



ISSN : 2822-0749 (Online)



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol.3 No. 1 : January - March 2024

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2567



**Academic
Leadership**

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2567 : Vol.3 No. 1 : January - March 2024



เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางด้านการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการให้บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ และพัฒนาคุณภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล อันเป็นกลไกส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เปิดรับ ได้แก่ บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความกรณีศึกษา (Case Study article)

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ ฉบับละไม่เกิน 20 บทความ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เดือนมีนาคม
- ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน – เดือนมิถุนายน
- ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม – เดือนกันยายน
- ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากกว่ากำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์พอ อำเภอมือ จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045-616041-7 E-mail : baokamk@gmail.com

Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ (Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. นพ.ทง วีระแสงพงษ์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชฐ จงเจริญ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นายปรีชา ปิยะพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. นายไพฑูรย์ แก้วอมร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นางบุญน้อม ไกรยา | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. นายวิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

1. Associate Professor Dr. Niruwan Turnbull : Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand
2. Associate Professor Dr. Chalermchai Khemtong : University of Florida, USA.
3. Assistant Professor Dr. Elvin Blanco : Houston Methodist Research Institute, Houston, Texas, USA.

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชฐ จงเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

1. ดร.อนันต์ ถิ่นทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. ดร.กำพล เข้มทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.อนุพันธ์ ประจำ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และผู้ทรงคุณวุฒิ |
| 2. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. ผศ.ดร.กิตติ เหลาสภาพ | อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 4. ผศ.ดร.กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์ | อาจารย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ |
| 5. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 6. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ | อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 7. ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 8. ดร.สมัย ลาประวดี | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. ดร.วรกร วิชัยโย | อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 10. ดร.ณัฐชาพันธ์ กมลฤกษ์ | อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี |
| 11. ดร.วิลาวัณย์ ขาดดา | อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 12. ดร.พุทธิไกร ประมวล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 13. Dr. Le Ke Nghiep | Lecturer of the Department of Health,
Vinh Long Province, Vietnam |
| 14. ดร.บุษบา บุญเกษม | โรงพยาบาลเมืองจันทร์ |
| 15. ดร.สุระพล นามวงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน |
| 16. ดร.ธีระวุธ คำโสภา | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 17. ดร.วิเชียร ศรีหนาจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 18. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 19. ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังค์กู |
| 20. ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์ | โรงพยาบาลห้วยทับทัน |
| 21. นพ.ชำนาญ สมรมิตร | โรงพยาบาลยางชุมน้อย |
| 22. นพ.อัครเดช บุญเย็น | โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย |
| 23. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 24. ภก.มัลลิกา สุพล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 25. ภก.เด่นชัย ดอกพอง | โรงพยาบาลขุนันธ์ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------|---------------------|
| 26. นายสมัย คำเหลื่อ | สาธารณสุขอำเภอนาทม |
| 27. นายอุทัย น้อยพรหม | โรงพยาบาลยางชุมน้อย |
| 28. นายอนุสร การะเกษ | โรงพยาบาลราษีไศล |
| 29. นางสาวขวัญจิตร เขิงชวน | โรงพยาบาลศรีสะเกษ |
| 30. นางกุสุมา มีศิลป์ | โรงพยาบาลศรีสะเกษ |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. นางจริยา เตชะสุข | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นางสาวรัชฎีกร ศรีหวาด | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวสาวิตรี ยามหอม | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
485 หมู่ 6 ต.โพธิ์ข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616040-6 ต่อ 312
<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 30 วัน
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิกับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม 2567 เปิดรับบทความวิชาการผ่านเว็บไซต์ระบบ ThaiJO โดยผ่านการพิจารณาคุณภาพบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ก่อนพิจารณาอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษา

บทความและผลการศึกษาวิจัย จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการ ได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพผลงานวิชาการ ผลการศึกษาวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารให้สอดคล้องหลักเกณฑ์ต่างๆ และการนำไปใช้ประโยชน์ของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัย เพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของวารสาร รวมถึงให้ความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นกับผู้สนใจส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการสืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความจะได้รับการกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมาตรฐาน กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้อย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ์ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ยุพยงค์ พาหา, วท.ม.</i>	1-15
การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ <i>อธิวัฒน์ วราพุด, ส.ม.</i>	31-42
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ <i>เสถียร โนนน้อย, ส.บ.</i>	46-60
การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ ตำบลกู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ <i>นัส เมืองจันทร์, ส.บ. และ สุทธิศักดิ์ นรดี, ประ.ด.</i>	61-75
การพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานตำบลตู๋ อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ <i>สำรอง สมหมาย, ส.บ.</i>	76-90
สถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2566 <i>ชโยมนต์ ดอกพอง, พ.บ., ปิยะดา สอนพุด, พ.บ., เจนจิรา ดินฮูเซ็น, ว.ท.ม., ศศิภา เตชะบุรินทร์, ว.ท.ม. และ ณัฐชัย ศรีสวัสดิ์, พ.บ.</i>	91-100
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ <i>จารวี เลี้ยงสุขสันต์, ส.บ., และ สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.</i>	101-114
ผลลัพธ์การตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ที่มาคลอด ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>จิรวัดน์ พลภักดิ์, พ.บ.</i>	115-126
ประสิทธิผลการศึกษาสุขภาพของสูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตตำบลโนนปูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกันทรตรวจ ตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ <i>ทวีติยา จันคณา, วท.บ., และ ศิริญา ชันทอง, วท.บ.</i>	127-140
การพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ <i>พุทธิไกร ประมวล, ส.ด. และ นิตยา ดวงแสง, วท.บ.</i>	141-155
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ธีรวัฒน์ ลาประวัตติ, ส.บ. และ สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.</i>	156-170

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
การเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 เลียง อุปมัย, ส.ม.	171-185
การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด และดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการ ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ชนากานต์ พรหมมาสุข, พย.บ.	216-230
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลกระแจะ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ชัชวาล ศรีเมือง, ส.ม.	231-244
ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ สุนทร หาญศึก, ส.ม.	245-258
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ชนิตา พานจันทร์, พย.บ.	259-273
ปัจจัยต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคขณะทำการรักษาในโรงพยาบาลกันทรามย์ มยุรา ผาสุนิตย์, พ.บ.	274-288
กรณีศึกษา	
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนน้ำลายลำบากโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย อรนุช แก่นทอง, พย.ม.	16--30
การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ขวัญเรียม เสี่ยมศักดิ์, พย.บ.	186-200
การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ทิวาพร เกษสร, พย.บ.	201-215

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ยุพยงค์ พาหา, วท.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ในอำเภอปรางค์กู่ จำนวน 410 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วย สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ แต่ละวงรอบมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 3 เป็นการวิจัย กึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเล็ก เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 110 คน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired sample t-test ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือน กันยายน 2566

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่น มีความเหมาะสม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ชุมชนผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัย ของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 2 ด้าน ได้แก่ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่และปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ ได้ร้อยละ 63.80 ($R^2=0.646$, $R^2_{adj}=0.638$) 4) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ QDE :PRANGKU Model ประกอบด้วย (1) P= Promote Elderly Exercise ส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (2) R=Responsibility ร่วมรับผิดชอบ (3) A=Area support จุดรองรับผู้สูงอายุ (4) N=Nursing Home ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (5) G=Good Environment สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี (6) K=Keep up Self -Esteem รักษาความนับถือตนเอง และ (7) U=Unity of Personal 5) การประเมินผลรูปแบบพบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ พบว่าการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนทางสังคม การให้คุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ได้

คำสำคัญ : รูปแบบ, ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, การมีส่วนร่วม

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: ypahau@gmail.com

A model of quality of life development affecting the elders In Prang Ku District, Sisaket Province

Yupayong Paha, B.Sc.¹

Abstracts

This research and development aims to develop a model for improving the quality of life of the elderly in Prang Ku District, Sisaket Province, by dividing the research into three phases. The sample consisted of 410 elderly people in Prang Ku district who collected data using a questionnaire created by the researcher. Multiple linear regression Phase 2 is action research to develop a model for improving the quality of life of the elderly through participation. Through the quality management process (PAOR) in 3 cycles, each cycle has 4 stages: planning, implementation, implementation, and implementation. Observation and reflection Selective target groups include people involved in the health care of the elderly. A total of 40 participants analyzed the data through data collection, classification, and content analysis. To study the effect of patterns developed in small groups. Comparison before and after the experiment The sample consisted of 110 elderly people, who analyzed the data by comparing the mean score differences of the variables before and after receiving the program using paired sample t-test statistics for the study period from May to September 2023.

The results findings are: 1) Quality of life of the elderly in Prang Ku District, Sisaket Province; physically, the elderly have comorbidities such as diabetes, high blood pressure, psychological aspects; the elderly have good living conditions, warmth, suitability, social relationships; etc. The elderly community participates in activities moderately. Environmental aspects the housing characteristics of the elderly are appropriate. 2) The overall quality of life of the elderly is high and 3) Factors that influence the quality of life of the elderly in Prang Ku District include factors of involvement with family and community. Social support factors Self-esteem factors All 5 factors can jointly explain the variation in factors affecting the quality of life of the elderly in Prang Ku District 63.80% ($R^2=0.646$, $R^2_{adj} = 0.638$). 4) The model for improving the quality of life of the elderly in Prang Ku District, Sisaket Province, is the QDE : PRANGKU Model, consisting of (1) P=Promote Elderly Exercise, (2) R=Responsibility, (3) A=Area Support, (4) N=Nursing Home, (5) G=Good Environment, (6) K=Keep up Self-Esteem, and (7) U=Unity of Personal. Social support and self-esteem Satisfaction with well-being The daily routine and quality of life of the elderly were statistically significantly higher than before the experiment at 0.05, indicating that the developed model could improve the quality of life of the elderly in Prang Ku District.

Keywords: Patterns, Elderly, development of quality of life, Community Participation

¹Public Health Technical Officer, Nonkhun District Public Health Office, Sisaket Province; E-mail: ypahau@gmail.com

บทนำ

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกและประชากรไทยที่คล้ายคลึงกัน ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมาเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2543-2544 ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 รองจากสิงคโปร์ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) ในปี 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 12.4 ล้านคน เปรียบเทียบคนอายุต่ำกว่า 15 ปีที่มีจำนวน 11.2 ล้านคน พบว่าดัชนีสูงวัยมีมากกว่ากลุ่มเด็ก จำนวนผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มเด็ก 1.2 ล้านคน จังหวัดศรีสะเกษมีผู้สูงอายุ 256,737 คน เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีลงมา 251,831 คน และผู้สูงอายุอำเภอปรารักษ์ มีจำนวน 11,321 คน เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 10,728 คน ซึ่งมีแนวโน้มสอดคล้องตามดัชนีการสูงวัยของประเทศ คือมากกว่า 100 (สำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ในปี 2564 มีเพียงร้อยละ 3.3 มีสุขภาพดีมาก ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพดี มีร้อยละ 42.7 สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 41.6 สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 10.7 และสุขภาพไม่ดีมากๆ ร้อยละ 1.7 โดยผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพสอดคล้องกับภาพรวม ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงประเมินสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 44.4 มากกว่าสุขภาพดี ร้อยละ 39.5 และเมื่อจัดแบ่งประเภทผู้สูงอายุโดยประเมินจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จัดจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พิกการหรือทุพพลภาพ ร้อยละ 1.3 2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ร้อยละ 1.8 และ 3) กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 96.9 ผู้หญิงมีสัดส่วนกลุ่มติดเตียงและติดบ้านมากกว่าผู้ชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นจะมีประสิทธิภาพที่เสื่อมถอยลง เช่น ระบบหายใจและหลอดเลือด ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและการทรงตัว ระบบย่อยอาหาร ระบบผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสุดท้ายอาจต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จากหลายสาเหตุและปัจจัย อาทิเช่น สภาพแวดล้อม การบริโภคอาหาร ความเสื่อมโทรมของร่างกายตามการใช้งานสภาวะความเครียด การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการเกษียณอายุ เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่พร้อมกันและไม่เท่ากัน ขาดแคลนแคล่วว่องไว การเคลื่อนไหวร่างกาย ความคิดช้าลง สภาพทางร่างกายเสื่อมถอยของกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลทำให้ความเสื่อมถอยของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ปัญหาด้านสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมาด้านการได้ยินหรือสื่อความหมายร้อยละ 24 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจ ร้อยละ 3 และสติปัญญา ร้อยละ 2 (รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย, 2562) ปัญหาสำคัญคือ ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม 6.8 แสนคน ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียง 46,779 คน (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ, 2564)

อำเภอปรารักษ์ เป็นอำเภอขนาดกลางมีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.40 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพทำนา นอกนั้นมีอาชีพปลูกพริก หอมแดง กระเทียม สวนยางพารา รับจ้าง รับราชการ/รัฐวิสาหกิจและค้าขาย มีวิถีชีวิตแบบชุมชนชนบทชนพื้นเมืองเผ่ากูย เขมรและลาว การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในท้องถิ่นเป็นไปตามวัฒนธรรมที่ได้รับการถ่ายทอดมา มีการรักษาผู้ป่วยโดยใช้แพทย์แผนโบราณ การร่ำแม่มดมีหมอธรรมเป็นปราชญ์ชาวบ้าน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรารักษ์, 2565) การพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอปรารักษ์จึงมีความสอดคล้องกับประเพณี วัฒนธรรม และชาติพันธุ์ของคนพื้นถิ่นด้วย การดำเนินงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2566 ของอำเภอปรารักษ์ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรารักษ์, 2566) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 10,481 คน คิดเป็นร้อยละ 92.58 พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 7.80 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 5.35 การมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 5.62 การกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 1.02 การเคลื่อนไหว 1.28 ความคิดความจำ ร้อยละ 1.54 ภาวะซึมเศร้า (2Q) ร้อยละ 0.95 ภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 1.04 และปัญหาที่พบจาก

