคลังยา (World Health Organization, 2010)

นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดควรมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณในการจัดหาและเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ รวมถึงการสร้างกลไกการสนับสนุนด้านทรัพยากรและงบประมาณที่มีความชัดเจนและเพียงพอต่อการดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสนับสนุนนี้ควรครอบคลุมทั้งการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และการพัฒนาระบบห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถดำเนินการตรวจสอบและรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้มีความชัดเจนและโปร่งใสมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ระบบยาและเวชภัณฑ์มีความสำคัญสูงสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพราะระบบนี้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความปลอดภัยและประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อประโยชน์ของประชาชนผู้รับบริการองค์การบริหารส่วนจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรร่วมมือกันจัดการเรื่องนี้โดยด่วนเพื่อให้ระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์บรรลุถึงเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพได้อย่างมั่นคง

2. องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรสนับสนุนช่วยเหลือด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความรวดเร็ว คล่องตัว และมีราคาที่เหมาะสมได้มากกว่าปัจจุบัน

3. การขาดแคลนบุคลากรเภสัชกรรมตามกรอบมาตรฐานกำลังคน ทำให้งานด้านการจัดการยาและเวชภัณฑ์มีปัญหาพอสมควร ดังนั้นจึงควรจัดหาบุคลากรดังกล่าวเพิ่มเติมโดยเร็ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ควรจัดให้มีการวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการจัดการยาและเวชภัณฑ์ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาพัฒนาระบบการจัดการยา เวชภัณฑ์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ควรจัดให้มีการวิจัยประเมินผลเพิ่มเติม เพื่อการถ่ายโอนผ่านไปแล้วอย่างน้อย 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ. (2553). *คู่มือการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาระบบประสาทส่วนกลาง เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. (2558). *คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ฉมวรรณ อยู่เจริญ และธนัญญา วสุศรี. (2561). การพัฒนาระบบเติมเต็มยาและเวชภัณฑ์คงคลัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน. *ว. เภสัชศาสตร์อีสาน*, 14(3), 92-106.
- นันทน์ภัส พิงสุข และอัษฎางค์ พลนอก. (2560). การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 21(41), 109-122.
- นันทวรรณ กิติกรณารักษ์ และสุปรียา ดวงจันทร์. (2555). ความสามารถในการบริหารเวชภัณฑ์ของศูนย์สุขภาพชุมชน. *พุทธชินราชเวชสาร*, 29(1), 27-35.
- นิตดา เกียรติยิ่งอังสุลี. (2563). การใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน. *ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา*, 11(45).

พิสนธิ์ จงตระกูล. (2558). ใช้ยาทุกครั้งต้องใช้อย่างสมเหตุผล. *ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา*, 7(28).

มัตติกา ประพฤติดี (2564). การพัฒนางานบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 1(2), 16-29.

มัลลิกา สุกพล, สมบัติ อาคม และอนุพันธ์ุ ประจำ. (2557). การศึกษาความสามารถในการบริหารคลังเวชภัณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ. *Research and Development Health System Journal*, 7(2), 207-17.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยาและเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานการบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2565, จาก <http://203.157.3.54/hssd1/???b3B0aW9uPXJlcG9ydCZtb2R1bGU9cmVwb3J0JnVtZD1hcHAxJm1vZD1yZXBvcnRfbWFpbiY=>

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. (2566). *คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึกษาในพระบรมราชูปถัมภ์.

อุดม ทุมโฆสิต. (2567). *การวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์และสังคมศาสตร์: ศาสตร์แห่งองค์ความรู้และวิถีวิทยาการวิจัย*. กรุงเทพฯ: คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

World Health Organization. (2010). *Medicines: rational use of medicines*. Fact sheet No.338.

World Health Organization. (2002). *Promoting rational use of medicines: core components*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2001). *How to develop and implement a national drug policy*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1985). *The rational use of drugs. Report of the conference of experts*, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: WHO.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว :

กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง

Nursing Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with
Pneumothorax: Case study of patients in Ranong Hospital

อรอนงค์ ธนิตสุขการ

Ornanong Thanitsukkarn

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

(Received: October 18, 2024; Accepted: October 31, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลเวชระเบียนแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดงและการรักษา มาวางแผนให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะก่อนจำหน่าย

ผลการศึกษา เปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 2 ราย รายที่ 1 ผู้ป่วยป่วยชายไทย อายุ 65 ปี อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น พ่นยาไม่ดีขึ้น เป็นมา 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัย COPD with Pneumothorax รายที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัว ปวดแน่นท้องมากขึ้นเป็นมา 1 วัน ได้รับการวินิจฉัย COPD with Pneumothorax with Nephrotic Syndrome ในระยะวิกฤตให้การพยาบาลเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้าน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะและความชำนาญพิเศษในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาวะวิกฤตและภาวะปกติ เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ภาวะปอดรั่ว, การพยาบาล



Abstract

This study aimed to compare the nursing Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) and Pneumothorax 2 patients admitted to the Ranong Hospital inpatient department. Data was collected from medical records and through interviews with patients and their families. The data was then analyzed using a health pattern model to compare the pathophysiology, symptoms, treatment, nursing care plan, and evaluation outcomes in 3 phases: critical phases, recovery phases, and pre-sale period.

Results Two male Thai patients with COPD and Pneumothorax were compared. Case 1: Thai male patient, age 65 years old. The main symptom is severe shortness of breath that did not improve with inhales for 3 hours prior. Diagnosed with COPD and Pneumothorax. Case 2: Thai male patient, age 68 years old. The main symptom is shortness of breath, generalized edema, and severe abdominal pain that had been worsening for 1 day. Diagnosed with COPD with Pneumothorax with Nephrotic syndrome. In the crisis phase, the patient received nursing care by receiving enough oxygen, controlling water and electrolyte balance, giving antibiotics and intravenous fluids, preventing complications, and reducing the anxiety of patients and relatives. Therefore, nurses have knowledge, skills, and special expertise in caring for critical and normal patients to plan nursing practices according to standards consistent with the treatment plan from the first admission until discharge to keep patient safety and reduce readmission to the hospital.

Keywords: COPD, Pneumothorax, Nursing

บทนำ

จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) ประมาณ 210 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่ และคาดว่าจะเป็สาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ. 2030 (Health Data Center: HDC, Ministry of Public Health) สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.3 เท่าในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คน ต่อประชากรแสนคน (กรมการแพทย์, 2562) โดยมีพยาธิสภาพส่วนใหญ่เป็นไปในทางเสื่อมลง ไม่กลับคืนสู่ภาวะปกติและเป็นโรคที่ไม่หายขาดโดยมีลักษณะเป็น progressive not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุดได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิด Abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (Multicomponent disease) ผลจากการระคายเคืองอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังทั้งในหลอดลม เนื้อปอดและหลอดเลือดปอด (Pulmonary vasculature) เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดลมตั้งแต่ขนาดใหญ่ลงไปถึงขนาดเล็กมีการอักเสบและการทำลายที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โครงสร้างของผนังหลอดลม โดยเฉพาะส่วนปลายมีการตีบแคบการสร้าง mucus มากกว่าปกติรวมกับการทำงานผิดปกติของ cilia ผู้ป่วยจะมีอาการไอเรื้อรังมีเสมหะเกิดการอุดกั้นและมีพังผืดเกิดขึ้น ส่งผลให้หลอดลมแฟบการอุดกั้นในหลอดลมที่รุนแรงจะทำให้เกิดแรงต้านภายในหลอดเลือดของปอดเพิ่มขึ้น ปอดที่มีการโป่งพองอย่างถาวรทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถขับลมออกจากความจุของปอดภายในเวลาที่กำหนด พยาธิสภาพของโรคจะเกิดการระคายเคือง

ต่อเนื่องส่งผลทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดภายในปอดทำให้มีการสร้าง Mucus มากกว่าปกติรวมกับการทำงานของ Cilia ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีอาการไอมีเสมหะ มีการตีบแคบของหลอดลม ทำให้อากาศไหลเวียนไม่สะดวกมีลมค้างภายในปอด มีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยขาดออกซิเจนและมีอาการหอบอย่างเฉียบพลัน สาเหตุที่ทำให้อาการกำเริบมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส rhinovirus, respiratory syncytial virus, coronavirus, influenza virus มีโอกาสพบเชื้อแบคทีเรียก่ออาการกำเริบได้เพียง 50% เท่านั้น ได้แก่ Haemophilus influenza, Streptococcus pneumoniae, Moraxella catarrhalis, Pseudomonas aeruginosa แต่พบว่า 1/3 ของ COPD ที่มีอาการกำเริบมักหาสาเหตุที่กระตุ้นให้อาการกำเริบไม่ได้ อาการกำเริบมักมาด้วยหอบเหนื่อยมากขึ้น เสมหะมากขึ้น เกิดการคั่งของเสมหะมีผลให้ความต้านทานภายในหลอดลมสูงขึ้นขณะหายใจออก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เนื่องจากต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ หรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง อาจสูญเสียรายได้จากการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ตามปกติ ถ้าเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการดำเนินโรคเลวลงอาจส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานและใช้ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น ซึ่งภาวะ แทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและทำให้เกิดอาการแย่ลงอย่างทันทีทันใดได้แก่ ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด ซึ่งถ้าลมที่รั่วออกมามีปริมาณมาก จะโป่งเนื้อปอดทำให้ปอดแฟบลง ส่งผลให้เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หากลมรั่วมี



ปริมาณมาก อาจเกิดภาวะช็อก ความดันโลหิตต่ำ และทำให้เสียชีวิตได้ (รพีพร โรจน์แสงเรือง, 2557)

โรงพยาบาลระนองมีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2563 –2565 จำนวน 310,278 และ 260 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 9, 10 และ 12 ราย ตามลำดับและมีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะปอดรั่วร่วมด้วยคิดเป็นร้อยละ 11.11, 10 และ 16.67 ตามลำดับ (โรงพยาบาลระนอง, 2565) ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการกลับมารักษาซ้ำด้วยระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจากภาวะปอดรั่ว, พยาบาลวิชาชีพมีทักษะในการประเมินและเฝ้าระวังภาวะวิกฤตในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วไม่เพียงพอ, การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติไม่ต่อเนื่องและปัจจัยด้านผู้ป่วยส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่และมีการมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นผู้ร่วมทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วจำนวน 2 ราย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานให้สอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว
2. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วเปรียบเทียบกับรายกรณี

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูล เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่วเป็นรายกรณี (Case study) จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลระนอง ในช่วงเดือน เมษายน-ตุลาคม 2567 โดยศึกษาข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ เวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และแบบบันทึกทางการพยาบาล วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาวิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะการเตรียมจำหน่าย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	65 ปี	68 ปี
สัญชาติ	ไทย	ไทย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
สถานภาพ	หม้าย	คู่
อาชีพ	งานบ้าน	งานบ้าน

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพ	บัตรประกันสุขภาพ
โรคร่วม	- โรคความดันโลหิตสูงรักษาที่โรงพยาบาลละอูน มา 10 ปี	- โรคความดันโลหิตสูง, COPD รักษา มา 12 ปี
การสูบบุหรี่	- COPD รักษา มา 10 ปี	-Nephrotic syndrome รักษา มา 8 ปี
	เคยมีประวัติสูบบุหรี่ 10-12 มวนต่อวันมา ประมาณ 40 ปี ขปัจจุบันสูบน้อยลงเหลือวัน ละ 2-3 มวนต่อวัน	มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวนมา 30 ปี เลิกสูบบุหรี่ได้ 1 ปี
วันที่เข้ารับการรักษา	18 สิงหาคม 2567	27 กันยายน 2567
วันที่จำหน่าย	23 สิงหาคม 2567	5 ตุลาคม 2567
การวินิจฉัยโรค	COPD with Pneumothorax	COPD with Pneumothorax with Nephrotic syndrome

ตารางที่ 2 รายงานข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล	หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นเป็นมา 3 ชั่วโมง	หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวเป็นมา 1 วัน
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ญาติให้ประวัติ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดเมื่อยตามตัว เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไอมากมีเสมหะสีเหลือง ไอมากตอน กลางคืน รับประทานอาหารได้น้อยลง วันนี้ เวลา 05.00 น. ไอมีเสมหะมากขึ้น หายใจ เหนื่อยหอบ พ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น มีอาการปาก คัล้า เหนือออกมากร รับนำส่งโรงพยาบาล	2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีประวัติรักษา right pleural effusion 2 อาทิตย์ก่อนมาโรงพยาบาล อ่อนเพลียท้อง โตขึ้น แน่นท้อง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 6 กิโลกรัม มา รักษาที่โรงพยาบาลได้ยาไปทานอาการไม่ดีขึ้น 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจ เหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกดบวม 2+ ปวดแน่น ท้องมากขึ้น ญาตินำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- โรคประจำตัวเป็น HTและ COPD รักษาที่ โรงพยาบาลละอูนมา 10 ปี - สูบบุหรี่ 10-12 มวนต่อวัน เป็นเวลา 40 ปี ปัจจุบันสูบน้อยลงเหลือวันละ 2-3 มวนต่อวัน ,เลิกดื่มสุรา - ปฏิเสธการผ่าตัด	- โรคประจำตัวเป็นHTและ COPD รักษา มา 12 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง - มีประวัติรักษา Nephrotic syndrome 8 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง - สูบบุหรี่วันละ 10 มวนมา 30 ปี เลิกสูบบุหรี่ ได้ 1 ปี, ดื่มสุรานานๆครั้ง - ปฏิเสธการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	- สมาชิกในครอบครัวมีบุตรชายและบุตรสะใภ้ แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว	- สมาชิกในครอบครัวมีภรรยาเป็นโรคความ ดันโลหิตสูง, บุตรสาวแข็งแรงดี

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการแพ้ยา/อาหาร/ สารเสพติด	- ไม่มี	- ไม่มี
อาการแรกเริ่ม	แรกเริ่มที่ ER โรงพยาบาลระนอง เวลา 8.50 น. หายใจเหนื่อยหอบ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 186/90 มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ 90 เปอร์เซ็นต์ E4V5M6 ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing ทั้งสองข้างแพทย์พิจารณาให้ Berodual NB จำนวน 3 dose ไม่ดีขึ้น ให้ยา Dexamethasone 8 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ อาการไม่ดีขึ้น ส่งเอกซเรย์ปอด พบว่า มี ภาวะปอดรั่วด้านซ้าย(Left pneumothorax) จึงใส่ท่อระบายทรวงอก ชนิด 2 ขวด ,On 0.9 % NSS 1000 c.c. rate 80 c.c./hr ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย ส่ง Admit แรกเริ่มที่แผนกอายุรกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็นริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าไม่เขียว หายใจเหนื่อยหอบใช้กลัมน้ำหน้าท้อง On HFNC 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 , O₂sat= 100 % สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/72 มิลลิเมตรปรอท ใส่ท่อระบายทรวงอกด้านซ้ายชนิด 2 ขวดมีลมออกดี , ใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย รายงานแพทย์ ให้ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip in 80 cc/hr, On left ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลม ประมาณ 200 c.c., ส่งตรวจ cell count,C/S,G/S,protein, LDH, ADA,albumin , เจาะเลือดส่งตรวจ H/C*2, CBC, LFT , Electrolyte,U/A ,ให้ Berodual	แรกเริ่มที่ER โรงพยาบาลระนองเวลา 13.30 น. รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกด บวม 2+ ท้องบวมโต ปวดแน่นท้อง ไม่มีไข้ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 150 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 143/110 มิลลิเมตรปรอท ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ 93 เปอร์เซ็นต์, E4V5M6 , EKG Normal Lung: wheezing and crepitation แพทย์พิจารณาให้ Berodual NB จำนวน 2 dose ไม่ดีขึ้น CXR พบ right pleural effusion ให้ On high flow nasal cannula (HFNC) 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 , ให้ยา Tazocin 4.5 gm IV และ Omeprazole 40 mg IV stat ส่ง Admit แรกเริ่มที่แผนกอายุรกรรมชาย เรียกผู้รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ใช้กลัมน้ำหน้าท้อง On HFNC 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4, O₂sat= 98 % บวมทั่วตัว นอนราบไม่ได้ ไม่มีภาวะซีด ท้องบวมโต มีอาการปวดแน่นท้อง pitting edema 3+ both leg สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/97 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ ให้On 50% MgSo4 8 ml+5% D/W 100 ml IV drip in4 hr in day 1 then 50% MgSo4 4 ml +5%D/W 100 ml IV drip in 4 hr in day 2-3 แพทย์ดูผลCXR พบ pneumothorax แพทย์ทำการเจาะน้ำเยื่อหุ้มปอด (Thoracentesis) ใส่Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลม ประมาณ 500 c.c. ส่งCXRหลังทำ ICD พบว่า



ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	1 NBทุก 4 ชั่วโมง,keep O ₂ sat ≥94%, RR <24 /min Order for Continuation ให้ NPO ยกเว้นยา ถ้า Clinical ดีขึ้นให้ Regular diet	สายICD เข้าในเยื่อหุ้มปอด , ส่งตรวจ cell count, C/S,G/S,protein, LDH,ADA,albumin , เจาะเลือดส่งตรวจ H/C*2, CBC, LFT , Electrolyte,U/A ,ให้ Berodual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง,keep O ₂ sat ≥94%, RR <24 /min, ใส่สายสวนปัสสาวะ คาสาย,Order for Continuation ให้ NPO ยกเว้นยา ถ้า Clinical ดีขึ้นให้ Regular diet
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	18 สิงหาคม 2567 Hct = 37%, HGB =12.6 g/dl WBC=15,980 cell/cu.mm., PLT = 208,000 ,Neutrophil = 97 % BUN=23 mg/dl Creatinine= 0.68 mg/dl, GFR =119.45 Na=138 mmol/L,K=4.2 mmol/L, Cl=98 mmol/L ,Ca = 7.7 mg/dl HCO₃ =28 mmol/L, SGOT =30 U/L, SGPT=42 U/L 20 สิงหาคม 2567 LDH =304 U/L Sputum culture = Pseudomonas aeroginosa Sputum Gram stain WBC : Moderate Hemoculture*3 days = No bacterial Growth Pleural fluid glucose = 101 mg/dl Pleural fluid Protein = 0.18 mg/dl Pleural fluid LDH = 29 U/L	วันที่ 27 กันยายน 2567 Hct = 36.7%, HGB =12.1 g/dl WBC= 10,320 el/cu.mm.,PLT= 397,000 ,Neutrophil = 90 %, BUN=23 mg/dl Creatinine=0.68 mg/dl ,GFR =119.45 , Na=131 mmol/L, K=3.63 mmol/L,Cl=97 mmol/L SGOT =48 U/L, SGPT=38 U/L Urine Albumin 3+ , Leukocyte = Trace ,WBC = 5-10 call/HP,PT INR = 8.7 0.76 APTT=22.1 วันที่ 28 กันยายน 2567 Hct = 24% , HGB =8.2 g/dl WBC=14,820cell/cu.mm., PLT = 375,000 ,Neutrophil = 92 % , Magnesium =2.2 md/dl Anti HIV = negative Sputum culture = Escherichia coli Sputum Gram stain WBC : Moderate Epithelium Cells: Moderate,Gram Positive Hemoculture*3 days = No bacterial Growth Pleural fluid glucose = 120 mg/dl Pleural fluid Protein = 0.22 mg/dl

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
		Pleural fluid LDH = 33 U/L วันที่ 29 กันยายน 2567 Hct = 27 % HGB = 9 g/dl WBC= 9,003cell/cu.mm., PLT = 259,000 ,Neutrophil = 96 % , BUN=23 mg/dl Creatinine0.77 mg/dl, GFR =113.5 Urine Albumin 3+ , Leukocyte = negative ,WBC = 1-2 cal/HP UPCR = 8.73 mg/dl
การรักษา	1. ใช้เครื่องบำบัดด้วยออกซิเจน HFNCเป็น ระยะเวลา 2 วัน หลังจากนั้นให้ O ₂ Cannula 3 ลิตร/นาที่ 3 วัน 2. ให้ยาตามแผนการรักษา Ceftriaxone 2 gms IV วันละ 1 ครั้งให้ 3 วัน Azithromax 500 mg IV วันละ 1 ครั้ง ให้ 3 วัน หลังผล Sputum c/s พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa เปลี่ยนเป็น Levofloxacin 750 mg IV วันละ 1 ครั้ง, Berodual 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง,Dexamethasone 4 mg IV ทุก 8 ชั่วโมง,Theoder oral 1*1 pc, Meptin (50mg) oral 1*2 pc , Sereflow 2 puff เข้า-เย็น,Amlodipine (5mg) oral1*1pc, Simvastatin (20mg) oral1*1 hs , Paracetamol (500mg) 1*ทุก 4-6 ชั่วโมง, G.G. oral 1*4 pc	1. ใช้เครื่องบำบัดด้วยออกซิเจน HFNC เป็น ระยะเวลา 2 วัน หลังจากนั้นให้ O ₂ Cannula 3 ลิตร/นาที่ 3 วัน 2. ให้ยาตามแผนการรักษา Tazocin 4.5 gm IV ทุก 6 ชั่วโมง, Cyclophosphamide(50mg) oral1*1pc, Prednisolone(5mg) oral 5*2 pc, Atrovastatin(40mg) oral 1*1 hs Lorsartan(50mg) oral1*1pc Manidipine(20mg) oral1*1pc, Omprazole(20mg) oral 1*1ac, Vitamin D(20,000 u)oral 1*1pc, CaCo ₃ (1500mg) oral 1*1pc Paracetamol(500mg) 1*ทุก4-6 ชั่วโมง, G.G. oral 1*4 pc

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการประเมินแบบแผนสุขภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
1. เกณฑ์การประเมินผล -หายใจมีอัตราและจังหวะสม่ำเสมอ 16-24 ครั้ง/นาที ซีฟจอร์อยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว O ₂ sat ปกติระหว่าง 95 -100% -เสียงหายใจเข้า-ออก/ฟังเสียงปอดปกติ	การประเมินผล -ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจ อัตราการหายใจ22-28 ครั้ง/นาที ซีฟจอร์ 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/64 -127/71 มิลลิเมตรปรอท ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว หลัง On HFNC และได้รับยา อาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-100% 100% -ไม่มีภาวะ Respiratory Failure	การประเมินผล -ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจ อัตราการหายใจ18-22 ครั้ง/นาที ซีฟจอร์ 79-108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 119/680 -140/90 มิลลิเมตรปรอท ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว หลัง On HFNC และได้รับยา อาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-99% -ไม่มีภาวะ Respiratory Failure
2. มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง อัตราการหายใจ 26ครั้ง/นาที ซีฟจอร์ 100 ครั้ง/นาที On HFNC O ₂ sat= 98 % ฟังปอดมีเสียงwheezing ทั้งสองข้าง ผล CXR พบว่า Left Pneumothorax On ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำสีเหลืองและลมประมาณ 200 ซี.ซี. -มีประวัติสูบบุหรี่ 40 ปี <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง นอนราบไม่ได้ อัตราการหายใจ 28ครั้ง/นาที ซีฟจอร์ 140 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/97 มิลลิเมตรปรอท On HFNC O ₂ sat 98 % ฟังเสียงปอดซ้ายมีเสียง	กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย, หายใจลำบาก เป็นต้น รายงานแพทย์ทันที 2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผน การรักษา On HFNC 40-60 LPM FiO ₂ ที่ 0.4 ประเมินความสัมพันธ์การทำงานของเครื่องกับการหายใจของผู้ป่วย 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4.จัดท่านอนศีรษะสูง (fowler position) 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัว ได้เต็มที่ 5.สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน2-3ครั้งแล้วกลืนหายใจแล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น	กิจกรรมการพยาบาล 1.สังเกตอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย,หายใจลำบาก เป็นต้น รายงานแพทย์ทันที 2.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผน การรักษา On HFNC 40-60 LPM FiO ₂ ที่ 0.4 ประเมินความสัมพันธ์การทำงานของเครื่องกับการหายใจของผู้ป่วย 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4.จัดท่านอนศีรษะสูง (fowler position) 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัว ได้เต็มที่ 5.สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน2-3ครั้งแล้วกลืนหายใจแล้วจึงค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น 6.ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการใส่ท่อระบายทรวงอก ได้แก่ อัตราการหายใจ การหายใจลำบาก ลักษณะของสิ่งที่เจาะได้ เช่น น้ำ เลือด ลม เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
wheezingและปอดขามีเสียง crepitation และ wheezing ผล CXR พบว่า pneumothorax On Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลม ประมาณ 500 ซี.ซี. -มีประวัติสูบบุหรี่ 30 ปี	6.ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังการใส่ท่อระบายทรวงอก ได้แก่ อัตราการหายใจ การหายใจลำบาก ลักษณะของสิ่งที่ เจาะได้ เช่น น้ำ เลือด ลม เป็นต้น	7.ดูแลการทำงานของระบบการระบายให้มี ประสิทธิภาพให้เป็นระบบสัญญาณ
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่าง เพียงพอ ต่อความต้องการของ ร่างกาย	7.ดูแลการทำงานของระบบการระบาย ให้มีประสิทธิภาพให้เป็นระบบ	การประเมินผล -หลัง On HFNC ,On ICD ได้ยาและการ พยาบาลตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการ หายใจเหนื่อยหอบลดลง อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที -O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-99% -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว
เกณฑ์การประเมินผล -ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ สับสน ไม่มีอาการปวดศีรษะ -หายใจมีอัตราและจังหวะสม่ำเสมอ 18-24ครั้ง/นาที -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว -O ₂ sat ปกติระหว่าง 95 -100%	สัญญาณ การประเมินผล -หลัง On HFNC ,On ICD ได้ยาและการ พยาบาลตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมี อาการหายใจเหนื่อยหอบลดลง อัตรา การหายใจ22-28 ครั้ง/นาที -O ₂ sat อยู่ในช่วง 97-100% -ไม่มีลักษณะอาการซีดหรือเขียว	
3. มีการติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ทุกครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะ ไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Levofloxacin 750 มิลลิกรัม วัน ละ 1 ครั้งทางหลอดเลือดดำ ประเมิน และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา เช่น phlebitis ผื่นแพ้ red man syndrome 4.สังเกตอาการแสดงอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย ,ระดับความรู้สึกตัว เปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์	กิจกรรมการพยาบาล 1.ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุก ครั้ง 2.วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะไข้ ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูล 3.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Tazocin 4.5 gm IV ทุก6ชม. ประเมินและเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา เช่น phlebitis ผื่นแพ้ red man syndrome 4.สังเกตอาการแสดงอื่นๆ เช่น อ่อนเพลีย , ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์
<u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -หายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอดมีเสียง wheezing ทั้งสองข้าง -อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ชีพ จร 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที -ผล CBC พบว่า WBC = 15,980 cell/cu.mm.,Neutrophil = 97 % -Sputum c/s: Pseudomonas aeruginosa		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน -หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง นอนราบไม่ได้ ฟังเสียงปอดซ้ายมีเสียง wheezingและปอดขวามีเสียง crepitation และ wheezing -อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 28ครั้ง/นาที ชีพจร 140 ครั้ง/นาที -ผล CBC พบว่า WBC= 10,320 cell/cu.mm., Neutrophil =90 % -Sputum c/s: Escherichia coli วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ เกณฑ์การประเมินผล -อุณหภูมิร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ช่วง 36.5 – 37.4 องศาเซลเซียส -ระดับความรู้สึกตัวดี -ไม่มีอาการหนาวสั่น -new score 1-4 คะแนน - lactate < 2 -ปัสสาวะออก >0.5 cc/kg/hr.	5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้ง หลังบ้วนเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6.สังเกตลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผล H/C 7.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวลดไข้ดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีสุขสบาย การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหนาวสั่น อุณหภูมิร่างกายลดลงเท่ากับ38 องศาเซลเซียสใน 24 ชั่วโมงแรกและลดลงอยู่ในช่วง37.5 -37.7 องศาเซลเซียสในวันต่อมา -new score 3 คะแนน - lactate 1.2 หลังAdmit วันที่ 3 -ปัสสาวะปกติ	5.ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังบ้วนเสมหะและน้ำลายเพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก 6.สังเกตลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ติดตามผล H/C 7.เช็ดตัวลดไข้ หลังเช็ดตัวลดไข้ดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีสุขสบาย การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหนาวสั่น อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง37 -37.7 องศาเซลเซียส -new score 3 คะแนน - lactate 1.5 หลังAdmit วันที่ 2 -ปัสสาวะปกติ
4.ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก (Intercostal chest drain: ICD) กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน -CXR พบว่า Left Pneumothorax - On ICD บริเวณหน้าอกด้านซ้าย	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลจัดทำให้อุปกรณ์นอนศีรษะสูง 2.ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด 3.สังเกตการกระเพื่อมขึ้น-ลงของระดับน้ำในหลอดแก้วที่จุ่มอยู่ใต้น้ำ(ขวด Underwater-seal)	กิจกรรมการพยาบาล 1.ดูแลจัดทำให้อุปกรณ์นอนศีรษะสูง 2.ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด 3.สังเกตการกระเพื่อมขึ้น-ลงของระดับน้ำในหลอดแก้วที่จุ่มอยู่ใต้น้ำ(ขวด Underwater-seal)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
-On ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำสีเหลือง และลมประมาณ 200 ซี.ซี. <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> - ผลCXR พบว่า pneumothorax -On Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำ และลมประมาณ 500 ซี.ซี. วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการใส่ท่อระบายทรวงอก เกณฑ์การประเมินผล -ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก	4.ตั้งขวดไว้ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอและควรยึดขวดระบายลมหรือสารเหลวไว้กับพื้น 5.รีด (Milking) สายยางบ่อยๆเพื่อป้องกันเลือดจับตัวกันเป็นลิ่ม ระวังไม่ให้สายยางหัก พับงอ 6.เมื่อมีการเปิดขวดหรือเปลี่ยนขวด ต้องใช้คีมหนีบสายยางระหว่างตัวผู้ป่วยกับขวดระบายทุกครั้ง เพื่อป้องกันลมรั่วเข้าไปในช่องปอด 7.บันทึกจำนวนสารเหลวที่ออกมา สังเกตลักษณะ สี และจำนวนของสารเหลวที่ออกมาทุกเวอร์ 8.สังเกตอาการผิดปกติ และรายงานแพทย์ เช่น แน่นหน้าอกเพิ่มขึ้น,มีเลือดออกมากกว่า 300-500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นต้น การประเมินผล -ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก	4.ตั้งขวดไว้ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอและควรยึดขวดระบายลมหรือสารเหลวไว้กับพื้น 5.รีด (Milking) สายยางบ่อยๆเพื่อป้องกันเลือดจับตัวกันเป็นลิ่ม ระวังไม่ให้สายยางหัก พับงอ 6.เมื่อมีการเปิดขวดหรือเปลี่ยนขวด ต้องใช้คีมหนีบสายยางระหว่างตัวผู้ป่วยกับขวดระบายทุกครั้ง เพื่อป้องกันลมรั่วเข้าไปในช่องปอด 7.บันทึกจำนวนสารเหลวที่ออกมา สังเกตลักษณะ สี และจำนวนของสารเหลวที่ออกมาทุกเวอร์ 8.สังเกตอาการผิดปกติและรายงานแพทย์ เช่น แน่นหน้าอกเพิ่มขึ้น,มีเลือดออกมากกว่า 300-500 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นต้น การประเมินผล -ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก
5.มีภาวะซีดเนื่องจากการสร้าง Erythropoietin ลดลงจากภาวะโรคไต <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ไม่มีประวัติโรคไต <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -เปลือกตาล่างซีด อ่อนเพลีย ความเข้มข้นของเลือดลดลงจากแรกรับ Hct เท่ากับ 21% Hemoglobin 8.2 g/dl วัตถุประสงค์ ภาวะซีดลดลง	กิจกรรมการพยาบาล -ไม่มี	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินภาวะทั่วไปที่แสดงถึงภาวะซีด เช่น เยื่อตา ลิ้น เป็นต้น 2.ดูแลให้ออนพัคพอนบนเตียง เพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม 3.ให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เป็นต้น เพื่อเพิ่มธาตุเหล็กในการสร้างเม็ดเลือดแดง 4.ดูแลให้ Packed red cells 2 ยูนิตทางหลอดเลือดดำ ยูนิตละ 4 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีจำนวนเม็ดเลือดที่เพียงพอและสังเกตอาการขณะให้เลือด เช่น หน้าอกร้อน เหนื่อยออก ตัวเย็น เป็นต้น 5.ติดตามค่า HCT เพื่อประเมินภาวะซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
เกณฑ์การประเมินผล -ระดับความเข้มข้นของเลือด (Hct) มากกว่า 30% -เยื่อปอดอักเสบมีสีแดงมากขึ้น		6.บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง การประเมินผล -หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ไม่ซีด เยื่อปอดอักเสบมีสีแดงขึ้น, Hct =27 %
6. มีภาวะน้ำเกินจากไตสูญเสีย หน้าที่ <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ไม่มีประวัติโรคไต <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> -อ่อนเพลีย บวมทั่วตัว นอนราบ ไม่ได้ ท้องบวมโต มีอาการปวดแน่น ท้อง pitting edema 2+ both leg -ผล UPCR 8.73 mg/dl (<0.3) Urine Albumin 3+ -pain score = 8 คะแนน วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ น้ำเกิน เกณฑ์การประเมิน -มีอาการดีขึ้น,นอนราบได้ -สัญญาณชีพอยู่ในช่วงปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60- 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร อยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที -มีอาการบวมลดลง -pain sore ลดลงอยู่ในช่วงคะแนน 1-5 คะแนน	กิจกรรมการพยาบาล -ไม่มี กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินอาการ วัดสัญญาณชีพ 2.จัดท่านอนศีรษะสูง 3.ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน 4.จำกัดอาหารที่มีโซเดียมสูง ไม่เกิน2,000 mg/day 5.จำกัดน้ำไม่เกิน 800 ml/day เพื่อลด ภาวะน้ำเกิน การประเมินผล -ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ นอนรายได้เหนื่อย น้อยลง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย อาการบวมลดลง ปวดแน่นท้องน้อยลง Pain sore =5 คะแนน อัตราการหายใจ18- 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 90-108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 116/88 -142/89 มิลลิเมตรปรอท, O ₂ set 97-98%	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ระยะฟื้นฟู 7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> -ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย -On HFNC , On ICD -มีอุปกรณ์สายต่างๆติดตัวผู้ป่วย <u>กรณีศึกษารายที่ 2 ข้อมูลสนับสนุน</u> - ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่บนเตียงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย -On HFNC , On ICD -มีอุปกรณ์สายต่างๆติดตัวผู้ป่วย วัตถุประสงค์ -เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เกณฑ์การประเมิน -ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพิ่มขึ้นตามขีดความสามารถโดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือเหนื่อยหอบ	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 3.ดูแลให้ความช่วยเหลือให้มีการขับถ่ายเป็นปกติ ก้นมานให้มิดชิดและช่วยเรื่องทำความสะอาดหลังขับถ่าย/ความสะอาดของร่างกาย 4..จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนผู้ป่วยน้อยที่สุด 5.แนะนำผู้ป่วยและญาติมีการพลิกสลับกับการทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ 3.ดูแลให้ความช่วยเหลือให้มีการขับถ่ายเป็นปกติ ก้นมานให้มิดชิดและช่วยเรื่องทำความสะอาดหลังขับถ่าย/ความสะอาดของร่างกาย 4..จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดกิจกรรมการพยาบาลให้ครบถ้วนผู้ป่วยน้อยที่สุด 5.แนะนำผู้ป่วยและญาติมีการพลิกสลับกับการทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป การประเมินผล -ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ท้องบวมโตลดลง ปวดแน่นท้องบางครั้ง เริ่มทำกิจกรรมปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในวันที่ 5 ของการนอนโรงพยาบาล และสามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นตามลำดับ
ระยะก่อนจำหน่าย 8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย <u>กรณีศึกษารายที่ 1 ข้อมูลสนับสนุน</u> ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสอบถามตลอดว่า “อาการจะดีขึ้นไหม” จะ	กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษา 2.ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล 1.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษา 2.ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
ได้กลับบ้านเมื่อไร ” “ต้องอยู่ โรงพยาบาลกี่วัน”	ญาติเข้าใจและมั่นใจในแผนการ รักษาพยาบาล	3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการ รักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ
<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล มี อาการซึม จะส่ายหน้าตลอดเวลา สอบถาม ส่วนใหญ่ญาติจะเป็นคน สอบถามว่า “คนไข้จะหายไหม เพราะเป็นหลายโรค” “ คนไข้บ่น เหนื่อยมาก ”	3.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจใน แผนการรักษาพยาบาลและการตรวจ วินิจฉัยอื่นๆ	4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถาม เกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟัง ปัญหาชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย
วัตถุประสงค์ -เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้ ผู้ป่วยและญาติ	4.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถาม เกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟัง ปัญหาชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย	5.อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติสามารถร่วม ปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อมๆกันกับการ พักผ่อนร่างกายและจิตใจ เช่น วิธีการหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น
เกณฑ์การประเมิน -ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือ ในการรักษาพยาบาล -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความ วิตกกังวล	5.อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติสามารถ ร่วมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อมๆกัน กับการพักผ่อนร่างกายและจิตใจ เช่น วิธีการหายใจ การทำสมาธิ เป็นต้น	การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและให้ ความร่วมมือในการรักษาและยอมรับความ เจ็บป่วย ,ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
9. มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำจาก ความไม่ตระหนักและการปฏิบัติตัว ที่บ้านไม่ถูกต้อง	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองโดยการสอบถาม ผู้ป่วย/ญาติ 2.วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D- METHOD 2.1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค การรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2.2.M-Medicine แนะนำเรื่องการไต่ยา ที่ถูกต้องและต่อเนื่องโดยเฉพาะยาพ่น รวมถึงอาการแพ้ยาที่ต้องรีบมาพบ แพทย์	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองโดยการสอบถามผู้ป่วย/ ญาติ 2.วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D- METHOD 2.1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค การ รักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2.2.M-Medicine แนะนำเรื่องการไต่ยาที่ ถูกต้องและต่อเนื่องโดยเฉพาะยาพ่น รวมถึง อาการแพ้ยาที่ต้องรีบมาพบแพทย์
<u>กรณีศึกษารายที่ 1</u> ข้อมูลสนับสนุน -ประวัติสูบบุหรี่มา 40 ปี ปัจจุบันยัง สูบบุหรี่ -ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ไต่ยา การดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง		
<u>กรณีศึกษารายที่ 2</u> ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยบอกวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ไต่ยา การดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง		

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่2
-มีประวัติการรักษาไม่ต่อเนื่อง วัตถุประสงค์ -เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจในการดูแลตนเองและไม่กลับมารักษาซ้ำ เกณฑ์การประเมิน -ผู้ป่วยสามารถบอกถึงชื่อโรคที่เป็นวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์	2.3 E-Environment แนะนำในการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ไล่กำจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ รวมถึงการหลีกเลี่ยงเข้าไปอยู่ในที่แออัดซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย 2.4.T-Treatment อธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์และแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2.5.H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบเฉียบพลันและลดการเกิดพยาธิสภาพของปอดมากขึ้น 2.6 O-Out patient แนะนำสิทธิการรักษา การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือกรณีฉุกเฉินกด 1669 2.7 D-Diet แนะนำเรื่องอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะได้ง่าย 3.ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมเยี่ยมบ้าน การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสนใจรับฟังและสอบถามเมื่อเกิดกรณีสงสัย สามารถตอบคำถามในเรื่องภาวะของโรคและการปฏิบัติตัวได้ มีการเน้นย้ำทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และมีการแจกเอกสารการปฏิบัติตัวเป็นแผ่นพับให้กับญาติผู้ดูแล	2.3 E-Environment แนะนำในการดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด ไล่กำจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบ รวมถึงการหลีกเลี่ยงเข้าไปอยู่ในที่แออัดซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย 2.4.T-Treatment อธิบายถึงแผนการรักษาของแพทย์และแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2.5.H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบเฉียบพลันและลดการเกิดพยาธิสภาพของปอดมากขึ้น 2.6 O-Out patient แนะนำสิทธิการรักษา การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หรือกรณีฉุกเฉินกด 1669 2.7 D-Diet แนะนำเรื่องอาหารโดยจำกัดอาหารที่มีโซเดียมและไขมันสูง,เน้นประเภทโปรตีน ผักผลไม้ เป็นต้น การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ2-3 ลิตร เพื่อช่วยขับเสมหะได้ง่าย 3.ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทีมเยี่ยมบ้าน การประเมินผล -ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสนใจรับฟังและสอบถามเมื่อเกิดกรณีสงสัย สามารถตอบคำถามในเรื่องภาวะของโรคและการปฏิบัติตัวได้ มีการเน้นย้ำทวนซ้ำกับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และมีการแจกเอกสารการปฏิบัติตัวเป็นแผ่นพับให้กับญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษา

พบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ อายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนองเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2567 ด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น เป็นมา 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไอมีเสมหะสีเหลือง ไอมากตอนกลางคืน รับประทานอาหารได้น้อยลง เป็นมา 5 วัน พ่นยาเองไม่ดีขึ้น มีโรคประจำตัว คือ HT และ COPD แรกรับที่ ER เวลา 08.50 น. BT 38.2 C, PP 128 /min, RR 30 /min, BP 186/90 mmHg, O₂ sat 90 % E4V5M6 EKG Normal ปอดมี wheezing แพทย์พิจารณาให้ Berodual NB 3 dose ไม่ดีขึ้นและ Dexamethasone 8 mg IV ไม่ดีขึ้น ให้ On HFNC ส่ง CXR พบ Left pneumothorax ทำ ICD ต่อ 2 ขวดได้ลมและน้ำสีเหลืองประมาณ 200 c.c., On 0.9 % NSS 1000 ml IV drip rate 100 c.c./hr และใส่สายสวนปัสสาวะคาสายแพทย์วินิจฉัย COPD with Pneumothorax ส่ง Admit แรกรับที่แผนกอายุรกรรมชาย หายใจเหนื่อยหอบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ตัวเย็นริมฝีปากและปลายมือปลายเท้าไม่เขียวมีไข้ อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 120 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 134/72 มิลลิเมตรปรอท , On high flow nasal cannula (HFNC) 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 O₂ sat 100 % ปรับลด 0.9 % NSS 1000 ml IV drip rate 80 cc/hr, ผล CBC พบว่า WBC เท่ากับ 15,980 cell/cu.mm., Neutrophil เท่ากับ 97 % แพทย์รักษาภาวะติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่แรกรับด้วยยาปฏิชีวนะ 2 ตัวเป็นระยะเวลา 3 วัน คือ Ceftriaxone 2 gm และ Azithromax 500 mg IV วันละ 1 ครั้ง หลังทราบผล Sputum c/s พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa เปลี่ยนยาเป็น Levofloxacin 750 mg IV วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน ขณะนอนโรงพยาบาลมีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิ

37.5 -37.7 องศาเซลเซียส หลัง Admit 3 วันผู้ป่วยอาการดีขึ้น หลัง off HFNC ให้ On cannula 3 l/m เหนื่อยเป็นบางครั้ง, On ICD ระบายลมออกดี ส่ง CXR 4 วันหลัง Admit ปอดขยายตัวและทำงานได้ปกติ แพทย์ off ICD วันที่ 5 ผู้ป่วยหายใจได้ไม่เหนื่อยหอบ ไม่ต้องใช้ออกซิเจน วัด O₂ sat 95 %, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ชีพจร 86 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท, อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD

พบว่า กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ อายุ 68 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระนองเมื่อวันที่ 27 กันยายน 2567 มาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกดบวม 2+ เป็นมา 1 วัน ให้ประวัติ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลเคยมีประวัติ right pleural effusion และนอนโรงพยาบาล เริ่มมีอาการบวมทั่วตัว ท้องบวมโต ปวดแน่นท้อง น้ำหนักเพิ่มขึ้น 6 กิโลกรัมมา 2 สัปดาห์ มารักษาที่โรงพยาบาลระนองได้ยาไปทาน อาการไม่ดีขึ้น โรคประจำตัวเป็น HT, COPD และ Nephrotic syndrome รักษาไม่สม่ำเสมอ แรกรับที่ ER เวลา 13.30 น. รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัวกดบวม 2+ ท้องบวมโต บ่นปวดแน่นท้อง อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร 150 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 143/110 มิลลิเมตรปรอท ค่า O₂ sat 93 % E4V5M6, EKG Normal Lung: wheezing and crepitation แพทย์พิจารณาให้ Berodual NB จำนวน 2 dose ไม่ดีขึ้น CXR พบ right pleural effusion ให้ On HFNC 40-60 LPM FiO₂ ที่ 0.4 ,ให้ Tazocin 4.5 gm IV และ Omeprazole 40 mg IV stat แพทย์วินิจฉัย COPD with Pneumothorax with Nephrotic syndrome ส่ง Admit แรกรับที่แผนกอายุรกรรมชาย รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ บวมทั่วตัว นอนราบไม่ได้



ห้องบวมโต มีอาการปวดแน่นท้อง pitting edema 2+ both leg สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 140 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 141/97 มิลลิเมตรปรอท On HFNC O₂sat= 98 % รายงานแพทย์ ให้keep O₂ sat ≥94%, RR <24 /min ,On 50% MgSo₄ 8 ml+5% D/W 100 ml IV drip in 4 hr in day 1 then 50% MgSo₄ 4 ml +5%D/W 100 ml IV drip in 4 hr in day2-3 แพทย์ดูผล CXR พบว่า pneumothorax แพทย์ทำการเจาะน้ำเยื่อหุ้มปอด ใส่ Right ICD ต่อ 2 ขวด ได้น้ำและลมประมาณ 500 c.c. ผล CBC พบว่า WBC เท่ากับ10,320cel/cu.mm., PLT = 397,000 ,Neutrophil = 90 % หลัง Admit 2 วัน Hct ลดเหลือ 24% ให้ PRC 2 u ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังจากนั้นติดตาม Hct= 27% On HFNCเป็นระยะเวลา 5 วันหลังจากนั้น ให้ On O₂ cannula 3 l/m 3 วัน,off ICD หลังAdmitได้ 5 วัน ผู้ป่วยหายใจได้ไม่เหนื่อยหอบไม่ต้องใช้ออกซิเจน วัด O₂ sat 98 %, RR 20 /min, PP 90 /min, BP 116/88 mmHg, BT 36.5 C วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD

อภิปรายผล

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 2 รายเป็นผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะปอดรั่วได้สูงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนี้ มีประวัติรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง,ประวัติความดันโลหิตสูงและมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน ซึ่งการสูบบุหรี่ย่อมส่งเสริมให้เกิดพยาธิสภาพที่ปอดเพิ่มขึ้น แต่กรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติเป็นโรคไต (Nephrotic syndrome) ร่วมด้วยและมีประวัติการมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมที่จะทำให้เกิดพยาธิสภาพบริเวณปอดเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้

มากกว่ากรณีศึกษารายที่ 1 ทั้งนี้เนื่องจากไตเสียหายที่ในการขจัดของเสียออกจากร่างกาย ทำให้เกิดการคั่งของยูเรีย เสียการควบคุมสมดุลน้ำ กรดต่างในร่างกาย และฮอร์โมนที่จำเป็นต่อร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ทำให้หายใจลำบากเนื่องจากภาวะน้ำเกินและปอดบวมน้ำ อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ (มูลนิธิโรคไตแห่งชาติ ,2567) ดังนั้นการให้การพยาบาลในระยะวิกฤตมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องได้รับการดูแลติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที, 30 นาที ทุกหนึ่งชั่วโมง หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมงจนกระทั่งคงที่ ดูระดับความรู้สึกตัว บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากภาวะของโรคอาจทำให้มีอาการเหนื่อยหอบ กระสับกระส่ายหรือซึมลงหรือเข้าสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวจนกระทั่งเสียชีวิตได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจน HFNC อย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นให้ O₂ cannula 3 l/m โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลระยะฟื้นฟูเป็นการรักษาต่อเนื่องขณะอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการและควบคุมความรุนแรง โดยลดปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้โรคกำเริบเฉียบพลัน เช่น ลดการติดเชื้อโดยการให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์,สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการประเมินตรวจร่างกายเป็นต้น ดังนั้นกรณีศึกษารายที่ 1 ไม่พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 หลัง Admit ได้ 2 วันเกิดภาวะช็อค Hct=24% ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคไต (Nephrotic syndrome) ดังนั้นการให้พยาบาลกรณีศึกษารายที่ 2 ต้องมีการประเมินภาวะช็อคและให้

■ ■ ■

ความช่วยเหลือในขณะที่ทำกิจกรรมและหลังทำกิจกรรม ให้ผู้ป่วยพักเป็นระยะ วัดสัญญาณชีพและค่าอิมิตซ์ของ ค่าออกซิเจนในเลือดและติดตามระดับฮีมาโทคริต, ฮีโมโกลบิน ดูแลให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น หลังจากให้การพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการ เหนื่อย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ระหว่างรักษา ตัวในโรงพยาบาล ไม่พบการติดเชื้อเพิ่มขึ้นและไม่มี ภาวะแทรกซ้อน หลังให้เลือดผล Hct =27% , HBG =9 g/dl เพิ่มขึ้น ในระยะก่อนจำหน่าย กรณีศึกษารายที่1 มี ประวัติการสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกไม่ได้ เสี่ยงต่อการเกิด โรคซ้ำ พยาบาลต้องมีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่ บ้าน โดยเน้นย้ำเรื่องการป้องกันสิ่งกระตุ้น, การฟื้นฟู สมรรถภาพของปอด, การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีประวัติมารับการรักษาไม่ ต่อเนื่อง พยาบาลต้องให้คำแนะนำและอธิบายถึง ความสำคัญในการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามชนิดและขนาดที่แพทย์สั่งอย่าง สม่าเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติ การฟื้นฟู สมรรถภาพของปอด เป็นต้น สนับสนุนครอบครัวให้ม ีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อการดูแล อย่างต่อเนื่อง ลดการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล (Re-admission) และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้ อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิด ภาวะปอดรั่วในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อหาแนวทาง ป้องกันและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดที่ดี
2. ควรมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว เพื่อให้การดูแล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานโดยการมี ส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว และผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และวิธีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สามารถมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะปอดรั่ว ให้ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและ ปลอดภัย
3. เป็นกรณีตัวอย่างที่เป็นสื่อในการเรียนรู้ ให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เสี่ยงต่อภาวะ ปอดรั่ว



เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2562). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). Retrieved Sep 6,2024 from <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/8.-one-page-COPD-edit-8-10-61.pdf>.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนรักษาและลาลิน เจริญจิตต์.(2565). บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา.วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล,38(2),12-25.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.(2564). ภาวะปอดรั่วเป็นอย่างไร. Retrieved Aug10,2024 <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1463>
- บุญสว่าง พิลาสโสมณ.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(1),232-243.
- ประทุม สร้อยวงศ์(2564).การพยาบาลอายุรศาสตร์: เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มูลนิธิโรคไตแห่งชาติ. (2567).การเชื่อมโยงระหว่างหัวใจและไต. Retrieved Oct 3,2024 <https://www.kidney.org/kidney-topics/heart-and-kidney-connection>.
- รพีพร โรจน์แสงเรือง.(2557). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. Retrieved Sep 10,2024 <https://www.wongkarnpat.com/upfilecme/CME%20423.pdf>.
- โรงพยาบาลระนอง.กลุ่มการพยาบาล. (2565). สถิติศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลระนอง.
- สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย.(2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้น.กรุงเทพมหานคร: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing concepts of practice**. (4th ed). St Louis : Mosby.
- Simon ST, Altfelder N, Alt-Epping B, BauseweinC, Weingärtner V, Voltz R,et al.(2017). Characteristics of Patients with Breathlessness. Pneumologie,71(1),40-47.

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

Development of a Participatory Network Model for Disease Surveillance,
Control, and Prevention at Khok Udom Subdistrict Health Promoting
Hospital, Fao Rai District, Nong Khai Province

เจษฎา บุตรโคตร

Jesada Butkhot

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย

(Received: October 20, 2024; Accepted: October 31, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค 2. พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค 3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกอุดม อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 100 คน ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 73) ผู้นำชุมชน (ร้อยละ 16) ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 5) และครูอนามัย (ร้อยละ 6) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.69, S.D. = 1.02) การพัฒนารูปแบบนำไปสู่การสร้าง "โมเดล 6S เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคแบบบูรณาการในชุมชน" ประกอบด้วย 1) ศูนย์บัญชาการสถานการณ์ 2) การคัดกรองและติดตาม 3) การวางแผนเชิงกลยุทธ์และบริหารทรัพยากร 4) การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ 5) การสุกขาภิบาลและควบคุมการติดเชื้อ และ 6) การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและสนับสนุนสุขภาพจิต ผลการประเมินหลังการใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้นจาก 63.60 (S.D. = 17.00) เป็น 80.12 (S.D. = 12.66) คะแนน ($p < 0.001$) ด้านความคิดเห็นในการแจ้งข่าวเพิ่มขึ้นจาก 2.06 (S.D. = 0.57) เป็น 2.52 (S.D. = 0.66) คะแนน ($p < 0.001$) และด้านการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจาก 2.69 (S.D. = 1.02) เป็น 3.46 (S.D. = 1.01) คะแนน ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การเฝ้าระวังโรค, โมเดล 6S



Abstract

This research aimed to 1) study the situation of network participation in disease surveillance, control, and prevention; 2) develop a participatory network model for disease surveillance, control, and prevention; and 3) evaluate the effectiveness of the developed participatory model in disease surveillance, control, and prevention at Ban Khok Udom Subdistrict Health Promoting Hospital, Fao Rai District, Nong Khai Province. The study was conducted from November 2023 to September 2024, employing an action research design. The sample, selected through purposive sampling, consisted of 100 participants, including village health volunteers (73%), community leaders (16%), local government representatives (5%), and health education teachers (6%). Data were collected using questionnaires and interview forms. Data analysis employed descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

The results revealed that network participation before development ranged from moderate to low (mean = 2.69, S.D. = 1.02). The development process led to the creation of the "6S Model for Integrated Community Disease Surveillance and Control," which includes: 1) Situation Command Center, 2) Screening and Monitoring, 3) Strategic Planning and Resource Management, 4) Sanitary Education and Public Relations, 5) Sanitation and Infection Control, and 6) Social Well-being and Mental Health Support. The evaluation showed that after implementing the model, the sample group's average knowledge scores increased from 63.60 (S.D. = 17.00) to 80.12 (S.D. = 12.66) points ($p < 0.001$); opinions on disease reporting increased from 2.06 (S.D. = 0.57) to 2.52 (S.D. = 0.66) points ($p < 0.001$); and participation scores increased from 2.69 (S.D. = 1.02) to 3.46 (S.D. = 1.01) points ($p < 0.001$).

Keywords: Community Participation, Disease Surveillance, 6S Model

บทนำ

ในปัจจุบัน การพัฒนาเทคโนโลยีและระบบคมนาคมขนส่งได้อำนวยความสะดวกให้การเดินทางระหว่างประเทศเป็นไปอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ความสะดวกดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อ เนื่องจากเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายจากพื้นที่หนึ่งไปยังอีกพื้นที่หนึ่งได้อย่างรวดเร็วผ่านการเดินทางของผู้ติดเชื้อ การแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคอีโบล่า โรคไข้หวัดนก (H5N1) และโรคโควิด-19 ได้ก่อให้เกิดวิกฤตด้านสาธารณสุขทั่วโลก (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2565) โรคเหล่านี้นอกจากจะคุกคามชีวิตมนุษย์แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมจนระบบสาธารณสุขของหลายประเทศไม่สามารถรองรับได้ และนำไปสู่การประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (WHO, 2020)

การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ การกลายพันธุ์ของเชื้อโรค พฤติกรรมเสี่ยงของมนุษย์ในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การเดินทางระหว่างประเทศ การขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อันเนื่องมาจากความยากจน และการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรคและพาหะนำโรค (คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ, 2555) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนมากขึ้น

แม้จะมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ในระดับตำบลเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข แต่การขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพในเครือข่ายชุมชนยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต

จำนวนมากทั่วโลก และสร้างความตึงเครียดในระบบสาธารณสุขจนนำไปสู่การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2565)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดม ตำบลอุดมพร อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งสิ้น 2,416 คน ครอบคลุม 1,151 หลังคาเรือน และ 8 หมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่ (2,367 คน) อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ สถานการณ์โรคระบาดและโรคติดต่อในพื้นที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยข้อมูลสถิติระหว่างปี 2562-2566 แสดงให้เห็นว่า โรคอุจจาระร่วงเป็นปัญหาสำคัญที่สุด มีอัตราป่วยเฉลี่ย 5,214 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือไข้หวัดใหญ่ มีอัตราป่วยเฉลี่ย 3,787 ต่อแสนประชากร ส่วนไข้เลือดออกมีอัตราป่วยเฉลี่ย 828 ต่อแสนประชากร โรคปอดบวมมีอัตราป่วยเฉลี่ย 704 ต่อแสนประชากร และโรคมือ เท้า ปาก มีอัตราป่วยเฉลี่ย 352 ต่อแสนประชากร ซึ่งแม้จะพบไม่มากแต่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้ การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพสูงถึง 7,450 ต่อแสนประชากรในปี 2565 และแม้จะมีแนวโน้มลดลงในปี 2566 เหลือ 2,566 ต่อแสนประชากร แต่ยังคงต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรับมือกับโรคที่มีการระบาดเป็นประจำและโรคอุบัติใหม่

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมและป้องกันโรคเป็นกลยุทธ์สำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากร

สาธารณสุขจำกัด ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดมมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 73 คน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขชุมชน อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมให้เครือข่ายสุขภาพในชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคอย่างเป็นระบบยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ

สถิติการให้บริการของ รพ.สต. บ้านโคกอุดมสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่สูงของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีผู้รับบริการทั้งหมด 2,412 คน รวม 9,639 ครั้งต่อปี และมีผู้ป่วยนอก 895 คน มารับบริการ 2,148 ครั้งต่อปี นอกจากนี้ ยังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) 475 คน เด็กอายุ 0-5 ปี 178 คน และผู้พิการ 62 คน ซึ่งเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลสุขภาพชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน Moshabela et al. (2021) พบว่าการสร้างเครือข่ายระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนชนบทแอฟริกาใต้ ช่วยเพิ่มอัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ 45 Chen et al. (2022) แสดงให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครในประเทศจีนช่วยลดระยะเวลาการรายงานและตอบสนองต่อการระบาดได้ถึงร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยของวิโรจน์ เจริญศรีสร้างชี และคณะ (2565) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมช่วยลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกได้ร้อยละ 38

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม ยังไม่มีการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อที่ซับซ้อนมากขึ้น

จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน พัฒนารูปแบบที่เหมาะสม และประเมินผลการใช้รูปแบบดังกล่าว เพื่อยกระดับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยอิงตามวงจร PAOR ซึ่งประกอบด้วยสี่ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน (Planning), การปฏิบัติ (Action), การสังเกต (Observation), และการสะท้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยเครือข่ายสุขภาพทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดม ตำบลอุดมพร อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย โดยเป็นกลุ่มบุคคลและองค์กรที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ที่มีบทบาท
ในการสนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ
เจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 100 คน โดย
คัดเลือกจากผู้ที่มามีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง ควบคุม
และป้องกันโรคในชุมชน ประกอบด้วย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 73 คน ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่มาแล้วไม่น้อย
กว่า 1 ปีและผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. พื้นฐาน

2. ผู้นำชุมชนจำนวน 16 คน ประกอบด้วย
ผู้ใหญ่บ้าน 8 คนและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านที่รับผิดชอบงาน
ด้านสาธารณสุข 8 คน

3. ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่
รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข จำนวน 5 คน

4. ครูอนามัยโรงเรียนและครูศูนย์พัฒนาเด็ก
ปฐมวัยที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนในปัจจุบัน
จำนวน 6 คน

ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมทุกคนต้องสามารถสื่อสาร
ภาษาไทยได้ดีและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลา
ดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ วิจัย

1.1 กระบวนการพัฒนา
แบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง
ควบคุมป้องกันโรค ใช้วงจร PAOR: Planning (วางแผน),
Action (ปฏิบัติ), Observation (สังเกต), Reflection
(สะท้อนผล)

1.2 แบบสัมภาษณ์แกนนำ
ชุมชน ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพ การแจ้งข่าว
การควบคุมโรค การสนับสนุนทรัพยากร ปัญหา

อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบการเฝ้า
ระวังโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล

2.1 แบบสอบถามลักษณะทาง
ประชากร ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ เพื่อเก็บข้อมูล
พื้นฐานเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทหน้าที่
เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อ และ
ประสบการณ์การฝึกอบรมด้านการเฝ้าระวังและป้องกัน
โรคติดต่อ

2.2 แบบสอบถามความรู้
เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่
ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ เพื่อประเมินความรู้ของ
ผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาใน
พื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส โรค
ไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคมือเท้าปาก และโรค
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน คำถามในส่วนนี้เป็นคำถามเชิง
ปรนัย โดยให้เลือกคำตอบว่า "ใช่", "ไม่ใช่", หรือ "ไม่
ทราบ" (ตอบถูก=1 คะแนน, ตอบผิด=0 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามความ
คิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์
ผิดปกติในชุมชนประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เพื่อสำรวจ
ความคิดเห็นของผู้ตอบเกี่ยวกับการแจ้งข่าวการเกิด
โรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชน คำถามในส่วน
นี้เป็นคำถามเชิงทัศนคติ โดยมีระดับความคิดเห็น 3
ระดับ ได้แก่ "เห็นด้วย (3 คะแนน), ไม่แน่ใจ (2 คะแนน),
และ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

2.4 แบบสอบถามการมี
ส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ
ในชุมชน ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ เพื่อประเมินระดับ
การมีส่วนร่วมของผู้ตอบในการดำเนินกิจกรรมการเฝ้า

ระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน คำถามในส่วนนี้เป็นคำถามเชิงพฤติกรรม โดยให้ตอบระดับการมีส่วนร่วมใน 5 ระดับ ได้แก่ "มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน), และ "น้อยที่สุด (1 คะแนน)

2.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การทำงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังโรค

2.6 แบบบันทึกการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สำหรับบันทึกกระบวนการทำงาน ปฏิสัมพันธ์ และบริบทการทำงานของเครือข่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและการควบคุมโรคในพื้นที่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ได้ประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัยคำนวณเป็นค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ ≥ 0.5 ผลการประเมินพบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่มีค่า IOC 0.85 แบบสอบถามความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชนมีค่า IOC 0.92 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนมีค่า IOC 0.88

สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียง ผลการวิเคราะห์พบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่มีค่า KR-20

เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติในชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.82 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.86 แสดงว่าเครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับที่ยอมรับได้เหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านข้อมูล วิธีการ และทฤษฎี การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer Debriefing) เพื่อยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีการดำเนินงานตามขั้นตอนต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การวางแผน (Planning)

1.1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสภาพแวดล้อม บริบท และสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ

1.2 จัดทำแผนการวิจัย กำหนดกรอบการดำเนินงานและแผนปฏิบัติการ โดยระบุวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม

1.3 ออกแบบเครื่องมือวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น

แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต พร้อมทั้ง
ทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

2. การปฏิบัติ (Action)

2.1 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล นำ
แผนการวิจัยที่วางไว้ไปปฏิบัติในพื้นที่ศึกษาจริง โดยใช้
เครื่องมือวิจัยที่ออกแบบไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม
ตัวอย่าง เช่น การสัมภาษณ์แกนนำชุมชน การแจก
แบบสอบถาม และการสังเกตกิจกรรมในชุมชน

2.2 จัดกิจกรรมพัฒนารูปแบบการมี
ส่วนร่วม จัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน เช่น การ
อบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ การซ้อมแผนเฝ้าระวัง
โรค และการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

3. การสังเกต (Observation)