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ ผู้สูงอายุพลัดตก หกล้ม จนเกิดความเสียหายต่อร่างกาย เช่น กระดูก ผู้สูงอายุเสื่อมกีนยา (สสอ.ปรางค์กู่, 2566) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่มีการใช้ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยา 1.6 เท่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการทรงตัว การเคลื่อนไหว การเดินมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีปัญหา 2.9 เท่า และผู้สูงอายุที่มีสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบบ้านมีทางลาดชัน มีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบบ้านไม่มีทางลาดชัน 2.8 เท่า (วนิดา ราชมณี, 2565)

ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สอดคล้องกับสภาพสังคม ชุมชน ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและแนวทางในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยวิจัยและพัฒนา (Research & Development) แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ (cross-sectional analytical study) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร การวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1 เทศบาลตำบลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้ง 10 ตำบลในพื้นที่อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 11,321 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยขั้นตอนดังนี้

1.2.1 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ด้วยการคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจ เพื่อประมาณค่าร้อยละ กรณีทราบขนาดประชากร (วิชัย กาญจนวสี และคณะ, 2551) โดยคำนวณจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = \frac{1}{\left[\left(\frac{4e^2}{Z^2}\right) + \left(\frac{1}{N}\right)\right]}$$

คำนวณได้มีทศนิยมเข้าใกล้จำนวนเต็ม จึงได้จำนวนตัวอย่าง 372 คน คำนวณตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อความครบถ้วนของข้อมูล รวมขนาดตัวอย่าง ได้ 410 คน

1.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อให้ได้ตัวอย่างตามต้องการตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ทั้งหมด 410 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทาง

สังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรangkū จังหวัดศรีสะเกษ มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทาง ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารวมทั้งการนำประเด็นสาระสำคัญและองค์ประกอบของปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับตำบล อำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสร้างและพัฒนาแบบสอบถาม ตามหลักการพิจารณา (วรรณรัตน์ อังสุประเสริฐ, 2543) จากขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ แล้วนำมาสร้างเป็นเครื่องมือในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 สอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งรายได้ ภาระหนี้สิน เงินออม และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

ตอนที่ 2 สอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรangkū จังหวัดศรีสะเกษ สอบถามข้อมูลตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม โดยประยุกต์ใช้จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2545, น. 1-145) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดแบบภาวะวิสัย (Perceived Objective) และอัตวิสัย (Self-report Subject) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท วัดระดับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 องค์ประกอบ ของผู้ตอบแบบสอบถาม แบ่งระดับการวัดเป็น 5 ระดับ คือ สูงที่สุด (5) และต่ำที่สุด (1) จำนวน 26 ข้อ

ตอนที่ 3 สอบถามข้อมูลปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรangkū จังหวัด

ศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ด้านการให้คุณค่าในตนเอง ด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และด้านการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท วัดระดับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบ่งการวัดออกเป็น 5 ระดับ คือ สูงที่สุด (5) และต่ำที่สุด (1) จำนวน 41 ข้อ

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะ/แนวทาง การปรับปรุงและพัฒนาแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรangkū จังหวัดศรีสะเกษ เป็นคำถามปลายเปิด

2. การหาคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยโดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสัมภาษณ์ และแบบสอบถามส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อดูความเหมาะสมและความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.2 การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง

การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับตำบล อำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอขุขันธ์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 40 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) เท่ากับ .871 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 แล้วนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้ 1) นำหนังสือแจ้งกลุ่มตัวอย่าง 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยนักวิจัย โดยมีการนัดวันและเวลา 3) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วิธีการเชิญผู้สูงอายุแต่ละตำบลมารวมกันพร้อมกับแจกแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้ตอบแบบสอบถามก็จะทำการแจกแบบสอบถาม หากคำถามใดไม่เข้าใจก็จะมีกรออธิบายเพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล จากการวิจัยเชิงปริมาณเป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องครบถ้วน ของแบบสอบถามทุกฉบับ 2) บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนในการวัดระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง ของกลุ่มตัวอย่างในแบบสอบถาม แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1) การแปลความหมายระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริงเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน จำนวน 5 ขั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 0.80 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546, น.160-162)

2) การแปลความหมายระดับความคิดเห็น/ความเป็นจริง ของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน จำนวน 5 ขั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 0.80 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยระดับของปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546, น.160-162)

3) การวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)

3) สร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ โดยวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ และจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R^2) ของปัจจัยที่ส่งผลต่อสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เหมาะสมต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่(Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย(Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณหรือการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis : R^2) เพื่อทดสอบสมมติฐานของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Level of Significant 0.05)

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล (Plan, Act, Observe, and Reflect: PAOR) (สมล ว่องวานิช, 2550)

1. กลุ่มเป้าหมาย กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 15 คน ผู้นำชุมชน 3 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล 3 คน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับตำบล 3 คน อำเภอบาง 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบาง ๖ คน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 40 คน ข้อมูลสำคัญ (Key Information) เกี่ยวกับบริบทและการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอบาง ๖ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) ผู้วิจัยศึกษาได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แล้วนำมากำหนดประเด็นเพื่อสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์เจาะลึกแบบมีโครงสร้าง (Structure In-Depth Interview) เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย

2.2 การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดในการวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ เพื่อตอบคำถามตามความมุ่งหมายโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นั้นมีความถูกต้องหรือไม่ โดยทำการตรวจสอบจากแหล่งที่มาของข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลให้ครบทั้ง 3 ด้าน เพื่อเป็นการยืนยัน (บุญธรรม จิตอนันต์, 2540)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานขอความอนุเคราะห์ และขอความร่วมมือเลือกกลุ่มเป้าหมายจำนวน 40 คน ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล (Plan, Act, Observe, and Reflect : PAOR) จำนวน 3 วงรอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและ

เชิงคุณภาพ นำมาร่างเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาในประชากรกลุ่มเล็กแล้วนำประเด็นปัญหาที่พบมาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความเที่ยงตรง สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาของพื้นที่

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา เป็นข้อมูลที่ได้จากกระบวนการจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอน ส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับตำบล อำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นำมาจัดทำเป็นแนวทางการวิเคราะห์ การวิเคราะห์เนื้อหา การเปรียบเทียบรูปแบบการสร้างคำอธิบาย การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอบาง ๖ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้าและร่วมกันออกแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอบาง ๖

การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอบาง ๖ จังหวัดศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเล็กเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินรูปแบบ เป็นกลุ่มเป้าหมายสำหรับกลุ่มทดลอง ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอบาง ๖ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้วิธีคำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีการวิจัยกึ่งทดลองที่มีผลการทดลองขนาดกลาง (Effect size) = .50 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% โดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวัฒนกุล, 2557) (simple random sampling)

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2 [P(1 - P)]}{[e^2(N - 1)] + [Z^2 \alpha/2 [P(1 - P)]]}$$

ได้กลุ่มตัวอย่าง 110 คน และมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือผู้สูงอายุที่ยืนยันว่าสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้และสมัครเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแต่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรม และขอถอนตัวออกจากกิจกรรมไม่ว่าด้วยเหตุผลใด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน คือ การเสริมสร้างกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย การบริหารกล้ามเนื้อท้องและเท้าและโยคะ ส้อมที่ใช้ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ การบรรยายและการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการให้คุณค่าในตนเอง คือ การเสริมพลังการเห็นคุณค่าตนเอง ให้ผู้สูงอายุและการสร้างความสุขด้วยตนเอง ส้อมที่ใช้ ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ การบรรยายของผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน คือ กิจกรรมสัมพันธ์เชิงกลุ่ม ส้อมที่ใช้ได้แก่ กิจกรรมสนทนาการ เอกสารแผ่นพับ และพระสงฆ์ผู้แสดงธรรม

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คือ สายสัมพันธ์เยี่ยมบ้าน ผู้สูงวัยติดเตียง และจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมสูงวัยติดเตียง ส้อมที่ใช้ ได้แก่ การบรรยาย การเยี่ยมบ้าน กิจกรรมจิตอาสา เอกสารแผ่นพับ ผู้ป่วยผู้สูงอายุ ติดเตียงและบ้านผู้ป่วยติดเตียง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมด้านพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการสนับสนุนทางสังคม คือ การบรรยายการสร้างบ้านญาติ พี่นุชฐานและสวัสดิการโดย อบต.การจ้างงานที่เหมาะสม โดย คณะกรรมการพัฒนาสถานศึกษา การจัดสวัสดิการ ฅาปนกิจสงเคราะห์ในชุมชน การจัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามในระยะเวลาที่ 1 เพื่อใช้ในการประเมินก่อนและหลัง ดังนี้ โดยใช้ประเมินการรับรู้และกระบวนการมีส่วนร่วม 5 ด้านได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง จำนวน 41 ข้อและแบบประเมินความคาดหวังของคุณภาพชีวิต แบบประเมินคุณภาพชีวิต (องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย) จำนวน 26 ข้อ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการและระยะปฏิบัติการ ดังนี้

1) ระยะเตรียมการการทำการวิจัย

1.1) ติดต่อประสานงานกับ พื้นที่ทำการวิจัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือใน

1.2) ติดต่อประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเจ้าของพื้นที่เพื่อประสานเรื่องเวลาแผนงาน ขออนุญาตใช้ห้องประชุม

1.3) เตรียมกลุ่มประชากรที่จะทำการวิจัยโดยการแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคย สร้าง สัมพันธภาพ ชี้แจงความมุ่งหมายในการทำการวิจัย อธิบายถึงวิธีการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม ขอความร่วมมือในการทำการวิจัย และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

1.4) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ด้าน

1.5) เตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบเก็บสอบถามก่อน - หลัง การร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ

1.6) สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test และใช้ผลการเปรียบเทียบมาปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-091 ลงวันที่ 12 พฤษภาคม 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในอำเภอ ปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 52.00 อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม 67.78 ปี (S.D. = 5.02) สถานภาพสมรส หม้าย ร้อยละ 38.05 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 51.41 อาชีพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (ก่อนอายุ 60 ปี) อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.95 แหล่งที่มาของรายได้ผู้สูงอายุมาจากบุคคลในครอบครัวให้ เช่น คู่สมรส บุตร บุตรหลาน ญาติ ร้อยละ 31.71 รายได้ทั้งหมดต่อเดือน เฉลี่ย 2,739.51 บาท (S.D.=6,002.22) หนี้สินเฉลี่ยประมาณ 17,963.41 บาท (S.D.=88,026.26) เงินออมเฉลี่ยประมาณ 37,580.49 บาท (S.D.=111,100.23) ผู้สูงอายุมีผู้ดูแล ร้อยละ 89.27 และความสัมพันธ์ของผู้ที่ดูแลกับผู้สูงอายุ เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 34.15

2. ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ มีระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)=3.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= .75 เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง 2 ด้าน ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) =3.44 และ 3.42 ตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= .84 และ .83 ระดับปานกลาง 2 ด้านคือ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านร่างกาย ($\bar{X}$) = 3.05 และ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)= .95 และ .83 ตามลำดับ

3. ระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ มีระดับของปัจจัยโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)=2.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = .60 มีระดับของปัจจัยอยู่ในระดับสูง คือ ปัจจัยด้านการให้คุณค่าของตนเอง ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = .56 นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงตามลำดับดังนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัย

ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) = 2.93, 2.89, 2.62 และ 2.61 เรียงลำดับจากมากไปหาน้อยตามลำดับ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = .90, .89, 1.08 และ 1.12

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอ ปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

4.1 การกำหนดรหัสตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ(X1) ระดับการศึกษา(X2) อาชีพปัจจุบัน(X4) อายุ(X5) รายได้ต่อเดือน(X6) ภาระหนี้สิน(X7) เงินออม(X8) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง(X9) ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(X10) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่(X11) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน(X12) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม(X13) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(y) โดยการใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient)

4.2 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) ในรูปของเมตริกซ์ สหสัมพันธ์(Correlation matrix) พบว่า พิจารณาตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 13 ตัว ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(y) พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย มีค่าระหว่าง .76 - .99 โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(y) มีระดับความสัมพันธ์สูง ดังนี้ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน(X12) กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(y) มีความสัมพันธ์กันสูงสุด .98 รองลงมา คือ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม(X13) .97 และปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง(X9) .86 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย มีค่าระหว่าง .51 - .70 โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(y) มีระดับความสัมพันธ์ปานกลาง ดังนี้ ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่(X11) มีความสัมพันธ์กัน .70 และปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(X10) มีความสัมพันธ์กัน .69 นอกจากนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่าย ระหว่างตัวแปรทั้งหมด กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในรูปแบบเมตริกซ์สหสัมพันธ์ (Correlation matrix)

ปัจจัย	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14
เพศ(X1)	1	.010	-.049	-.007	.022	.310	.104	.586	-.019	-.018	.000	-.009	-.034	-.085
สถานภาพ(X2)		1	-.014	.207	.024	-.089	-.030	-.120	.051	.057	.035	.054	.050	.096
การศึกษา(X3)			1	.039	.005	-.065	.026	-.021	-.052	-.023	-.065	.031	.039	.028
อาชีพ(X4)				1	-.005	-.035	.001	-.005	.011	.002	-.007	-.003	-.003	.046
อายุ(X5)					1	-.181	-.198	.039	.048	.133	.119	.070	.074	.105
รายได้(X6)						1	-.017	.022	-.048	-.083	-.108	-.018	-.016	-.135
หนี้สิน(X7)							1	-.339	.334	-.374	-.362	-.359	-.348	-.342
เงินเก็บ(X8)								1	.349	.354	.348	.368	.369	.346
ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง(X9)									1	.742	.891	.805	.776	.860
ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(X10)										1	.901	.639	.671	.692
ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่(X11)											1	.783	.773	.709
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน(X12)												1	.977	.982
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม(X13)													1	.979

4.3 การวิเคราะห์ค่าอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์แต่ละตัวแปรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้น แบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) ดังนี้