3.1 ติดตามผลการดำเนินงาน สังเกต
และติดตามผลการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนที่
เกิดขึ้นตามแผนการวิจัย โดยใช้แบบสังเกตที่ออกแบบไว้

3.2 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และ
การตอบแบบสอบถาม เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการ
ดำเนินงานและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการมี
ส่วนร่วม

4. การสะท้อนผล (Reflection)

4.1 ประชุมถอดบทเรียน จัดประชุม
กับเครือข่ายชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อถอด
บทเรียนและสะท้อนผลจากการดำเนินงาน วิเคราะห์จุด
แข็ง จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรคที่พบ

4.2 ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบ ใช้
ข้อมูลและบทเรียนที่ได้จากการสะท้อนผล มาปรับปรุง
และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการ
เฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อ เพื่อให้
สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ ประสานงานกับผู้นำ
ชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์และ
ขอความร่วมมือในการวิจัย จัดเตรียมเครื่องมือวิจัย
ทั้งหมด และฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัยให้ใช้เครื่องมือและ
เทคนิคการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง

2. การเก็บ ข้อมูลพื้นฐาน แจก
แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะทางประชากรให้แก่กลุ่ม
ตัวอย่างทั้งหมด และรวบรวมข้อมูลสถิติโรคและข้อมูล
สุขภาพชุมชนจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านโคกอุดม

3. การประเมินความรู้และการมีส่วนร่วม
แจกแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคที่
สำคัญในพื้นที่ ความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิด
โรคติดต่อ และการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคติดต่อ

4. การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการ
สัมภาษณ์แกนนำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญ
พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยเครื่อง
บันทึกเสียงและการจดบันทึก

5. การจัดกิจกรรมและการสังเกต จัด
กิจกรรมเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม เช่น การ
อบรมและการประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้แบบสังเกตใน
การเก็บข้อมูลระหว่างการจัดกิจกรรม และบันทึกภาพ
และเสียงเพื่อนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติม

6. การติดตามและประเมินผล เก็บข้อมูล
ซ้ำหลังจากการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น และ
จัดประชุมถอดบทเรียนเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้มี
ส่วนร่วมในโครงการ

7. การตรวจสอบและจัดระเบียบข้อมูล
ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลที่



เก็บรวบรวมได้ จากนั้นจัดระเบียบข้อมูลและเตรียม
สำหรับการวิเคราะห์

8. การเก็บรักษาข้อมูล จัดเก็บข้อมูล
ทั้งหมดในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์และเอกสาร โดย
คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และสำรอง
ข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหาย ทั้งนี้ ทุกขั้นตอนของการ
เก็บรวบรวมข้อมูลต้องยึดหลักจริยธรรมการวิจัยอย่าง
เคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Dependent) ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (Max-Min)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบ ความรู้การมีส่วนร่วมในการ
พัฒนาการรูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้า
ระวังควบคุมป้องกันโรค โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลโคกอุดม ตำบลอุดมพร อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัด
หนองคาย ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา สถิติที่ใช้
Dependent t-test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สำหรับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและ
การประชุมถอดบทเรียน ใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญและ
แนวคิดหลักจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
หนองคาย รับรองเลขที่ NKPH01 179/2566 วันที่ 28
พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน
ทั้งสิ้น 100 คน ประกอบด้วยเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่
(ร้อยละ 66) และเพศชาย (ร้อยละ 34) ด้านอายุ พบว่า
ส่วนมากอยู่ในช่วง 46-60 ปี (ร้อยละ 45) รองลงมาคือ
ช่วง 31-45 ปี (ร้อยละ 40) สำหรับสถานภาพสมรส
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 82) ใน
ด้านการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา มีสัดส่วนมากที่สุด
(ร้อยละ 43) ตามด้วยระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 36)
ส่วนอาชีพนั่น เกษตรกรเป็นอาชีพที่พบมากที่สุด (ร้อย
ละ 50) รองลงมาคือแม่บ้าน/พ่อบ้าน (ร้อยละ 15) เมื่อ
พิจารณาบทบาทหน้าที่ พบว่าส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 73)
รองลงมาคือผู้นำชุมชน (ร้อยละ 16) ในด้านการ
ฝึกอบรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรม
มากกว่า 3 ครั้ง (ร้อยละ 55) รองลงมาคือเคยได้รับการ
อบรม 2-3 ครั้ง (ร้อยละ 36)

ตารางที่ 1 สถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=100)

ประเด็นหลัก/ประเด็นย่อย	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. การพัฒนาศักยภาพ		
- การอบรมไม่ต่อเนื่อง	82	82.0
- ขาดความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่	75	75.0
- ต้องการการฝึกปฏิบัติจริง	70	70.0
2. ระบบการแจ้งข่าว		
- ความล่าช้าในการรายงาน	68	68.0
- ขาดระบบตรวจสอบข้อมูล	65	65.0
- ช่องทางการแจ้งไม่ชัดเจน	60	60.0
3. การควบคุมโรค		
- ขาดการซ้อมแผนสม่ำเสมอ	85	85.0
- ทรัพยากรไม่เพียงพอ	78	78.0
- การประสานงานไม่มีประสิทธิภาพ	72	72.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ประเด็นปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การขาดการซ้อมแผนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 85.0) รองลงมาคือการอบรมไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 82.0) และทรัพยากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 78.0) ตามลำดับ โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ อาทิ "การอบรมมีปีละครั้ง ไม่ทันต่อสถานการณ์โรคที่เปลี่ยนแปลงเร็ว" (อสม., อายุ 45 ปี) "บางครั้งข้อมูลมาถึงเราช้า ทำให้ควบคุมโรคไม่ทัน" (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, อายุ 38 ปี) "อยากให้มีการซ้อมแผนบ่อย ๆ จะได้คล่อง ตอนนี้ทำไม่ค่อยเป็น" (ผู้นำชุมชน, อายุ 52 ปี)

ผลการศึกษาสถานการณ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรค โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรยังมีข้อจำกัด โดยพบว่าการอบรมยังไม่เพียงพอ ขาดเนื้อหาเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ และไม่มีการติดตามประเมินผล จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มความถี่ในการจัดอบรม ปรับปรุง

เนื้อหาให้ครอบคลุม และจัดให้มีการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2. ระบบการแจ้งข่าวยังมีปัญหาในด้านความล่าช้าของการรายงาน การขาดการตรวจสอบข้อมูล และการที่ประชาชนไม่ทราบช่องทางการแจ้ง จึงควรพัฒนาระบบให้มีความรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์ช่องทางการแจ้งข่าวให้ประชาชนทราบอย่างทั่วถึง

3. การควบคุมโรคและการสนับสนุนทรัพยากรยังประสบปัญหา เนื่องจากขาดการซ้อมแผน มีทรัพยากรไม่เพียงพอ และการประสานงานยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มงบประมาณ จัดให้มีการซ้อมแผนเป็นประจำ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคในพื้นที่มีความแตกต่างกัน โดยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ ไข้หวัดนก และมีมือเท้าปากอยู่ในระดับปาน

กลาง ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิสและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ

5. ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.27-3.25 ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมสูงสุดพบในด้านการแจ้งข่าวการเกิดโรค ในขณะที่การมีส่วนร่วมต่ำสุดพบในด้านการซ่อมแผนและการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะหลักเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรค โดยควรปรับปรุงคุณภาพและเพิ่มประสิทธิภาพของการอบรม ควบคู่กับการพัฒนาระบบแจ้งข่าวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเพิ่มงบประมาณและทรัพยากรสำหรับกิจกรรมเชิงรุก นอกจากนี้ ควรสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักในชุมชน ในขณะเดียวกัน ควรมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้เฉพาะด้านสำหรับโรคที่มีความรู้ระดับต่ำ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการซ่อมแผนรวมถึงการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการโรคระบาดในชุมชนอย่างยั่งยืน

2. การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

1. จัดตั้งศูนย์บัญชาการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อระดับตำบล เพื่อเสริมสร้างความพร้อมและเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคติดต่อในชุมชน โดยมีหน้าที่ดังนี้

1.1 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อที่มีความ

เสี่ยงสูงในชุมชน เช่น ไข้เลือดออก โรคมือเท้าปาก ไข้หวัดใหญ่ และโรคอุบัติใหม่ต่าง ๆ

1.2 ให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการระบาดของโรค"

2. การคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 การรับแจ้งข่าวจากชุมชน เปิดช่องทางให้ประชาชนในชุมชนสามารถแจ้งข่าวหรือรายงานเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อ เช่น การพบเห็นบุคคลที่มีอาการเข้าข่ายหรือมีประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยง โดยสามารถแจ้งผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ หรือแจ้งโดยตรงกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2 คัดกรองและค้นหากลุ่มเสี่ยง ดำเนินการคัดกรองและค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อในชุมชน โดยสำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการเดินทาง ประวัติการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ หรืออาการที่เข้าข่ายการติดเชื้อ

2.3 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง วิเคราะห์สภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อวางแผนการติดตามและป้องกันการแพร่กระจายของโรค

2.4 ติดตามและประเมินผล ติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิดและประเมินผลเป็นระยะ เพื่อตรวจสอบความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ เช่น การพัฒนาของอาการ หรือการแพร่กระจายของโรคภายในชุมชน

2.5 จัดทำรายงานการคัดกรองและสถานการณ์การระบาด รวบรวมข้อมูลจากการคัดกรอง การติดตาม และการรับแจ้งข่าว เพื่อจัดทำรายงาน

สถานการณ์การระบาดของโรคในชุมชน และรายงานต่อผู้บัญชาการเหตุการณ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. การวางแผนเผชิญเหตุและบริหารจัดการทรัพยากร (Emergency Planning and Resource Management Activity) กิจกรรมนี้ประกอบด้วย การดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 จัดทำและซ้อมแผนเผชิญเหตุสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน โดยจำลองสถานการณ์การระบาดของโรค เพื่อฝึกการตอบสนองอย่างรวดเร็วและการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ หลังการซ้อมแผน ให้บททวนและปรับปรุงแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง รวมทั้งเตรียมความพร้อมในการสอบสวนโรค ภัย และเหตุการณ์ผิดปกติอย่างละเอียดเมื่อเกิดการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ เพื่อหาสาเหตุและวิธีการควบคุมที่เหมาะสม

3.2 บริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็น ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ดังนี้

3.2.1 บุคลากร พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์โรคระบาด และวางแผนหมุนเวียนทดแทนบุคลากรในกรณีฉุกเฉิน

3.2.2 งบประมาณ จัดทำแผนงบประมาณสำหรับการดำเนินงาน ประสานงานเพื่อจัดสรรงบประมาณฉุกเฉิน และวางแผนการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส

3.2.3 วัสดุอุปกรณ์ จัดทำบัญชีรายการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น วางแผนการจัดซื้อและสำรองให้เพียงพอ และจัดระบบการกระจายและติดตามการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 จัดตั้งศูนย์ประสานงานระดับตำบลและหมู่บ้าน พร้อมทั้งวางแผนจัดตั้งศูนย์กักตัวที่บ้าน (Home Quarantine) ศูนย์แยกกักตัวที่บ้าน (Home

Isolation) และศูนย์พักคอยชุมชน (Community Isolation) เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบในวงกว้าง เช่น โรคโควิด-19 โรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) โรคไข้เลือดออกอีโบลา และโรคติดต่ออุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

4. การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์

4.1 วางแผนและดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อให้แก่ชุมชน ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าว รถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ เสียงตามสาย แผ่นพับ ใบปลิว สื่อออนไลน์ (เว็บไซต์, สื่อสังคมออนไลน์) เป็นต้น

4.2 จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้และเฝ้าระวังการเผยแพร่ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง

4.3 จัดอบรมให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในชุมชน เช่น โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส โรคไข้หวัดใหญ่ โรคไข้หวัดนก โรคมือ เท้า ปาก และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รวมทั้งจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคโควิด-19 (COVID-19) และโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดที่อาจเกิดขึ้น

5. กิจกรรมจัดการสิ่งแวดล้อมและควบคุมการติดเชื้อ ประสานงานเพื่อจัดหาและแจกจ่ายวัสดุอุปกรณ์สำหรับควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ น้ำยาฆ่าเชื้อ และชุดป้องกันการติดเชื้อ นอกจากนี้ ยังให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดการแหล่งน้ำขัง และการทำความสะอาดพื้นที่สาธารณะ

6. กิจกรรมสร้างสุขและสนับสนุน
สุขภาพจิต

ดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชน โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่อยู่ในช่วงการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โรคติดต่อ ให้การช่วยเหลือในการจัดหาและขนส่ง อุปกรณ์การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน เช่น อาหาร น้ำดื่ม และยารักษาโรค ตรวจสอบและประเมินภาวะสุขภาพจิต ของประชาชนในชุมชน รวมถึงประสานงานกับ หน่วยงานด้านสุขภาพจิตในกรณีจำเป็น

จากการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคที่ เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพ.สต.) บ้านโคกอุดม เกิดรูปแบบการเฝ้าระวัง และควบคุมโรคแบบบูรณาการในชุมชน หรือ โมเดล 6S เพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคแบบบูรณาการใน ชุมชน" (6S Integrated Community Disease Surveillance and Control Model) ประกอบด้วย

- S1 - Situation Command (ศูนย์
บัญชาการสถานการณ์)
- S2 - Screening and Monitoring (การ
คัดกรองและติดตาม)
- S3 - Strategic Planning and Resource
Management (การวางแผนเชิงกลยุทธ์และบริหาร
ทรัพยากร)
- S4 - Sanitary Education and Public
Relations (การให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์)
- S5 - Sanitation and Infection Control
(การสุขาภิบาลและควบคุมการติดเชื้อ)
- S6 - Social Well-being and Mental
Health Support (การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีและ
สนับสนุนสุขภาพจิต)

3. ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วน
ร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคใน
พื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

ตารางที่ 2 ผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. บ้านโคกอุดม

ผลการประเมินการใช้ รูปแบบ	ก่อนการพัฒนา (n=100)	หลังการพัฒนา (n=100)	Mean Difference	95% CI	t	p- value
ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ สำคัญหรือเป็นปัญหาใน พื้นที่	63.60±17.00	80.12±12.66	16.52	12.31-20.73	7.79	<0.001
ความคิดเห็นในการแจ้ง ข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือ เหตุการณ์ผิดปกติ	2.06±0.57	2.52±0.66	0.46	0.29-0.63	5.27	<0.001
การมีส่วนร่วมในการเฝ้า ระวัง ป้องกัน และควบคุม โรคติดต่อในชุมชน	2.69±1.02	3.46±1.01	0.77	0.49-1.05	5.36	<0.001

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงในรูป mean±SD



จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคที่สำคัญหรือเป็นปัญหาในพื้นที่ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 63.60 คะแนน และหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 80.12 คะแนน ซึ่งความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนการพัฒนา 16.52 คะแนน (95% CI = 12.31 to 20.73, P-value < 0.001)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นในการแจ้งข่าวการเกิดโรคติดต่อหรือเหตุการณ์ผิดปกติ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 2.06 คะแนน และหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นเท่ากับ 2.52 คะแนน ซึ่งความคิดเห็นหลังการพัฒนา

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นมากกว่าก่อนการพัฒนา 0.46 คะแนน (95% CI = 0.29 to 0.63, P-value < 0.001)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเท่ากับ 2.69 คะแนน และหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมเท่ากับ 3.46 คะแนน ซึ่งการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนการพัฒนา 0.77 คะแนน (95% CI = 0.49 to 1.05, P-value < 0.001)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (n=100)

องค์ประกอบ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
1. ศูนย์บัญชาการสถานการณ์	4.25	0.68	มาก
2. การคัดกรองและติดตาม	4.18	0.72	มาก
3. การวางแผนเชิงกลยุทธ์และบริหารทรัพยากร	4.12	0.75	มาก
4. การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์	4.35	0.65	มาก
5. การสุขาภิบาลและควบคุมการติดเชื้อ	4.08	0.70	มาก
6. การส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี	4.22	0.69	มาก
ภาพรวม	4.20	0.70	มาก

อภิปรายผล

สถานการณ์การมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 2.69, S.D. = 1.02) สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. (2023) ที่พบว่าชุมชนในประเทศกำลังพัฒนามักมีข้อจำกัดด้านการมีส่วนร่วมในระบบเฝ้าระวังโรค โดยเฉพาะในด้านการซ่อมแผน

และการประสานงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขาดระบบการจัดการที่เป็นรูปธรรมและการสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ศึกษาที่พบว่าการขาดการซ่อมแผนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 85.0) และการอบรมไม่ต่อเนื่อง (ร้อยละ 82.0) เป็นปัญหาสำคัญที่สุด นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านทรัพยากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 78.0) และการขาดความรู้เรื่องโรค

อุบัติใหม่ (ร้อยละ 75.0) ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของเครือข่าย การขาดการมีส่วนร่วมในระยะแรกนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมโดยใช้โมเดล 6S มีความสอดคล้องกับทฤษฎีระบบ (Systems Theory) และแนวคิดการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ซึ่งเน้นการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการสถานการณ์ (S1) เป็นกลไกสำคัญในการประสานงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ कुमारและซิงห์ (Kumar & Singh, 2022) ที่พบว่าการมีศูนย์ประสานงานกลางสามารถลดระยะเวลาในการตอบสนองต่อการระบาดได้ร้อยละ 40 นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบการคัดกรองและติดตาม (S2) ควบคู่กับการวางแผนและบริหารทรัพยากร (S3) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฉินและคณะ (Chen et al., 2022) ที่พบว่าการผสมผสานการใช้เทคโนโลยีร่วมกับเครือข่ายอาสาสมัครช่วยลดระยะเวลาในการรายงานและตอบสนองต่อการระบาดได้ถึงร้อยละ 60 โมเดล 6S ยังให้ความสำคัญกับการสื่อสารความเสี่ยงและการให้สุขศึกษา (S4) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมและการควบคุมการติดเชื้อ (S5) ที่มุ่งเน้นการป้องกันที่ต้นเหตุ ตลอดจนการดูแลผลกระทบทางสังคมและจิตใจ (S6) ซึ่งเป็นมิติสำคัญที่มักถูกละเลยในการจัดการโรคระบาด

ผลการประเมินการใช้รูปแบบ ผลการวิจัยพบการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยเฉพาะด้านความรู้ที่เพิ่มขึ้นจาก 63.60

เป็น 80.12 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams et al. (2023) ที่พบว่าการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยเพิ่มความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขได้ร้อยละ 35 การเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้นี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ความคิดเห็นในการแจ้งข่าวก็เพิ่มขึ้นจาก 2.06 เป็น 2.52 คะแนน ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักและความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้นของเครือข่าย ในด้านการมีส่วนร่วมพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 2.69 เป็น 3.46 คะแนน ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงการยอมรับและความร่วมมือที่ดีขึ้นของชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.20) สะท้อนการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในด้านการให้สุขศึกษาและประชาสัมพันธ์ (S4) ที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.35) แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการสื่อสารและให้ความรู้แก่ชุมชน ผลลัพธ์ในด้านอื่นๆ ก็อยู่ในระดับที่น่าพอใจ ทั้งด้านศูนย์บัญชาการสถานการณ์ (4.25) การคัดกรองและติดตาม (4.18) และการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี (4.22) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้สะท้อนให้เห็นว่าโมเดล 6S สามารถยกระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีแนวโน้มที่จะสามารถพัฒนาต่อยอดเพื่อสร้างความยั่งยืนในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การขยายผลรูปแบบ 6S Model โดยการนำรูปแบบนี้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น



2. ควรมีการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โรคระบาดและเทคโนโลยีใหม่ๆ

3. ควรพิจารณานำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มเติมในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค เช่น แอปพลิเคชันมือถือสำหรับการรายงานและติดตามสถานการณ์โรค

4. ควรมีการวางแผนระยะยาวเพื่อสร้างความยั่งยืนของรูปแบบ 6S Model โดยการผลักดันให้เป็นนโยบายระดับท้องถิ่นหรือระดับจังหวัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบ 6S Model

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบ 6S Model กับรูปแบบการดำเนินงานอื่นๆ ในพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับรูปแบบ 6S Model เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคในยุคดิจิทัล

4. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการนำรูปแบบ 6S Model ไปใช้ในระดับชุมชนและระดับนโยบาย เพื่อประเมินความคุ้มค่าในการขยายผล

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ. (2555). แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, และ ภาสินี ไทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1), 49-62.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2565). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 13 กันยายน 2566, จาก <http://www.boe.moph.go.th/fact/Influenza.htm>
- อภิชาติ มีจันทร์ และพรพิมล มัชฌมาสัย. (2564). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลสะแบง อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารสุขภาพและการจัดการภาครัฐ, 42(2), 25-35.
- Anderson, M., et al. (2023). Community Participation in Disease Surveillance Systems: A Case Study in Tanzania. Journal of Public Health in Africa, 14(2), 45-52.
- Chen, X., et al. (2023). Long-term Evaluation Framework for Community Health Interventions. Global Health Action, 16(1), 2167234.



- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (2020). Participatory Approaches in Public Health: Theory and Practice. *Health Promotion International*, 35(6), 1443-1452.
- Johnson, R., & Brown, K. (2023). Infection Control Challenges in Resource-Limited Settings. *International Journal of Infectious Diseases*, 45, 78-86.
- Kumar, S., & Singh, R. (2022). Building Community Capacity for Disease Surveillance in Rural India. *Global Health Action*, 15(2), 2134567.
- Martinez, L., et al. (2023). Community Acceptance of Disease Surveillance Systems in Mexico. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 88(4), 234-241.
- Revans, R. W. (2018). *Action Learning: New Techniques for Management*. New York: Routledge.
- Thompson, M., & Lee, S. (2023). Tools for Measuring Community Participation in Health Programs. *BMC Public Health*, 23(1), 156.
- Williams, J. R., et al. (2023). Capacity Building for Health Volunteers in the Philippines. *Journal of Community Health*, 48(2), 145-156.
- World Health Organization. (2022). *Public Health Emergency Management Framework*. Geneva: WHO.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น
ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Factors Associated with Health Literacy on Substance Use Among
Adolescents in Lak Hok Sub-district, Mueang Pathum Thani District,
Pathum Thani Province

สันติ แสงอุทัย

Santi Saeng-u-thai

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(Received: November 20, 2024; Accepted: December 5, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น และ (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ในตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 18-25 ปี จำนวน 226 คน ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen et al. มีค่าความเชื่อมั่น 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Chi-square และ Pearson correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.4) อายุเฉลี่ย 21.64 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 86.17$, $SD = 7.45$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส กิจกรรมยามว่างด้านการออกกำลังกายและเล่นดนตรี การรับข้อมูลข่าวสารผ่านอินเทอร์เน็ต โดยอายุและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.224$ และ 0.152 ตามลำดับ) ดังนั้นวัยรุ่นส่วนใหญ่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุน้อย รายได้ต่ำ และขาดการเข้าถึงข้อมูลผ่านช่องทางที่เหมาะสม จึงควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย เน้นการส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์ และพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การใช้สารเสพติด, วัยรุ่น

Abstract

This research aimed to study (1) the level of health literacy regarding substance use among adolescents and (2) factors associated with health literacy regarding substance use among adolescents in Lak Hok Sub-district, Mueang Pathum Thani District, Pathum Thani Province. This cross-sectional descriptive study included 226 adolescents aged 18-25 years, selected through systematic random sampling. Data were collected using a questionnaire adapted from Sørensen et al.'s health literacy concept, with a reliability coefficient of 0.89. Data analysis employed descriptive statistics, Chi-square test, and Pearson correlation coefficient.

The results revealed that the majority of participants were female (50.4%) with a mean age of 21.64 years. The overall health literacy regarding substance use was at a high level ($\bar{X} = 86.17$, $SD = 7.45$). Factors significantly associated with health literacy ($p < 0.05$) included marital status, leisure activities involving exercise and music, and access to information through the Internet. Both age and income showed positive correlations with health literacy ($r = 0.224$ and 0.152 , respectively). Although most adolescents demonstrated high levels of health literacy, risk factors requiring vigilance were identified, particularly among younger individuals with lower income and limited access to appropriate information channels. Therefore, it is recommended to develop age-appropriate health literacy promotion programs, emphasizing creative activities and developing effective communication channels that reach target groups.

Keywords: Health Literacy, Substance Use, Adolescents

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นวิกฤตระดับโลกที่ทวีความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งต่อสุขภาพกายและจิต คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ (อรรถจักร์ สมเกียรติกุล, 2566) สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้น จากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 284 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.6 ของประชากรโลก และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 11 ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่มีอัตราการใช้ยาเสพติดสูงกว่าผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2563) การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากการพัฒนาของเทคโนโลยีการสื่อสารและสื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้เกิดช่องทางการค้าและการกระจายยาเสพติดรูปแบบใหม่ที่ยากต่อการควบคุมและปราบปราม นอกจากนี้ ยังพบการพัฒนาสารเสพติดชนิดใหม่ (New Psychoactive Substances: NPS) ที่มีฤทธิ์รุนแรงและอันตรายมากขึ้น โดยมักแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนเป็นหลัก

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ปัญหาเสพติดยังคงรุนแรงและส่งผลกระทบในวงกว้าง จากรายงานของสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (2566) พบว่า มีผู้เข้ารับการบำบัดทั้งสิ้น 196,088 คน โดยกลุ่มอายุ 18-24 ปี มีจำนวน 33,785 คน ซึ่งเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มอายุมากกว่า 39 ปี สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีหลายประการ อาทิ ความอยากรู้อยากลอง แรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน ปัญหา

ครอบครัว ความเครียด และการเข้าถึงยาเสพติดได้ง่ายผ่านช่องทางออนไลน์

จังหวัดปทุมธานี โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมืองเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงด้านการแพร่ระบาดของยาเสพติด เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเป็นพื้นที่ปริมณฑลที่มีการขยายตัวของชุมชนเมืองอย่างรวดเร็ว การมีสถาบันการศึกษาจำนวนมากที่มีประชากรวัยรุ่นหนาแน่น และการเป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติดที่สำคัญ จากรายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปทุมธานี (2566) พบว่า ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 10 พฤษภาคม 2566 มีผู้ใช้ยาเสพติดในเขตอำเภอเมืองปทุมธานีสูงถึง 3,010 ราย ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดยาเสพติดมากที่สุดในเขตพื้นที่ภาคที่ 1

ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด การป้องกันถือเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่ามากกว่าการปราบปรามหรือการบำบัดรักษา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันปัญหาการใช้สารเสพติด การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen et al. (2012) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้านหลัก ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ

แนวคิดนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคดิจิทัลที่มีข้อมูลข่าวสารจำนวนมากและหลากหลาย การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึง เข้าใจ วิเคราะห์ และประยุกต์ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดได้อย่างมีวิจารณญาณ นำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องและการมีพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนามาตรการป้องกันและ

แก้ไขปัญหาสุขภาพเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ
และยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ตำบลหลักหก อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 26,998 คน

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Cochran (Cochran, 1997) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 205 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 226 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นวัยรุ่นทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุระหว่าง 18-25 ปี
2. มีทะเบียนบ้านหรือพักอาศัยในพื้นที่ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี
3. ไม่มีความพิการทางร่างกาย
4. สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

5. สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้

6. ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย และได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีที่ยังต่ำกว่า 20 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง มีความบกพร่องทางจิต หรือสติปัญญา หรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษายาเสพติด จะถูกคัดออกจากการศึกษา

2. มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร ทั้งปัญหาด้านการสื่อสารภาษาไทย และความบกพร่องทางการได้ยิน หรือการพูดที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

3. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน ขอลถอนตัวระหว่างการวิจัย หรือย้ายออกนอกพื้นที่ศึกษา

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยกำหนดสัดส่วนตามจำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้านของตำบลหลักหก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว กิจกรรมยามว่าง สถานภาพครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับสารเสพติดในการศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Sørensen et al. (2012) ร่วมกับเกณฑ์การประเมินของ Bloom (1968) ประกอบด้วย 4 ด้านหลัก คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสารเสพติด ด้านการเข้าใจข้อมูลสารเสพติด ด้านการประเมินข้อมูลสารเสพติด และด้าน

การประยุกต์ใช้ข้อมูลสารเสพติด โดยแต่ละด้านมีคำถาม 5 ข้อ รวม 20 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) และแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom โดยคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (80-100 คะแนน) หมายถึงมีความรอบรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 (60-79 คะแนน) หมายถึงระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-59 คะแนน) หมายถึงระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพใน 2 ด้านหลัก ได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งผลการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.84-0.90 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89 ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทั้งสองด้าน แสดงว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในระดับสูง จึงเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานกับผู้นำชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลหลักหก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมวิธีการเก็บข้อมูล

4. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทันทีหลังการเก็บข้อมูล หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วนจะดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Pearson correlation coefficient

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม (เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ฯลฯ) กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี รับรองเลขที่ PPHO-REC ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 50.4) มีอายุเฉลี่ย 21.64 ปี (SD = 2.27) สถานภาพโสด (ร้อยละ 87.6) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 50.4) มีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 60.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,488.5 บาท (SD

= 8,660.6) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 95.1) ด้านกิจกรรมยามว่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างเกี่ยวกับเพื่อน (ร้อยละ 82.3) อ่านหนังสือ (ร้อยละ 76.5) ออกกำลังกายและเล่นดนตรี (ร้อยละ 61.5) และชมภาพยนตร์/ฟังเพลง (ร้อยละ 45.6) ด้านสภาพครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73.5) และกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 61.9) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผ่านโทรทัศน์ (ร้อยละ 94.2) หอกระจายเสียง (ร้อยละ 70.8) บุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 62.8) และอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 15.5) ด้านประสบการณ์เกี่ยวกับยาเสพติด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์เสพสิ่งเสพติด (ร้อยละ 97.8) และไม่มีเพื่อนที่เคยเสพยาเสพติด (ร้อยละ 86.3)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น

ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 86.17$, $SD = 7.45$) โดยเมื่อพิจารณา รายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น

ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำแนกรายด้าน (n = 226)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสารเสพติด	21.47	2.52	สูง
ด้านการเข้าใจข้อมูลสารเสพติด	21.14	2.68	สูง
ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสารเสพติด	21.18	2.42	สูง
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสารเสพติด	22.37	2.21	สูง
ภาพรวม	86.17	7.45	สูง

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสารเสพติด ($\bar{X} = 21.47$, $SD = 2.52$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถนำข้อมูลสารเสพติดที่ได้รับมาป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงได้ ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.71$)

ด้านการเข้าใจข้อมูลสารเสพติด ($\bar{X} = 21.14$, $SD = 2.68$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่เรื่องสารเสพติดแล้วเข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบได้ดี ($\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.76$)

ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสารเสพติด ($\bar{X} = 21.18$, $SD = 2.42$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถประเมินและปฏิบัติตามข้อมูลด้านสุขภาพหลังจากสอบถามจากบุคคลที่น่าเชื่อถือ ($\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.70$)

ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสารเสพติด ($\bar{X} = 22.37$, $SD = 2.21$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงได้ ($\bar{X} = 4.55$, $SD = 0.59$) ดังตารางที่ 1