4.3.1 ผลการวิเคราะห์ค่าอำนาจการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ แต่ละปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) รวมจำนวนตัวแปรพยากรณ์ ทั้งหมด 13 ตัว กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นการเลือกเฉพาะตัวแปรพยากรณ์ที่ส่งผลต่อตัวแปรตามสูงจึงใช้วิธีการค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นบันได (Stepwise Regression) โดยพิจารณาตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรตามสูงสุด ถ้าผ่านเกณฑ์ก็จะถูกนำมาเข้าสมการในลำดับเดียวกันจนสิ้นสุดกระบวนการ

4.3.2 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อค้นหาตัวแปรพยากรณ์ที่ดีแบบขั้นบันได ในขั้นที่ 1 เมื่อปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน(X12) เป็นตัวพยากรณ์ค่าอำนาจในการพยากรณ์ (R^2) เท่ากับ .539 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .358 ในขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ซึ่งเป็นปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง (X9) ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .599

เพิ่มขึ้นจากเดิม .060 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ .333 ลดลงจากเดิม .025 ในขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ (X11) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .617 เพิ่มขึ้นจากเดิม .018 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .326 ลดลงจากเดิม .007 ในขั้นที่ 4 เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านระดับการศึกษา(X3) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .632 เพิ่มขึ้นจากเดิม .015 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .319 ลดลงจากเดิม .006 ในขั้นที่ 5 เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน(X6) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .640 เพิ่มขึ้นจากเดิม .008 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .316 ลดลงจากเดิม .003 ในขั้นที่ 6 เพิ่มตัวแปรปัจจัยด้านเพศ(X1) เข้าไปในสมการ ค่าอำนาจการพยากรณ์เท่ากับ .646 เพิ่มขึ้นจากเดิม .006 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .314 ลดลงจากเดิม .002 จะเห็นได้ว่าเมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ในแต่ละขั้นตอน ปรากฏว่าค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ มีค่าลดลงทุกขั้นตอน แสดงว่าตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวที่เข้าสู่สมการพยากรณ์ร่วมกันสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีจำนวน 6 ตัว คือ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน(X12) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง(X9) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่

(X11) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา(X3) ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน(X6) และปัจจัยด้านเพศ(X1) ตัวแปรอื่นๆ เมื่อเพิ่มตัวแปรพยากรณ์ที่เหลือเข้าไปในสมการแล้วทดสอบนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเดิมกับค่าสหสัมพันธ์พหุคูณลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้น้อย จึงถูกนำออกจากสมการพยากรณ์

4.3.3 การสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี ได้วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าน้ำหนักความสำคัญหรือค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์(b, β) ทั้ง 6 ตัวแปร และค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ รายละเอียดดังนี้ ตัวแปรพยากรณ์ 6 ตัว มีค่าน้ำหนักความสำคัญในการพยากรณ์ ตามลำดับ คือ ปัจจัยด้านรายได้ต่อเดือน(X6) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา(X3) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง(X9) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่(X11) ปัจจัยตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของกลุ่มตัวแปรพยากรณ์ที่ดี โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 6 ตัว

ตัวพยากรณ์	b	SE _b	β	t	p
ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน (X12)	.027	.132	.039	.201	.041**
ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง(X9)	.269	.052	.236	5.126	.000**
ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (X11)	.124	.07	.187	1.77	.038**
ระดับการศึกษา (X3)	.661	.145	.430	4.509	.000**
รายได้ (X6)	.624	.000	.055	1.013	0.312
เพศ (X1)	-.089	.051	-.065	-1.749	.031**

$R^2 = .646$ $SE_{est} = .638$ $a = 1.252$ $F = 50.084$

5.ขั้นตอนการพัฒนาแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรังคัง ดังนี้

การสร้างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ นำแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group., 1996) และแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของ บีเดิ้ล-บราวน์ และคณะ (Beadle-Brown et al., 2008) มาประยุกต์และปรับใช้จนได้ข้อมูลจากการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ได้มาจัดทำร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อระดมสมอง วิचारณ์

ด้านเพศ(X1) และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน(X12) ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ ในรูปคะแนนดิบ(b) เท่ากับ .661, .655, .269, .124, .089 และ .027 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .055, .430, .236, .187, .065 และ .039 ตามลำดับ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 6 ตัว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .868 มีค่าอำนาจการพยากรณ์ หรือ ค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์(X^2) เท่ากับ .646 ค่า F เท่ากับ 54.084 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE_{est}) เท่ากับ .638 และมีความคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ(a) เท่ากับ 1.252 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สามารถร่วมกันพยากรณ์หรือทำนายได้ร้อยละ 63.80 โดยเขียนเป็นสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในรูปแบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานได้รายละเอียดดังตารางที่ 2 ดังนี้

โดยใช้ตัวแปรพยากรณ์ จำนวน 6 ตัว

และให้ข้อเสนอแนะโดยกลุ่มเป้าหมาย นำมารวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์ วัดการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแต่ละบุคคล โดยมีแนวทางการพัฒนาและผู้เกี่ยวข้องดังนี้ คือ

5.1 ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กรณีผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จัดให้มีผู้ดูแลผ่านศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มีระบบการจ่ายค่าจ้าง การบริหารจัดการ กรณีผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ ครอบครัวอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติ รพ.สต./อสม. ส่งเสริมการออกกำลังกายและแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสม อปท.จัดสิ่งอำนวยความสะดวก

สะดวกตามที่สาธารณสุขที่ออกกำลังกาย อุปกรณ์ที่เหมาะสม

5.2 ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจะต้องร่วมมือกัน คือ ครอบครัว ชุมชน บ้าน วัด รพ.สต. และอปท. จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรม การแสดงออกของผู้สูงอายุ ให้ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน ส่งเสริมให้สร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านจิตใจ ผ่าน ประเพณีฮีต 12 คอง 14 เช่น งานประเพณี หวีบุญเบิกฟ้า เดือนสาม กิจกรรมวันสงกรานต์เดือนห้า ประเพณีแซนโงฐน ตาเดือนสิบ เป็นต้น และจัดกิจกรรมผ่านชมรมคนปรangkู๋ ไม่ทิ้งกัน กลุ่มแรงกลไกปลุกดันไม้ตามตาบิชัย

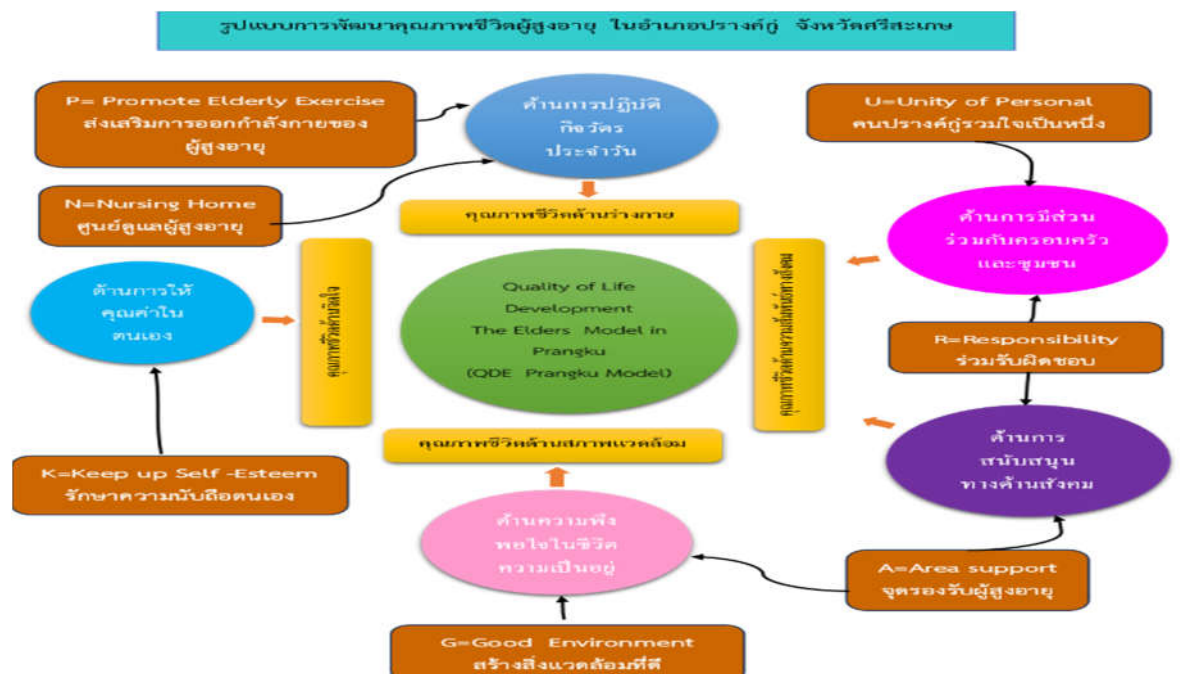
5.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยองค์การบริหารส่วนตำบลจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตความเป็นอยู่ จัดหาอาชีพที่เหมาะสม สถานที่พักผ่อน สิ่งอุปโภค บริโภค ยานพาหนะรับส่ง รพ. สต.จัดการการดูแลด้านสุขภาพในหน่วยบริการ ในชุมชน หรือดูแลถึงบ้าน

5.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ โดยพื้นฐานครอบครัว อปท. รพ.สต. ชุมชน สร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยการดำรงชีวิตที่บ้าน วัดมีส่วน

ส่งเสริมให้ใช้หลักทางพุทธศาสนา ความเชื่อ เข้ามาสร้าง การยอมรับในความเป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สังคม

5.5 ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง ร่วมกันรักษา/ สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น โดยการแสดงตัวตน แนวคิด การทำตนให้เป็นประโยชน์ ช่วยเหลือสังคม การ ร่วมแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ให้เห็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

6.รูปแบบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรangkู๋ จังหวัดศรีสะเกษ คือ PRANKU Model ประกอบด้วย P= Promote Elderly Exercise ส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ R=Responsibility ร่วมรับผิดชอบ A=Area support จุติรองรับผู้สูงอายุ N=Nursing Home ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ G=Good Environment สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี K=Keep up Self -Esteem รักษาความนับถือตนเอง U=Unity of Personal คนปรangkู๋รวมใจเป็นหนึ่ง



รูป 1 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในอำเภอปรangkู๋ จังหวัดศรีสะเกษ คือ QDE PRANGKU Model

7. ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรangkู๋ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

7.1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ปัจจัย หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง .90 คะแนน (95%CI=.63-1.16) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน .70 คะแนน (95%CI=.50-.91) ผลต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการสนับสนุนตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ในปัจจัยแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง (n=110)

ทางสังคม เพิ่มขึ้น .63 คะแนน (95% CI=.44-.81) ผลต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่เพิ่มขึ้น .89 คะแนน (95%CI=.62-1.15) ผลต่างค่าเฉลี่ยของปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้น .76 คะแนน (95%CI=.64-.87) ตามลำดับ ผลต่างค่าเฉลี่ยของการรับรู้ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น .78 คะแนน (95%CI=.60-.94) รายละเอียดตามตารางที่ 3

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในอำเภอปรังค์กู	ก่อนการพัฒนา (n=110) Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา (n=110) Mean(S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	3.50(1.21)	4.40(.39)	.90	.63- 1.16	6.64	<0.001**
ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัว และชุมชน	3.79(.97)	4.49(.41)	.70	.50- .91	6.92	<0.001**
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	4.03(1.08)	4.66(.42)	.63	.44- .81	6.83	<0.001**
ด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่	3.41(1.15)	4.30 (.49)	.89	.62- 1.15	6.62	<0.001**
ด้านการให้คุณค่าในตนเอง	3.81(0.63)	4.57(.27)	.76	.64- .87	13.41	<0.001**
ด้านร่างกาย	3.41(0.72)	4.13(0.68)	.72	.55- .88	8.73	<0.001**
ด้านจิตใจ	3.63(0.71)	4.03 (.67)	.40	.26- .54	5.70	<0.001**
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3.41(0.70)	4.10 (.74)	.69	.48- .82	7.44	<0.001**
ด้านสภาพแวดล้อม	3.46(0.90)	3.93(0.76)	.47	.30- .65	5.45	<0.001**
ภาพรวมของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	3.48(0.48)	4.04(0.61)	.56	.45- .67	10.07	<0.001**

p-value= 0.001

7.2 การเปรียบเทียบข้อมูลของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อมและภาพรวมของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้น .72 คะแนน (95%CI=.55-.88) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น .40 (95%CI=.26-.54) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เพิ่มขึ้น .69 (95%CI=.48-.82) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น .47 (95%CI=.30-.65) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น .56 (95%CI=.45-.67)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ จำนวน 410 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมา วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายด้วยสถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีสภาพความเป็นอยู่ดี อบอุ่นเหมาะสม ความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชนผู้สูงอายุ ได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม 2) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้านพบว่าระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านค่าในตนเอง ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่และปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทั้ง 5 ปัจจัยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่ ได้ร้อยละ 63.80 ($R^2=0.646$, $R^2_{adj}=0.638$) ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 40 คนวิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยจัดทำแนวทางการพัฒนาและเกี่ยวข้อง 5 ด้านได้แก่

1) ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม 3) ปัจจัยด้านการให้คุณค่าในตนเอง 4) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ และ 5) ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมาศ โกศลย์พิพัฒน์ และไพรัช โกศลย์พิพัฒน์(2561) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น ซึ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 6 มิติ คือ มิติด้านเศรษฐกิจ/รายได้ มิติด้านความเป็นอยู่ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านความอบอุ่น มิติด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และมิติด้านความมีคุณค่า แตกต่างเพียงไม่มีพัฒนา มิติด้านเศรษฐกิจ/รายได้เท่านั้น ผู้วิจัยได้สร้าง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ QDE PRANGKU Model ประกอบด้วย 1) P= Promote Elderly Exercise ส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ 2) R=Responsibility ร่วมรับผิดชอบ 3) A=Area support จุดรองรับผู้สูงอายุ 4) N=Nursing Home ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 5) G=Good Environment สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี 6) K=Keep up Self -Esteem รักษาความนับถือตนเอง 7) U=Unity of Personal โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในกลุ่มเล็กเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุ จำนวน 110 คน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired sample t-test พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองของการรับรู้การมีส่วนร่วมกับครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนทางสังคม การให้คุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอปรางค์กู่

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การจัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ(Nursing Home) เป็นการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือดูแลได้

น้อยผ่านระบบการทำงาน คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) โดยทำการศึกษารูปแบบหรือแนวทางในการจัดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับอำเภอปรางค์กู่

2. ขยายเวลาการศึกษารูปแบบให้มีการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ให้มีระยะเวลาอย่างน้อย 1-2 ปี และมีการปรับปรุงรูปแบบที่เหมาะสม

3. การใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่งต่อสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2562). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย:รายงานประจำปี 2562. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.
- กรมอนามัย. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย:รายงานประจำปี 2564. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่. (2565). สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2546). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น. พิมพ์ครั้งที่ 8.
- บุญธรรม จิตตอนันต์. (2540). การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
- ลลิตา ราชมี.(2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : (<https://hpc6.anamai.moph.go.th/cms-of-15/download/?did=213400&id=91524&reload=>).
- วรรณรัตน์ อังสุประเสริฐ.(2543). การวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร:ครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- ศิริชัย กาญจนวาสี และคณะ.(2551). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริมาศ โกศลย์พิพัฒน์ และไพรัช โกศลย์พิพัฒน์. (2561).