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		χ^2	p-value
	ปานกลาง/ต่ำ	สูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	21(60.0)	91(47.6)	1.807	0.179
หญิง	14(40.0)	100(52.4)		
สถานภาพ				
โสด	34(97.1)	164(85.9)	3.467	0.049*
สมรส/คู่	1(2.9)	27(14.1)		
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	2(5.7)	5(2.6)	4.195	0.123
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22(62.9)	92(48.2)		
สูงกว่าอนุปริญาตรี/ปวส.	11(31.4)	94(49.2)		
อาชีพ				
นักเรียน/นักศึกษา	25(71.4)	112(58.6)	4.020	0.134
ค้าขาย	1(2.9)	28(14.7)		
รับจ้างทั่วไป	9(25.7)	51(26.7)		
โรคประจำตัว				
มี	2(5.7)	9(4.7)	0.064	0.800
ไม่มี	33(94.3)	182(95.3)		
กิจกรรมยามว่างออกกำลังกาย เล่นดนตรี				
เลือก	27(77.1)	112(58.6)	4.278	0.039*
ไม่เลือก	8(22.9)	79(41.4)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		χ^2	p-value
	ปานกลาง/ต่ำ	สูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
กิจกรรมยามว่างอ่านหนังสือ				
เลือก	28(80.0)	145(75.9)	2.756	0.600
ไม่เลือก	7(20.0)	46(24.1)		
กิจกรรมยามว่างชมภาพยนตร์ ฟังเพลง				
เลือก	19(54.3)	84(44.0)	1.267	0.260
ไม่เลือก	16(45.7)	107(56.0)		
กิจกรรมยามว่างเที่ยวกับเพื่อน				
เลือก	22(62.9)	138(72.3)	1.263	0.261
ไม่เลือก	13(37.1)	53(27.2)		
กิจกรรมยามว่างเที่ยวกลางคืน				
เลือก	25(71.4)	161(84.3)	3.361	0.067
ไม่เลือก	10(28.6)	30(15.7)		
สถานภาพครอบครัว				
อยู่ด้วยกัน	24(68.6)	142(74.3)	0.560	0.756
บิดา มารดา แยกกันอยู่	8(22.9)	34(17.8)		
คนใดคนหนึ่งเสียชีวิต	3(8.6)	15(7.9)		
สถานที่อยู่อาศัย				
อยู่กับบิดา มารดา	24(68.6)	116(60.7)	0.982	0.612
เช่าหอพัก	10(28.6)	71(37.2)		
อาศัยบ้านญาติ	1(2.9)	4(2.1)		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดจากบุคลากรทางการแพทย์				
ได้รับ	25(71.4)	117(61.3)	1.311	0.252
ไม่ได้รับ	10(28.6)	74(38.7)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		χ^2	p-value
	ปานกลาง/ต่ำ	สูง		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดจากสื่อสิ่งพิมพ์				
ได้รับ	28(80.0)	132(69.1)	1.697	0.193
ไม่ได้รับ	7(20.0)	56(30.9)		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดจากหอกระจายเสียง				
ได้รับ	34(97.1)	179(93.7)	0.640	0.424
ไม่ได้รับ	1(2.9)	12(6.3)		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดจากโทรทัศน์				
ได้รับ	22(62.9)	121(63.4)	0.003	0.956
ไม่ได้รับ	13(37.1)	70(36.3)		
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเสพติดจากอินเทอร์เน็ต				
ได้รับ	1(2.9)	34(17.8)	5.04	0.025*
ไม่ได้รับ	34(97.1)	157(82.2)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 การศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพสมรส กิจกรรมยามว่าง การรับข้อมูลข่าวสารอายุ และรายได้

ด้านสถานภาพและกิจกรรมยามว่าง พบว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำถึงปานกลางส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 97.1) ในขณะที่กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงส่วนใหญ่เลือกทำกิจกรรมออกกำลังกายและเล่นดนตรี (ร้อยละ 58.6)

ด้านการรับข้อมูลข่าวสาร พบว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำถึงปานกลางส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 97.1)

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าทั้งอายุและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r = 0.224$ และ $r = 0.152$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	r	p-value
อายุ	0.224	0.001*
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.152	0.022*

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว กิจกรรมยามว่างอื่นๆ (อ่านหนังสือ ชมภาพยนตร์/ฟังเพลง เกี่ยวกับเพื่อน เกี่ยวกับกลางคืน) สถานภาพครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย และการรับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางอื่น (บุคลากรทางการแพทย์ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายเสียง โทรทัศน์)

อภิปรายผล

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 86.17$, $SD = 7.45$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ทำให้มีวุฒิภาวะใกล้เคียงผู้ใหญ่ และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยได้ดี อีกทั้งในสถานศึกษายังมีการรณรงค์และจัดกิจกรรมป้องกันยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกฤตา สวนแก้ว และศิวพร อึ้งวัฒนา (2564) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($M = 111.96$, $SD = 14.94$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของบพิตร สนั่นเอื้อ (2566) ที่พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสารเสพติดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.39)

2. ปัจจัยด้านสถานภาพที่สัมพันธ์กับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น

ผลการศึกษพบว่าสถานภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยวัยรุ่นที่มีสถานภาพโสดมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากกว่า เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีความอยากรู้อยากลอง มีพฤติกรรมเลียนแบบและต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน จึงมีโอกาสถูกชักชวนให้ทดลองใช้สารเสพติดได้ง่าย ส่วนผู้ที่สมรสแล้วก็มีความเสี่ยงจากการที่คู่สมรสอาจมีประสบการณ์การใช้สารเสพติดและชักชวนให้ทดลองใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของระพีพรรณ บัวผัน (2557) ที่พบว่าปัจจัยด้านคนรักส่งผลต่อการตัดสินใจเสพยาเสพติดของเยาวชน โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนหญิงที่ต้องการเรียกร้องความสนใจจากคู่รัก ทั้งนี้ แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับครอบครัวที่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 73.5) แต่ก็ยังพบความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น

กิจกรรมยามว่าง โดยเฉพาะการออกกำลังกายและเล่นดนตรี มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเมื่อวัยรุ่นได้รับความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดควบคู่กับการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การเล่นกีฬา ออกกำลังกาย และดนตรี ช่วยให้เห็นคุณค่าในตนเองและพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจ ส่งผล

ให้มีทักษะชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวและรู้เท่าทันสถานการณ์เสี่ยง รวมถึงกล่าปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของสุณิรัตน์ ยืนยง และสวรรค์ ธิติสุทธิ (2563) ที่พบว่าผู้ที่มีความรู้เท่าทันสารเสพติดระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์แบบเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.96, 95% CI: 1.35-6.48)

การรับข้อมูลข่าวสารผ่านอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยในปัจจุบันข้อมูลข่าวสารถูกนำเสนอผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์อย่างรวดเร็ว ทำให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทาง ทั้งอินเทอร์เน็ต โทรศัพท์ และแอปพลิเคชันต่างๆ อย่างไรก็ตาม การรับข้อมูลข่าวสารนี้มีทั้งผลดีและผลเสีย โดยเฉพาะการเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการใช้เวลาว่าง (สุกฤตา สวนแก้ว และศิวพร อึ้งวัฒนา, 2564) ทั้งนี้ หากวัยรุ่นมีวิจรรย์ญาณในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบกับการได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากครูและอาจารย์ จะช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของช่อแก้ว ส่งแสงทอง (2560) ที่พบว่าปัจจัยด้านสื่อสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนได้ร้อยละ 18.20

อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.224$, $p < 0.05$) โดยวัยรุ่นที่อายุน้อยมักมีความอยากรู้อยากลอง และให้ความสำคัญกับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน ขณะที่ยังขาดประสบการณ์และความรู้ในการป้องกันตนเองจากสารเสพติด จึงมีความเสี่ยงที่จะถูกชักชวนให้ทดลองใช้สารเสพติดได้ง่าย แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น ประกอบกับการได้รับความรู้และการ

อบรมเพิ่มขึ้น ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันสารเสพติด และมีความสามารถในการปฏิเสธสิ่งชั่วร้ายได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุวพันธุ์ คະโยธา และวุฒิพงศ์ ภักดีกุล (2561) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของเยาวชน ($p < 0.05$)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.152$, $p < 0.05$) โดยวัยรุ่นที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือขาดการสนับสนุนด้านการเงินจากครอบครัว มักประสบปัญหาในการดำรงชีวิตเนื่องจากค่าใช้จ่ายไม่สอดคล้องกับรายรับ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความกดดัน และความวิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้สารเสพติดเพื่อบรรเทาความทุกข์ สอดคล้องกับการศึกษาของพิชเยศ ชูเมือง (2563) ที่พบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจ เช่น รายได้ไม่เพียงพอและภาระหนี้สิน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการใช้สารเสพติด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นในทุกด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร การจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อยกระดับความสามารถในการป้องกันสารเสพติด

1.2 บุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข และการศึกษา รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ควรกำหนดนโยบายและมาตรการเฝ้าระวังป้องกันอย่างเข้มงวด พร้อมทั้งคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1.3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรบูรณาการความร่วมมือในการพัฒนาทักษะที่จำเป็น โดยเฉพาะ

การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร และการรู้เท่าทันสื่อ เพื่อให้วัยรุ่นสามารถป้องกันตนเองและกล้าปฏิเสธการชักชวนที่ไม่เหมาะสม

1.4 สถานศึกษาควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับสารเสพติดอย่างสม่ำเสมอ ผ่านช่องทางที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย

1.5 หน่วยงานทางการศึกษาควรพัฒนานวัตกรรมและสื่อการเรียนการสอนที่ทันสมัย พร้อมทั้งกำหนดแนวทางการป้องกันและการเลิกใช้สารเสพติดที่เป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปทุมธานี. (2566). รายงานผู้เสพเข้ารับการรักษาแบบสมัครใจ ในช่วงระหว่าง 1 ตุลาคม 2565 – 10 พฤษภาคม 2566 ในเอกสารรายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปทุมธานี. การประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปทุมธานี.
- ช่อแก้ว ส่งแสงทอง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บพิท สนั่นเอื้อ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสารเสพติดกับพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดบึงกาฬ.
<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20240212131954.pdf>
- พิชเยศ ชูเมือง. (2563). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของผู้ต้องหาคดียาเสพติด: กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดสงขลา [สารนิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ระพีพรรณ บัวผัน. (2557). การตัดสินใจเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชน: กรณีศึกษาศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เขต 1 จังหวัดระยอง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2563). รายงานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปีงบประมาณ 2562.
- สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศไทย (บสต.) รายงานผลการดำเนินงานตามแบบบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566.
<http://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/Runtime/Form/FrmReports/>

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมสุขศึกษาที่เหมาะสมกับวัยรุ่นแต่ละช่วงวัย เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันสารเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจมุมมอง ความคิดเห็น ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติด อันจะนำไปสู่การค้นพบประเด็นปัญหาที่ชัดเจนและการแก้ไขที่ตรงจุด



- สุกฤตา สวนแก้ว และศิวพร อึ้งวัฒนา. (2564). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของวัยรุ่น ตำบลยางน้ำ อำเภอสарภัก จังหวัดเชียงใหม่. วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพ, 14(2), 93-106.
- สุนิรัตน์ ยืนยง และสรวรรค์ จิตสุทธิ. (2563). ความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8(2), 163-167.
- สุวพันธ์ คะโยธ และวริพงษ์ ภักดีกุล. (2561). ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนป้องกันการ ใช้สารเสพติดของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตเทศบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 21(3), 84-95.
- อรจนกร สมเกียรติกุล. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด, 1(1), 28-29.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. Evaluation Comment, 1(2), 1-12. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED053419.pdf>
- Cochran, W. G. (1977). Sampling techniques (3rd ed.). Wiley. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-us/Sampling%2BTechniques%2C%2B3rd%2BEdition-p-9780471162407>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(1), Article 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจาก
การใช้สารเสพติด: กรณีศึกษา 2 ราย โรงพยาบาลระนอง

Nursing care of patients with aggressive behavior and at high risk
of committing violence from substance use :

2 case studies in Ranong Hospital

ปิยาภรณ์ อินทรา

Piyaporn Intra

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลระนอง

(Received: November 10, 2024; Accepted: December 11, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด 2 ราย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระนอง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบประเมินการคัดกรองรายโรคทางจิตเวช แบบบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรค แบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษา : เปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด 2 ราย รายที่ 1 เพศชาย อายุ 32 ปี อาการสำคัญ 3 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำร้ายร่างกายภรรยา ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Multiple Substance Induced Psychosis Disorder รายที่ 2 เพศชาย อายุ 26 ปี อาการสำคัญ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเดินแก้ม้าพูดคนเดียวทำร้ายตนเองโดยการตบหน้า ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น Multiple Substance Induced Psychosis Disorder

การศึกษานี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติดระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลจะช่วยลดภาวะการก่อพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัว และการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในชุมชน เป็นหัวใจสำคัญของการให้พยาบาล ซึ่งจะช่วยลดการกลับซ้ำของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยเสพสารเสพติด, พฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง



Abstract

This study aims to compare the nursing care provided to two patients exhibiting aggressive behavior and a high risk of violence associated with substance abuse. The samples were purposively selected based on specified eligibility criteria from psychiatric and substance abuse patients admitted to Ranong Hospital. The instruments used in this study included a psychiatric disorder screening tool, a home visit record form based on the IN HOME SSS guideline, and data collected from patient medical records, interviews with family members, and observations. Data analysis involved comparing pathological factors, health risk factors contributing to disease occurrence, health patterns, pathological symptoms, treatments, nursing diagnoses, and case consultations.

The two cases compared are as follows: Case 1: A 32-year-old male presenting with irritability and violent behavior towards his wife three hours before hospital admission. He was diagnosed with Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder. Case 2: A 26-year-old male displaying disorganized behavior, including walking naked, self-harming by slapping his face, and speaking incoherently one day prior to admission. He was also diagnosed with Multiple Substance-Induced Psychosis Disorder. The study concluded that providing nursing care to psychiatric and substance abuse patients with aggressive behaviors and a high risk of violence during hospitalization effectively reduces aggressive and violent behaviors. Moreover, preparing patients and their families, as well as ensuring consistent and regular follow-up home visits within the community, is crucial for nursing care. These interventions significantly help reduce the recurrence of aggressive behaviors in such patients.

Keywords : Nursing Care for Patients with Substance Abuse and Aggressive, Violent Behavior

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2562 ทั่วโลกมีผู้ใช้ยาเสพติดประมาณ 275 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก พบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดในประเทศไทยที่มีการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยถึงปี 2566 มีผู้ป่วยยาเสพติดสะสม 969,901 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย 381,631 ราย (39.35%) ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีจำนวนผู้ที่คลุ้มคลั่งเพิ่มขึ้นทุกปี โดยการใช้เมทแอมเฟตามีน มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต หรือ เรียกว่าเกิด “ภาวะโรคจิตเวชสารเสพติด” ซึ่งเมื่อสารดังกล่าวผ่านเข้าสู่สมอง มีผล ทำให้สารสื่อประสาท หรือสารโดปามีน ในสมองผิดปกติเกิดอาการทางจิตแบบ มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่อาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ ouse ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในข่าวปัจจุบัน อยู่เป็นประจำ โดยเฉพาะการใช้ร่วมกับสารเสพติดอื่น ผลกระทบจากโรคจิตเวชร่วม แม้ในผู้ที่มีเพียงปัญหาสุขภาพจิตหากมีการเสพยาเสพติดแล้วยังจะทำให้ อาการทางจิตเพิ่มขึ้นจนป่วยได้ การเสพยาเสพติดในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะเพิ่มความก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น และควบคุมตัวเองไม่ได้ เพิ่มอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และความเสี่ยงการทำร้ายตัวเอง โรคร่วมยังทำให้สุขภาพกายแย่ลง เพิ่มปัญหาสังคม ปัญหากฎหมาย และปัญหาเศรษฐกิจในสถานการณ์ที่แย่กว่านั้น อาจลงท้ายด้วยการทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมต่อต้านสังคม ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว สังคม ไร้ที่อยู่ อาศัย และเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ก่อวุ่นวายสังคม ฉีดยาเสพติดเข้าเส้น มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือฆ่า

ตัวตาย จากข้อมูลของ National Survey on Drug Use and Health ปี ค.ศ. 2021 ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMI นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26-49 ปี รองลงมาคืออายุ 18-25 ปี พบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่า ในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMI นั้น พบว่ามีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้ ในอีกการศึกษา พบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) ได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่ทำให้ก่อเหตุรุนแรงสูงกว่าปกติได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการ ก่อความรุนแรง โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่เคยเข้า รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่องขาดยา ไม่ยอมรับ การเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชายังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่อ อันตราย ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

การพยาบาลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแบบเร่งด่วน ภายใต้ข้อจำกัดของเวลา เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของทุกฝ่าย การประเมินสถานการณ์และระดับความรุนแรงของพฤติกรรม ใช้แบบประเมิน OAS (Overt Aggressive Scale) การพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาวการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้าง



สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งชุมชน เข้าใจ ยอมรับ อดทน สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจดูแลอย่างใกล้ชิด มีความไวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ต่อไป

จากสถิติ โรงพยาบาลระนอง ตั้งแต่ พ.ศ. 2564 -2567 พบว่า ชมิผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็น F00-99 เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในทั้งสิ้นจำนวน 816 ราย โดยมีกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดได้แก่ F05, F10, F11, F12, F13, F15, F18 และF19 รวมทั้งสิ้น 424 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.96 ในจำนวนนี้ ติดสารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด จำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.12 ของผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด และในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดที่จัดอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือที่เรียกว่ากลุ่ม SMI-V จำนวนทั้งสิ้น 109 ราย คิดเป็น ร้อยละ 26.32

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเลือกศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด จำนวน 2 ราย โดยศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีผลกระทบกับการเกิดโรคพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แบบแผนสุขภาพ การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อนำมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม สามารถฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ ลดการกลับซ้ำ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด
2. เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด

วิธีการศึกษา

ดำเนินการศึกษาโดยเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงเปรียบเทียบ 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากการใช้สารเสพติด มีการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ แพ้มประวัติสุขภาพครอบครัว ข้อมูลตรวจร่างกาย รวมถึงการติดตามเยี่ยมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ศึกษาเอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การใช้กรอบแนวคิดตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเพื่อประเมินสภาพและวางแผนการการพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว ร่วมกับการดูแลผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉิน การรักษาของแพทย์ วางแผนทางการพยาบาล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง การจำหน่าย โดยหลัก D-METHOD ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลระนองเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 32 ปี สถานภาพ คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างสมส่วน อาชีพ เป็นพนักงานลูกจ้างชั่วคราวในบริษัท นักร้อง ศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ที่บ้านตนเองกับครอบครัว พร้อมภรรยา ไม่มีบุตร	เพศชาย อายุ 26 ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ รูปร่างสมส่วน มีรอยสัก ที่แขนข้างขวา อาชีพเกษตรกร ทำสวนยางพารา และสวนทุเรียน นักร้องศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ที่บ้านตนเองพร้อมกับครอบครัว
2. การวินิจฉัยโรค	Multiple Substance Induced Psychosis Disorder	Multiple Substance Induced Psychosis Disorder
3. อาการสำคัญ	3 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำร้ายร่างกายภรรยา	1 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยเดินแก้ม้าพูดคนเดียวทำร้ายตนเองโดยการตบหน้า
4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Mental and behavioral disorders due to multiple drug use ให้ประวัติว่า 4 เดือนก่อนมารพ. มีอาการหงุดหงิดไปทุบรถเพื่อนบ้าน 3 เดือนก่อนมารพ. พยายามจะเผาบ้านตัวเอง 2 เดือน พยายามจะรมควันตัวเอง มีหูแว่วเหมือนมีคนเรียกแต่ไม่รู้ว่าใคร 3 ชั่วโมงก่อนมารพ. ผู้ป่วยเออะอะ อาละวาด ทำร้ายร่างกายภรรยา ทำลายข้าวของในบ้าน ไม่รับประทานยา บิดาแจ้งตำรวจนำส่ง	ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยเป็น Substance induced Psychosis เข้ารับการรักษาที่รพ. ระนองอาการไม่ดีขึ้นส่งตัวไปรับการรักษาที่รพ. สอนสราญรมย์ กลับบ้านไม่ยอมรับประทานยา กลับไปใช้ยาเสพติด 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีเพื่อเจ้า พุดถึงพระเจ้า เดินแก้ม้าในบ้านพูดคนเดียวไม่ยอมนอน มารดาจึงพาไปรักษาที่รพ. ชุมพรได้ยามารับประทานอาการไม่ดีขึ้น ยังเดินแก้ม้าพูดคนเดียว มี หูแว่วภาพหลอน 1 วันก่อนไปรพ.กระบี่ ผู้ป่วยเดินแก้ม้าพูดคนเดียวทำร้ายตนเองโดยการตบหน้ามารดาจึงนำส่ง
5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตการแพ้ยา สารเคมี แพ้อาหาร	ผู้ป่วยเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ADHD ในวัยเด็ก ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมี	ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมี
6. ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่มี	ผู้ป่วยมีประวัติการใช้สารเสพติดหลายชนิด ใช้ยาบ้า ปริมาณ 3เม็ด/วัน ใช้ ประมาณ 3-4 วันต่อครั้ง ใช้มา 2-3 ปี และหยุดใช้ช่วงที่พักรักษาตัว ในรพ. หลังออกจากรพ.กลับไปใช้ต่อ ระยะเวลาที่ใช้ประมาณ 4-5 เดือน ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อ 2วันก่อนมา ใช้ยาไอซ์ชนิดสุดคมไอระเหย ปริมาณ 3เกล็ด/แต่นานๆจะใช้ เพราะรู้สึกไม่ชอบเหมือนยาบ้า ใช้

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		ครั้งสุดท้าย 5 เดือนก่อน สุกัญชา ประมาณ 3 พันลำต่อวัน ไข้มา 2-3 ปี สุกัญหรี วันละประมาณ 20 มวน/วัน ไข้มาตั้งแต่อายุ 15 ปี ปัจจุบันยังสูบบุอยู่
7. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน บิดามีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาตัวรพ.ระนอง	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคร้ายแรง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1. แบบแผนสุขภาพ เพศชาย อายุ 32 ปี 3 ชั่วโมงก่อนมารพ. มีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ทำร้ายร่างกายภรรยา ทำลายสิ่งของในบ้าน พุดมีอาการซึมเศร้าจะรมควั่นตัวเองจากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ 1) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน 2) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตโนมทัศน์ 3) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 4) แบบแผนการรู้และการรับรู้รูปแบบความคิด การตัดสินใจ 5) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 6) แบบแผนการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด	1. แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทยอายุ 26 ปี 1 วันก่อนมารพ. ผู้ป่วยเดินแก้ผ้าพูดคนเดียว ทำร้ายตนเองโดยการตบหน้า พุดเพื่อเจอถึงพระเจ้ามี Visual & Auditory Hallucination จากการประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบว่ามีแบบแผนสุขภาพที่ผิดปกติ ได้แก่ 1) แบบแผนการนอนหลับพักผ่อน 2) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตโนมทัศน์ 3) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 4) แบบแผนการรู้และการรับรู้รูปแบบความคิด การตัดสินใจ 5) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ 6) แบบแผนการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีแบบแผนการดูแลและสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เมื่อมีความเครียดมักใช้สารเสพติดช่วยให้ผ่อนคลายและช่วยหลีกเลี่ยงปัญหา มีการใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีลักษณะอารมณ์เก็บกด กรณีศึกษาที่1 มีความขัดแย้งกับครอบครัว ไม่ได้รับการยอมรับในครอบครัวเกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ ขาดความภาคภูมิใจในตัวเอง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เมื่อมีสิ่งมากระทบจึงมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายข้าวของและทำร้ายตัวเอง
2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ตำรวจนำส่ง รุ้สึกตัวดี E4V5M6 พุดเอะอะโวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามีพฤติกรรมก้าวร้าวประเมิน OAS(Overt aggressive scale)= 3	2. พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง E4V5M6 รุ้สึกตัวดี พุดเอะอะโวยวาย พุดถึงพระพระเจ้า ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เจาะ DTX 94 mg% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติพฤติกรรมก้าวร้าวประเมิน OAS= 3 คะแนน รายกรณีที่ 1 มีความเสี่ยงที่จะทำร้ายผู้อื่นมากกว่ารายกรณีที่ 2 กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยังไม่เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ เนื่องจากบุคลากรให้ความสำคัญกับ



กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
คะแนน ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย ควบคุม อารมณ์ได้น้อยประเมิน 2Q Positive 9Q ได้ 20 คะแนน 8Q ได้ 7คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 113/68 มิลลิเมตรปรอท	20 ครั้งต่อนาที เจาะเลือดส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ CXR EKG ผลปกติ อาการสงบลงจึงส่งตัวมารับการรักษาใน หอผู้ป่วย	การซักประวัติที่ครอบคลุม และการ ติดตามเฝ้าระวังให้การบำบัดรักษาได้ ตรงปัญหาและความต้องการเฉพาะราย
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Marijuana(THC) :Negative - Urine Methamphetamine: Negative -CBC : WBC 6,740 mm³ Hct 44.8 %HBG14.9g/dL Platlet 366,000 mm³ Creatinine 0.83 mg/dL GFR 116.4mL/min/1.72m CPK(CK-NAC) 404 U/L Sodium 135 mmol/L Potassium 5.07 mmol/L Chloride 103 mmol/L CO2 26 mmol/L SGOT(AST) 46 U/L SGPT(ALT) 37 U/L Albumin 3.38 g/dL -UA: Color Pale Yellow Appearance Clear Sp.gr 1.005 pH 6.5 Free T4 1.07 ng/dL TSH 0.319 UIU/ML EKG:normal sinus Rhythm QTc 0.388	3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Urine Marijuana(THC) :Positive - Urine Methamphetamine: Negative -CBC : WBC 10,420 mm³ Hct 45.9 %HBG15.8g/dL Platlet 200,000 mm³ Creatinine 12 mg/dL GFR 95.96mL/min/1.72m CPK(CK-NAC) 379 U/L Sodium 137 mmol/L Potassium 3.52 mmol/L Chloride 104 mmol/L CO2 28 mmol/L SGOT(AST) 22 U/L SGPT(ALT) 35 U/L Albumin 3.43 g/dL -UA: Color Pale Yellow Appearance Clear Sp.gr 1.008 pH 6.5 SARS Coronavirus 2 Ag :Negative EKG: normal sinus Rhythm QTc 0.447 CXR :Normal	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีภาวะ ฉุกเฉิน ผลการตรวจในกรณีที่ 1 Urine Marijuana (THC) :Negative และ Urine Methamphetamine: Negative ซึ่งอาจพบได้ในกรณีที่ใช้สาร เสพติดมีระยะห่างจนตรวจไม่พบใน ปัสสาวะ กรณีรายที่ 2 UrineMarijuana (THC): Positiveแต่ผล Urine Methamphetamine : Negative ซึ่ง ตรงกับการซักประวัติเรื่องการใช้สารเสพ ติดอย่างต่อเนื่อง การตรวจ CPK เพื่อ ติดตามผลจากการใช้ยาจิตเวชอย่าง ต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ซึ่งทั้ง 2 รายยังอยู่ใน เกณฑ์ปกติและได้รับการตรวจ CXR เพื่อเฝ้าระวังโรควัณโรค ผลการตรวจ ปกติทั้ง2ราย ได้รับการตรวจEKG12 Lead พบว่า มี QTc ที่ปกติ เพื่อเฝ้า ระวังภาวะ Torsades de pointes จาก การใช้ยาจิตเวชเป็นระยะเวลานาน

กรณีศึกษารายที่ 1		กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
CXR :Normal			
4. การรักษา		4. การรักษา	กรณีศึกษาที่1 การใช้ยา Clonidineร่วมด้วยเนื่องจากผู้ป่วยมีประวัติเป็นADHD รักษาโรคสมาธิสั้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติส่วนยาValproate SR ใช้รักษาโรคอารมณ์2ชั่ววูบซึ่งจะช่วยรักษาอาการMania Phase ของผู้ป่วยClonazepam ช่วยในเรื่องของการคลายวิตกกังวลหลับได้Quetiapine ใช้รักษาอาการประสาทหลอนต่างๆรวมทั้งลดพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องแพทย์จึงใช้ยา Fluphenazine Decanoate (50mg/2ml) 100 mg เข้ากลัมน้ำเนื้อทุก 1 เดือนในการรักษา Artane ใช้ในการลดอาการEPSต่างๆที่อาจเกิดได้จากการใช้ยาจิตเวช ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการจำหน่าย และนัดตรวจซ้ำใน 1 เดือน และส่งต่อเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามต่อเนื่องในชุมชนผ่าน THAI COC และใช้ระบบLINE OA ซึ่งเป็นCQIของหน่วยงาน
1.Clonidine(0.15mg) ครึ่งเม็ด po. tid pc		1.Haloperidol(10mg) 2เม็ด po ก่อนนอน	
2.Valproate SR(500mg) 2 เม็ด po pcเช้าและก่อนนอน		2.Valproate SR(500mg) 1 เม็ด po ก่อนนอน	
3.Quetiapine(200mg) 1 เม็ด po ก่อนนอน		3.Artane(5mg)1เม็ดpoก่อนนอน	
4. Clonazepam(0.5mg) 2 เม็ด po ก่อนนอน		4.Clonazepam(2mg) 1 เม็ด po ก่อนนอน5.Fluphenazine	
นัดติดตามทุกเดือนเพื่อรับยาต่อ		Decanoate(50mg/2ml) 100 mg เข้ากลัมน้ำเนื้อ ทุก 1 เดือน	
		นัดติดตามทุกเดือนเพื่อรับยาต่อ	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลและผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
1. เสี่ยงต่อการทำร้ายบุคคลอื่น ทำลายข้าวของและอาคารสถานที่เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงและไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น	1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยเสพยาบ้าและมีพฤติกรรมก้าวร้าว	1. ประเมินความคิดอารมณ์ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น ทำลายข้าวของและอาคารสถานที่ เพื่อทราบความรุนแรงและเตรียมการป้องกันได้ทันทั่วทั้งที่	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายประเมิน OAS=3 คะแนน ยังแสดงออกทางคำพูดที่รุนแรง หงุดหงิดต่อต้านได้ ให้การรักษาโดยฉีด-Haldol 5mg IM prn for agitation ,Valium 10 g IV prn for agitation /agression



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		2. จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงผู้ป่วยให้ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้น ไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น เช่น อาวุธ ของ แหลมของมีคม น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น	และทำการผูกยึดหลังให้การรักษายังมีอากาศหลุดหลุดก้าวร้าวระดับน้อยถึงปานกลาง ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ประเมิน OAS ซ้ำ = 2คะแนน
		3. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร แสดงความเข้าใจ ฟัง อย่างตั้งใจ สงบและมีความรู้สึกปลอดภัย	
		4. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล มั่นคงและชัดเจน	
		5. การประเมินความรุนแรงที่เป็นสัญญาณเตือนของพฤติกรรมรุนแรง เช่น สีหน้า ท่าทางคำพูด	
		6. เฝ้าระวังความเสี่ยงจากการทำร้ายตนเองบุคคลอื่นและทรัพย์สิน	
		7. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวและให้การรักษาตามแนวทาง	
		8. รายงานแพทย์ดูแลการให้ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา	
		9. จำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นโดยผูกยึดผู้ป่วย	
2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้	1. เรียกชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้องทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 2. แจ้งผู้ป่วยและญาติเพื่อผูกยึดผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยให้การพยาบาลตามมาตรฐาน ปฏิบัติตามแนวทางผูกยึด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		3. เตรียมบุคลากรให้เพียงพอ ได้แก่ ตำรวจ คณงาน พยาบาล	
		4. ดูแลความปลอดภัยของ บุคลากร	
		5. ดำเนินการผูกยึดแบบ 4 จุดคือ ผูกยึดบริเวณข้อเท้าก่อนและผูก ยึดบริเวณข้อมือ 2 ข้าง	
		6. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย และให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูก ยึดสามารถเคลื่อนไหวได้การผูกยึด ต้องหลวมให้ 1-2 นิ้ว สอดใต้ผ้า ได้แขนขาต้องไม่บิดเบี้ยวขณะให้ การผูกยึดได้คำนึงถึงความ ปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วย เสมอ	
		7. ประเมินอาการทุก 15-30 นาที	
		8. คลายผ้าผูกยึดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผิวหนัง และข้อบริเวณที่ผูกยึดให้มีการ ไหลเวียนโลหิตและการ เคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ	
		9. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง	
		10. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะ หรือ อุจจาระตามที่ต้องการ	
		11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอ	
		12. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วย อาการสงบลงและยุติการผูกยึด เมื่อผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
3. เสี่ยงต่อการเกิด อาการข้างเคียงจากยา รักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาชนิด ฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบ ประสาท	3. เสี่ยงต่อการเกิด อาการข้างเคียงจากยา รักษาโรคทางจิตเวช เนื่องจากได้รับยาชนิด ฉีดที่มีฤทธิ์กดระบบ ประสาท	1. ดูแลเฝ้าระวังการให้ยา Haloperidol 5 mg IM stat, Valium 10 mg IV และให้ยาลด อาการข้างเคียง Artane 2 mg ตามแผนการรักษา 2. ประเมินอาการข้างเคียงที่ รุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น หายใจลำบากกลืนลำบาก หัว ใจเต้นไม่ปกติ หายใจหอบ มี อาการสั่น เหนื่อยอ่อนเพลีย ผิวดำคล้ำ แพ้ยา 3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการ ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียนท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น 4. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการ รักษา และสังเกตอาการข้างเคียง จากการใช้ยา 5. ประเมินสัญญาณชีพ พิจารณา รายงานแพทย์ทราบเมื่อผู้ป่วยมี อาการข้างเคียงจากการได้รับยา 6. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวัน ละ 6-8 แก้ว ใช้ลิปสติกมันทาริม ฝีปาก รับประทานอาหารที่มีกาก ใย เช่น ผัก ผลไม้ เปลี่ยนอิริยาบถ ช้า ๆ ขณะลุกนั่งหรือเปลี่ยนจาก นอนมาเป็นนั่งหรือยืน 7. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยน อิริยาบถช้า ๆ ระวังการเกิด อุบัติเหตุ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการ ข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวช ที่ไม่รุนแรง คือ ภาวะง่วงนอนและ นอนหลับ Vital signs กรณีศึกษาที่ 1 BT=36.90C PR=98/min RR= 20/min BP 134/70 mmHg O2sat 99% กรณีศึกษาที่ 2 BT=36.7 0C PR=72/min RR=20/min BP 100/60 mmHg O2sat =98% หลังตื่นนอน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีเดินเซ อาการสงบ รับประทานยาลดอาการ ข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช ได้ตามแผนการรักษาผู้ป่วยไม่เกิด อุบัติเหตุในระหว่างบำบัดรักษา