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ โดยความร่วมมือขององค์กรท้องถิ่น. (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : (<http://cmruir.cmru.ac.th/handle/123456789/1423>)

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม 1/2558. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนากำลังคนและความมั่นคงของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564.กรุงเทพมหานคร: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักบริหารงานทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน). (ระบบออนไลน์). แหล่งที่มา : <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view> (1 กุมภาพันธ์ 2566)

สมล ว่องวานิช. (2550). การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ลักษณ์. พิมพ์ครั้งที่ 10.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2540) เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อรุณ จีรวัดน์กุล. (2557). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิทยพัฒน์.

องอาจ นัยพัฒน์. (2554). การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและผสมผสานวิธีการ.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Denis, G.(1973). The cruel choice: A new concept in the theory of development New York:Atheneum.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย

อรนุช แก่นทอง¹

บทคัดย่อ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดโคโรนารีที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประชากร ในประเทศไทย เนื่องจากเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน การรักษาในบทบาทของโรงพยาบาลชุมชน ณ แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การให้การพยาบาล 3 ระยะ 1) การพยาบาลในระยะฉุกเฉิน (Emergency care) แรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2) การพยาบาลระยะแรก (Early care) ขณะอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 3) การพยาบาลระยะส่งต่อ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการดำเนินของโรค การรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะ เฉียบพลัน และศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกรณีศึกษา 2 ราย วิธีการศึกษาเป็นรายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย ระหว่าง 1 ธันวาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชายอายุ 81 ปี มีอาการเจ็บหน้าอกทะลุหลังก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ได้รับการคัดกรองเข้าห้องฉุกเฉินและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที แพทย์วินิจฉัยโรค Antero-lateral wall STEMI ให้การรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยเกิดภาวะ Cardiogenic shock หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่ามี Reperfusion ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 2 ชั่วโมง 57 นาที ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย กรณีศึกษารายที่ 2 เพศหญิงอายุ 73 ปี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง คัดกรองเข้าห้องฉุกเฉินและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันที แพทย์วินิจฉัย Infero-lateral wall STEMI ให้การรักษาโดยให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด Cardiogenic shock หลังยาละลายลิ่มเลือดหมด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่าไม่มี Reperfusion ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 1 ชั่วโมง 38 นาที ระหว่างส่งต่อผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน ถึงโรงพยาบาลแม่ข่ายอย่างปลอดภัย

สรุปผลการศึกษา บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤต มีความสำคัญยิ่ง ในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่แรกเริ่มในโรงพยาบาลจะส่งผลผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง และได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้น กับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ส่งผลทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย, ยาละลายลิ่มเลือด, การพยาบาล, กรณีศึกษา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา E-mail : oranuchr@gmail.com

Nursing care of acute myocardial infarction patients with Emergency Department: Two case studies

Oranuch Kaenthong¹

Abstract

Acute myocardial infarction is a cardiovascular disease that is the leading cause of death in Thailand. It is a crisis that causes the sudden death of a patient. AMI is a life-threatening heart muscle that is abruptly cut off, causing tissue damage. This is usually the result of a blockage in one or more of the coronary arteries and high complications if not treated promptly. Treatment in the role of a community hospital at the Emergency Department, providing nursing care 3 phases 1) First admitted to the emergency department. 2) Early nursing care in the emergency department 3) Referral nursing. This study was aim to report was to study the prognosis, treatment, and nursing characteristics of two patients with acute myocardial infarction in a case study of the patient. Research method was Case study in two specific cases diagnosed with acute myocardial infarction who received thrombolytic drugs admitted to the emergency department of Ranot Hospital, Songkhla Province, fast track system, conducted between 1 December 2022 to 30 June 2023. The tools used were interviews, observation of symptoms and medical records, patient assessments according to the 11 health plans of Gordon, and determination of the patient's nursing diagnosis according to the guidelines of the North American Nursing Diagnosis Association, providing 3 phases of nursing care: 1) Emergency nurses are) first admitted to the Emergency Accident and Forensic Department. 2) Early nursing care while in the Emergency Accident and Forensic Department. 3) Referral nursing.

This study found that: Case 1: The patient comes to with chest pain penetrating the back. These signs occurred before I went to the hospital for about 4 hours. He was immediately screened into the emergency room and had an electrocardiogram. The doctor diagnosed anterolateral wall STEMI and treated it with streptokinase. The patient developed cardiogenic shock after the clot-dissolving drug was completely administered. A repeat electrocardiogram found that there was reperfusion. total time in care was 2 hours 57 minutes. Refer to the host hospital, no complications. Case 2nd patient coming to with chest pain 4 hours. She was immediately screened into the emergency room and had an electrocardiogram. The doctor diagnosed Inferno-lateral wall STEMI and treated him with streptokinase. While receiving a blood clot-dissolving drug, Cardiogenic shock, after the blood clot-dissolving drug ran out, repeated ECG examinations found that there was no reperfusion. The patient was immediately transferred for treatment at the host hospital. The total time in care was 1 hour and 38 minutes.

Conclusion: The role of nurses in caring for patients with acute myocardial infarction in the critical stage is very important in assessing and screening patients correctly and quickly upon arrival at the hospital. This allows patients to receive a correct diagnosis and receive treatment with blood

clot-dissolving drugs quickly. Nurses must know about administering medications and monitoring for abnormal conditions that may always occur in patients. From the time the patient is admitted until they are transferred to a hospital with higher capacity, it results in reducing the death rate of the patient.

Keywords: myocardial infarction, blood thinners, nursing, case studies.

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายจากการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดโคโรนารีที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ โดยจะเกิดขึ้นภายในระยะเวลาเป็นนาทีหรือไม่เกินชั่วโมง กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดแบบเฉียบพลันทำให้เซลล์ขาดออกซิเจนและสารอาหารอย่างรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดความเสียหายที่ไม่สามารถคืนดีดังเดิมได้ กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายจะหยุดทำงาน (พริทีย์ สาริโส, 2565; Joyce & Jane, 2009) ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บแน่นกลางอกหรือหน้ามืด เป็นลม บางรายอาจถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน ภาวะนี้เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีอันตรายถึงชีวิต โดยสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Ventricular fibrillation) ภาวะหัวใจวายในเวลา (นพดล ชำนาญผล, 2563) วัตถุประสงค์สำคัญในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การทำให้หลอดเลือดที่อุดตัน หายอุดตันโดยเร็วที่สุด เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดให้กลับไปเลี้ยงหัวใจได้ใหม่ (Reperfusion) ซึ่งการรักษานั้นสามารถทำได้ด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolysis) หรือ การใช้สายสวนหลอดเลือดหัวใจ การเปิดหลอดเลือดชนิดพิเศษดูดเอาลิ่มเลือดออกพร้อมกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน และตามด้วยขดลวดค้ำยัน (Primary percutaneous coronary intervention: PPCI) โดยมีระยะเวลา ที่เรียกว่า นาทีทอง (Golden period) ในการเปิดหลอดเลือดอยู่ที่ 120 นาที หรือประมาณ 2 ชั่วโมงนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ เพื่อลดปริมาณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

และลดอัตราการเสียชีวิต หากได้รับการรักษาที่รวดเร็วเหมาะสม อย่างทันท่วงที (ปราชญ์ ทุโฬเร และคณะ, 2555) ตลอดจนการส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ไม่มีอาการกำเริบและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถใช้ชีวิตกับครอบครัว ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า สถิติโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนทั่วโลก ในทุกปีมีประชากรประมาณ 17 ล้านคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และคาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 23 ล้านคนในปี 2573 สำหรับประเทศไทยจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบการเสียชีวิตของคนไทยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง (F1) ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan เขตสุขภาพที่ 12 สาขาโรคหัวใจ โดยมีเป้าหมายลดอัตราผู้ป่วยตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (STEMI Fast Track) มินิโยบายให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการวินิจฉัย (Door to needle time) ภายใน 30 นาที ถ้ามีข้อบ่งชี้ กรณีผู้ป่วยจำเป็น

ต้องการรักษาโดยการทำการ PPCI จะได้รับการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งจากสถิติของผู้รับบริการของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (โรงพยาบาลระโนด งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน, 2565) พบว่า มีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาได้รับการรักษา ปี 2562-2565 เป็นจำนวน 14, 20, 17 และ 12 ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจำนวน 9 ราย, 4 ราย, 13 ราย และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.37, 57.14, 72.22 และ 41.67 ในปี 2565 มีผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน จำนวน 9 ราย และสามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 5 ราย จะเห็นได้ว่าเป็นความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติฉุกเฉิน ตั้งแต่แรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน การประเมินคัดกรอง อย่างถูกต้อง รวดเร็ว การดูแลให้ได้รับการวินิจฉัย การรักษา การบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ เฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมไปถึงการประสานงาน และให้การพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ ต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกายภาพศาสตร์ สรีระวิทยาของหัวใจ พยาธิกำเนิดของโรค การวินิจฉัย อาการและอาการแสดง ตลอดจนสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พวงทอง ขำเจริญ, 2563)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลระโนด โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษารายกรณีแบบเฉพาะเจาะจง เลือกรณีศึกษาที่น่าสนใจเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลระโนด จังหวัดสงขลา แบบระบบช่องทางด่วน (STEMI FAST TRACK) ดำเนินการศึกษาระหว่าง 1 ธันวาคม 2565 ถึง 30 มิถุนายน 2566 เครื่องมือที่ใช้ คือ การสัมภาษณ์ สังเกตอาการ และเวชระเบียน การซักประวัติ การตรวจร่างกาย รวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ การพยาบาลขณะส่งต่อ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน สรุปและประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่ายออกจากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินถึงโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพสูงกว่า วิเคราะห์และเปรียบเทียบกรณีศึกษา การประเมินผู้ป่วยตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามแนวทางของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลของอเมริกาเหนือ ให้การพยาบาล 3 ระยะ 1) การพยาบาลในระยะฉุกเฉิน (Emergency care) แรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2) การพยาบาลระยะแรก (Early care) ขณะอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 3) การพยาบาลระยะส่งต่อ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เพศชาย อายุ 81 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ.2565 เวลา 15.30 น. ด้วยอาการเจ็บหน้าอกทะเลหลังก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ขณะเลี้ยงวัวรู้สึกเจ็บหน้าอกทะเลหลัง เจ็บแน่นๆ ไม่ร้าวไปไหน ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ให้คะแนนความปวด 7-9 คะแนน มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลระโนด กินยาไม่สม่ำเสมอ มีประวัติขาดนัด 3 เดือน ปฏิเสธการดื่มเหล้า ยังสูบบุหรี่ 2-3 มวน/วัน (มากกว่า 40-50 pack-year) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเข้าห้องฉุกเฉินทันที แรกเริ่มที่ ER เวลา 15.30 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 153 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส

ความดันโลหิต 141/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 79 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ ทำ EKG พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead I, AVL, V2-V6, ST Segment Depression in lead II, III, aVF แพทย์วินิจฉัย Antero-lateral wall STEMI เตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งต่อเข้าระบบ FAST TRACK STEMI ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแผนการรักษาให้เจาะเลือดเพื่อตรวจหาความผิดปกติผล Troponin-I=0.18 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml rate KVO ให้ Aspirin (81 mg) 4 เม็ด ทางปากเคี้ยวทันที, clopidogrel 1 เม็ดกินทางปาก แพทย์เวร consult อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 Mu ผสมใน NSS 100 ml drip in 60 นาที ประเมินข้อห้ามก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด หลังได้ยาละลายลิ่มเลือด 10 นาที ความดันโลหิต 81/50 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที, แพทย์พิจารณาให้ drip Norepinephrine (1:50) start rate 10 cc/hr ร่วมกับให้ Chlorpheniramine (CPM) 10 mg IV stat, และลดอัตราการไหลของยาละลายลิ่มเลือดเหลือ 50 cc/hr หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 124/55 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที, วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์, Pain score 8 คะแนน แพทย์พิจารณาให้ Morphine 3 mg IV หลังจากให้ยาละลายลิ่มเลือด 30 นาที ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Reperfusion จึงส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 2 ชั่วโมง 57 นาที ระหว่างส่งต่อ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์คงที่ ความดันโลหิต 119/75 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที, วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์, Pain score 4 คะแนน นอนราบได้ Monitoring EKG ไม่พบ Cardiac arrhythmia, ST segment ไม่สูงเพิ่ม อาการเจ็บหน้าอกคงที่ ถึงโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย

จากการติดตามประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายพบว่าผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยการทำ PPCI จึงได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่องและกลับมารับการรักษาต่อที่คลินิก NCDs โรงพยาบาลระโนด จนถึงปัจจุบัน

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 73 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ 25 มกราคม พ.ศ.2566 เวลา 16.22 น. ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอก ร้าวไปแขนทั้งสองข้าง ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ให้คะแนนความปวด 7 คะแนน มีอาการนาน 1 ชั่วโมง ไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2554 รับยาโรงพยาบาลสงขลา กินยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองเข้าห้องฉุกเฉินทันที แรกรับที่ ER เวลา 16.22 น. น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 149 เซนติเมตร อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 160/86 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ที่ Room air ให้ค่าคะแนน Pain Score 7 คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead II, III, aVF, V5, V6 แพทย์วินิจฉัย Infero-lateral wall STEMI จึงเตรียมส่งต่อเข้าระบบ FAST TRACK STEMI ไปโรงพยาบาลแม่ข่าย มีแผนการรักษาดังนี้ เจาะเลือดเพื่อตรวจหาความผิดปกติ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Troponin-I, Repeat EKG, Chest x-ray, ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml rate KVO ให้ Aspirin (81 mg) 4 เม็ด ทางปากเคี้ยวทันที, clopidogrel 4 เม็ดกินทางปาก แพทย์เวร consult อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 Mu ผสมใน NSS 100 ml drip in 60 นาที ประเมินข้อห้ามก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 160/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์

ที่ Room air หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดไป 10 นาที ความดันโลหิต 98/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้ง ต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที วัดความ อิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ที่ Room air แพทย์เวรให้หยุดยาไว้ก่อน จากนั้น 10 นาที วัด สัญญาณชีพซ้ำ ความดันโลหิต 108/60 มิลลิเมตร ปรอท, ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที, วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์, แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อ จนหมด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่าไม่มี Reperfusion ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล

1 ชั่วโมง 38 นาที ระหว่างส่งต่อผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิต 144/94-170/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที วัดความอิ่มตัวของออกซิเจน 98 เปอร์เซ็นต์ ที่ Room air ผู้ป่วยนอนราบ ได้ Monitoring EKG ไม่พบ Cardiac arrhythmia, ST segment ไม่สูงเพิ่ม อาการเจ็บหน้าอกคงที่ตลอดการส่งตัว Pain score เท่ากับ 2 คะแนน จากการติดตามประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ระหว่าง Admit รอคิวทำหัตถการ PPCI ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตในเวลาต่อมา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	1. โรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี 2558 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีประวัติขาดนัด 3 เดือน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด	1. โรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี 2554 รับประทานยาสมาเสมอ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	2. BMI=15.76 Kg/mm ² , ควบคุมอาหารลดเค็ม ไม่ดื่มเหล้า ยังสูบบุหรี่ 2-3 มวน/วัน (มากกว่า 40-50 pack-year)	2. BMI=35.13 Kg/mm ² , ควบคุมอาหารลดเค็มลดหวาน ไม่ดื่มสุรา/เบียร์ ไม่สูบบุหรี่
3. การขยับถ่าย	3. ถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติ	3. ถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติ
4. กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย	4. ไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกายที่แน่นอน ทำงานเลี้ยงวัว	4. ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย เป็นผู้สูงอายุ นั่งๆ นอนๆ อยู่บ้าน
5. การพักผ่อนนอนหลับ	5. นอนหลับพักผ่อนช่วงเวลากลางคืนประมาณ 6-8 ชั่วโมง เข้านอนเวลาประมาณ 4 ทุ่ม ตื่นนอน 5 โมงเช้า	5. นอนหลับพักผ่อนช่วงเวลากลางคืนประมาณ 6-8 ชั่วโมง เข้านอนเวลาประมาณ 3 ทุ่ม ตื่นนอน 5 โมงเช้า
6. สติปัญญาและการรับรู้	6. รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ประสาทสัมผัสปกติ คะแนน ลงลายมือชื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดด้วยตนเอง ให้คะแนนความปวด 9 คะแนน	6. รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ประสาทสัมผัสปกติ ให้บุตรชายลงลายมือชื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดแทน ให้คะแนนความปวด 7 คะแนน
7. การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	7. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล รับรู้ว่าน่าความเจ็บป่วยค่อนข้างรุนแรงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี	7. มีสีหน้าวิตกกังวล ยอมรับการรักษาที่ได้รับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน กรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
8. บทบาทและสัมพันธภาพ	8. ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตรด้วยกัน 2 คน อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ในครอบครัวรักใคร่กันดี	8. อาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรสาว บุตรสาวพามารพ ครอบครัวรักใคร่ห่วงใยกันดี
9. เพศและการเจริญพันธุ์	9. ไม่พบปัญหา	9. ไม่พบปัญหา
10. การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด	10. ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการรักษาได้ด้วยตนเอง ยังมีสีหน้ากังวล บอกว่าเคยเป็นแบบนี้ นอนพัก ก็จะดีขึ้น ตลอดเวลาที่อยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยพูดน้อย ถามคำตอบคำ ญาติเดินเข้า เดินออกห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง	10. ให้ความร่วมมือในการรักษา ยังมีความกังวลเรื่องการเจ็บป่วยในครั้งนี้จะคุยกับบุตรสาวในการตัดสินใจรับการรักษา ผู้ป่วยพูดน้อย ถามคำตอบคำ มีญาติเดินเข้า เดินออกห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง
11. ความเชื่อ/ ค่านิยม	11. มีความเชื่อตามวิถีพุทธ	11. มีความเชื่อตามวิถีพุทธ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาข้อวินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ 1) การพยาบาลในระยะฉุกเฉิน (Emergency care) รับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 2) การพยาบาลระยะแรก (Early care) ขณะอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 3) การพยาบาลระยะส่งต่อ ได้ดังนี้

1. การพยาบาลในระยะฉุกเฉิน (Emergency care)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยบอกว่าขณะเลี้ยวหัวเจ็บบ้านอกทะลุหลัง เจ็บแน่นๆ ไม่ร้าวไปไหน ก่อนมารพ. 4 ชั่วโมง ให้คะแนนความปวด (Pain score) เท่ากับ 9 คะแนน ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead I, AVL, V2-V6, ST Segment Depression in Lead II, II, aVF

กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยบอกว่า 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปแขนทั้งสองข้าง ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ให้คะแนนความปวด 7 คะแนน ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead II, III, aVF, V5, V6

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกทุกเลา่ง กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอก โดยใช้หลัก OPQRST และรายงานแพทย์ให้ได้รับการรักษาทันทีทันใด

2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นระดับความรู้สึกตัวลดลง อัตราการไหลของปัสสาวะลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น การกำซาบเลือดสวนปลายลดลง capillary refill ช้ากว่า ปกติและซีพจรเบาเร็ว

3. ติดตามเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย Monitor EKG lead II เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

4. ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกโดยให้ยาตามแผนการรักษา โดยใช้หลัก MONA

- M = ให้ยาแก้เจ็บหน้าอก : Morphine 3 mg IV dilute 10 ml

- O = ให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที keep ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทางปลายนิ้ว $\geq 95\%$

- N = ดูแลให้ NTG อมใต้ลิ้น และตามด้วย NTG IV drip ถ้ายังมีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีภาวะหัวใจวาย (กรณีนี้ไม่ได้ให้)

- A = ดูแลให้ ASA (81 mg), Clopidogrel (75 mg) เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI เรียบร้อยแล้ว

5. จัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา เพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจข้างเป็นการลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และงดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

การประเมินผล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ASA (81 mg) 4 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel (75 mg) 1 เม็ดทางปาก, Morphine 3 mg IV dilute 10 ml มีอาการเจ็บหน้าอกลดลง ให้คะแนนความปวด 4 คะแนน พักผ่อนได้

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ASA (81 mg) 4 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืน, Clopidogrel (75 mg) 4 เม็ดทางปาก, มีอาการเจ็บหน้าอกลดลง ให้คะแนนความปวด 2 คะแนน พักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 : ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead I, AVL, V2-V6, ST Segment Depression in lead II, III, aVF, ผลการตรวจ Troponin-I=0.18 สงสัยที่บริเวณ Anterolateral myocardial infarction มีแนวโน้มอุดตันที่ Left circumflex coronary artery (LCX)

กรณีศึกษาที่ 2 : ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead II, III, aVF, V5, V6,

ผลการตรวจ Troponin-I=0.10 สงสัยที่บริเวณ Inferolateral myocardial infarction มีแนวโน้มอุดตันที่ Right coronary artery (RCA) เส้นเลือดที่ไป

เลี้ยงหัวใจห้องขวาและผนังหัวใจด้านล่าง Left circumflex coronary artery (LCX)

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือ Cardiac arrest

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น Pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ อัตราชีพจรเบาเร็ว อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปลายมือปลายเท้าเย็น การกำซาบเลือดสวนปลายลดลง capillary refill ช้ากว่าปกติ ร่วมกับประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จากการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

2. ติดตามปริมาณของปัสสาวะ อย่างน้อย 0.5 ml/kg/hr.

3. ให้ออกซิเจน 3 ลิตรต่อนาที keep ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทางปลายนิ้ว $\geq 95\%$ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ

4. เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างที่สำคัญในการช่วยชีวิต ให้มีความพร้อมเพื่อการช่วยเหลือ

การประเมินผล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ชีพจร 85 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/55 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 100% ใส่สายสวนปัสสาวะ Urine สีเหลืองใส ทั้งไปปริมาณ 100 CC ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Reperfusion

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เหนื่อยหอบ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนทางปลายนิ้ว 100% ชีพจร 96-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/94-170/100 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี Reperfusion

2. การพยาบาลระยะแรก (Early care)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 : ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead I, AVL, V2-V6, ST Segment Depression in lead II, III, aVF, ผลการตรวจ Troponin-I=0.18 สงสัยที่บริเวณ Anterolateral myocardial infarction มีแนวโน้มอุดตันที่ Left circumflex coronary artery (LCX) แพทย์มีคำสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 Mu ผสมใน NSS 100 ml drip in 60 min

กรณีศึกษาที่ 2 : ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead II, III, aVF, V5, V6, ผลการตรวจ Troponin-I=0.10 สงสัยที่บริเวณ Inferolateral myocardial infarction มีแนวโน้มอุดตันที่ Right coronary artery (RCA) เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจห้องขวาและผนังหัวใจด้านล่าง Left circumflex coronary artery (LCX) แพทย์มีคำสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 Mu ผสมใน NSS 100 ml drip in 60 min หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดไป 15 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายผลดีและภาวะแทรกซ้อนของยาละลายลิ่มเลือดให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษา พร้อมพยานทั้งคู่ให้บริการและผู้รับบริการ

2. ประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินการให้ยาละลายลิ่มเลือดสำหรับผู้ป่วย STEMI/ New LBBB พิจารณาข้อห้ามในการได้รับยา

3. ประเมินอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพ รวมถึงอาการทางระบบประสาท (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง จากการแตกของหลอดเลือดใน

สมอง) ทุก 10-15 นาที หากพบสัญญาณชีพที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

4. ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ก่อน ขณะให้ยา หลังให้ยาละลายลิ่มเลือด

5. เฝ้าระวังติดตาม Monitor EKG ไว้ตลอด เพราะอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VT, VF จาก reperfusion จากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

6. บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยา ต้องบันทึกปริมาณยาที่ได้รับและเวลาที่หยุดยา ในใบบันทึกการให้ยา

การประเมินผล

กรณีศึกษาที่ 1 หลังได้ยาละลายลิ่มเลือดไป 10 นาที วัดความดันโลหิต 81/50 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที, แพทย์พิจารณาให้ Norepinephrine (1:50) start rate 10 cc/hr ร่วมกับให้ CPM 10 mg IV stat, และลดอัตราการไหลของยาละลายลิ่มเลือดเหลือ 50 cc/hr ให้ยาละลายลิ่มเลือดหมด วัดความดันโลหิต 124/55 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 85 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Reperfusion

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผิวหนังชื้น เหงื่อออกตัวเย็น มีภาวะ Hypotension หลังได้ SK 15 นาที ความดันโลหิต 98/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์เวรให้หยุดยาละลายลิ่มเลือดไว้ก่อน หลังจากนั้น 10 นาที วัดความดันโลหิตต่ำ 108/60 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที, SpO2=98%, แพทย์พิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อจนหมด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำ พบว่าไม่มี Reperfusion

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต เนื่องจากความไม่แน่นอนในการดำเนินของโรค ผลการรักษา และหัตถการการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยสีหน้ากังวล ญาติเดินเข้า เดินออกห้องฉุกเฉินบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายเหตุผล วัตถุประสงค์ ก่อนให้การพยาบาล การใช้อุปกรณ์ การทำการทดลองต่างๆ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค แผนการรักษา เพื่อลดความกังวลและความร่วมมือในการดูแลรักษา
3. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามอาการเจ็บป่วย พร้อมอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน ใช้วาจาที่นุ่มนวลเพื่อความไว้วางใจ
4. ให้ข้อมูลเพียงพอเรื่องการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
5. อธิบายเหตุผลและความจำเป็นที่ต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า
6. การอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมในห้องฉุกเฉิน สังเกตอาการขณะมีผู้มาเยี่ยมและปรับการเยี่ยมตามความเหมาะสม

การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ยอมรับแผนการรักษา แต่ยังมีสีหน้ากังวล