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
4. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่อเนื่องจากมี การรับรู้ตนเองและอัต มโนทัศน์ในทางลบ	4. มีความภาคภูมิใจในตนเองต่อเนื่องจากมี การรับรู้ตนเองและอัต มโนทัศน์ในทางลบ	1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ 2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าในตัวเอง ค้นหาสาเหตุความรู้สึกที่ทำให้คุณค่าในตนเองลดลง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 3. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง เสริมแรงเสริมพลังความสามารถที่มีเพื่อสร้างความเข้มแข็งในจิตใจ 4. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเองในด้านต่าง ๆ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้ 5. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้นให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยเฉพาะใน ด้านบวกที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วยมี โอกาสได้แสดงความรัก ความห่วงใยที่มีต่อกัน	กรณีศึกษารายที่ 1 มีบิดาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล ยังมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีใคร่รอบครัว แต่ผู้ป่วยยังอยากทำสิ่งที่ดี อยากมีงานทำเพื่อไม่ให้เป็นการละทิ้งของครอบครัว กรณีศึกษารายที่ 2 มารดาเป็นผู้ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล มารดา ยังรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย ยังไม่มั่นใจในการรับกลับเพื่อไปดูแลต่อเนื่องจากบ้านเนื่องจากถูกทำร้ายบ่อยจึงไม่ อยากให้ผู้ป่วย กลับบ้านทำให้น้อยใจรู้สึกว่ตนเองไม่มีคุณค่าไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกความ ห่วงใยที่มีต่อกัน เพื่อความเข้าใจกัน และเพิ่มคุณค่าในตนเอง
5. แบบแผนการเผชิญ ปัญหาและความเครียด ไม่เหมาะสม	5. แบบแผนการเผชิญ ปัญหาและความเครียด ไม่เหมาะสม	1. ประเมินความคิดอารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุตัวกระตุ้น วิธีการใช้ในการแก้ปัญหาแบบ เดิม ๆ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีต และส่งเสริมให้คิดหาแนวทางใน	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงใน กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง จาก ประวัติเคยพยายามหยุดยาเสพติด ด้วยตนเองหลายครั้ง เนื่องจากจาก สภาพทางจิตใจ บุคลิกภาพรวมถึง สภาพแวดล้อม ที่มียาเสพติดใน



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		การเชิญปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น 3. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาการตัดสินใจ เลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือกแก้ไขข้อเสีย ทางเลือกได้เหมาะสม 4. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การนั่งสมาธิหรือการผ่อนคลายลมหายใจให้กำลังใจ เสริมแรงในทางบวก 5. ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการความเครียดได้	ชุมชน ทำให้ไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ ได้ให้ความรู้ ให้กำลังใจผู้ป่วย
6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	6. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการเลิกยา	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย 2. ให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติดมีผลกระทบต่อร่างกายผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมตัวกระตุ้นและการจัดการกับตัวกระตุ้นที่เป็นรูปธรรม 3. ให้ผู้ป่วยค้นหาข้อเสียของการใช้ยาเสพติดกระตุ้นให้พูดถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตัวผู้ป่วยเอง 4. แนะนำวิธีการป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำ เช่น การทำงานอดิเรกที่ตนเองสนใจ การช่วยครอบครัวทำงาน 5. สอนทักษะการปฏิเสธ การคบเพื่อน การจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้กลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีความเสี่ยงในกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำสูง จากประวัติเคยพยาบาลหยุดยาเสพติดด้วยตนเองหลายครั้ง เนื่องจากจากสภาพทางจิตใจ บุคลิกภาพรวมถึงสภาพแวดล้อม ที่มียาเสพติดในชุมชน ทำให้ไม่สามารถหยุดใช้ยาเสพติดได้ ได้ให้ความรู้ ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำกรณีศึกษาที่ 1 ขาดการยอมรับจากครอบครัว จึงมีโอกาที่จะกลับไปเสพยาซ้ำ เนื่องจากเป็นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาอันสั้น จึงต้องเตรียมส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนกรณีศึกษาที่ 2 มีแรงจูงใจเลิกเสพยาเพื่อไม่ให้เป็นการของครอบครัว



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		6. ให้กำลังใจผู้ป่วยที่สามารถบอก ทักษะการปฏิเสธและหลีกเลี่ยง การกลับไปเสพยาซ้ำได้	
7. ญาติวิตกกังวล เนื่องจากเคยถูกผู้ป่วย ทำร้ายและไม่ต้องการ รับผู้ป่วยกลับบ้าน		1. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและ ญาติเกี่ยวกับอาการก้าวร้าว หวาดระแวงและวิธีจัดการกับ อาการดังกล่าว 2. แนะนำการประเมินสัญญาณ เตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น การกลับไปเสพยาซ้ำ หงุดหงิดไม่นอน ส่งเสียงดัง ช่มชู้ จะทำร้ายคนอื่น เป็นต้น 3. เมื่อพบว่ามีสัญญาณเตือนให้ แจ้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือ ตำรวจเพื่อดูแลช่วยเหลือทันที 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ พูดคุยระบายความรู้สึก และ แสดงความเข้าใจกันกระตุ้นการมี ส่วนร่วมในครอบครัว 5. สะท้อนคิดและสร้างความ เข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะ ในการ ทำความเข้าใจปัญหาและดูแล ด้านจิตใจของตนเองอย่าง เหมาะสม	กรณีศึกษา รายที่ 1 ญาติเกิดความ เบื่อหน่าย หวาดกลัวจึงขอให้อยู่ โรงพยาบาลนาน ๆ ปฏิเสธไม่ ยินยอมให้กลับสู่ชุมชนจาก จึงได้ ประสานพยาบาลจิตเวชหมอ ครอบครัว จึงต้องให้คำปรึกษา และ สร้างความมั่นใจให้กับญาติไม่รู้สึก โดดเดี่ยวและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย และญาติยอมรับและปรับตัวเข้าหา กัน กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยเป็น บุตรชายคนเดียวของครอบครัว มี ความสัมพันธ์ที่ดีกับมารดา และบิดา จากการเลี้ยงดูของมารดาค่อนข้าง รักและตามใจทำให้ผู้ป่วยขาดความ ตระหนักเรื่องการใช้สารเสพติด และ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายคนอื่น
8. การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยตามหลัก D - METHOD	8. การวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยตามหลัก D - METHOD	1. ให้ความรู้และประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ 2. วางแผนการจำหน่าย ตาม แผนการจำหน่าย D METHOD D-Diagnosis ให้ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของยา	กรณีศึกษา ทั้ง 2 รายมีความรู้และ เข้าใจ แผนการรักษาและการปฏิบัติ ตัว โดยกรณีศึกษาที่ 1 ได้ให้ คำปรึกษาแก่ญาติให้เกิดความมั่นใจ ในความปลอดภัยเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย กลับบ้าน



ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2		
		เสพติด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การกลับไปเสพซ้ำ M -Medicine แนะนำการใช้ยา สรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อระวัง และอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ ยา E-Environment แนะนำการจัด สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมหลีกเลี่ยง ตัวกระตุ้นที่มีอยู่ในบ้าน และวัตถุ ที่เป็นอันตราย T -Treatment แนะนำการรับประทานยาอย่าง ต่อเนื่อง แนะนำการปฏิบัติตัว การช่วยเหลือจากหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง H-Health แนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพแบบ 3 อ 2 ส. O -Out patient แนะนำการมารับการตรวจตาม นัด การขอความช่วยเหลือเมื่อ เกิดเหตุฉุกเฉิน 1669 D -Diet การรับประทานอาหารที่ เหมาะสม	

ผลการศึกษา

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพมีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุต่างกันแต่มีผลสืบเนื่องจากการเสพยาเสพติดหลายชนิดร่วมกันเหมือนกัน ซึ่งทั้งสองรายประเมินจากประวัติและพฤติกรรม ประเมิน OAS = 3 คะแนน ผลการตรวจ Urine Amphetamine ถึงแม้ว่าจะให้ผลลบทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาทั้ง 2 รายใช้สารเสพติดหลักคือกัญชาและยาบ้าเพื่อช่วยให้ผ่อนคลายและหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีลักษณะอารมณ์เก็บกด มีความขัดแย้งในครอบครัว มีอัตมโนทัศน์ในทางลบ มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหลังการบำบัดด้วยยาต้านโรคจิต ทั้งชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นและยารับประทาน เพื่อควบคุมอารมณ์ร่วมกับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น กรณีศึกษารายที่ 1 ยังมีความกดดันจากการที่ครอบครัวปฏิเสธ ร่วมกับอาการซึมเศร้าเดิมของผู้ป่วยเอง รวมทั้งมีภาวะ ADHD ตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้ระยะเวลาในการรับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า กรณีศึกษารายที่ 2 มีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดยา โอกาสกลับซ้ำจึงมีได้สูง การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การเยี่ยมบ้านตามแนวทาง IN HOME SSS ร่วมกับการดูแลโดยใช้ LINE OA ของหน่วยงาน จนสามารถจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีความยุ่งยากซับซ้อนเนื่องจากผู้ที่เสพยาเสพติดที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองและผู้อื่นส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมทั้งครอบครัวและสังคม การศึกษานี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดระหว่างการพักรักษาตัวใน รพ. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยครอบครัว รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นหัวใจสำคัญของการให้พยาบาล จะช่วยลดการกลับซ้ำได้

อภิปรายผล

จากผลการศึกษากรณผู้ป่วยทั้ง 2 ราย พยาบาลจึงต้องใช้ทักษะความรู้และความสามารถสูงในการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งระยะฉุกเฉิน การดูแลต่อเนื่อง และเตรียมจำหน่าย โดยการให้การบำบัดควบคู่ไปกับการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการให้คำปรึกษา การพยาบาลผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย การให้การพยาบาลเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลผู้ติดยาเสพติด โดยให้การดูแลในลักษณะที่มิวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ชุมชน ตลอดจนญาติและตัวผู้ป่วยเอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติหน้าที่ให้การดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยเหลือให้กำลังใจ แก้ไขความวิตกกังวล เผชิญปัญหาอย่างถูกวิธี มีการนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดโดยพยาบาลเป็นตัวกลาง เชื่อมระหว่างผู้ป่วยและญาติในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและแก้ปัญหา มีความหวังกำลังใจ ให้ผู้ป่วยปรับตัวผ่านระยะวิกฤติของชีวิต เชื่อมประสานชุมชนและภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่กลับไปพึ่งพาสารเสพติด สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ข้อเสนอแนะจากกรณีศึกษา

1. พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดควรได้รับการฝึกอบรม และพัฒนาทักษะให้มี ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิต

เวชและยาเสพติดที่มี พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

2. ควรนำผลการวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในโรงพยาบาลชุมชนให้เป็นรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐาน

3. ส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ใช้สารเสพติด เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจถึงระบบบริการสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ การศึกษารูปแบบการบำบัดรักษา การพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด อย่างเป็นองค์รวม

4. สถานที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตและยาเสพติดควรมีอุปกรณ์ให้พร้อมในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ขณะปฏิบัติการ

5. สถานที่ควรมีช่องทางการเข้าออก 2 ทาง มีการจัดเก็บและดูแลเครื่องมืออุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย มีระบบแจ้งเตือนสัญญาณขอความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินและมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย

6. ควรมีการสร้างเครือข่ายประสานงาน ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยเสพยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนในกรณีต้องขอความช่วยเหลือในการร่วมดูแลผู้ป่วย มีเครือข่ายเฝ้าระวังแจ้งเหตุ โดยมีการบูรณาการ ร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและแก้ปัญหาได้ทันทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษารายกรณีควรทำการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ หากศึกษารายกรณีเป็นเวลานานมาก เท่าใดยิ่งได้ผลดีมากเท่านั้น จะทำให้ทราบผลของการพัฒนาพฤติกรรมและสาเหตุของปัญหาชัดเจน นำไปสู่การบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการให้ความรู้และการพยาบาลรวมถึงสามารถติดตามดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ลดการเสพยาซ้ำและลดการกลับมารักษาซ้ำ

3. เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรง โดยระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องสามารถช่วยให้ พยาบาลและผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพจิตใจและพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถคาดการณ์และตอบสนองต่อสัญญาณเตือนภัยก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง

4. การปรับปรุงและวางแผนการรักษา ด้วยข้อมูลที่เก็บได้จากระบบติดตาม พยาบาลและผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์แนวโน้มและปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงและปรับเปลี่ยนแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนี้ยังสามารถใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนากลยุทธ์การรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การสนับสนุนและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการสนับสนุนและคำปรึกษาในเวลาที่ต้องการ ไม่ว่าจะเป็นผ่านการติดตาม

ทางโทรศัพท์หรือระบบออนไลน์ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามี
ผู้ดูแลอยู่เคียงข้างเสมอซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการ
กลับมาใช้สารเสพติดหรือแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวอีกครั้ง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก<https://mhso.dmh.go.th/fileupload/>
- นิตยา ตากวียะนันท์. (2558). การพยาบาลผู้ช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2559). การตรวจสัมภาษณ์ทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ ๒). กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- วิมล ลักษณะนิชนชัย. (2563). คู่มือบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด. ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2561). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์บริษัทปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2565). กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์

ความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด
จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Literacy and Its Relationship with the Role in Dengue Fever
Prevention and Control of Village Health Volunteers in Khao Prathong
Subdistrict, Cha-Uat District, Nakhon Si Thammarat Province

วนิตยดา ลิขขาว

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแหียง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

(Received: November 10, 2024; Accepted: December 13, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional research) ครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเกิน 6 เดือน ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ตำบลเขาพระทอง จำนวน 116 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสมการถดถอยเชิงเส้น (Simple linear regression)

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ในระดับมีปัญหา (ร้อยละ 31.03) ในส่วนของปัจจัยของความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 2 ทักษะ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง และทักษะการตัดสินใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.752 และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ได้ร้อยละ 74.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 0.486 และ พบว่า ทักษะการตัดสินใจ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มากที่สุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.004 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.365 กับ 0.574 สำหรับทักษะการเข้าถึง มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.188 กับ 0.243

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ไข้เลือดออก, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This cross-sectional research aimed to study the level of health literacy among village health volunteers (VHVs) and to explore the relationship between health literacy and operational behaviors in the prevention and control of dengue fever. The sample consisted of 116 VHVs who had been working for more than six months within the service area of Khao Prathong Subdistrict Health Service Unit. The research instrument was a questionnaire assessing health literacy and its relationship with the roles of VHVs in dengue fever prevention and control. Data were analyzed using descriptive statistics and simple linear regression.

The findings revealed that the health literacy level of VHVs in dengue fever prevention and control was categorized as problematic (31.03%). Among the health literacy factors, two skills—accessibility and decision-making—were significantly associated with operational behaviors in the roles of dengue fever prevention and control. The multiple correlation coefficient was 0.752, and these factors collectively predicted 74.10% of the operational behavior variance in the family health team, with statistical significance at the 0.05 level. The standard error of the prediction was ± 0.486 . Furthermore, decision-making skills were found to be the strongest predictor of operational behavior in dengue fever prevention and control, with statistical significance at the 0.004 level. The regression coefficient in raw and standardized scores (b, Beta) was 0.365 and 0.574, respectively. Accessibility skills also significantly predicted operational behavior, with regression coefficients (b, Beta) of 0.188 and 0.243, respectively..

Keywords : Health literacy, dengue fever, village health volunteers

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดขึ้นมาเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้ว โดยเริ่มมีรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2492 แต่เกิดระบาดใหญ่เป็นครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในปี พ.ศ.2497 มีหลายประเทศที่มีโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic area) มากกว่า 100 ประเทศ อยู่ในแถบภูมิภาคเอเชีย อเมริกา แอฟริกา เมดิเตอร์เรเนียน (the Eastern Mediterranean) และประเทศในแถบแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific regions) ซึ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (WHO, 2011 P. 1) โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ในแต่ละปีจะพบผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกี จำนวน 50-100 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 22,000 ราย (สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยโรคติดเชื้อเดงกี เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขใน ประเทศแถบภูมิภาคร้อนชื้น (Tropical/sub-tropical region) ได้แก่ ประเทศในแถบภูมิภาคอเมริกากลางและใต้เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตก โดยประมาณ 2,500 ล้านคน อยู่ในประเทศที่มีการระบาดจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (WHO, 2011 P. 1) ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกยังคง เป็นปัญหาเรื้อรังของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุก 3-5 ปี (สำนักควบคุมโรคไข้เลือดออก กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2545: 1-6) สำหรับประเทศไทยเกิดโรคไข้เลือดออก ระบาดใหญ่ครั้งแรกในปี พ.ศ.2501 ที่กรุงเทพฯ หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปสู่จังหวัดต่างๆ ทุกภูมิภาคทั่วประเทศ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย 5 ปี ย้อนหลังพบว่าอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2561 – พ.ศ. 2565 มีอัตรา 131.58 , 197.27 ,

109.26, 16.04, 70.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 ระบบรายงานและฐานข้อมูลกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) การเกิดโรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วง 5 ปี พ.ศ.2561 – 2565 พบว่าอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออกย้อนหลัง ในปี 2561-2565 พบอัตราป่วย 255.34 ,277.23 ,58.15 ,6.58 ,15.55 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.13ต่อประชากรแสนคน และต่อมาในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 12 ราย อัตราตาย 0.28 ต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2563-2565 ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต (ระบบรายงานเฝ้าระวังโรค 506 ระบบรายงานและฐานข้อมูลกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) ซึ่งโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกพื้นที่ สำหรับอำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นพื้นที่หนึ่งที่พบการระบาดของโรคไข้เลือดออก จากรายงานโรคไข้เลือดออกอำเภอชะอวด ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยจำนวน 155 ราย อัตราป่วย 171.6 ต่อแสนประชากร ปี 2562 ผู้ป่วยจำนวน 139 ราย อัตราป่วย 153.9 ต่อแสนประชากร ปี 2563 ผู้ป่วยจำนวน 45 ราย อัตราป่วย 49.83 ต่อแสนประชากร ปี 2564 ผู้ป่วยจำนวน 3 ราย อัตราป่วย 3.32 ต่อแสนประชากร และในปี 2565 ผู้ป่วยจำนวน 26 ราย อัตราป่วย 28.79 ต่อแสนประชากร จากรายงานโรคไข้เลือดออกตำบลเขาพระทอง

ประเทศไทยมีการดำเนินงานตามแนวทางสาธารณสุขมูลฐาน โดยเริ่มจากอาสาสมัครกำจัดไข้มาลาเรีย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2505 ก่อนมีการประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) เมื่อปี พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นที่มาของมติร่วมกันว่า “การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่

พึงได้รับ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเชื้อชาติ ศาสนาการเมือง เศรษฐกิจและสังคม” ต่อเนื่องกับ แถลงการณ์อัลมา อตา (Declaration of Alma-Ata) ที่มีสาระสำคัญ คือ “สุขภาพอนามัยที่ดีเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษยชนทุกคน รวมทั้งความเสมอภาคในการเข้าถึง บริการสาธารณสุข เป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชนที่ จะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินการจัดบริการ เพื่อสุขภาพตนเอง การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับการส่งเสริมและคุ้มครองสุขภาพอนามัยของ ประชาชน รัฐมีหน้าที่ความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัย ของประชาชน” โดยประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกฎ บัตรเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพ (Charter for Health) กับ องค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2523 เพื่อยืนยันว่าประเทศไทยจะยึดถือสาธารณสุขมูลฐาน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุข ของประเทศ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2529) กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน เริ่มต้นจาก อาสาสมัครมาเลเรียถึงผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำหนด บทบาทของอาสาสมัครเหล่านี้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง มุ่งเน้นให้ชุมชนระดับหมู่บ้านบริหารจัดการสาธารณสุข มูลฐาน และสนับสนุนให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพของชุมชนตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข นับเป็นกำลังหลักที่มีส่วนร่วม สำคัญที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด บทบาทของ อสม. ที่ ผ่านมาสะท้อนความสำเร็จตามแนวคิดการมีส่วนร่วม ของชุมชนให้เป็นรูปธรรมรูปแบบ “อาสาสมัคร” ได้เป็น อย่างดี โดยเฉพาะในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 บทบาทของ อสม. ได้ร่วมกันดำเนิน เพื่อเฝ้าระวังร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนเกิดเป็น ผลสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ (เพื่อง วิทย, 2563) จึงได้กลายเป็นทุนทางสังคม (Social

Capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ ที่มีจุดแข็ง คือ การ ทำงานเป็นครั้งคราวในระยะสั้น “อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเปรียบเสมือนเป็น หัวใจของระบบสุขภาพ และปัญหาทางด้านสุขภาพ อย่างเช่นโรคไข้เลือดออกนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ จะต้องอาศัยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ในการร่วมกันดำเนินการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ต่าง ๆ ทั้งทางด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้าง ความตระหนักในชุมชน การลดพื้นที่เสี่ยงของการเกิด ไข้เลือดออก ตั้งแต่ขั้นเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการ เกิดไข้เลือดออก

Health literacy หรือความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพ ส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี หาก ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้รอบรู้ด้าน สุขภาพต่ำย่อมจะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพ ของตนเอง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นทำให้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น คุณลักษณะ พื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้รอบรู้ ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปของกองสุศึกษา มี คุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ(5) ดังนี้ 1) การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access) 2) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (communication skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy) และ 6) การจัดการตนเอง (self-management) ทั้งนี้มี รายงานการวิจัยสนับสนุนว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพสูงก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไป

ในทิศทางบวกด้วย การศึกษาในครั้งนี้ จึงมีความ
ประสงค์ที่จะศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษา
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมการทำงานในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัด
นครศรีธรรมราช เพื่อสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย
ในครั้งนี้ ไปพัฒนากระบวนการส่งเสริมความรู้ด้าน
สุขภาพในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้
สามารถดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความ
ยั่งยืน ต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย
อาศัยแนวคิดแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพตาม ใน 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการได้ถาม
ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ สำหรับตัวแปรตามได้แก่ การปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา
ระยะเวลาการเป็น อสม. การอบรมเพื่อเพิ่มพูน
ความรู้ด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมในงาน
สาธารณสุขหมู่บ้าน)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
 1. ทักษะการเข้าถึง
 2. ทักษะการเข้าใจ
 3. ทักษะการได้ถาม
 4. ทักษะการตัดสินใจ
 5. ทักษะการนำไปใช้

ตัวแปรตาม

บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน

วิธีการศึกษา

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross sectional research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรที่ศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเกิน 6 เดือน ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการสาธารณสุข ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ปฏิบัติงานเกิน 6 เดือน จำนวน 164 คน

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และการสุ่ม (sampling)

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร ของทาร์เนีย

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$
$$= 116$$

จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้นจำนวน 116 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลเขา

พระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยไม่ใส่คืน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีชื่อในทะเบียนของในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการให้ข้อมูล โดยไม่ได้ถูกบังคับจากผู้บังคับบัญชาในหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ถูกสุ่มได้ จะดำเนินการถามความสนใจในการให้ข้อมูล

(2) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ด้วยตนเอง

(3) กลุ่มตัวอย่างไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

(1) ผู้ที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

(2) เป็นผู้อ่านภาษาไทยด้วยตนเองไม่ได้

(3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

(4) ลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระหว่างการทำวิจัย

เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัด

นครศรีธรรมราช โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ และตอนที่ 3 การปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาความเหมาะสมของกิจกรรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่ เพื่อนำมาประเมินค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบ่งออกเป็น ดังนี้

(1) ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเป็น อสม. การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพในรอบ 1 ปี จำนวนหลังคาเรือนที่อยู่ในความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขหมู่บ้าน และในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (1 มกราคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566) ครวเรือนในเขตรับผิดชอบป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกหรือไม่

(2) ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับ โดยกำหนด ดังนี้

4	หมายถึง	ทำได้ง่ายมาก
3	หมายถึง	ทำได้ง่าย
2	หมายถึง	ทำได้ยาก
1	หมายถึง	ทำได้ยากมาก

0	หมายถึง	ไม่ได้ทำ
(3) ตอนที่ 3 การปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ ในแต่ละข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ และให้น้ำหนักคะแนนในแต่ละระดับ โดยกำหนด ดังนี้		
5	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ มากที่สุด
4	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ มาก
3	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ ปานกลาง
2	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ น้อย
1	หมายถึง	มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องตามเนื้อหา Index of Congruence (IOC) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ .718 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) การวิจัยนี้ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .722

การรวบรวมข้อมูล

1 ก่อนเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2 ภายหลังจากการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์กับสาธารณสุขอำเภอชะอวด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อการขอเข้าถึงข้อมูลในการทำวิจัย

3 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนัดหมายเข้าเก็บข้อมูล โดยกำหนดเป็นวันประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยจะแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำความรู้จักและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมิน พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการตอบแบบประเมิน

5 ทีมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 –45 นาที

6 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สำหรับแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่สมบูรณ์จะไม่นำไปวิเคราะห์ต่อ

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่โครงการ 105/2567 วันที่รับรอง 27 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการลงนามเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สำหรับข้อมูลที่เกิดขึ้นเป็นความลับ และผู้วิจัยรายงานผลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) อธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

(2) อธิบายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และนำผลการวิเคราะห์มาเทียบกับเกณฑ์ และแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

(3) อธิบายความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สมการถดถอยเชิงเส้น (Simple linear regression)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.62 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 34.48 อายุเฉลี่ย 49.50 ปี (S.D.= 10.10) มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 74.14 สำหรับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.03 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.59 สำหรับรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 89.66 และเมื่อพิจารณาระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลา
10-20 ปี ร้อยละ 46.55 มีการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้
ด้านสุขภาพ น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี ร้อยละ 53.45 จำนวน
หลังคาเรือนที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ 10-12 หลังคาเรือน

ร้อยละ 45.69 สำหรับการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุข
หมู่บ้าน พบว่า ร้อยละ 47.41 มีส่วนร่วมบ่อยครั้งมาก/
เข้าร่วมทุกครั้ง รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 116)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	19	16.38
หญิง	97	83.62
2. อายุ		
30-40 ปี	21	18.10
41-50 ปี	38	32.76
51-60 ปี	40	34.48
60 ปีขึ้นไป	17	14.66
Mean $\pm$ S.D. (Min : Max)	49.50 $\pm$ 10.10 (30.00 : 76.00)	
3. สถานภาพสมรส		
โสด	16	13.79
คู่	86	74.14
หม้าย	10	8.62
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	3.45
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	22.42
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	31.03
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	21	18.10
อนุปริญญา/ปวส.	12	10.35
ปริญญาตรีขึ้นไป	21	18.10
5. อาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1	0.86
ค้าขาย	10	8.62
รับจ้าง	13	11.21
เกษตรกร	90	77.59



คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ธุรกิจส่วนตัว	2	1.72
6. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	104	89.66
10,000–20,000 บาท	11	9.48
มากกว่า 20,000 บาท	1	0.86
Mean ± S.D. (Min : Max)	7,129.31 ± 3,876.42 (3,000 : 25,000)	
7. ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
น้อยกว่า 10 ปี	43	37.07
10-20 ปี	54	46.55
21-30 ปี	14	12.07
มากกว่า 30 ปี	5	4.31
Mean ± S.D. (Min : Max)	13.10 ± 8.90 (1.00 : 37.00)	
8. การอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพ ในรอบ 1 ปี		
น้อยกว่า 10 ครั้ง/ปี	62	53.45
10 - 20 ครั้ง/ปี	47	40.52
มากกว่า 20 ครั้ง/ปี	7	6.03
9. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ		
10-12 หลังคาเรือน	53	45.69
13-15 หลังคาเรือน	37	31.90
มากกว่า 15 หลังคาเรือน	26	22.41
Mean ± S.D. (Min : Max)	13.38 ± 8.70 (2 : 40)	
10. การมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขหมู่บ้าน		
บ่อยครั้งมาก/เข้าร่วมทุกครั้ง	55	47.41
เข้าร่วมค่อนข้างบ่อย	42	36.21
เข้าร่วมปานกลาง	15	12.93
เข้าร่วมบ้างตามโอกาส	4	3.45

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การพิจารณาโดยรวมของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา อยู่ในระดับ



มีปัญหา (ร้อยละ 31.03) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

ทักษะ การเข้าถึง อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 45.69

รองลงมาอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 30.17 ทักษะการ

เข้าใจ อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 37.93 รองลงมาอยู่

ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 36.21 สำหรับทักษะการไต่ถาม

อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 44.00 รองลงมาอยู่ในระดับ

ดีเยี่ยม ร้อยละ 22.40 ในส่วนทักษะการตัดสินใจ อยู่ใน

ระดับมีปัญหา ร้อยละ 37.93 รองลงมาอยู่ในระดับดี

เยี่ยม ร้อยละ 29.31 และทักษะการนำไปใช้ อยู่ในระดับ

มีปัญหา ร้อยละ 45.69 รองลงมาอยู่ในระดับดีเยี่ยม

ร้อยละ 28.45 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (n = 116)

ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
	ดีเยี่ยม จำนวน (%)	พอเพียง จำนวน (%)	มีปัญหา จำนวน (%)	ไม่พอเพียง จำนวน (%)
1. ทักษะการเข้าถึง	35 (30.17)	9 (7.76)	53 (45.69)	19 (16.38)
2. ทักษะการเข้าใจ	42 (36.21)	12 (10.34)	44 (37.93)	18 (15.52)
3. ทักษะการไต่ถาม	26 (22.40)	18 (15.50)	51 (44.00)	21 (18.10)
4. ทักษะการตัดสินใจ	34 (29.31)	14 (12.07)	44 (37.93)	24 (20.69)
5. ทักษะการนำไปใช้	33 (28.45)	6 (5.17)	53 (45.69)	24 (20.69)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	32 (27.59)	30 (25.86)	36 (31.03)	18 (15.52)

3. ระดับการปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันโรค

ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ระดับการปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกัน

โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัด

นครศรีธรรมราช อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.17 รองลงมา

อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.97 และระดับต่ำ ร้อย

ละ 0.86 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติงานในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก (n = 116)

ระดับการปฏิบัติงาน	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับต่ำ	1	0.86
2. ระดับปานกลาง	22	18.97
3. ระดับสูง	93	80.17

4. การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์การปฏิบัติงานใน บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พบว่า ปัจจัยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
จำนวน 2 ทักษะ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานใน
บทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระ
ทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่
ทักษะการเข้าถึง และทักษะการตัดสินใจ โดยมีค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.752 และสามารถ
ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอ
ครอบครัว ได้ร้อยละ 74.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.05 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการ

พยากรณ์ เท่ากับ ± 0.486 และเมื่อพิจารณาค่า
สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ทักษะ
การตัดสินใจ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบทบาท
การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มากที่สุด และมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.004 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย
ในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูป
คะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.365 กับ 0.574
สำหรับทักษะการเข้าถึง มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยใน
รูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูป
คะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.188 กับ 0.243
รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 116)

ตัวแปร	b	SE _b	Beta	t	p-value
1. ทักษะการเข้าถึง	0.188	0.087	0.243	2.146	0.034
2. ทักษะการเข้าใจ	0.091	0.076	0.133	1.202	0.232
3. ทักษะการไต่ถาม	0.017	0.102	0.020	0.168	0.867
4. ทักษะการตัดสินใจ	0.365	0.123	0.574	2.980	0.004
5. ทักษะการนำไปใช้	-0.206	0.126	-0.308	-1.632	0.106

ค่าคงที่ 2.764 ; SE_b $\pm$ 0.486

R = 0.752 ; R² = 0.741 ; F = 13.465 ; p-value < 0.001

โดยสามารถสร้างเป็นสมการในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้ดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y_i = 2.764 + 0.188(X_1) + 0.365(X_4)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_y = 0.243(ZX_1) + 0.574(ZX_4)$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับมีปัญหา (ร้อยละ 31.03) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทักษะ การเข้าถึง อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 45.69 รองลงมาอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 30.17 ทักษะการเข้าใจ อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 37.93 รองลงมาอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 36.21 สำหรับทักษะการไต่ถาม อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 44.00 รองลงมาอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 22.40 ในส่วนทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 37.93 รองลงมาอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 29.31 และทักษะการนำไปใช้ อยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 45.69 รองลงมาอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 28.45 ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดที่อาจเกิดจากการขาดความรู้ ทักษะการ หรือกลยุทธ์ที่เหมาะสมในการถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนากลยุทธ์ที่เจาะจงเพื่อปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน สำหรับการเข้าถึงข้อมูลการศึกษาพบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูล เป็นปัญหาในระดับสูง (ร้อยละ 45.69) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Poum (2024) ที่ระบุว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและเทคโนโลยี (Poum, 2024) ทักษะการเข้าใจและการไต่ถาม อยู่ในระดับมีปัญหา

(ร้อยละ 37.93 และ 44.00 ตามลำดับ) ปัญหานี้อาจเกิดจากวิธีการถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพที่เน้นการบรรยาย ข้อมูลเชิงเนื้อหา มากกว่าการสนับสนุนให้เกิดการคิดเชิงวิพากษ์ (critical thinking) งานวิจัยของ Soo et al. (2024) ในกลุ่มเยาวชนสิงคโปร์ พบว่าการออกแบบโปรแกรมสุขศึกษาโดยให้ผู้เรียนมีบทบาทแบบ interactive สามารถช่วยปรับปรุงความเข้าใจและความมั่นใจในการไต่ถามข้อมูลได้ (Soo et al., 2024) ทักษะการตัดสินใจและการนำไปใช้มีปัญหาในระดับสูง (ร้อยละ 37.93 และ 45.69 ตามลำดับ) ซึ่งสะท้อนถึงอุปสรรคในการแปลงความรู้เป็นพฤติกรรมการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาของ Krishnappa et al. (2023) ในโรงเรียนชุมชนแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสุขศึกษาที่มุ่งเน้นการตัดสินใจในสถานการณ์จำลองช่วยเสริมทักษะการตัดสินใจได้อย่างมีนัยสำคัญ (Krishnappa et al., 2023)

สำหรับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยของความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ทักษะ ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง และทักษะการตัดสินใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น 0.752 และสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานในบทบาทในทีมหมอครอบครัว ได้ร้อยละ 74.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ ± 0.486 และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวพยากรณ์ พบว่า ทักษะการตัดสินใจ สามารถพยากรณ์การปฏิบัติงานบทบาท



การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้มากที่สุด และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.004 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.365 กับ 0.574 สำหรับทักษะการเข้าถึง มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ และค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, Beta) เป็น 0.188 กับ 0.243 โดยทักษะการตัดสินใจเป็นปัจจัยที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในพยากรณ์การปฏิบัติงาน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b = 0.365, Beta = 0.574) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินสถานการณ์และการเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออก งานวิจัยของ Poum (2024) พบว่าทักษะการตัดสินใจที่ดีช่วยให้อาสาสมัครสามารถเลือกแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมในชุมชน เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและการสร้างความร่วมมือในชุมชน (Poum, 2024) งานวิจัยอื่น ๆ ยืนยันถึงความสำคัญของทักษะการตัดสินใจเช่นเดียวกัน เช่น การศึกษาในประเทศไทยโดย Padchasuwan et al. (2024) ที่ระบุว่าการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรู้และการตัดสินใจผ่านกิจกรรมเชิงโต้ตอบ ช่วยให้อาสาสมัครมีประสิทธิภาพมากขึ้นในการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออก (Padchasuwan et al., 2024) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลมีความสำคัญรองลงมา โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (b = 0.188, Beta = 0.243) แสดงถึงบทบาทของความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ งานวิจัยโดย Soo et al. (2024) ในกลุ่มเยาวชนชี้ว่า การปรับปรุงความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลผ่านแคมเปญสุขภาพสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ (Soo et al., 2024) การศึกษาในเวียดนามโดย Pham (2023) ยังเน้นว่าการส่งเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูลในชุมชนผ่าน

โปรแกรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มการยอมรับและการปฏิบัติตัวเชิงป้องกันโรคของสมาชิกในชุมชนได้ (Pham, 2023) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างทักษะทั้งสองกับการปฏิบัติงานในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก การศึกษาในบังคลาเทศโดย Banik et al. (2023) ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพที่ดีสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติ การป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน (Banik et al., 2023) ในด้านความร่วมมือชุมชน การศึกษาของ Mathur et al. (2020) ระบุว่าหากมีทักษะที่ดีในทีมสุขภาพชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและการจัดการโรคระบาด เช่น โรคไข้เลือดออก (Mathur et al., 2020)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในทักษะการเข้าถึงข้อมูลและการตัดสินใจกับบทบาทการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเขาพระทอง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาศักยภาพของอสม. และเสริมสร้างการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการอบรม จัดโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการที่เน้นการเสริมสร้าง ทักษะการตัดสินใจ โดยใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อให้อสม. มีความมั่นใจและสามารถตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้ รวมถึงจัดทำ คู่มือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยเน้นการแนะนำวิธีการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น เว็บไซต์ของกระทรวง

สาธารณสุข หรือแหล่งข้อมูลวิชาการ เพื่อให้เข้าถึงข้อมูล
ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

2. ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการในชุมชน
สร้างความร่วมมือระหว่างอสม. ทีมหมอครอบครัว และ
หน่วยงานสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล
สุขภาพ และจัดกิจกรรมให้ความรู้ร่วมกัน เช่น การออก
หน่วยเคลื่อนที่ให้ความรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก
และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหา
เช่น การตั้งกลุ่มอาสาสมัครในหมู่บ้านเพื่อตรวจสอบและ
กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

3. ปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับ
อสม. พัฒนาแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ที่
ช่วยให้ อสม. สามารถค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและส่ง
รายงานผลการทำงานได้ง่ายขึ้น เช่น รายงานการสำรวจ
แหล่งน้ำขังหรือการแจกจ่ายอุปกรณ์ป้องกันยุง และจัด
อบรมให้ใช้งานเทคโนโลยี สารสนเทศอย่างมี
ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในด้านการติดต่อสื่อสารและ
การแบ่งปันข้อมูลสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อ
บทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็น
จุดเริ่มต้นที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของอสม.

อย่างไรก็ตาม เพื่อขยายผลและเพิ่มความสมบูรณ์ของ
องค์ความรู้ในด้านนี้ การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นใน
ประเด็นดังต่อไปนี้

1. ศึกษาแนวทางการพัฒนาทักษะผ่าน
นวัตกรรม ศึกษาประสิทธิภาพของ นวัตกรรมการเรียนรู้
เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น แอปพลิเคชันสำหรับอ
สม.) หรือโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านเกม ในการเสริมสร้าง
ความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงวิจัยผลกระทบของการ
ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแบบโต้ตอบ (interactive
training) ต่อความสามารถในการตัดสินใจและเข้าถึง
ข้อมูลของ อสม.

2. วิจัยความต่อเนื่องของผลการพัฒนา ศึกษา
ความยั่งยืนของผลการพัฒนา เช่น การติดตามผลของ
โปรแกรมอบรมในระยะยาว ว่าอสม. สามารถนำความรู้
ไปใช้ได้ต่อเนื่องเพียงใด และมีอุปสรรคใดเกิดขึ้น
วิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการทำงาน
ของอสม. ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพัฒนาความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ

3. ศึกษาผลกระทบต่อชุมชน วิจัยผลกระทบ
ของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของอสม. ต่อ
พฤติกรรมของชุมชน เช่น การลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
หรือการเพิ่มความร่วมมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออก
ประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดจากการ
ลดการระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. คู่มือวิชาการโรคติดต่อฯ และโรคไข้เลือดออก
เดงกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2558:1-17.
กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง. งานระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรค
ไข้เลือดออก; 2559:1-5.

- จุฑามาส มีศิลป์. ความรู้ความเข้าใจและบทบาทในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ในเขตพื้นที่ตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. การศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- จำลอง แววงกระโทก, สำเริง แหยมกระโทก, ชูภาศิริ อภินันท์เดชา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้นำในชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: บูรณาการงานวิจัย ใช้องค์ความรู้สู่ความยั่งยืน; 2559: 426-34.
- ชนิดา มัททวงกูร, ปริญญช พลอยแก้ว, โอนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อัมพร สิทธิจิต, อารงเดช น้อยสิริวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม หน้า 34 -48 <https://he01.tci-thaijo.org/>
- ธเนศ ส่วนชะเอม (2552). ตัวแปรในการวิจัยและคู่มือการสร้างแบบสอบถาม เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม (ใช้ใน โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร. “ตัวแปรในการวิจัยและการสร้างแบบสอบถามของสถาบัน พัฒนา นักวิจัยแห่งประเทศไทย”).
- นิคม แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่าง, ศิริขวัญ บริหาร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่: รายงานสืบเนื่องจากการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 15; 2557.
- บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2553.
- ผ่องศรี พูลทรัพย์ และคณะ. การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการส่งเสริมการทำงานแบบมี ส่วนร่วมตามสภาพจริง รพ.สต.ท่าผา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557;25:206-16.
- พนม นพพันธ์, ธรรมศักดิ์ สายแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบลบางปรอกอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารสหเวชศาสตร์. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2559;1:39-62.
- พัชรนันท์ วงษ์ประเสริฐ และคณะ. (2559). ผลการปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 27(1): 56-65.

- ภคอร โจทย์กิ่ง และประจักษ์ บัวผัน. (2560). การมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนสามเหลี่ยม เทศบาลนครขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 24(2): 29-35.
- วินัย พันฮ้วน. ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน; 2560: 49-66.
- วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ทศวรรณ วัชร, เปรมิกา เนียมเกตุ, มณีรัตน์ สวนดอกไม้. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.[อินเทอร์เน็ต]. 2560: [หน้า 1, 730-33]. เข้าถึงได้จาก: <http://gs.rmu.ac.th/grc2017/fullpaper/file/SC-P-02.pdf>
- สิวลี รัตนปัญญา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารราชพฤกษ์ 2561;16: 87-94.
- สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือวิชาการโรคติดต่อเฉียบพลัน และโรคไข้เลือดออกเฉียบพลัน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์. หน้า 1-17.
- สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2558). แนวทางการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2558
- อติเทพ จินดา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต11. [อินเทอร์เน็ต].2560; 31: [หน้า555-67]. เข้าถึงได้จาก : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ>
- Banik, R., Islam, S., Mubarak, M., Rahman, M., Gesesew, H., Ward, P. R., & Sikder, T. (2023). Public knowledge, belief, and preventive practices regarding dengue: Findings from a community-based survey in rural Bangladesh. PLOS Neglected Tropical Diseases, 17. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011778>
- Krishnappa, L., Gadicherla, S., Chalageri, V., & Jacob, A. (2023). Impact of School-Based Health Education on Dengue Prevention and Control in an Urban Area during an Epidemic. Medical Journal of Dr. D.Y. Patil Vidyapeeth, 16, 10–14. https://doi.org/10.4103/mjdrdypu.mjdrdypu_875_21
- Mathur, D., Patel, M., Vyas, P., Kaushal, R., Dash, G. C., Goel, A., Bhardwaj, P., Gupta, M., & Joshi, N. (2020). Revitalising community engagement and surveillance challenges for strengthening dengue control in Jodhpur, Western Rajasthan, India - A mixed method study. Journal of Infection and Public Health. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.08.005>

- Padchasuwan, N., Junggoth, R., Maneenin, N., Phimha, S., Benchamas, J., & Thammasarn, K. (2024). Health literacy development using a short drama programme for dengue fever control in Thailand. *Health Education Journal*. <https://doi.org/10.1177/00178969241274198>
- Poum, A. (2024). Health Literacy in Preventing and Controlling Dengue Hemorrhagic Fever Among Village Health Volunteer, Pattani Province, Thailand. *International Journal of Public Health Asia Pacific*. <https://doi.org/10.62992/j0j4xt93>
- Soo, W. F., Gunasekaran, K., Ng, D. X., Kwek, K., & Tan, N. (2024). Literacy and attitude of Asian youths on dengue and its prevention in an endemic developed community. *Frontiers in Public Health*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1361717>
- World Health Organization. *Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever*. 2011:1.

ผลของโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยต่อระดับความสะอาดของลำไส้ ความวิตกกังวล และ
ภาวะแทรกซ้อนในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลลำพูน
Effects of Patient Preparation Program on Bowel Cleanliness, Anxiety, and
Complications in Same-Day Colonoscopy at Lamphun Hospital.

เสาวณีย์ กรุณา

Saowanee Karuna

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลลำพูน

(Received: December 10, 2024; Accepted: December 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยต่อระดับความสะอาดของลำไส้ ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีกำหนดการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จำนวน 84 คน แบ่งด้วยวิธีการสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ (BBPS) แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI) และแบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11.70 ± 0.56 เทียบกับ 8.05 ± 0.80 , $p < 0.001$) และมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า ทั้งในด้านความวิตกกังวลโดยทั่วไป (10.10 ± 1.15 เทียบกับ 15.23 ± 0.85 , $p < 0.001$) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (8.35 ± 0.95 เทียบกับ 12.52 ± 1.15 , $p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบผู้ป่วยมีอาการอัดแน่นท้องร้อยละ 7.1 จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความสะอาดของลำไส้ ลดความวิตกกังวล และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วย, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ความสะอาดของลำไส้



Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a patient preparation program on bowel cleanliness level, anxiety, and complications in patients undergoing same-day colonoscopy at Lamphun Hospital. The sample consisted of 84 patients scheduled for colonoscopy, randomly assigned into experimental and control groups of 42 patients each. The experimental group received an 8-week preparation program. Research instruments included the Boston Bowel Preparation Scale (BBPS), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the complications record form. Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests.

The results showed that after the intervention, the experimental group had significantly higher bowel cleanliness scores than the control group (11.70 ± 0.56 vs 8.05 ± 0.80 , $p < 0.001$) and lower anxiety levels in both trait anxiety (10.10 ± 1.15 vs 15.23 ± 0.85 , $p < 0.001$) and state anxiety (8.35 ± 0.95 vs 12.52 ± 1.15 , $p < 0.001$). Furthermore, no complications were found in the experimental group, while 7.1% of patients in the control group experienced abdominal bloating. In conclusion, the patient preparation program effectively improved bowel cleanliness, reduced anxiety, and prevented complications. Therefore, it should be implemented as a standard practice guideline for preparing patients before colonoscopy.

Keywords : Patient Preparation Program, Colonoscopy, Bowel Cleanliness

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทยและทั่วโลก จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่ในประเทศไทยกว่า 13,000 ราย และมีอัตราการเสียชีวิตสูง (Lohsirawat et al., 2020) การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยที่รวดเร็วและแม่นยำจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาดได้ (Tiankanon et al., 2021) การตรวจคัดกรองด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (colonoscopy) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัยและป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการตรวจนี้ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากการเตรียมตัวไม่ถูกต้องอาจทำให้ลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอ ส่งผลให้การตรวจไม่สำเร็จ ต้องทำการตรวจซ้ำ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

การตรวจคัดกรองด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและควบคุมมะเร็งลำไส้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงในการตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มต้นและตั้งเนื้อที่อาจกลายเป็นมะเร็งในอนาคต ด้วยความแม่นยำสูงกว่า 95% สำหรับรอยโรคขนาดใหญ่กว่า 6 มิลลิเมตร วิธีนี้ช่วยเพิ่มโอกาสในการรักษาให้หายขาดและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ (Repici et al., 2020). โดยสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ถึง 40-60% นอกจากนี้ การส่องกล้องยังเอื้อให้แพทย์สามารถทำการรักษาได้ทันทีหากพบความผิดปกติ ช่วยประเมินความเสี่ยงในอนาคต และมีความคุ้มค่าในระยะยาวทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Phisalprapa et al., 2021). อีกทั้งยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยลดความจำเป็นในการรักษาที่รุนแรง และสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

ปัญหาการเตรียมตัวผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร โดยผู้ป่วยต้องเผชิญความเสี่ยงสูงขึ้นต่อภาวะแทรกซ้อนและอาจต้องเข้ารับการตรวจซ้ำ ซึ่งเพิ่มความเครียดและความไม่สบายใจ ในขณะที่โรงพยาบาลและระบบสาธารณสุขต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง และเพิ่มภาระงานให้บุคลากรทางการแพทย์ (Bhatti et al., 2021). แม้ว่าจะมีความพยายามแก้ปัญหาผ่านการให้คำแนะนำ แจกเอกสาร และใช้สื่อวีดิทัศน์ แต่วิธีการเหล่านี้ยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความเข้าใจของผู้ป่วย รวมถึงขาดระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ (Russell et al., 2021)

จากข้อมูลของโรงพยาบาลลำพูน พบปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยเฉพาะการเตรียมความสะอาดลำไส้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้ผลการตรวจไม่ชัดเจน และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน สถิติแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญจาก 82 รายในปี 2564 เป็น 227 รายในปี 2566 โดยในปี 2565 มีผู้ป่วย 2 รายเกิดภาวะลำไส้ทะลุและต้องผ่าตัด นอกจากนี้ ความวิตกกังวลและความกลัวของผู้ป่วยก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการเตรียมตัวและคุณภาพของผลการตรวจ โดยจำนวนผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจาก 17 รายในปี 2564 เป็น 58 รายในปี 2566 การเพิ่มขึ้นของทั้งจำนวนผู้ป่วยและผู้ที่มีความวิตกกังวลนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการเตรียมความสะอาดลำไส้ ลดความกังวล และเพิ่มความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนการตรวจ อันจะนำไปสู่ผลการตรวจที่แม่นยำและปลอดภัยยิ่งขึ้น



ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยทฤษฎีของโอเร็มมุ่งเน้นการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ผ่านการให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ การรับประทานยา และการปฏิบัติตัว ส่วนทฤษฎีของรอยเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านอาหาร การใช้ยาละลาย และการจัดการความวิตกกังวล การบูรณาการทั้งสองทฤษฎีนี้ช่วยในการออกแบบโปรแกรมการเตรียมตัวที่ครอบคลุมการประเมินผลลัพธ์ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และความสามารถในการปรับตัว ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสำเร็จในการตรวจคัดกรอง ลดภาวะแทรกซ้อน และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล และระบบสาธารณสุขโดยรวม (Waldmann et al., 2021) การใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นรากฐานในการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะการเตรียมตัวก่อนการตรวจ เช่น การปฏิบัติตัว การรับประทานยา และการใช้ยาละลายอย่างถูกต้อง ในขณะเดียวกัน ทฤษฎีการปรับตัวของรอยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในกระบวนการเตรียมตัวก่อนการตรวจคัดกรอง ซึ่งมีผลต่อความร่วมมือและผลลัพธ์การตรวจที่แม่นยำยิ่งขึ้น (Sinagra et al., 2020)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัว

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัว

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้แบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest Design) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีกำหนดการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลลำพูน ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความจำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือผู้ป่วยที่มีอาการที่ต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 20% เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 84 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ 42 คน

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมตัวแบบปกติที่โรงพยาบาลในปัจุบัน 42 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีกำหนดการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยต้องมีอายุ 50 ปีขึ้นไป ให้ความยินยอมและลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี รวมทั้งมีสุขภาพแข็งแรงเหมาะสมสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยไม่มีโรคหัวใจหรือโรคปอดรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจ

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบฉุกเฉินหรือมีภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มีโรคหรือสภาพร่างกายที่เพิ่มความเสี่ยง เช่น มีประวัติแพ้ยาระบายหรือมีปัญหาทางเดินอาหารรุนแรง ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมได้อย่างเคร่งครัด หรือมีปัญหาทางจิตใจ และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยอื่นที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้

การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรเป้าหมายและลดความเอนเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มีกำหนดการเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับที่โรงพยาบาลลำพูน และมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยใช้

โปรแกรมสุ่มตัวเลขหรือการจับสลาก เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสได้รับเลือกเท่าเทียมกัน

ขั้นที่ 2 จัดแบ่งผู้ป่วยที่ได้รับการสุ่มเลือกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 42 คน ได้แก่ กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการเตรียมตัวตามแนวปฏิบัติปกติของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คือ โปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบวันเดียวกลับ ซึ่งใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สัปดาห์ที่ 1-2 การเตรียมความรู้และความเข้าใจพื้นฐาน

สัปดาห์ที่ 1 จัดอบรมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

สัปดาห์ที่ 2 นัดหมายให้คำปรึกษาส่วนตัวเกี่ยวกับอาหารและการใช้ยาระบาย

1.2 สัปดาห์ที่ 3-4 การเริ่มต้นการเตรียมตัวทางกายและจิตใจ

สัปดาห์ที่ 3 แจกจ่ายชุดยาระบายพร้อมคำแนะนำการใช้และข้อมูลเกี่ยวกับอาหาร

สัปดาห์ที่ 4 จัดอบรมหรือส่งคลิปวิดีโอสอนเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล

1.3 สัปดาห์ที่ 5-6 การเตรียมความพร้อมและการสนับสนุนทางจิตใจ

สัปดาห์ที่ 5 นัดหมายออนไลน์เพื่อติดตามความคืบหน้าและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมกลุ่มสนทนาออนไลน์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ

1.4 สัปดาห์ที่ 7-8 การเตรียมตัวขั้นสุดท้าย และการตรวจ

สัปดาห์ที่ 7 ตรวจสอบและยืนยันการเตรียม ลำไส้ พร้อมให้คำแนะนำเรื่องอาหารและยาระบายในวัน สุดท้าย

สัปดาห์ที่ 8 ดำเนินการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ติดตามผล ประเมินภาวะแทรกซ้อน และให้คำแนะนำหลัง การตรวจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ประวัติการ เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) ประยุกต์ใช้ Charles D. Spielberger และคณะ (1970) แบบสอบถาม นี้ใช้ในการวัดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนและ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมตัว โดยแบบสอบถาม จะแบ่งออกเป็นสองส่วน

1) การวัดความวิตกกังวลขณะนั้น (State Anxiety) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เลย 2 = น้อย 3 = เฉย ๆ 4 = มาก

2) การวัดความวิตกกังวลโดยทั่วไป (Trait Anxiety) จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ 1 = ไม่เลย 2 = น้อย 3 = เฉย ๆ 4 = มาก

การแปลผล แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ (Best, 1970) คือ ต่ำ (5-10 คะแนน) ปานกลาง (11-15 คะแนน) และสูง (16-20 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ (Boston Bowel Preparation Scale - BBPS) ประยุกต์ใช้

Lai, E. J.และคณะ (2009) เครื่องมือนี้ใช้ในการประเมิน ระดับความสะอาดของลำไส้หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการ เตรียมตัวตามโปรแกรมการเตรียมตัวหรือวิธีการปกติ คะแนน BBPS จะถูกให้คะแนนตามส่วนต่าง ๆ ของลำไส้ (ซีกซ้าย, ซีกขวา, และซีกกลาง) โดยผู้ตรวจจะให้คะแนน ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อบ่งชี้ระดับความสะอาดของลำไส้ ซึ่งคะแนนจะถูกนำมาใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนน BBPS ถูกกำหนดในช่วง 0 ถึง 3 คะแนนสำหรับแต่ละส่วนของลำไส้

- ลำไส้ไม่สะอาดเลย (มีสิ่งสกปรกหรือสิ่ง ปฏิกูลปกคลุมทั่วลำไส้) 0 คะแนน

- ลำไส้สะอาดเล็กน้อย (มีบางส่วนของลำไส้ ที่สามารถมองเห็นได้ แต่ส่วนใหญ่ยังมีสิ่งสกปรกปกคลุม) 1 คะแนน

- ลำไส้สะอาดปานกลาง (ส่วนใหญ่ของลำไส้ สามารถมองเห็นได้ แต่ยังมีสิ่งสกปรกบางส่วน) 2 คะแนน

- ลำไส้สะอาดมาก (สามารถมองเห็นลำไส้ได้ ชัดเจน ไม่มีสิ่งสกปรกปกคลุม) 3 คะแนน

การแปลผล

0-3 คะแนน ลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอสำหรับการ ตรวจ

4-6 คะแนน: ลำไส้สะอาดพอสมควร แต่ยังมี บางส่วนที่ไม่ชัดเจน

7-9 คะแนน: ลำไส้สะอาดมากและพร้อม สำหรับการตรวจ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน (Complications Log) แบบบันทึกนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อ บันทึกภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างหรือหลังการ ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ข้อมูลที่บันทึกจะครอบคลุมถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การมีเลือดออก ลำไส้ทะลุ หรือภาวะเจ็บปวดที่มากขึ้น ลักษณะแบบบันทึก เป็นแบบ

2 ตัวเลือก ให้เลือกตอบ คือ มีภาวะแทรกซ้อน (1 คะแนน)
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (0 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาคลินิก ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหารและการส่องกล้อง และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางการแพทย์

ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้แก่ แบบสอบถามความวิตกกังวล (STAI) และแบบประเมินความสะอาดของลำไส้ (BBPS) ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.80

ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ประเมินแบบสอบถามความวิตกกังวล (STAI) ทดลองใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มากกว่า 0.70

ความเชื่อมั่นของแบบประเมิน ประเมินแบบประเมินความสะอาดของลำไส้ (BBPS) โดยทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) มากกว่า 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1 ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลลำพูน

1.2 ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหาร

1.3 จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับการเก็บข้อมูล

1.4 อบรมผู้ช่วยวิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2.1 คัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์การ

คัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก

2.2 ซี แสงวัตถุ ประสงค์ และรายละเอียดการวิจัยแก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

2.3 ขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

2.4 สุ่มผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ขั้นตอนการทดลอง (8 สัปดาห์)

3.1 สัปดาห์ที่ 1 ทีมแพทย์และพยาบาลจัดการสัมมนาทั้งรูปแบบออนไลน์และที่โรงพยาบาล เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประโยชน์ของการตรวจ และการเตรียมความพร้อมเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

3.2 สัปดาห์ที่ 2 นักโภชนาการและพยาบาลให้คำปรึกษารายบุคคล มุ่งเน้นการวางแผนด้านโภชนาการและการใช้ยาระบายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้การเตรียมตัวเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

3.3 สัปดาห์ที่ 3 พยาบาลและนักโภชนาการมอบชุดยาระบายพร้อมคู่มือการใช้และข้อมูลด้านโภชนาการที่จำเป็น พร้อมให้คำแนะนำโดยละเอียดเกี่ยวกับการใช้ยาและการควบคุมอาหารในระยะก่อนการตรวจ

3.4 สัปดาห์ที่ 4 นักจิตวิทยาและทีมพยาบาลจัดการอบรมเทคนิคการผ่อนคลาย ประกอบด้วยการฝึกหายใจลึก การคลายกล้ามเนื้อ และการทำสมาธิ โดยจัดทำวิดีโอสาธิตให้ผู้ป่วยนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน

3.5 สัปดาห์ที่ 5 พยาบาลและทีมแพทย์ดำเนินการติดตามและให้คำปรึกษาผ่านช่องทาง

ออนไลน์ เพื่อติดตามพัฒนาการในการเตรียมตัว ตอบข้อซักถาม และให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความเหมาะสม

3.6 สัปดาห์ที่ 6 นักจิตวิทยา ร่วมกับผู้ป่วยที่ผ่านประสบการณ์จัดกิจกรรมสนทนา กลุ่มออนไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมสร้างกำลังใจระหว่างผู้ป่วย อันจะช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวล

3.7 สัปดาห์ที่ 7 พยาบาลและนักโภชนาการดำเนินการตรวจสอบและยืนยันการเตรียมลำไส้ขั้นสุดท้าย พร้อมให้คำแนะนำเฉพาะเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการใช้ยาระบายในวันก่อนการตรวจ

3.8 สัปดาห์ที่ 8 ทีมแพทย์และพยาบาลทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ติดตามผลการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ และประเมินประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมโดยรวม

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=84)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=42)	กลุ่มควบคุม (n=42)	χ^2	p-value
1. เพศ			0.208	0.648
- ชาย	13 (31.0)	15 (35.7)		
- หญิง	29 (69.0)	27 (64.3)		
2. อายุ (ปี)			0.213	0.645
- 50-60	30 (71.4)	28 (66.7)		
- 61-70	12 (28.6)	14 (33.3)		
3. ระดับการศึกษา			0.585	0.746
- ประถมศึกษา	25 (59.5)	27 (64.3)		
- มัธยมศึกษา	15 (35.7)	12 (28.6)		
- ปริญญาตรี	2 (4.8)	3 (7.1)		
4. อาชีพ			0.455	0.797
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (9.5)	3 (7.1)		

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสะอาดของลำไส้ (BBPS) ระดับความวิตกกังวล (STAI) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลลำพูน รหัส Ethic LPN 43/2567

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=42)	กลุ่มควบคุม (n=42)	χ^2	p-value
- เจ้าของธุรกิจ/กิจการส่วนตัว	15 (35.7)	13 (31.0)		
- เกษตรกร	23 (54.8)	26 (61.9)		
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			0.608	0.895
- ต่ำกว่า 10,000 บาท	5 (11.9)	6 (14.3)		
- 10,001 - 20,000 บาท	25 (59.5)	28 (66.7)		
- 20,001 - 30,000 บาท	8 (19.0)	8 (19.0)		
- มากกว่า 40,000 บาท	4 (9.5)	3 (7.1)		
7. ประวัติการเจ็บป่วย			1.235	0.539
- ตรวจพบอุจจาระปนเลือด	25 (59.5)	29 (69.0)		
- ท้องผูกสลับถ่ายเหลว	5 (11.9)	3 (7.1)		
- ท้องผูก	12 (28.6)	10 (23.8)		
10. ระดับความวิตกกังวล			1.407	0.236
- มาก	37 (88.1)	40 (95.2)		
- มากที่สุด	5 (11.9)	2 (4.8)		

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.0 และ 64.3) มีอายุระหว่าง 50-60 ปี (ร้อยละ 71.4 และ 66.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.5 และ 64.3) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 54.8 และ 61.9) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 59.5 และ 66.7) ทุกคนมีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีประวัติตรวจพบอุจจาระปนเลือด (ร้อยละ 59.5 และ 69.0) และมีความวิตกกังวลระดับมาก (ร้อยละ 88.1 และ 95.2) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความวิตกกังวลโดยทั่วไป (Trait Anxiety) ก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวลโดยทั่วไป	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	Mean diff.	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง	14.43 $\pm$ 0.83	ปานกลาง	15.05 $\pm$ 0.74	ปานกลาง	0.10	0.584	-0.24-0.44	0.561
หลังการทดลอง	10.10 $\pm$ 1.15	น้อย	15.23 $\pm$ 0.85	ปานกลาง	5.13	22.984	4.69-5.57	<0.001



จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 14.43 (SD=0.83) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 15.05 (SD=0.74) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.584$, $p=0.561$, $95\%CI=-0.24$ ถึง 0.44)

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับน้อย (Mean=10.10, SD=1.15) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=15.23, SD=0.85)

โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเท่ากับ 5.13 คะแนน ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t=22.984$, $p<0.001$, $95\%CI=4.69$ ถึง 5.57)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยมีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลโดยทั่วไป โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจนจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางเช่นเดิม ซึ่งความแตกต่างที่พบนี้มีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) ก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	Mean diff.	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง	12.10 $\pm$ 1.24	ปานกลาง	12.25 $\pm$ 1.11	ปานกลาง	0.15	0.584	-0.45-0.75	0.621
หลังการทดลอง	8.35 $\pm$ 0.95	น้อย	12.52 $\pm$ 1.15	ปานกลาง	4.17	18.456	3.72-4.62	<0.001

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.10 (SD=1.24) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 12.25 (SD=1.11) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.584$, $p=0.621$, $95\%CI=-0.45$ ถึง 0.75)

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับน้อย (Mean=8.35, SD=0.95) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=12.52, SD=1.15)

โดยมีผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเท่ากับ 4.17 คะแนน ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($t=18.456$, $p<0.001$, $95\%CI=3.72$ ถึง 4.62)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยมีประสิทธิผลในการลดความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างชัดเจนจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อย ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางเช่นเดิม ซึ่งความแตกต่างที่พบนี้มีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความสะอาดของลำไส้ (BBPS) ก่อนและหลังการทดลอง

ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	Mean diff.	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง	8.00 $\pm$ 0.77	พอใช้	7.95 $\pm$ 0.85	พอใช้	0.05	0.284	-0.30-0.40	0.776
หลังการทดลอง	11.70 $\pm$ 0.56	ดีมาก	8.05 $\pm$ 0.80	พอใช้	3.65	24.156	3.35-3.95	<0.001

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับพอใช้ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.00 (SD=0.77) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 7.95 (SD=0.85) เมื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=0.284, p=0.776, 95%CI=-0.30 ถึง 0.40)

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสะอาดของลำไส้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมาก (Mean=11.70, SD=0.56) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ (Mean=8.05, SD=0.80) โดย

มีผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มเท่ากับ 3.65 คะแนน ซึ่งเมื่อทดสอบทางสถิติพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (t=24.156, p<0.001, 95%CI=3.35 ถึง 3.95)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยมีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความสะอาดของลำไส้ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความสะอาดของลำไส้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจากระดับพอใช้เป็นระดับดีมาก ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีระดับความสะอาดของลำไส้ในระดับพอใช้เช่นเดิม ซึ่งความแตกต่างที่พบนี้มีนัยสำคัญทั้งทางสถิติและทางคลินิก

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความสะอาดของลำไส้ (BBPS) ก่อนและหลังการทดลอง

ความสะอาดของลำไส้	กลุ่มทดลอง $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	กลุ่มควบคุม $\bar{X} \pm SD$	ระดับ	Mean diff.	t	95% CI	P-value
ก่อนการทดลอง								
- ชิกซ้าย (BBPS1)	2.68 $\pm$ 0.04	พอใช้	2.67 $\pm$ 0.02	พอใช้	0.01	0.382	-0.15-0.17	0.892
- ชิกขวา (BBPS2)	2.68 $\pm$ 0.04	พอใช้	2.68 $\pm$ 0.04	พอใช้	0.00	0.069	-0.16-0.16	0.945
- ชิกกลาง (BBPS3)	2.65 $\pm$ 0.00	พอใช้	2.61 $\pm$ 0.01	พอใช้	0.04	0.161	-0.12-0.20	0.873
คะแนนรวม	8.00 $\pm$ 0.77	พอใช้	7.95 $\pm$ 0.85	พอใช้	0.05	0.284	-0.30-0.40	0.776
หลังการทดลอง								
- ชิกซ้าย (BBPS1)	3.95 $\pm$ 0.22	ดีมาก	2.75 $\pm$ 0.44	พอใช้	1.20	15.984	0.95-1.45	<0.001
- ชิกขวา (BBPS2)	3.90 $\pm$ 0.30	ดีมาก	2.72 $\pm$ 0.55	พอใช้	1.18	12.856	0.92-1.44	<0.001
- ชิกกลาง (BBPS3)	3.85 $\pm$ 0.36	ดีมาก	2.58 $\pm$ 0.70	พอใช้	1.27	10.567	0.98-1.56	<0.001
คะแนนรวม	11.70 $\pm$ 0.56	ดีมาก	8.05 $\pm$ 0.80	พอใช้	3.65	24.156	3.35-3.95	<0.001



จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับพอใช้ในทุกส่วนและไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยคะแนนรวมของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.00 (SD = 0.77) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 7.95 (SD = 0.85)

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสะอาดของลำไส้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมากในทุกส่วน โดยมีค่าเฉลี่ยในแต่ละส่วนดังนี้ ซีกซ้าย (3.95 ± 0.22) ซีกขวา (3.90 ± 0.30) และซีกกลาง (3.85 ± 0.36) ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีคะแนนอยู่ในระดับพอใช้ในทุกส่วน: ซีกซ้าย (2.75 ± 0.44) ซีกขวา (2.72

± 0.55) และซีกกลาง (2.58 ± 0.70) โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มในทุกส่วน ($p < 0.001$)

เมื่อพิจารณาคะแนนรวม พบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาของคะแนนจาก 8.00 ± 0.77 เป็น 11.70 ± 0.56 (เพิ่มขึ้น 3.70 คะแนน) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 7.95 ± 0.85 เป็น 8.05 ± 0.80 (เพิ่มขึ้น 0.10 คะแนน) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความสะอาดของลำไส้ในทุกส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนซีกกลางของลำไส้ซึ่งมักเป็นส่วนที่เตรียมความสะอาดได้ยากที่สุด

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=84)

ภาวะแทรกซ้อน	กลุ่มทดลอง (n=42)	กลุ่มควบคุม (n=42)
เลือดออก		
- มี	0 (0.0)	0 (0.0)
- ไม่มี	42 (100.0)	42 (100.0)
ลำไส้ทะลุ		
- มี	0 (0.0)	0 (0.0)
- ไม่มี	42 (100.0)	42 (100.0)
เจ็บปวดมากขึ้นหลังตรวจ		
- มี	0 (0.0)	3 (7.1)*
- ไม่มี	42 (100.0)	39 (92.9)
ภาวะแทรกซ้อนอื่น		
- มี	0 (0.0)	0 (0.0)
- ไม่มี	42 (100.0)	42 (100.0)

หมายเหตุ จำนวน (ร้อยละ), *อาการอัดแน่นท้อง

จากตารางที่ 6 พบว่า ในกลุ่มทดลองไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ (ร้อยละ 0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 7.1) มีอาการอัดแน่นท้องหลังการตรวจ สำหรับภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่

ภาวะเลือดออก ลำไส้ทะลุ และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิดอื่นๆ ไม่พบการเกิดขึ้นในทั้งสองกลุ่ม (ร้อยละ 0)

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยต่อความสะอาดของลำไส้ ความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผลการวิจัยพบประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายดังนี้

ผลของโปรแกรมต่อความวิตกกังวล

การศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงจากระดับปานกลางเป็นระดับน้อยทั้งความวิตกกังวลโดยทั่วไป (Trait Anxiety) และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bhatti และคณะ (2021) ซึ่งสนับสนุนว่าการเตรียมความพร้อมทางจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลได้ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย เนื่องจากโปรแกรมได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในด้านความวิตกกังวลโดยทั่วไป (Trait Anxiety) จากคะแนนเฉลี่ย 14.43 เป็น 10.10 และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) จากคะแนนเฉลี่ย 12.10 เป็น 8.35 ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางทั้งสองด้าน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bhatti และคณะ (2021) ที่พบว่าการเตรียมความพร้อมทางจิตใจอย่างเป็นระบบสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญ

การลดลงของความวิตกกังวลสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ที่เน้นการช่วย

ให้บุคคลปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ผ่านกลไก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสรีระ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาห้วกัน โดยโปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรมที่ครอบคลุมการปรับตัวทุกด้าน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่เคยผ่านการตรวจ และการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Russell และคณะ (2021) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมกลุ่มและการใช้สื่อมัลติมีเดียในการให้ความรู้ช่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วยด้วยกันช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความกลัวต่อการตรวจได้

ประเด็นที่น่าสนใจคือ การลดลงของความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสะอาดของลำไส้ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง จะสามารถจดจ่อกับการเตรียมตัวได้ดีขึ้น ส่งผลให้การเตรียมลำไส้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาในอนาคตควรวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้อย่างเป็นระบบเพื่อยืนยันข้อสังเกตดังกล่าว

ผลของโปรแกรมต่อความสะอาดของลำไส้

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวมีคะแนนความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกส่วนของลำไส้ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีการพัฒนาของคะแนนรวมจาก 8.00 เป็น 11.70 คะแนน เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก 7.95 เป็น 8.05 คะแนน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Repici และคณะ (2020)

ที่พบว่าการให้คำแนะนำอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเตรียมลำไส้ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ความสำเร็จของโปรแกรมสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่เน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองผ่านสามองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การประเมินความต้องการ การพัฒนาความสามารถ และการส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยโปรแกรมได้จัดกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการติดตามประเมินผล ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Phisalprapa และคณะ (2021) ที่พบว่าการติดตามอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มคุณภาพการเตรียมลำไส้ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในส่วนซีกกลางของลำไส้ซึ่งมักเป็นส่วนที่เตรียมได้ยากที่สุด การที่โปรแกรมสามารถช่วยเพิ่มความสะอาดในส่วนนี้ได้ อาจเนื่องมาจากการเน้นย้ำเทคนิคเฉพาะและการให้คำแนะนำเรื่องท่าทางที่เหมาะสม

ประเด็นสำคัญที่พบคือ การเพิ่มขึ้นของคะแนนในกลุ่มทดลองเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในทุกส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinagra และคณะ (2020) ที่พบว่าการใช้สื่อการสอนที่หลากหลายและการติดตามอย่างต่อเนื่องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเตรียมลำไส้ได้สะอาดทั่วถึงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคะแนนจะเพิ่มขึ้นในทุกส่วน แต่ซีกกลางยังคงมีคะแนนต่ำกว่าส่วนอื่นเล็กน้อย ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมในการศึกษาครั้งต่อไป

ผลของโปรแกรมต่อภาวะแทรกซ้อน

การศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมตัวไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ (ร้อยละ 0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบผู้ป่วย 3 ราย (ร้อยละ 7.1) มีอาการอึด

แน่นท้องหลังการตรวจ สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะเลือดออก ลำไส้ทะลุ และภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิดอื่นๆ ไม่พบการเกิดขึ้นในทั้งสองกลุ่ม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Russell และคณะ (2021) ที่พบว่าการเตรียมตัวที่ดีช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ

การที่กลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนนั้น อาจเป็นผลมาจากการที่โปรแกรมได้เน้นการให้ความรู้และทักษะในการเตรียมตัวที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยเฉพาะการรับประทานยาระบายและการควบคุมอาหาร รวมถึงการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tiankanon และคณะ (2021) ที่พบว่าการให้คำแนะนำที่ละเอียดและการติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 95

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lohsiriwat และคณะ (2020) ที่พบว่าการปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนคือการเตรียมลำไส้ที่สะอาดเพียงพอและการลดความวิตกกังวล ซึ่งโปรแกรมในการศึกษานี้สามารถพัฒนาทั้งสองด้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ไม่พบภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มทดลอง

การพบอาการอึดแน่นท้องในกลุ่มควบคุม อาจเกิดจากการเตรียมลำไส้ที่ไม่เพียงพอ ทำให้แพทย์ต้องใช้ลมเป่าเข้าไปในลำไส้มากขึ้นเพื่อให้มองเห็นผนังลำไส้ได้ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bhatti และคณะ (2021) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความสะอาดของลำไส้กับการเกิดอาการอึดแน่นท้องหลังการตรวจ อย่างไรก็ตาม อาการดังกล่าวถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงและหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้

1. โรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการเตรียมตัวผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยพัฒนาคู่มือและสื่อการสอนที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ควรจัดอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้และทักษะในการใช้โปรแกรม พร้อมทั้งพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดให้มีแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และสนับสนุนการพัฒนาระบบการ

ให้ความรู้และการติดตามผู้ป่วยแบบครบวงจร พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนพัฒนาระบบการประกันคุณภาพและจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการขยายผลในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์
2. ควรขยายการศึกษาไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรมในบริบทที่แตกต่างกัน
3. ควรพัฒนาโปรแกรมในรูปแบบดิจิทัล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและความสะดวกในการใช้งาน

เอกสารอ้างอิง

1. Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice Hall.
2. Best, J. B. (1970). Cognitive psychology. Holt, Rinehart and Winston.
3. Lai, E. J., Calderwood, A. H., Doros, G., Fix, O. K., & Jacobson, B. C. (2009). The Boston Bowel Preparation Scale: A valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointestinal Endoscopy*, 69(3), 620-625. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2008.05.057>
4. Lohsiriwat, V., Chaisomboon, N., & Pattana-Arun, J. (2020). Current colorectal cancer in Thailand. *Annals of Coloproctology*, 36(2), 78-82. <https://doi.org/10.3393/ac.2020.01.07>
5. Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. Mosby-Year Book.
6. Phisalprapa, P., Ngorsuraches, S., Wanishayakorn, T., Kositamongkol, C., Supakankunti, S., & Chaiyakunapruk, N. (2021). Estimating the preferences and willingness-to-pay for colorectal cancer screening: An opportunity to incorporate the perspective of population at risk into policy development in Thailand. *Journal of Medical Economics*, 24(1), 226-233. <https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1877145>
7. Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Prentice Hall.
8. Spielberg, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.



9. Tiankanon, K., Aniwan, S., & Rerknimitr, R. (2021). Current status of colorectal cancer and its public health burden in Thailand. *Clinical Endoscopy*, 54(4), 499-504. <https://doi.org/10.5946/ce.2020.245-IDEN>
10. Waldmann, E., Kammerlander, A., Gessl, I., Penz, D., Majcher, B., Hinterberger, A., Trauner, M., & Ferlitsch, M. (2021). New risk stratification after colorectal polypectomy reduces burden of surveillance without increasing mortality. *United European Gastroenterology Journal*, 9(8), 947-954. <https://doi.org/10.1007/s00535-021-01954-4>

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสังคม
จังหวัดหนองคาย

Development of Antimicrobial Resistance Surveillance System in
Sangkhom Hospital, Nong Khai Province

กฤษฎิยา พรหมมา

Krittiya Promma

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลสังคม จังหวัดหนองคาย

(Received: November 20, 2024; Accepted: December 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสังคม พัฒนาระบบเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และศึกษาผลของการใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 50 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง และผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 200 คน ที่สุ่มแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบวัดความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ และแบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทาง WISE Model ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเฝ้าระวังและรายงาน (Watch & Report) การปฏิบัติ (Implementation) การพัฒนาบุคลากร (Staff Development) และการมีส่วนร่วม (Engagement) ภายหลังการใช้แนวทางดังกล่าว บุคลากรมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.2 เป็น 18.4 คะแนน และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.3 เป็นร้อยละ 88.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลงจาก 0.5 เหลือ 0.3 ต่อ 1,000 วันนอน และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยรวมลดลงจาก 9.9 วันเหลือ 6.5 วัน โดยพบการลดลงมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (4.4 วัน) สรุปได้ว่า WISE Model เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลชุมชน สามารถพัฒนาความรู้และการปฏิบัติของบุคลากร ลดอัตราการติดเชื้อและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การป้องกันการติดเชื้อ โรงพยาบาลชุมชน

Abstract

This action research aimed to study antimicrobial resistance (AMR) situations at Sangkhom Hospital, develop guidelines for preventing antimicrobial-resistant organism transmission, and evaluate the effectiveness of these guidelines. The study involved two sample groups: 50 purposively selected healthcare personnel and 200 systematically sampled hospital patients. Data were collected using semi-structured interviews, knowledge assessment forms, practice evaluation forms, and infection surveillance records. Data analysis employed descriptive statistics, t-test, and content analysis.

The results showed that the developed WISE Model comprised four components: Watch & Report, Implementation, Staff Development, and Engagement. Following the implementation of this model, healthcare personnel's knowledge scores significantly increased from 15.2 to 18.4 points, and practice scores improved from 65.3% to 88.7% ($p < 0.001$). Additionally, the antimicrobial-resistant infection rate decreased from 0.5 to 0.3 per 1,000 patient days, and the overall length of hospital stay reduced from 9.9 to 6.5 days, with the most substantial reduction observed in bloodstream infection patients (4.4 days). In conclusion, the WISE Model proved to be an effective approach for preventing antimicrobial-resistant organism transmission in community hospitals, significantly improving staff knowledge and practices while reducing infection rates and length of hospital stay.

Keywords : antimicrobial resistance, infection prevention, community hospital

บทนำ

โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่มีมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และยังคงเป็นปัญหาสำคัญของทุกโรงพยาบาลทั่วโลก โรคติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะจากเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งทำให้เกิดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล จากการคาดการณ์จะมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยามากกว่า 10 ล้านคนทั่วโลกในปี 2050 (World Health Organization, 2022) จากการศึกษาการติดเชื้อดื้อยาในปี 2019 ครอบคลุม 204 ประเทศ พบว่า มีผู้เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการดื้อยาต้านจุลชีพของแบคทีเรียจำนวน 4.95 ล้านราย ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดื้อยาของแบคทีเรียจำนวน 1.27 ล้านราย (Antimicrobial Resistance Collaborators, 2022) สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศผู้บุกเบิกในการจัดการปัญหาโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และปัจจุบันถือเป็นผู้นำด้านการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่น่าประทับใจคือการลดอัตราการติดเชื้อลงได้ถึงหนึ่งในสาม พร้อมทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายมากกว่าหนึ่งหมื่นล้านบาทในแต่ละปี ส่วนประเทศไทย ถึงแม้ต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่ก็สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากร้อยละ 11.7 ในปี 2531 เหลือเพียงร้อยละ 4.2 ในปี 2561

ปัจจัยสำคัญของการรับมือกับปัญหานี้คือการบริหารจัดการโครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้ออย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับนโยบายไปจนถึงการปฏิบัติในหน่วยงาน โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลไม่เพียงแต่เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประกันคุณภาพของสถานพยาบาล แต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการลดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ กรมควบคุมโรคโดยสถาบันบำราศนราดูร ได้จัดทำแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน

โรงพยาบาล ระดับชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 - 2570) ซึ่งเป็นระยะที่ 2 เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง (กลุ่มแผนปฏิบัติการชาติ การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล, 2565)

โรงพยาบาลสังคม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีศักยภาพในการให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป่วยทั่วไป อายุรกรรม สูติกรรม และกุมารเวชกรรม โดยมีทีมแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลสังคม ได้มีการกำหนดนโยบายและดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน (โรงพยาบาลสังคม, 2565) อย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคในการป้องกันของพยาบาล เช่น การขาดความตระหนักและไม่คุ้นเคยกับแนวทางปฏิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Colet et al., 2018; Laoprasopwattana, 2009; Sawasrak, Unahalekhaka, & Lertwatthanawilat, 2015)

นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยายังไม่ชัดเจน บุคลากรบางคนไม่ทราบวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา หรือไม่ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ เช่น การไม่ล้างมือก่อนและหลังดูแลผู้ป่วย หรือไม่สวมถุงมือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อผู้ป่วย ทำให้เพิ่มอัตราเสียชีวิตเพิ่มระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลรวมถึงต้องใช้จ่ายปฏิชีวนะที่มีราคาแพง (Hanberger et al., 2010) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา โรงพยาบาลทุกระดับต้องดำเนินการให้มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้าน

จุลชีพที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรและทันสมัย
สื่อสารให้บุคลากรทุกระดับรับทราบ และบุคลากรมีการ
ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด มีการสุ่มสังเกตและสุ่มประเมิน
การปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สำหรับกิจกรรม
สำคัญที่โรงพยาบาลควรดำเนินการเพื่อป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อดื้อยา ประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่
1) การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
2) การจัดการผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
3) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 4) การ
ทำความสะอาดมือ 5) การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย
ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 6) การควบคุม
สิ่งแวดล้อม 7) การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัส 8) การเก็บสิ่งส่งตรวจ
ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 9) การรับส่งต่อและการ
รายงานข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (อะเคื่อ
อุณหเลขกะ, 2561)

ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล จึงสนใจศึกษาการพัฒนาแนวทางการ
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพโรงพยาบาล
สังกัด โดยมีการประเมินสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา
ต้านจุลชีพ พัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจาย
เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และประเมินผลการพัฒนาแนวทาง
เพื่อนำแนวทางที่ได้จากการพัฒนามาใช้ในการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล
สังกัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา
ต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสังกัด จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการ
แพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการ
ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ
McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การ
วางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2
กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วยบุคลากรทางการ
แพทย์และสาธารณสุข จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบ
เจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
โดยตรงในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อของ
โรงพยาบาล ประกอบด้วย แพทย์ผู้ดูแลงานป้องกันการ
ติดเชื้อ 2 คน, ทันตแพทย์ 2 คน, พยาบาลหัวหน้างาน
ป้องกันการติดเชื้อ 1 คน, พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน
ประจำกลุ่มงาน 20 คน (แผนกผู้ป่วยใน 8 คน ผู้ป่วย
นอก 6 คน ห้องฉุกเฉิน 4 คน และห้องคลอด 2 คน),
เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ 3 คน, เจ้าหน้าที่งานเวชกิจ
ฉุกเฉิน 4 คน, นักวิชาการสาธารณสุข 3 คน,
นักกายภาพบำบัด 2 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้
13 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นบุคลากรที่มีส่วน
เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อ มีประสบการณ์
ทำงานในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 6 เดือน และยินยอม
เข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกได้แก่
บุคลากรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ มี
ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 6 เดือน อยู่ระหว่างการ
ลาพักรักษาตัวหรือลาคลอด และไม่ยินยอมเข้าร่วม
การวิจัยหรือขอถอนตัวระหว่างการศึกษา

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วยผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัด โดยคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร

$$n = Z^2 \alpha / 2 P(1-P) / d^2$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (1.96)

P = สัดส่วนการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากการศึกษาที่ผ่านมา (0.042)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.03)

แทนค่าในสูตร: $n = (1.96)^2 \times 0.042(1-0.042) / (0.03)^2$

$$n = 164.7$$

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 198 คน และปรับเป็น 200 คน เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่ทำการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัด มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 48 ชั่วโมง สำหรับเกณฑ์การคัดออกได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตใจที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉพาะจุด ผู้ป่วยที่มีแผนย้ายโรงพยาบาล และผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้กับขับเคลื่อนกลไกการพัฒนารูปแบบ

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์ติดเชื้อ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการ

ปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อ และแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มประเมินผลลัพธ์ แบ่งเป็น 5 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง กลุ่มงานประจำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน และระยะเวลาทำงานต่อเนื่อง

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ก ข ค ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน และใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Bloom et al. (1971) โดยผู้ที่ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตามระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 14 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert) โดยกำหนดคะแนนเป็น 1 คะแนน (ไม่ปฏิบัติ) 2 คะแนน (ปฏิบัติบางครั้ง) และ 3 คะแนน (ปฏิบัติทุกครั้ง) สำหรับการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงระดับการปฏิบัติน้อย 1.50-2.49 หมายถึงระดับการปฏิบัติปานกลาง และ 2.50-3.00 หมายถึงระดับการปฏิบัติมาก

ตอนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลการติดเชื้อ และการใช้ยาต้านจุลชีพ บันทึกอัตราการติดเชื้อ ชนิดของเชื้อก่อโรค รูปแบบการใช้ยาต้านจุลชีพและการดื้อยา

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นวางแผน (Plan) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัจจุบันและปัญหาการดำเนินงาน

1. ศึกษาปัญหาสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล และอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา เพื่อโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมสำเร็จรูป กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องที่ให้การรักษาและบันทึกข้อมูลไว้ เพื่อเป็นฐานข้อมูลดำเนินการ และทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา

2. ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการจัดการเชื้อดื้อยา

3. ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเจ้าหน้าที่จากทุกกลุ่มงาน

4. ร่างแนวทางการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการจัดการเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลสังกัด จังหวัดหนองคาย

5. นำเสนอร่างฯ ต่อผู้ทรงวุฒิที่เกี่ยวข้องเพื่อวิพากษ์แนวทางที่พัฒนาขึ้น

6. ปรับปรุงแก้ไขแนวทางการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการจัดการเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลสังกัด จังหวัดหนองคาย

ขั้นปฏิบัติการ (Action)

1. ประชุมสร้างความเข้าใจการใช้แนวทางการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการจัดการเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลสังกัด จังหวัดหนองคาย

2. การฝึกอบรมทักษะการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. การเสริมพลังจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

4. การทำความเข้าใจร่วมกันกับกลุ่มผู้ป่วยและญาติ

ขั้นการสังเกตผล (Observation)

1. ประเมินการกระบวนป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกขั้นตอน

2. ประเมินการวิธีการและเทคนิคการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3. ประเมินการผลการดำเนินงานอุบัติการณ์การติดเชื้อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

4. การสังเกตการเปลี่ยนแปลง สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยในด้านพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และการสนับสนุนจากผู้บริหารและญาติผู้ป่วย

ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนในการใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสังกัด จังหวัดหนองคาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลได้เข้าใจ โดยประชุมชี้แจงแนวทางเก็บข้อมูลและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีแนวทางที่ชัดเจนในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล



3) ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาข้อมูลของอาสาสมัครเป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวม ไม่ได้ระบุชื่ออาสาสมัคร เพื่อให้อาสาสมัครเกิดความรู้สึกสบายใจในการให้ข้อมูล และให้ผู้อาสาสมัครลงลายมือชื่อยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทุกครั้งก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2) การทดสอบ Dependent t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังการพัฒนา

3) สัดส่วนของอัตราการติดเชื้อดื้อยาระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนา

2. การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตการจัดหมวดหมู่และหาธีม (Thematic Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ผลการวิจัยเกี่ยวกับสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลสังกัด จากการสัมภาษณ์บุคลากรพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

ด้านระบบการเฝ้าระวังและการรายงาน พบว่า โรงพยาบาลยังขาดระบบการเฝ้าระวังที่เป็นระบบ และต่อเนื่อง โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การรายงานและบันทึกข้อมูลการติดเชื้อไม่ครบถ้วนและล่าช้า ทำให้การตอบสนองต่อปัญหาไม่ทันทั่วถึง รวมถึงขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หอผู้ป่วย ห้องปฏิบัติการ และงานป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้การติดตามและควบคุมการติดเชื้อขาดประสิทธิภาพ

ด้านการปฏิบัติงานของบุคลากร พบว่า บุคลากรยังขาดความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะในช่วงที่มีภาระงานมาก การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อยังไม่สม่ำเสมอ เช่น การล้างมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างเวรและระหว่างหน่วยงานเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยายังขาดประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

ด้านทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม พบว่า โรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยพบว่าอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลมีไม่เพียงพอในบางช่วงเวลา สถานที่แยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยามีจำกัด ทำให้การจัดการพื้นที่ไม่เหมาะสม รวมถึงระบบการจัดการขยะติดเชื้อและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

ด้านปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน พบว่า บุคลากรมีภาระงานมาก ทำให้การปฏิบัติตาม

แนวทางการป้องกันการติดเชื้อไม่ครบถ้วน บุคลากรบางส่วนยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ขาดการนิเทศติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงญาติผู้ป่วยยังขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ด้านข้อเสนอแนะจากบุคลากร พบว่า ควรมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการป้องกันการติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและรายงานผลที่รวดเร็วและใช้งานง่าย เพิ่มจำนวนบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ปรับปรุงระบบการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน จัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ และให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การวิเคราะห์ความเสี่ยงพบว่า หอผู้ป่วยในมีความเสี่ยงสูงสุดเนื่องจากมีผู้ป่วยนอนนาน มีการใส่อุปกรณ์การแพทย์ และมีการทำหัตถการ รองลงมาคือห้องฉุกเฉินและห้องคลอดที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ส่วนแผนกผู้ป่วยนอกมีความเสี่ยงต่ำ โดยหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใส่สายสวนปัสสาวะ และการใส่สายสวนหลอดเลือดดำ

ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยได้แก่ การล้างมือไม่ครบ 5 moments (ร้อยละ 45.2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันไม่เหมาะสม (ร้อยละ 38.6) การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 32.8) และการแยกผู้ป่วยไม่เหมาะสม (ร้อยละ 28.4) นำไปสู่การพัฒนามาตรการป้องกันเฉพาะสำหรับแต่ละหน่วยงานและหัตถการ รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรและการติดตามประเมินผลที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง

2. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

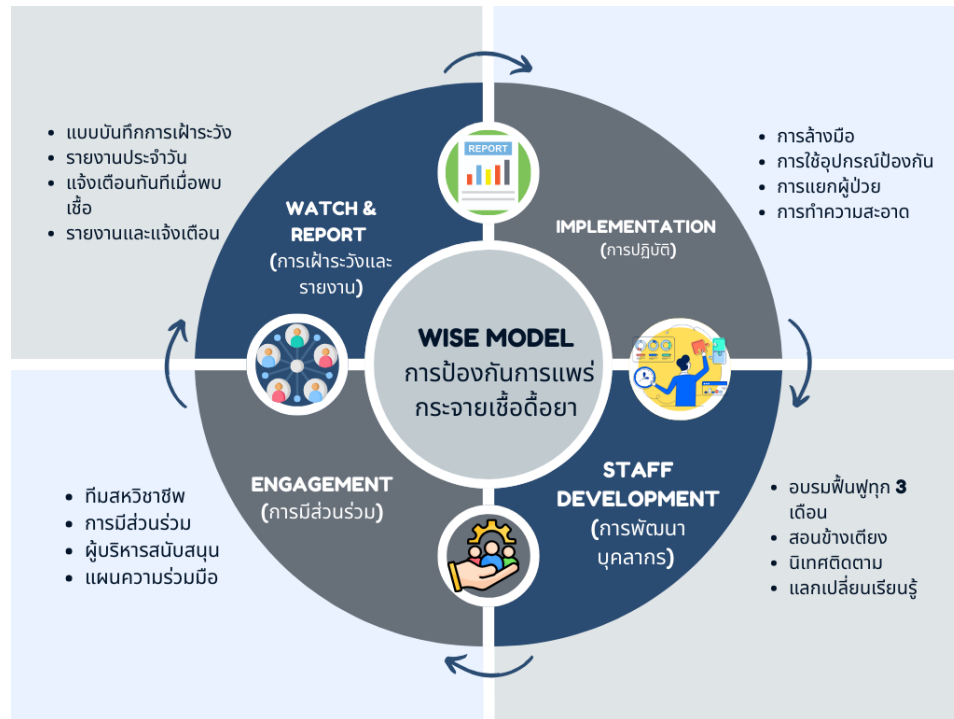
จากการศึกษาและพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลสังกัด พบว่า WISE Model ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

2.1 Watch & Report (การเฝ้าระวังและรายงาน) เป็นระบบการติดตามและรายงานผลการติดเชื้อดื้อยาที่เรียบง่าย โดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าระวังที่ออกแบบให้ง่ายต่อการบันทึก กำหนดการรายงานประจำวันก่อน 10.00 น. มีระบบแจ้งเตือนทันทีเมื่อพบเชื้อดื้อยา และจัดทำรายงานสรุปประจำเดือนเพื่อติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