3. การพยาบาลระยะส่งต่อ ขณะอยู่ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิเวศ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Cardiogenic shock หรือ Arrhythmia ขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค STEMI ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead I, AVL, V2-V6, ST Segment Depression in lead II, II, aVF ที่บริเวณ Anterolateral myocardial infraction มีแนวโน้มอุดตันที่ left anterior descending (LAD) และ Left circumflex artery (LCX) ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด แล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรค STEMI ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead II, III, aVF, V5, V6 ที่บริเวณ Inferolateral myocardial infraction มีแนวโน้มอุดตันที่ Right coronary artery (RCA) เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจห้องขวาและผนังหัวใจด้านล่าง Left circumflex coronary artery (LCX) ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด แล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะส่งต่อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนนำขึ้นรถพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วย แผนการดูแลรักษาที่ได้รับไปแล้ว แผนการดูแลรักษาขณะการส่งต่อ เอกสารการส่งตัว การประสานข้อมูลกับสถานพยาบาลปลายทาง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
2. ประสานทีมพยาบาลดูแลขณะส่งต่อ ซึ่งมีสมรรถนะในเรื่องการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และ Advance CPR ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่สามารถปรึกษาศูนย์อำนวยการ Ambulance Operation Center (AOC) ได้ตลอดระหว่างการเดินทาง
3. เตรียมความพร้อมใช้ของอุปกรณ์และเครื่องมือบนรถ Ambulance พร้อม Refer box set และเครื่อง AED เพื่อ Monitoring ตลอดเวลา ทดสอบความพร้อมใช้ของระบบ AOC สำหรับติดตามสถานะผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย
4. ให้การพยาบาลขณะส่งต่อบนรถพยาบาล ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ ประเมินระบบประสาท pain score ทุก 15 นาที ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดการเดินทาง
5. ส่งข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินให้กับแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยใช้หลัก ISBAR
6. ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยให้พร้อม กลับนำไปใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยในครั้งต่อไป

การประเมินผล

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือ ภาวะ Cardiogenic shock สัญญาณชีพคงที่ ความดันโลหิต 119/75 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ นอนราบได้ Monitoring EKG ไม่พบ Cardiac arrhythmia, ST segment ไม่สูงเพิ่ม อาการเจ็บหน้าอกคงที่ตลอดการส่งตัว Pain score เท่ากับ 4 คะแนน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือ ภาวะ Cardiogenic shock สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 144/94-170/100 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยนอนราบได้ Monitoring EKG ไม่พบ Cardiac arrhythmia, ST segment ไม่สูงเพิ่ม อาการเจ็บหน้าอกคงที่ตลอดการส่งตัว Pain score เท่ากับ 2 คะแนน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของกรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค	เป็นเพศชาย สูงอายุ (81ปี) มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2558 กินยาไม่สม่ำเสมอ มีประวัติขาดนัด 3 เดือน ยังสูบบุหรี่ 2-3 มวน/วัน (มากกว่า 40-50 pack-year), BMI=17.07 Kg/mm ²	เป็นเพศหญิง สูงอายุ (73 ปี) มีโรคประจำตัวไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2554 กินยาสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่, BMI=35.13 Kg/mm ²	กรณีศึกษาทั้งสองราย มีปัจจัยเสี่ยง คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกรณีศึกษา รายที่ 1 มีประวัติสูบบุหรี่ และทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคไขมันในเลือดสูง ร่วมกับค่า BMI เกินมาตรฐาน ซึ่งคนอ้วนจะมีภาวะหลอดเลือดแข็งได้บ่อย ทั้งสองรายจึงมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2550)
พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง	ผู้ป่วยมีอาการ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะเลี้ยงวัว รู้สึกเจ็บหน้าอกทะลุหลัง เจ็บแน่นๆ กลางหน้าอกให้คะแนนความปวด 7-9 คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบความผิดปกติ ST segment elevation in Lead I, AVL, V2-V6, ST Segment Depression in lead II, III, aVF ผล Troponin =0.18 ng/ml แพทย์วินิจฉัย Antero-lateral wall STEMI	ผู้ป่วยมีอาการ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักมีอาการเจ็บแน่น กลางหน้าอก ร้าวไปแขนทั้งสองข้าง ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ให้คะแนนความปวด 7 คะแนน ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบความผิดปกติของ ST segment elevation in Lead II, III, aVF, V5, V6 ผล Troponin =0.10 ng/ml แพทย์วินิจฉัย Inferolateral myocardial infraction	จากพยาธิสภาพของโรค เมื่อหลอดเลือดโคโรนารีอุดตันจะไปขัดขวางการไหลเวียนเลือด ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง หากขาดเลือดนาน 20 นาที กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย และส่งผลให้เกิดการเจ็บหน้าอก จากระยะเวลาที่นานขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะถูกทำลายเป็นบริเวณกว้างขึ้น ระดับ cardiac enzymes ที่สูงเกินค่าปกติ จะเป็นตัวบ่งบอกว่ามีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ จากการขาดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST-segment elevation จะพบระดับ enzymes เพิ่มขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการ แสดง (ต่อ)			โดย ค่า Troponin จะใช้เวลา 3-6 ชั่วโมง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย Trop I สูงกว่าค่าปกติแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า ทำให้การพยากรณ์โรคจะยิ่งแย่ลง กรณีศึกษาที่ 1 เป็น Anterolateral myocardial infraction มีแนวโน้มน้ำอุดตันที่ left anterior descending (LAD) และ Left circumflex artery (LCX) ขาดเลือดไปเลี้ยง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 เป็น Inferolateral myocardial infraction มีแนวโน้มน้ำอุดตันที่ Right coronary artery (RCA) เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจห้องขวาและผนังหัวใจด้านล่าง Left circumflex coronary artery (LCX) ทั้งสองรายมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ Cardiac Arrest
การรักษา	- ASA (81 mg) 4 tab เคี้ยว ก่อนกลืน - Plavix (75mg) 1 tab oral stat - Morphine 3 mg IV - NSS 1,000 ml IV drip KVO - Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml IV drip in 60 min - Norepinephrine (1:50) start rate 10 cc/hr - CPM 1 amp IV stat	- ASA (81 mg) 4 tab เคี้ยว ก่อนกลืน - Plavix (75mg) 4 tab oral stat - NSS 1,000 ml IV drip KVO - Streptokinase 1.5 mu + NSS 100 ml IV drip in 60 min	ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับการรักษาเบื้องต้น คือ การบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น ได้รับยา antiplatelet และ Thrombolytic agent ระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยมีภาวะ hypotension กรณีศึกษาที่ 1 แพทย์พิจารณาให้ Norepinephrine (1:50) start rate 10 cc/hr ลดอัตราการใช้ยาละลายลิ่มเลือดเหลือ 50 cc/hr และให้ยาละลายลิ่มเลือดจนหมด ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 หยุดให้ยาละลายลิ่มเลือด 10 นาที วัดสัญญาณชีพซ้ำ หลังจากนั้นให้ยาละลายลิ่มเลือดต่อจนหมด ซึ่งทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัญหาทางการ พยาบาล	ได้รับการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ การดูแลในระยะฉุกเฉิน (Emergency care) การ พยาบาลระยะแรก (Early care) และการพยาบาลระยะ ส่งต่อ มีแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 ข้อ สามารถแก้ไขบรรเทา อาการได้ตามแผนการ พยาบาล	ได้รับการพยาบาล 3 ระยะ ได้แก่ การดูแลในระยะ ฉุกเฉิน (Emergency care) การพยาบาลระยะแรก (Early care) การพยาบาล ระยะส่งต่อ มีแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 ข้อ สามารถแก้ไขบรรเทา อาการได้ตามแผนการ พยาบาล	ผู้ป่วยทั้งสองราย ได้รับการพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรอง การซักประวัติ การ ประเมินอาการเจ็บหน้าอกได้อย่าง รวดเร็ว สามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้น ได้ทันที มีระบบขอรับคำปรึกษาจาก แพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ เข้าใจถึง ระบบการส่งต่อในระบบช่องทางด่วน พิเศษ มีการประสานส่งต่อข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา การบรรเทาอาการ เจ็บ หน้าอก ด้วยการบริหารยาละลาย ลิ่มเลือด การเฝ้าระวังติดตามเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ ทันเวลาที่
การวางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้า ระบบทางด่วน (FAST TRACK STEMI) ไป โรงพยาบาลหาดใหญ่	ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเข้า ระบบทางด่วน (FAST TRACK STEMI) ไป โรงพยาบาลหาดใหญ่	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลขณะ ส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนหรืออาการทรุดลง ระหว่างนำส่ง
ติดตามผลการรักษา	ปฏิสเรการ PCI ได้รับการรักษาด้วยการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง	เสียชีวิตที่โรงพยาบาลแม่ ข่าย ระหว่างรอทำ PCI ภายใน 24 ชั่วโมงหลังส่งต่อ	

อภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์วินิจฉัยเป็นโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) จากการอุดตัน
ของหลอดเลือดแดง ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ
หัวใจส่วนด้านหน้า ด้านซ้ายและด้านหลังน้อยลง เป็น
ภาวะวิกฤตเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง ด้วย
ศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
แต่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
ผู้ป่วยรายนี้ผลตรวจค่า Trop I สูงกว่าค่าปกติ
แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า ทำให้การ

พยากรณ์โรคแย่ง เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และ
ได้รับการดูแลรักษาโดยการให้ยาต้านเกล็ดเลือด
และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) ตาม
มาตรฐานอย่างรวดเร็วและให้ยาทันเวลาภายใน 30
นาที ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้
จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีทักษะ และความรู้ ความสามารถ
ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนการให้ยา ขณะให้ยา และหลัง
ให้ยาละลายลิ่มเลือด ต้องเฝ้าระวัง ผลข้างเคียงของยา
พบว่าขณะให้ยาในช่วง 20 นาทีแรก ผู้ป่วยมีอาการ
หนาวสั่น ความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ (Hypotension)

ได้รับการแก้ไขเบื้องต้น ด้วยการให้ยากระตุ้นความดัน โลหิต Levophed (1:50) start rate 10 cc/hr ร่วมกับให้ CPM 10 mg IV stat และลดอัตราการไหล ของยาละลายลิ้มเลือดให้ช้าลงเหลือ 50 cc/hr พยาบาลเฝ้าระวังตรวจวัดสัญญาณชีพและ Monitor EKG อย่างต่อเนื่อง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจเต้น ผิดจังหวะ หรือภาวะช็อกซ้ำ และหลังให้ยาละลาย ลิ้มเลือด 30 นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่าหลอดเลือดหัวใจเปิด (มี reperfusion) มากกว่า 50% ผู้ป่วย ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยการประสานส่งต่อเพื่อ ทำ PCI ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ปฏิเสธ การทำ PCI จึงได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่ายหากผู้ป่วยยังปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้องมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำและเกิดภาวะ แทรกซ้อนได้ จึงควรมีการติดตาม ส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพที่ถูกต้อง แนะนำการงดสูบบุหรี่ การ รับประทานยาต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้อง แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ เมื่อมี เหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669 ซึ่งยังมีผู้ป่วย อีกร้อยละ 20.40 มาโรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วย กลุ่มนี้กลางวันจะอยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงาน เมื่อมีคนมาพบผู้ป่วยผิดปกติจึงจะรีบนำส่งโรงพยาบาล หรือ Call 1669 เรียกรถฉุกเฉิน และปัจจุบัน แนวโน้ม ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแลจะมีมากขึ้น ดังนั้นการ แก้ไขต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน โดยเฉพาะการมี caregiver ที่อยู่บ้านใกล้เรือนเคียง หรือ อสม.ช่วยเป็น พี่เลี้ยงในเรื่องการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะ ฉุกเฉิน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 เป็น Acute infero-lateral wall STEMI with out RV infarction หลอด เลือดด้านขวาอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนด้านล่าง และด้านข้างขาดเลือดไปเลี้ยง ผู้ป่วยมีโอกาสดังเสียชีวิต อย่างกะทันหัน (sudden death) เป็นการเสียชีวิตที่ เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ ซึ่งประมาณ ร้อยละ 40-50 ของผู้เสียชีวิต เกิดจาก หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular fibrillation)

ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีอาการเจ็บหน้าอกก่อนมาโรงพยาบาล 4 ชั่วโมง มีโอกาสเสี่ยงเกิด Cardiac arrest ได้ (ผ่อง พรพรรณ อรุณแสง, 2551) เมื่อมาถึงโรงพยาบาลได้รับการ คัดกรองเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว จากศูนย์เปลที่รับ ผู้ป่วยจากรถร่วมกับการซักประวัติที่ถูกต้องแม่นยำจาก พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์สูง มีแนวทางในการ ซักประวัติที่มีมาตรฐาน และมีความสามารถในการอ่าน คลื่นหัวใจไฟฟ้าที่ผิดปกติเบื้องต้น เพื่อรายงานแพทย์ วินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็ว สามารถให้ยาละลาย ลิ้มเลือดได้ภายใน 13 นาที ขณะให้ยาละลายลิ้มเลือด ได้ ประมาณ 12 นาที ผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำลง (Hypotension) แพทย์จึงให้ off streptokinase ไว้ ก่อน และประเมินสัญญาณชีพซ้ำจนสัญญาณชีพปกติ จึงให้ยา streptokinase จนครบ พยาบาลจะมีบทบาท สำคัญในการเฝ้าระวังโดยตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 10 นาที บันทึกอาการเปลี่ยนแปลง และเตรียมความพร้อม ระหว่างส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย มีการประสานรถ Ambulance และพยาบาลดูแลระหว่างส่งต่อมาอย่าง รวดเร็ว และเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถ ambulance ให้พร้อมใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย จากการติดตามประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ขณะรอคิวทำ PCI แต่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิต ในเวลาต่อมา

บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนทำได้ เพียงการให้ยาละลายลิ้มเลือด แล้วจะต้องส่งตัวผู้ป่วย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่าง รวดเร็วเพื่อทำหัตถการ PPCI ซึ่งพยาบาลแผนก อุบัติเหตุฉุกเฉินจะมีบทบาทสำคัญ ในการประเมินคัด กรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อช่วยให้การ วินิจฉัยได้ถูกต้อง นำไปสู่การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในกระบวนการ ดูแลรักษา การเตรียมให้ยา การเฝ้าระวังภาวะ แทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และเข้าใจ กระบวนการ ขั้นตอนในการขอรับคำปรึกษา จาก

อายุรแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคหัวใจ เข้าใจถึงระบบการส่งต่อในระบบช่องทางด่วนพิเศษ การประสานส่งต่อข้อมูลการพยาบาล และการเฝ้าสังเกตอาการและอาการแสดงขณะส่งต่อ เพื่อการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและจัดการกับภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันทั่วทั้งที่ รวมไปถึงการจัดทำแนวทางและมาตรฐานการรักษาพยาบาล แนวทางการประสานเครือข่ายบริการแบบ Fast track ให้พยาบาลทุกคนมีความรู้ที่เท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติจากภาวะการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต].

[เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2566; 10(2) : 90-96.

เข้าถึงได้จาก :

<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227084415.pdf>.

ณรงค์กร ชัยวงศ์. (พ.ศ.2550). เอกสารประกอบการ

สอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2. เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.

นพดล ชำนาญผล. (2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลันชนิดSTEMI. สงขลา : คณะ

แพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปราณี ทุไพบเร, วันดี โตสุขศรี, จงกลวรรณ มุสิกทอง, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และศรินทร์น์ ศรีประสงค์.

(2555). การพยาบาลอายุรศาสตร์1. โครงการตำรา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2551). การพยาบาลผู้ป่วย

โรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 8).

กรุงเทพมหานคร, โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา

พรทิพย์ สาริโส. (2565). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์

แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงทอง ขำเจริญ. (2563). กรณีศึกษาการพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร,

29(1), 37-39.

โรงพยาบาลระโนด, งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. (2565). สรุป

ผลงานประจำปี 2565 งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลระโนด.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2557).

แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาด

เลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 (พิมพ์

ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจ

แห่งประเทศไทย.

Joyce M. Black, Jane Hokanson Hawks. (2009).

Medical-surgical nursing: clinical

management for positive outcomes.

Saunders/Elsevier Inc., St. Louis, Mo.

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

อธิวัฒน์ วราพุด, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนา กระบวนการมีทั้งหมด 41 คน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 21 คน คณะอนุกรรมการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพสังคม จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผล จำนวน 200 คน การวิจัยใช้กระบวนการของ Kemmis และ McTaggart (1968) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน ขั้นตอนที่ 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน ขั้นตอนที่ 3) การติดตามสังเกตการณ์ และ ขั้นตอนที่ 4) การสะท้อนผล จำนวน 3 วงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา โดยใช้ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566 ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ TAGSTEAM Model คือ 1) Team District Health board : การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับอำเภอและระดับตำบล 2) Analysis Data : การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคืน ข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน 3) Good vision: การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน 4) Strategy Planning : การวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมดำเนินการ 5) Tombon Budget support : การจัด เติมน้ำมัน บัณฑิต อักแพง คนโนนคูณ ในแต่ละตำบล 6) Essential Care : การออกการดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลัง กลุ่มเป้าหมาย 7) Appreciation Capacity building : การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่าย ทรัพยากร 8) Motivation lessons learning : การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน ผลลัพธ์จาก หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต โดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 1.62 คะแนน (95% CI=9.93-10.63) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน (95% CI=6.75-7.38) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.45คะแนน(95% CI=4.46 -4.87) คุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น 1.62 คะแนน(95% CI=9.25-9.71) คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0.72 คะแนน (95%CI=2.60- 2.81) ตามลำดับ ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพทางสังคมที่ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ, คุณภาพสังคม, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, พชอ.

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: roongati2553@gmail.com

Development of a model for social quality development operations of the District Quality of Life Development Committee, Non Khun District, Sisaket Province

Atiwath Waraput, *M.P.H.*¹

Abstract

This action research The objective is to develop an operational model for improving social quality of the Society Model by District Health Board : DBH, Non Khun District, Sisaket Province. The target group used in developing the process has a total of 41 people, including the District Health Board (DHB), 21 people, the Subcommittee on Social Quality Development, 20 people, and the sample groups used in the evaluation. 200 people The research used the process of Kemmis and McTaggart (1968) which consists of 4 steps: 1) planning operations, 2) implementing the operations according to the plan, 3) monitoring and observing. and step 4) reflecting on the results, analyzing data by collecting, categorizing, and analyzing content. and compare the difference in the mean scores before and after using paired t-test statistics between July 2021 and May 2022. The research results found that the model of social quality development operations of the District Health Board (DHB) is the TAGSTEAM Model which is 1) Team District Health board: Appointment of sub-committee teams at the district and sub-district level 2) Aanalysis Data: Collection, analysis of data and return of data using the same approach 3) Good vision: Setting vision and goals. Operations 4) Strategy Planning : participatory planning in designing activities 5) Tombon Budget support : organizing a Hug Phaeng run for Non Khun people in each sub-district 6) Essential Care : providing care Visit and help strengthen the target group. 7) Appreciation Capacity building: Appreciation and giving value. Develop personnel and create resource networks 8) Motivation lessons learning : Organizing a motivational forum to exchange knowledge and extract lessons. The results after developing the model found that the score level according to the UCCARE criteria was significantly higher than before the implementation at the 0.05 level, It was found that after using the developed format sample group. There was a mean difference in the physical health quality of life scores. Increased more than before the experiment by 1.62 points (95% CI=9.93-10.63). Quality of life in terms of mentality increased by 2.28 points (95% CI=6.75-7.38). Quality of life in social relationships increased by 1.45 points (95% CI=4.46). -4.87) Environmental quality of life increased by 1.62 points (95% CI=9.25-9.71). Overall quality of life increased by 0.72 points (95%CI=2.60-2.81), respectively. with scores passing the criterion level 4 and above in every category. The developed model can be used to further develop social quality.

Keywords : Model, Social Quality, of District Level Quality of Life , District Health Board, DHB.

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Kanthararom District Health Office, Sisaket Province

E-mail: roongati2553@gmail.com

บทนำ

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการขับเคลื่อนและขยายผลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยมีพื้นที่นำร่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) ทั้งหมด 73 อำเภอ ต่อมา ปี พ.ศ. 2560 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเพิ่มอีก 127 อำเภอ รวมเป็น 200 อำเภอ เน้นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกกลุ่มวัยและในปี พ.ศ. 2561 มีการขยายพื้นที่ดำเนินการเป็น 878 อำเภอทั่วประเทศ เพื่อรองรับระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 มีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาวะประชาชน ในระดับพื้นที่ ที่นำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นมิติการทำงานที่บูรณาการ ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาให้ตรงกับความต้องการของประชาชน รวมถึงการกำหนดนโยบายสาธารณะในการพัฒนาสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ในอำเภอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง การพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการสุขภาวะระดับพื้นที่แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

อำเภอโนนคูณ ได้ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการณ้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและการประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต

และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน โดยในปี 2563 ได้กำหนดประเด็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 3 ประเด็น คือ 1) การดำเนินงานด้านการจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม 2) การดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพสังคม “คนโนนคูณ ไม่ทอดทิ้งกัน” 3) การด้านการพัฒนาคุณภาพเด็กก่อนวัยเรียน การดำเนินการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพสังคม “คนโนนคูณ ไม่ทอดทิ้งกัน” มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 1,116 คน เป็นกลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน/การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสน 684 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสน และอาจมีปัญหาการกิน/การขับถ่าย 27 คน กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน/การขับถ่ายหรือเจ็บป่วยรุนแรง 378 คน กลุ่มที่ 4 กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต 27 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนคูณ, 2564)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดำเนินงานด้านการดูแลกลุ่มนี้ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การดูแลเป็นมีเฉพาะด้านสุขภาพ ไม่ครอบคลุมมิติด้านอื่นๆ ที่ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต และยกระดับสุขภาวะประชาชนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ
จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research) ระยะเวลาดำเนินการในระหว่าง
เดือน กรกฎาคม 2565 ถึง พฤษภาคม 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ
คณะกรรมการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพ
สังคมจำนวน 41 คน ประกอบด้วย

- 1.นายอำเภอโนนคูณ จำนวน 1 คน
- 2.ปลัดอำเภอหัวหน้ากลุ่มงานบริหารงาน
ปกครอง จำนวน 5 คน
- 3.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนคูณ
จำนวน 1 คน
- 4.สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน
- 5.ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอโนนคูณ
จำนวน 1 คน
- 6.หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและ
องค์กรร่วม จำนวน 1 คน
- 7.นายกองค์การบริหารส่วนตำบล
จำนวน 5 คน
- 8.กำนัน จำนวน 5 คน
- 9.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จำนวน 8 คน
- 10.นักพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วน
ตำบล จำนวน 5 คน
- 11.ประธานอาสาสมัครพัฒนาความมั่นคง
ของมนุษย์ (อพม.) จำนวน 1 คน
- 12.ประธานชมรมอาปนกิจเพื่อการ
สงเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)
จำนวน 1 คน
- 13.ภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบในแต่ละ
ประเด็น จำนวน 5 คน

โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive
Sampling)ได้แก่ พื้นที่อำเภอโนนคูณ ประกอบด้วย 5
ตำบล

ขั้นตอนการวิจัย

โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1.ระยะวิเคราะห์ปัญหาข้อมูล
สถานการณ์ โดย

1. ศึกษาบริบท (Context) ศึกษา
ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคม
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) กำหนดขอบเขตของการวางแผนเพื่อนำไปทำ
แผนการดำเนินการ

2. ศึกษาสภาพความเป็นจริง
ปัจจุบัน (Current Reality) ประเมินการดำเนินงาน
พัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหา
จุดแข็ง จุดอ่อน ของชุมชน โดยผ่าน การแสดงความ
คิดเห็น

3 การกำหนดวิธีขึ้นการแก้ไข
ปัญหา กำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key
Actions Workshop) ระบุนิติปฏิบัติที่ต้องทำ โดย
การตั้งคำถามรวมศูนย์ ว่า เราจะ พัฒนารูปแบบการ
ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ
จังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรบ้าง

4 การออกแบบปฏิทินกิจกรรม
และงานที่มอบหมาย (Calendar of Activities and
Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียน
ปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วย จนได้
แผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ ตาม
รูปแบบ TAGSTEAM Model คือ

1) Team District Health board
: การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับอำเภอและ
ระดับตำบล

- 2) Aanalysis Data : การรวบรวม
วิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน
- 3) Good vision: การกำหนด
วิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน
- 4) Strategy Planning : การ
วางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม
ดำเนินการ
- 5) Tombon Budget support :
ตำบลสนับสนุนการดำเนินการร่วมกัน
- 6) Essential Care : การออกการ
ดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย
- 7) Appreciation Capacity
building : การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากร
และสร้างเครือข่ายทรัพยากร
- 8) Motivation lessons learning
: การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอด
บทเรียน

เครื่องมือวิจัย

โดยใช้แบบสังเกตแบบบันทึกการสนทนา
แบบรายงานการดำเนินงานขับเคลื่อนการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ
จังหวัดศรีสะเกษ แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ และการถอดบทเรียน แบบสัมภาษณ์รวบรวม
ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

- 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา
ใช้วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะ ประชากรของกลุ่ม
ตัวอย่างโดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และ ค่าสูงสุด
- 2.วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการ
วิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล
เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้
สถิติ paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมใน
การศึกษา โดยมีการขออนุญาตการศึกษา และเก็บ
ข้อมูลอย่างเป็นทางการและโดยสุจริต เพื่อให้
ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิด
โอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้
ประเด็นในการสอบถามและการสนทนาก็มีการ
กลั่นกรองอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เจازสิทธิในประเด็น
ที่เป็นเรื่องส่วนตัวที่อาจทำให้เกิดความเสียหายแก่
บุคคล การนำเสนอข้อมูลที่ไดจากการศึกษาจะเป็นการ
นำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ในการอ้างอิงถึงชื่อกลุ่ม
ตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วม
การศึกษาได้ตลอดระยะเวลาในการวิจัย โดยการพิทักษ์
สิทธิ์การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2022-032

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 64
และ 35.20) สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สถานภาพ
สมรส คู่ (ร้อยละ81.10) การพักอาศัยส่วนใหญ่อาศัย
อยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 79.00) ผู้ให้การดูแลขณะ
เจ็บป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลคือ สามเณร/ภรรยา
(ร้อยละ57.80) ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วย
ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน(ร้อยละ51.36) และ
ภาวะแทรกซ้อนที่มากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง
(ร้อยละ42.20) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า
ส่วนใหญ่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง
ทุกอย่าง (ร้อยละ89.8) การเตรียมอาหารรับประทาน
เมื่ออยู่ที่ บ้านพบว่าส่วนใหญ่เตรียมด้วยตัวเอง
(ร้อยละ 63)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ) โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.อำเภอโนนคูณ เป็นอย่างไร พบว่า ขาดการรวบรวมข้อมูลในภาพอำเภอ มีข้อมูลผู้ตกเกณฑ์ จปฐ. และไม่มีมีการดำเนินการส่งเสริมอาชีพตามความถนัด ไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาสก่อนออกให้ความช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการบูรณาการของทุกภาคส่วน

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ) ตามรูปแบบ TAGSTEAM Model คือ

1) Team District Health board :

การแต่งตั้งทีมคณะอนุกรรมการระดับอำเภอ และระดับตำบล

โดยการบริหารจัดการเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้ทำงานร่วมกันโดย Core team ซึ่งเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการทำงานร่วมกันแบบภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนงาน และหนุนเสริมการทำงานทั้งระดับอำเภอและระดับพื้นที่

2) Analysis Data :

การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน

ในระดับอำเภอกำหนดการรับฟังเสียงสะท้อนและความต้องการของประชาชนจากการประชุมภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ และที่ประชุมกำหนดผู้ใหญ่บ้านทุกเดือน ที่ประชุมกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่น อย่างน้อย ปีละ 4 ครั้ง ตลอดจนการเปิดเวที ในพื้นที่ชุมชนในพื้นที่ (ตามประเด็นที่พื้นที่และชุมชนมองเห็นปัญหา ร่วม) การประชุมส่วนราชการระดับอำเภอทุกเดือน