2.2 Implementation (การปฏิบัติ) เป็นการกำหนดมาตรการพื้นฐานที่จำเป็นในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ การล้างมือตามหลัก 5 moments การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างถูกต้อง การจัดการแยกผู้ป่วยตามความเหมาะสม และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ

2.3 Staff Development (การพัฒนาบุคลากร) เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรผ่านการอบรมฟื้นฟูความรู้ทุก 3 เดือน การสอนและสาธิตข้างเตียง การนิเทศติดตามการปฏิบัติงาน และการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในทีมเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

2.4 Engagement (การมีส่วนร่วม) เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยให้ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแล ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร และประสานความร่วมมือกับชุมชนในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 1 WISE Model การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

การนำ WISE Model ไปใช้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. การเตรียมความพร้อม โดยเริ่มจากการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้บริหารและบุคลากรทุกระดับ จัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน และพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการทำงาน

2. การดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด เริ่มจากการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกระดับ นำ

ระบบการเฝ้าระวังรูปแบบใหม่มาใช้ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

3. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีการประเมินการปฏิบัติงานเป็นรายสัปดาห์ ทบทวนผลลัพธ์การดำเนินงานทุกเดือน และนำปัญหาที่พบมาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ผลของการใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

3.1 ผลการเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติของบุคลากรก่อนและหลังการใช้แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพของบุคลากร ก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	Mean Diff.	t	p-value
คะแนนความรู้ (20 คะแนน)	15.2 ± 1.8	18.4 ± 1.2	3.2	9.46	<0.001
คะแนนการปฏิบัติ (ร้อยละ)	65.3 ± 8.2	88.7 ± 6.4	23.4	10.12	<0.001

หมายเหตุ: ค่าแสดงในรูปแบบ Mean ± SD, *p < 0.001

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้ WISE Model โดยพบว่า อัตราการติดเชื้อดื้อยาก่อนการพัฒนาอยู่ที่ร้อยละ 0.5 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.2) และลดลงเหลือร้อยละ 0.3 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.1) หลังการพัฒนา คิดเป็นอัตราที่ลดลงร้อยละ 2 การ

ทดสอบทางสถิติแสดงให้เห็นว่า อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.42, p < 0.001) นอกจากนี้ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลงยังสะท้อนถึงความแปรปรวนของอัตราการติดเชื้อที่น้อยลง แสดงให้เห็นว่า WISE Model มีประสิทธิภาพในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาได้อย่างสม่ำเสมอ

3.3 การเปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (n=200)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (n=200)

กลุ่มการติดเชื้อ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	Mean Diff.	t	p-value
การติดเชื้อทางเดินหายใจ	8.4 ± 1.6	5.8 ± 1.2	2.6	7.86	<0.001
การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	9.8 ± 1.8	6.4 ± 1.4	3.4	7.24	<0.001
การติดเชื้อในกระแสเลือด	11.6 ± 2.1	7.2 ± 1.6	4.4	8.68	<0.001
ภาพรวม	9.9 ± 1.8	6.5 ± 1.4	3.4	8.24	<0.001

หมายเหตุ: ค่าแสดงในรูปแบบ Mean ± SD, *p < 0.001

จากตารางที่ 3 ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยมีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 9.9 วัน เหลือ 6.5 วัน (ลดลง 3.4 วัน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 8.24, p < 0.001) เมื่อจำแนกตามกลุ่มการติดเชื้อ พบการลดลงของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลดังนี้

1. การติดเชื้อในกระแสเลือด ลดลงจาก 11.6 วัน เหลือ 7.2 วัน (ลดลง 4.4 วัน)
2. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ลดลงจาก 9.8 วัน เหลือ 6.4 วัน (ลดลง 3.4 วัน)
3. การติดเชื้อทางเดินหายใจ ลดลงจาก 8.4 วัน เหลือ 5.8 วัน (ลดลง 2.6 วัน)

ผลการพัฒนาพบว่า ทุกกลุ่มการติดเชื้อมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ลดลงแสดงถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอมากขึ้น ทั้งนี้กลุ่มการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งมีความรุนแรงมากที่สุดมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลลดลงมากที่สุด และค่า t ที่

สูง (7.24-8.68) ในทุกกลุ่มแสดงถึงประสิทธิภาพของ WISE Model

สรุปได้ว่า WISE Model มีประสิทธิภาพในการลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรง

3.4 ความพึงพอใจของบุคลากร ผู้ป่วยและญาติต่อการใช้ WISE Model (n=250)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของบุคลากร ผู้ป่วยและญาติต่อการใช้ WISE Model (n=250)

กลุ่มผู้ประเมิน	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	ร้อยละ	ระดับความพึงพอใจ
บุคลากร	50	4.28 $\pm$ 0.62	85.6	มาก
ผู้ป่วยและญาติ	200	4.41 $\pm$ 0.58	88.2	มาก
ภาพรวม	250	4.35 $\pm$ 0.60	86.9	มาก

จากตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจต่อการใช้ WISE Model พบว่า ทั้งบุคลากรและผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจสูงกว่าบุคลากรเล็กน้อย (ร้อยละ 88.2 และ 85.6 ตามลำดับ) และในภาพรวมมีความพึงพอใจร้อยละ 86.9 อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า WISE Model ได้รับการยอมรับจากทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

3.5 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ด้านพฤติกรรมบุคลากร พบการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ บุคลากรมีความตระหนักและเข้าใจการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น แม้ช่วงแรกจะรู้สึกเป็นภาระ แต่เมื่อเห็นผลลัพธ์ที่ดี ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของพยาบาล IC ว่า "ตอนแรกก็รู้สึกว่าเป็นภาระ แต่พอทำไปสักพัก เห็นว่าผู้ป่วยดีขึ้น ทำงานง่ายขึ้น ก็รู้สึกว่าคุณค่า"

ด้านระบบงาน การมี IC Link Nurse และระบบรายงานใหม่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ทำให้แก้ไขปัญหาได้รวดเร็วขึ้น สะท้อนจากคำพูดของ

แพทย์หัวหน้าทีม IC ที่ว่า "ระบบรายงานใหม่ดีมาก รู้เร็ว แก้ไขได้เร็ว ลดการระบาดได้"

ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค ความสำเร็จเกิดจากการสนับสนุนของผู้บริหาร ระบบพี่เลี้ยงที่เข้มแข็ง และการสื่อสารที่ชัดเจน ส่วนอุปสรรคเรื่องภาระงานและการสื่อสารได้รับการแก้ไขผ่านการจัดอัตรากำลังเสริมและปรับปรุงระบบ

การเปลี่ยนแปลงสำคัญคือ การทำงานที่เป็นระบบและเป็นทีมมากขึ้น เปลี่ยนจากการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นการวางแผนป้องกัน มีการติดตามและสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวทาง WISE Model เป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีรูปแบบที่เข้าใจง่าย นำไปปฏิบัติได้จริง และสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ โดยองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ Watch & Report, Implementation,

Staff Development และ Engagement มีความครอบคลุมปัจจัยสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อตามข้อเสนอแนะของอะเคื่อ อุณหเลขกะ (2561) นอกจากนี้การออกแบบระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Colet และคณะ (2018) ที่พบว่า การพัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะช่วยสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของและความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบให้ประสบความสำเร็จ

การเพิ่มขึ้นของความรู้และทักษะการปฏิบัติของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการพัฒนาบุคลากรใน WISE Model โดยพบว่า คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 15.2 เป็น 18.4 คะแนน และคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.3 เป็นร้อยละ 88.7 ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของศวสรัักษ์ อุณหเลขกะ และเลิศวรรณวิลาศ (Sawasrak, Unahalekhaka, & Lertwatthanawilat, 2015) ที่พบว่า การอบรมและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ โดยเฉพาะการใช้วิธีการพัฒนาที่หลากหลาย ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การสอนข้างเตียง การนิเทศติดตาม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งช่วยให้บุคลากรเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การลดลงของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติยังแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาที่มีความสม่ำเสมอในบุคลากรทุกระดับการลดลงของอัตราการติดเชื้อและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญของการพัฒนา โดยการลดลงของอัตราการติดเชื้อต่อรายจากร้อยละ 0.5 เป็น 0.3 สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Hanberger et al. (2010) ที่พบว่าการมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ การลดลงของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.4 วัน (จาก 13.2 วันเป็น 8.8 วัน) นอกจากจะสะท้อนถึงประสิทธิผลของการดูแลรักษาที่ดีขึ้นแล้ว ยังส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการลดความแออัดในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดลงของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่ลดลงมากที่สุด (5.4 วัน) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกระดับเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาระบบ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการชาติด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อและเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (2565) ที่เน้นการทำงานแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนจากผู้บริหารในด้านนโยบายและทรัพยากร
2. การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพที่มีการประสานงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
3. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อ
4. การเชื่อมโยงกับเครือข่ายชุมชนในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ความยั่งยืนของระบบเป็นผลมาจากการออกแบบที่คำนึงถึงบริบทและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดย WISE Model ให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างเป็นระบบและการติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้สามารถปรับปรุงและพัฒนาระบบได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความยั่งยืนประกอบด้วย

1. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยใน
องค์กรผ่านการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่าง
ต่อเนื่อง

3. การมีระบบพี่เลี้ยงในการสอนงานที่ช่วย
ให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ การที่ระบบมีความไม่ซับซ้อน
และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล
ชุมชน ยังเอื้อต่อการขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มี
บริบทใกล้เคียงกัน ซึ่งจะช่วยยกระดับมาตรฐานการ
ป้องกันการติดเชื้อในระบบสาธารณสุขโดยรวม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านนโยบาย ผู้บริหารควรกำหนด
นโยบายการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาเป็นตัวชี้วัดสำคัญ
ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น
เช่น งบประมาณ บุคลากร และอุปกรณ์ป้องกันที่
เพียงพอ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมี
ประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.2 ด้านการพัฒนาบุคลากร ควรพัฒนา
ระบบพี่เลี้ยงในการสอนงานและให้คำปรึกษา โดย
มอบหมายพยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นที่ปรึกษา
ประจำหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะ
ในการปฏิบัติงานจริง รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาได้
ทันเวลาที่

1.3 ด้านการติดตามประเมินผล

ควรมีการประเมินผลการดำเนินงานทุก
3 เดือน และนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุม
คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อติดตาม
ความก้าวหน้า วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และร่วมกันหา
แนวทางพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลลัพธ์ในระยะยาว
(Long-term outcomes) ของการใช้ WISE Model ใน
การป้องกันการติดเชื้อดื้อยา โดยติดตามผลการ
ดำเนินงานอย่างน้อย 3-5 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืน
ของระบบ รวมถึงศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์
สาธารณสุขและความคุ้มค่าของการลงทุนในระบบ
ป้องกันการติดเชื้อ

2.2 ควรศึกษาการประยุกต์ใช้ WISE
Model ในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น
โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาล
ชุมชนขนาดต่างๆ เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับแต่
ละระดับของสถานพยาบาล และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ
ความสำเร็จในการนำ WISE Model ไปใช้

2.3 ควรพัฒนาการวิจัยในรูปแบบการ
วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory
Action Research) โดยให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายมี
ส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยา
เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบการป้องกันการติดเชื้อ
ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน



เอกสารอ้างอิง

- อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2561). แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 4). มิ่งเมือง. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- World Health Organization. (2022). Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report: 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702>
- Antimicrobial Resistance Collaborators. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02724-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02724-0/fulltext)
- Colet, P. C., Cruz, J. P., Cacho, G., Al-Qubeilat, H., Soriano, S. S., & Cruz, C. P. (2018). Perceived infection prevention climate and its predictors among nurses in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(2), 134-142.
- Hanberger, H., Walther, S., Leone, M., Barie, P. S., Rello, J., Lipman, J., Nilsson, L. E., Almgren, M., Sejvar, J., & Åkerlund, B. (2010). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in ICUs with infection control measures are taken. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 38(3), 159-164.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น
โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

Effectiveness of Health Education Program on Health Promotion Behaviors
of Elderly Persons in Hypertension Disease at
Amper Khaopanom Krabi Province

จันทร์จิรา บุญรุ่ง

Janjira Bunrung

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

(Received: November 20, 2024; Accepted: December 25, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือค่าความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการเก็บข้อมูลการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง ($M=14.10$, $SD=.89$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=11.43$, $SD=1.33$) คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ($M=29.66$, $SD=.2.24$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=26.83$, $SD=2.70$) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง ($M=39.10$, $SD=3.12$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=36.63$, $SD=3.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 146.00 มิลลิเมตรปรอท ($SD=3.95$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลง เท่ากับ 143.46 ($SD=3.82$) และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 95.33 ($SD=3.899$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลง เท่ากับ 94.90 ($SD=4.10$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a health education program on health promotion behaviors among elderly persons with hypertension in Khao Panom District, Krabi Province. The study included 30 participants with pre-test and post-test measurements over 12 weeks. Purposive sampling was used to select participants diagnosed with hypertension by a physician or had systolic blood pressure greater than or equal to 140 mmHg and diastolic blood pressure greater than or equal to 90 mmHg. The research instruments consisted of: (1) a health education program for promoting health behaviors in elderly persons with hypertension. Data collection tools measured knowledge, attitudes, and practices to promote health behaviors among elderly persons with hypertension. The experimental data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results showed that after implementing the health education program to promote health behaviors among elderly persons with hypertension, the mean knowledge score regarding hypertension after the experiment ($M=14.10$, $S.D.=0.89$) was significantly higher than before the experiment ($M=11.43$, $S.D.=1.33$). The mean attitude score regarding hypertension ($M=29.66$, $SD=2.24$) was significantly higher than before the experiment ($M=26.83$, $S.D.=2.70$), and the mean practice score of elderly persons with hypertension ($M=39.10$, $SD=3.12$) was significantly higher than before the experiment ($M=36.63$, $S.D.=3.87$), with statistical significance at the .05 level. The mean systolic blood pressure before participating in the program was 146.00 mmHg ($SD=3.95$), which decreased to 143.46 mmHg ($S.D.=3.82$) after the program, and the mean diastolic blood pressure was 95.33 mmHg ($S.D.=3.899$) before the program, which decreased to 94.90 mmHg ($S.D.=4.10$) after the program. Both mean systolic and diastolic blood pressure measurements after participating in the program were significantly lower than before the program ($p<0.05$).

Keywords: Effective health education program, Health promotion behaviors of the elderly,
Hypertension disease

บทนำ

ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2568 โดยประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2556) จากการสำรวจในประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 69.3 ประชากรในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี เป็น โรคเรื้อรังและพบเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ร้อยละ 83.3 ในกลุ่มที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป พบว่า มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 6 โรคพร้อมกัน ร้อยละ 70.8 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70–79 ปี) มีสัดส่วนของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ในขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลายพบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) อันตรายจากโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การเกิดอัมพาต/อัมพฤกษ์ เนื่องจากเส้นเลือดในสมองตีบอุดตันหรือแตก ตามัวหรือตาบอด เนื่องจากหลอดเลือดในลูกตาตีบตันหรือแตก ไตวายหรือไตพิการ และโรคหัวใจวาย ถ้าอาการรุนแรงอาจชักร หมดสติและเสียชีวิตได้ (ฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่, 2562) โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังเกิดจากหลายสาเหตุส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดแต่มีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) กรรมพันธุ์พบว่า ผู้ที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่บิดามารดาไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน การรับประทาน อาหารเค็ม การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ภาวะ

เครียด (ณัฐินี เสือโต และคณะ, 2561) โรคความดันโลหิตสูงก็เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคไต จุดมุ่งหมายของการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง คือ เพื่อลดอัตราการพวพลภาพและอัตราการตาย ซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด (ณัฐินี เสือโต และคณะ, 2561) การลดภาวะเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีมาตรการด้านการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลต่อการลดการเจ็บป่วยมากกว่าลดการตายโดยการเจ็บป่วยที่มีภาวะพวพลภาพ เรื้อรังนั้นมีความสัมพันธ์กับผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและมลภาวะแวดล้อมซึ่งสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือเพื่อลดอัตราการพวพลภาพและอัตราการตายซึ่งเกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด การลดภาวะเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีมาตรการด้านการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลต่อการลดการเจ็บป่วยมากกว่าลดการตายจากการเจ็บป่วยที่มีภาวะพวพลภาพ เรื้อรังนั้นมีความสัมพันธ์กับผลสะสมของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีและมลภาวะแวดล้อมซึ่งสามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2557)

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเขาพนม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการสม่ำเสมอ จำนวน 167 ราย และประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีจำนวน 138 ราย ในกลุ่มนี้พบว่าเป็นผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวน 66 ราย และความคุมไม่ได้ 72 ราย และจากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคสามดันโลหิตสูงจำนวน 10 ราย พบว่าทุกคนมีความรู้เรื่องโรค อาการ ภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวด้านการจัดการความเครียด การมาตรวจตาม



นั้อย่างสม่ำเสมอ แต่สิ่งที่ยังทำไม่ได้ คือ ความสามารถในการจัดการพฤติกรรมในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานยา สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โรงพยาบาลเขาพนมมีแนวทางการดูแล คือการให้การรักษาด้วยยา การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับโรค รวมถึงปัจจัยเสี่ยง อันตรายและการดูแลตนเอง สำหรับการให้คำแนะนำเฉพาะรายยังเป็น การให้ในเวลาที่ยากก่อนพบแพทย์ ซึ่งยากที่จะประยุกต์เข้าสู่วิถีชีวิตของผู้ป่วยได้ ที่ผ่านมามีพบว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้ในรูปแบบอื่นๆสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลมีบทบาท ความรับผิดชอบในการพัฒนาสุขภาพประชาชน ในชุมชน จึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาแนวทางที่ส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดของแบนดูราเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ในความสามารถของตนเองและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย รวมถึงการรับประทานยา จนทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ส่งผลให้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่ม (Quasi eMpermental research) วิธีการทดสอบก่อน

และหลังการทดลอง ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาเป็นเวลา 10 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาพนม จำนวน 167 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ (Paired t-test) ของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$n = [(Z\alpha + Z\beta)^2]/d^2$$

โดยที่ $Z\alpha$ = ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น $1-\alpha$ ($\alpha = .05$, $Z\alpha = 1.96$) $Z\beta$ = ค่า Z ที่อำนาจการทดสอบ $1-\beta$ ($\beta = .20$, $Z\beta = 0.84$) d = ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.53 (คำนวณจากการนำผลต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองหารด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม) ผู้วิจัยกำหนดค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ของยุภาพร นาคกลิ้ง (2555) ที่มีค่าเฉลี่ยส่วนต่างพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ เท่ากับ 18.14 และค่าส่วนต่างของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.09 ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความ

ดันโลหิตสูง หรือมีค่าความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 3) มีประวัติการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเขาพนมอย่างน้อย 6 เดือน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถตอบคำถามได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาของโครงการ

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีความพิการทางการเคลื่อนไหว 2) มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางสติปัญญา 3) มีแผนที่จะย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่ในช่วงระยะเวลาการวิจัย 4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ครบตามที่กำหนดในโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการนอนหลับพักผ่อน โดยมีการสอนหลายรูปแบบคือภาพ พลิกลายมือ การออกกำลังกายและการสนทนากลุ่ม (Focus group) การสอนสุขศึกษาวางแผนการสอน จำนวน 10 สัปดาห์ และติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 12

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สภาพ ความเป็นอยู่ ปัจจุบัน มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน ลักษณะคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 17 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ ถ้าตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ ถ้าตอบใช่ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ให้ 1 คะแนน แบบสัมภาษณ์มีความยากง่ายอยู่ ระหว่าง 0.28–0.70 และที่มีค่าอำนาจจำแนกของความรู้ อยู่ระหว่าง 0.22 – 0.51 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR 20 (Kuder–Richardson Formular 20)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เจตคติเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน เป็นคำถามให้เลือกตอบตามความคิดเห็น เป็นลักษณะของมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยสร้างแบบสอบถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุเลือกตอบ 1 ข้อ จำนวน 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ ถ้าตอบเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ตอบไม่แน่ใจให้ 2 คะแนน ตอบไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ ให้คะแนนตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก แบบสัมภาษณ์มีความอำนาจจำแนกเจตคติอยู่ระหว่าง 0.21 – 0.42 และหาความเชื่อมั่นวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha Coefficient)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนเป็นคำถามให้เลือกตอบตามความเป็นจริง มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้งและไม่เคยปฏิบัติ โดยสร้างคำถามเชิงบวกและเชิงลบให้ผู้สูงอายุเลือก คำตอบ 1 ข้อ จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ ถ้าตอบปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 คะแนน ตอบปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ตอบไม่

เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน คำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ ให้
คะแนนตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา
(Content Validity)

การตรวจสอบคุณภาพนำโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แผนการสอนเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน ตรวจความถูกต้องของเนื้อหาและความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2) ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 3) ผู้เชี่ยวชาญด้านแผนการสอนสุขศึกษา 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 5) ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด ด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IndeM of item objective congruence: IOC) เท่ากับ .79

2. การวิเคราะห์ความเที่ยงตรง
(Reliability)

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรง (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน โดยเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สูตร KR – 20 เท่ากับ .82 แบบสัมภาษณ์

เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง นำมาคำนวณโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .91 และ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยลงดำเนินทดลองโปรแกรมตามแผนการสอน โดยการเก็บข้อมูลทั้งก่อนทดลองและหลังการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยศึกษาจากข้อมูลแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

2. อธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างทราบขั้นตอนและรายละเอียดการวิจัยว่าขณะนี้ทางผู้วิจัยได้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับผลโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยขออนุญาตในการเก็บข้อมูลผู้ป่วย โดยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย

3. เตรียมเอกสารและคู่มือที่ใช้ในการให้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สมุดบันทึก แผ่นพับเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

4. เตรียมอุปกรณ์ ผู้วิจัยได้จัดเตรียมอุปกรณ์ดังนี้ คอมพิวเตอร์ ตัวอย่างโมเดลอาหาร สื่อ การสอน แผ่นพับ สมุดบันทึกสำหรับผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง

5. คัดกรองผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมวิจัย โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย

6. ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสอนเป็นรายกลุ่ม จำนวน 30 ราย เพื่อพัฒนาความรู้การปรับตัวด้านโภชนาการ ได้แก่ การให้ความรู้ในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง การคำนวณแคลอรี รายการอาหารแลกเปลี่ยนและให้ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการเฝ้าระวังติดตามกำกับระดับความดันโลหิต อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับคู่มือสำหรับผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงและวิธีการจดบันทึกพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย พร้อมระบุปัญหา และเป้าหมายที่ต้องการปรับเปลี่ยน ผู้วิจัยร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพื่อการประเมินการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงพร้อมกับพูดคุยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ป่วยในการทดลองโปรแกรมต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ประชุมเชิงปฏิบัติการ แบ่งกลุ่มทำกิจกรรมในโปรแกรมที่กำหนด โดยแบ่งเป็นฐานในการทำกิจกรรมกลุ่มดังนี้ 1) ฐานที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) ฐานที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย 3) ฐานที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการพักผ่อนและการจัดการความเครียด

สัปดาห์ที่ 5, 6 และ 7 ผู้วิจัยติดตามผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกถึงอุปสรรคที่ไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ และช่วยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อไป

สัปดาห์ที่ 8 และ 9 โทรศัพท์ติดตาม พร้อมให้คำแนะนำ คำปรึกษาและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความมั่นใจในการทำโปรแกรมการจัดการโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับความดันโลหิตสูง เพื่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายและการพักผ่อนการจัดการความเครียด ระดับความดันโลหิตลดลง

สัปดาห์ที่ 12 การนัดครั้งสุดท้ายหลังทดลองโปรแกรมครบ 3 เดือน วันระดับความดันโลหิตหลังการทดลองโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัย ประเมินผลหลังการทดลองใช้โปรแกรมก่อนยุติการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

1.2 วิเคราะห์ระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

การทดสอบ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .05$)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.0 อายุเฉลี่ย 67.2 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.6 ส่วนใหญ่อายุอยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 73.3

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=11.43$, $SD=1.33$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($M=14.10$, $SD=.89$) คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) (ตารางที่ 1)

3. เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=26.83$, $SD=2.70$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($M=29.66$, $SD=.224$) คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) (ตารางที่ 1)

4. การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=36.63$, $SD=3.87$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($M=39.10$, $SD=3.12$) คะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) (ตารางที่ 1)

5. ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง มีค่าลดลงโดยมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 146.00 มิลลิเมตรปรอท ($SD=3.95$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลง เท่ากับ 143.46 ($SD=3.82$) และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 95.33 ($SD=3.899$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง เท่ากับ 94.90 ($SD=4.10$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตก่อนและหลังทดลอง

รายการ	คะแนน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
		M	SD.	M	SD.		
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	1-15	11.43	1.33	14.10	.89	9.109	.000
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง							
- การรับประทานอาหาร	1-6	4.03	.71	5.10	.54	10.016	.000
- การออกกำลังกาย	1-6	4.06	.86	4.43	.56	3.003	.005
- การนอนหลับพักผ่อน	1-5	3.33	.75	3.60	.56	2.504	.018
เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ	1-36	26.83	2.70	29.66	2.24	9.838	.000
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง							
- การรับประทานอาหาร	1-15	11.40	2.11	12.30	1.39	4.161	.000
การออกกำลังกาย	1-12	8.43	1.47	9.83	1.36	7.642	.000
การนอนหลับพักผ่อน	1-9	7.00	1.20	7.53	.57	3.247	.003
การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	1-48	36.63	3.87	39.10	3.12	7.370	.000
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง							
การรับประทานอาหาร	1-24	18.80	2.63	19.86	1.92	3.521	.001
การออกกำลังกาย	1-15	11.53	1.43	12.13	1.22	5.835	.000
การนอนหลับพักผ่อน	1-9	6.30	.87	7.10	1.06	5.442	.000
ความดันโลหิต							
ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก	140-180	146.00	3.95	143.46	3.82	7.015	.000
ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก	90-99	95.33	3.89	94.90	4.10	7.346	.000

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่จัดทำขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ

ในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาฯ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาฯ อภิปรายผลได้ว่าการจัดกิจกรรม โดยใช้วิธีทัศน์เป็นสื่อ

ในการกระตุ้นการเรียนรู้ ประกอบการบรรยายเป็นการใช้ระบบประสาทสัมผัสที่มองเห็น ภาพเคลื่อนไหว หูได้ยินเสียง และอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้จดจำสนใจในสิ่งที่ได้ชมมากขึ้น และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคที่มีผลกับของกลุ่มเสี่ยงเอง เป็นผลให้เกิดความตั้งใจที่จะเรียนรู้ยังได้จัดกิจกรรมการแบ่งกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นหรือสะท้อนความคิดจากชีวิตทัศน ทบทวนความรู้จากการฟังการบรรยาย และดูวีดิทัศน์ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้สนุกสนานมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของพรภัทรา แสนเหลา เพ็ญผกา กาญจนภาส และ ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด (2563) ที่ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านเจตคติและด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้ โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดประสบการณ์ตรง อาทิ การบันทึกอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อลงในใบบันทึกอาหาร การปฏิบัติตัวเรื่องอาหาร มีการสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย ปฏิบัติได้ทุกที่ทุกเวลา ปลอดภัยและประหยัด ได้แก่ การเดินพร้อมกับการฝึกปฏิบัติร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้ลองปฏิบัติด้วยตนเองพร้อมกับกลุ่มทำให้เกิดความสนุกเพลิดเพลินและรู้ว่าตนเองสามารถทำได้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น มีการอภิปรายแลกเปลี่ยน จากประสบการณ์การรับประทานยาการเพิ่มเติมข้อมูลที่ต้องเกี่ยวกับการรับประทาน ยาที่ถูกต้องและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาที่บ้าน และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้จนครบระยะเวลาการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี (2563) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้

ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) และจำนวนสมาชิกที่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$)

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูงมีค่าลดลง โดยมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เท่ากับ 146.00 มิลลิเมตรปรอท ($SD=3.95$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ลดลง เท่ากับ 143.46 ($SD=3.82$) และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเท่ากับ 95.33 ($SD= 3.899$) หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลง เท่ากับ 94.90 ($SD=4.10$) ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) อย่างไรก็ตามเป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงคือการควบคุมระดับความดันโลหิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี แต่ไม่ถึง 80 ปี เป้าหมายของระดับความดันโลหิตในการรักษา คือ น้อยกว่า 140 -150 /90 มม.ปรอท (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) จากผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรม แต่ยังไม่สามารถลดลงจนถึงระดับเป้าหมายที่แนะนำโดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ที่กำหนดไว้



สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-80 ปี คือ น้อยกว่า 140-150/90 มิลลิเมตรปรอท ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมที่ค่อนข้างสั้น (12 สัปดาห์) ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวรและส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิตได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิต เช่น ปัจจัยทางพันธุกรรม ความเครียดในชีวิตประจำวัน ภาวะโรคร่วม และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ยังเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยากในระยะเวลาอันสั้น การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลให้นานขึ้น อาจเป็น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและผลต่อระดับความดันโลหิตในระยะยาว อย่างไรก็ตาม แม้ว่าระดับความดันโลหิตจะยังไม่ลดลงถึงระดับเป้าหมาย แต่การลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีและประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ร่วมกับการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง น่าจะช่วยให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นในระยะยาว และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของธารณี อนันตศรีณย์ (2559) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนและค่าความดันโลหิตตัวล่างต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < 0.01$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของสุพัตรา เปลื้องรัตน์ และกสิมา สงารัตนพิมาน (2565) ที่ศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่จัดทำขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตนเองดีกว่าได้รับโปรแกรมสุขศึกษา เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้จากโปรแกรมสุขศึกษา และสามารถนำความรู้ที่ได้รับนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านเป็นการเสริมแรงทางบวกหลังจากให้ความรู้เพื่อให้คำแนะนำเพิ่มเติมเป็นรายบุคคล ตลอดจนตอบข้อซักถามที่ผู้ป่วยสงสัย พร้อมทั้งกระตุ้นให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมพร้อมทั้งให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการออกแบบสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจได้ง่าย การให้ความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละคน

2. ควรสร้างความตระหนักในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเฉพาะเจาะจงตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยการประเมินภาวะสุขภาพและการพัฒนารูปแบบหรือนำโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแบบรายบุคคล เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยเพิ่มกิจกรรมและติดตามประเมินผลทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แผนยุทธศาสตร์ สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ปี งบประมาณ พ.ศ. 2557. Retrieved from <http://www.anamai.moph.go.th/download/download/>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). สังคมสูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สามลดา.
- ฉัตรลดา ดีพร้อม และนิวัฒน์ วงศ์ใหญ่. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลชุมพร อำเภอ เมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. J Sci Tecnol MSU.;38:451-461.
- ดารณี อนันตศรีณย์. (2559). ผลการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เขตเทศบาลเมืองหลังสวน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร.วารสารวิชาการแพทย์ เขต11. 30(4); 299-311.
- ณัฐจิณี เสือโต, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และมธุรส ทิพยมงคลกุล. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 32(2), 95-115.
- พรภัทรา แสนเหลา, เพ็ญผกา กาญจโนภาส, และทรัพย์ทวี หิรัญเกิด. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรคความดันโลหิตสูง ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 23(1), 98 107.
- วรุฒิ ชมภูพาน, ฐาغر เกชิต, วรางคณา ชมภูพาน, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, จริยา ยมศรีเคน และอัจฉรา ชนะบุญ. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1), 45-55.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง ปราณี ทัดศรี. (2563.) ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. บริษัท ทริค อิงค์.
- สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(1); 27-35.



สุพัตรา เปลื้องรัตน์ และกศิมา สงารัตนพินาน (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อ
ระดับความดันโลหิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชสระแก้ว. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 3(3), 37-48.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2556). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. เข้าถึงได้จาก

<http://thaincd.com/informationstatistic/non-communicable-disease-data>.

Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale,
NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

World Health Organization. (2008). Retrieved February 19, 2020 from

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43790>