ในระดับพื้นที่ กำหนดช่องทางตามบริบทพื้นที่ให้ครอบคลุม การประชุมถอดบทเรียน และกล่อรับฟังความคิดเห็น ในกลุ่มที่เน้นหนักได้แก่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มพิการที่ต้องการภาวะพึ่งพิง ได้มีการประเมินและดูแลแบบองค์รวม มีการเยี่ยมบ้านคุณภาพ และสอบถามทุกครั้งที่ลงไปเยี่ยมและติดตามดูแล รวมทั้งเปิดช่องทางติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงกับสหวิชาชีพ เช่น เบอร์โทรศัพท์องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน แพทย์ กำหนดนักกายภาพบำบัด เภสัชกร เป็นต้นเพื่อให้ทันและรับรู้ความต้องการของประชาชน รวมทั้งให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนประเด็นที่ทำหน้าที่ในการค้นหาผู้ป่วยหาย รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาความต้องการและ วางแผนการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทั้งเชิงรุก เชิงรับ ได้นำมาปรับปรุงและแก้ไขตลอดจนวางแผนการช่วยเหลือแก้ไข ร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับ อำเภอ ในจังหวัด หรือ องค์กรเอกชน NGO กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในระดับอำเภอ ระดับตำบล ประชุมกลุ่มย่อย ในพื้นที่ ระดมสมองตามสภาพปัญหา ศักยภาพและบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา และทีมระดับอำเภอ กำหนดให้มีเวทีนำเสนอความคืบหน้า และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) Good vision:

การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน

มีการร่วมกันจัดทำแผนของคณะกรรมการดำเนินงานประเด็นพัฒนาคุณภาพสังคม “คนโนนคูณไม่ทอดทิ้งกัน” ร่วมกันจัดทำแผนการดำเนินงาน มีการนำเป้าหมายวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน คือ “ฮักแพงโนนคูณ” คนโนนคูณ ไม่ทอดทิ้งกันการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ (คนโนนคูณไม่ทอดทิ้งกัน) เป้าหมาย “พออยู่ พอกิน อยู่ดีมีแสง เบ่งแย่ง แบ่งปัน ”

4) Strategy Planning :

การวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมดำเนินการ

โดยมีการจัดทำข้อมูลร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนการทรัพยากรและแผนปฏิบัติการออกแบบระบบบริการร่วมกัน ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยหลายภาคส่วน โดยมีนายกองคการบริหารส่วนตำบลโพธิ์ เป็นประธาน มีบทบาทเพื่อประสานแผนสู่การปฏิบัติ ออกแบบระบบติดตามงานโดยขับเคลื่อนผ่าน “กองทุนฮักแพงโนนคูณ” นอกจากนี้ยังมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีท่านนายอำเภอเป็นประธานระดับอำเภอ ร่วมออกแบบการทำงานและติดตามการดำเนินงานในการขับเคลื่อนงาน นอกจากนั้นเพื่อให้ประเด็นสุขภาพที่อำเภอขับเคลื่อนมีประสิทธิภาพ ในรายประเด็นได้มีการแต่งตั้งทีมงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยได้นำเครือข่ายคณะทำงานร่วม มีการนำเสนอความคืบหน้าในทุกเดือน มีช่องทางการสื่อสารงานซึ่งกันและกันผ่านทางผ่าน การสื่อสารทั้งทาง Line กลุ่มต่างๆ หรือการพูดคุยประสานงานทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ

5) Tombon Budget support :

แสวงหา การสนับสนุน กองทุนฮักแพง คนโนนคูณ

ในแต่ละตำบล โดยมีนโยบายแนวคิดจากท่านนายอำเภอโนนคูณ ที่ว่า “*ควรป้องกันปัญหาต่างๆด้วยการออกกำลังกาย ทำอย่างไร คนโนนคูณรักษสุขภาพ* *โครงการเดิน วิ่ง ปั่น ฮักแพง คนโนนคูณ ควรสร้างกระแสการออกกำลังกายในรูปแบบของอำเภอโนนคูณ*”(นายอำเภอโนนคูณ) การตั้งกองทุนช่วยเหลือ ผู้ยากไร้อื่นๆนอกจาก ในวันสำคัญ และกองทุนบุญคุณลาน ท่านนายอำเภอ มอบ ปลัดอำเภอโนนคูณ ประสานช่วยเหลือเด็ก มอบท่านนายกองค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์โพธิ์ เรื่องการบริหาร

กองทุนช่วยเหลือ เสนอแนะทุก อนุออกช่วยเหลือพร้อมกัน ประสานเครือข่าย จัดกิจกรรมแต่ละตำบล

6) Essential Care :

การออกการดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย

ในการจัดระบบดูแลคุณภาพชีวิตพื้นฐาน มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ผู้ด้อยโอกาส โดยจัดทีมดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ทีมหัวหน้าส่วนราชการ พัฒนาชุมชน ผู้นำหมู่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มสตรี ชมรมผู้สูงอายุ หมอครอบครัวระดับอำเภอ สหวิชาชีพ แบ่งบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือในพื้นที่แบบองค์รวมและรอบด้าน ประสานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมดูแลผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายการทำงานคือดูแลประชากร ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ด้อยโอกาส ผู้ยากไร้ โดยมีหลักการคือการดูแล ให้ครอบคลุมทุก 4 มิติ คือ สภาพความเป็นอยู่ ครอบครัว รายได้ ที่อยู่อาศัย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในกลุ่มประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทีมชุมชนจะมีการประสานมายังโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ได้มีการพัฒนาญาติ ให้เป็น อสค.ในการร่วมดูแล

7) Appreciation Capacity building :

การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายทรัพยากร

โดยอำเภอโนนคูณมีการสร้างวัฒนธรรมเครือข่ายและให้บุคลากรมีความสุขภูมิใจให้รู้คุณค่าของการสร้างสุขภาพเพื่อให้เกิดความรักสามัคคีและเห็นคุณค่าของงานติดตามความก้าวหน้าชื่นชมความสำเร็จในการดูแล ทั้งในระดับบุคคลและระดับทีม ให้ความสำคัญกับโอกาสสำคัญของเจ้าหน้าที่และภาวะวิกฤตของชีวิตทั้งบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ เช่น การชื่นชมกันผ่าน Line กลุ่ม การเยี่ยมการทำงาน การช่วยเหลือหน่วยงานอื่นเมื่อมีการรับประเมิน อวยพรวันเกิด แต่งงาน เยี่ยมป่วย เยี่ยมหลังคลอด

เป็นต้น มีการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากรในการทำงาน เช่น การจัดงานบุญประจำปีบุญคุณลาน จัดการแข่งขันกีฬาหัวหน้าส่วน จัดงานรื่นเริงปีใหม่ งานสงกรานต์ งานเลี้ยงรับเลี้ยงส่ง ในส่วนภาคีเครือข่ายอำเภอโนนคูณ ได้ให้ความสำคัญกับภาคีเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่ บุคคล ชุมชน องค์กร ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานต่างๆเป็นอย่างดีอีกทั้งส่งเสริมเชิดชู ผู้ที่มีผลงานเด่นให้ได้รับ เกียรติยศ ระดับภาค ระดับประเทศ เช่น กำนันแหบทองคำ ผู้ใหญ่บ้านดีเด่น การยกย่องบุคคลต้นแบบการทำความดี Idol

8) Motivation lessons learning :

การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียน

โดยการเป็นพื้นที่แบบอย่างนำเสนอผลการดำเนินงานในที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านหัวหน้าส่วนราชการอำเภอโนนคูณ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน พชอ.ในระดับ จังหวัดศรีสะเกษ และระดับเขตสุขภาพที่ 10

ผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีหลักการคือการดูแลให้ครอบคลุมทุก 4 มิติ คือ สภาพความเป็นอยู่ ครอบครัว รายได้ ที่อยู่อาศัย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในกลุ่มประคับประคอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทีมชุมชนจะมีการประสานมายังโรงพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ได้มีการพัฒนาญาติให้เป็น อสค.ในการร่วมดูแล ช่วยเหลือการศึกษักเรียน จำนวน 554 คน 38 โรงเรียน ทุนช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส

ผู้ยังชีพ 74 คน ผู้ประสบวาตภัย 88 ครอบครัว ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพทางสังคมที่ดีขึ้นต่อไป

การประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ TAGSTEAM Model

การประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม และ คุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้ สูงอายุ และ กลุ่มเปราะบาง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่าง มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 1.62 คะแนน (95% CI=9.93-10.63) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น 2.28 คะแนน (95% CI=6.75-7.38) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เพิ่มขึ้น 1.45คะแนน(95% CI=4.46 -4.87) คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มขึ้น 1.62 คะแนน(95% CI=9.25-9.71) คุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้น 0. 72 คะแนน (95%CI=2.60-2.81) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม ของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพสังคม ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. อำเภอ โนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ	ก่อน (n=200) (S.D.)	หลัง (n=200) (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p- value
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	33.0 (1.38)	22.71 (2.80)	1.62	9.93-10.63	57.1558	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	28.89 (1.04)	21.82 (2.44)	2.28	6.75-7.38	43.6732	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทาง สังคม	9.75 (1.64)	14.42 (0.71)	1.45	4.46 -4.87	45.3408	<0.001
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	29.01 (2.03)	38.49 (1.54)	1.62	9.25-9.71	82.5096	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	6.33 (1.13)	9.04 (0.68)	0. 72	2.60-2.81	52.7162	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาค้นคว้าสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่าน การแสดงความคิดเห็น โดยตั้งคำถามว่าสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ เป็นอย่างไร พบว่า ขาดการรวบรวมข้อมูลในภาพอำเภอ มีข้อมูลผู้ตกเกณฑ์ จปฐ. และไม่มีมีการดำเนินการส่งเสริมอาชีพตามความถนัด ไม่มีการแยกประเภทผู้ด้อยโอกาส ก่อนออกให้ความช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวขาดที่อยู่อาศัย ขาดการบูรณาการของทุกภาคส่วน สอดคล้องกับ การศึกษาของเกียรติศักดิ์ วิจักขณกุลและ อารี บุตรสอน ได้ศึกษาการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สถานการณ์การบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงใน ชุมชนตำบลโนนโพน พบว่า งบประมาณที่สนับสนุนจาก สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 6,000 บาท ต่อคนต่อปี เป็นงบประมาณที่ไม่เพียงพอในการดูแลบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จึงจำเป็นต้องหาแนวร่วมหรือผู้สนับสนุนหลักโดยการสร้างเครือข่ายการบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนร่วมกันของผู้ที่มีอุดมการณ์เดียวกันในการมุ่งการบริหารผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในชุมชนที่เกิดการดูแลที่เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรจะเป็นผ่านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียที่ครบถ้วน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพสังคมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ตามรูปแบบ TAGSTEAM Model คือ

1) Team District Health board : การแต่งตั้งทีมคณะกรรมการระดับอำเภอและระดับตำบล

2) Aanalysis Data : การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลโดยใช้แนวทางเดียวกัน

3) Good vision: การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายการดำเนินงาน

4) Strategy Planning : การวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมดำเนินการ

5) Tombon Budget support : การจัด เงิน งบประมาณ คนโนนคุณ ในแต่ละตำบล

6) Essential Care : การออกการดูแล เยี่ยมช่วยเหลือเสริมพลังกลุ่มเป้าหมาย

7) Appreciation Capacity building : การชื่นชมและให้คุณค่า พัฒนาบุคลากรและสร้างเครือข่ายทรัพยากร

8) Motivation lessons learning : การจัดเวทีสร้างแรงจูงใจแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน สอดคล้องกับ สอดคล้องกับการศึกษา ชไมพร แร่ทอง (2553) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 กองการแพทย์เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี พบว่า โครงการที่ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างภาคีองค์กรต่างๆ ในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพการจัดการหน่วยบริการเคลื่อนที่การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุเป็นการพัฒนาร่วมกันทั้งภาครัฐและประชาชน รวมถึงภาคีที่เกี่ยวข้องต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและชุมชน และสอดคล้องกับการศึกษา เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ (2555) ได้ศึกษากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมาบแค อำเภอมือ จังหวัดนครปฐม ผลการวิจัยพบกระบวนการสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาการมีส่วนร่วมนั้นๆ กระบวนการ

พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1) การสร้างทีมแกนนำ ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญของชุมชน

2) กระบวนการค้นหาปัญหาและความต้องการ

3) การออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุภายใต้แนวคิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในเวทีประชาคม

4) กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนในระดับพื้นที่ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วม พบว่า

1) เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลสุขภาพในชุมชนมีความเข้มแข็ง โดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง

2) ระบบบริการมีการเปลี่ยนแปลงจากเชิงรับเป็นเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วยหรือโรค

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการทำงานในโครงการดูแลสุขภาพ มีผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรับบริการมากขึ้น

3.ผลของการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง อำเภอโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ สูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ณิชาสกล นาคกุล (2561) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ผลการวิจัยพบว่า ทีมผู้ให้บริการพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงที่ชัดเจนขึ้นโดยมีรูปแบบในการพัฒนา 5 ประเด็น คือ

- 1) การพัฒนาศักยภาพของทีมงาน
- 2) การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม
- 3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

ดูแลผู้ป่วย

- 4) การสนับสนุนการดูแลตนเอง
- 5) การสนับสนุนทางสังคมผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 ราย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($w=-2.122$) และในส่วนของ การรับรู้ภาวะสุข ภาพ พบว่าหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุข ภาพที่ดีกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($w=-8.024$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหาที่จำเป็นของพื้นที่ ชุมชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นทางการ และลงพื้นที่เพื่อรับฟัง เสริมพลังของชุมชนให้ สามารถนำมากำหนดแนวทางร่วมกันในการจัดการ หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างถูกต้อง และเกิด ประโยชน์อย่างแท้จริง

2. การคืนข้อมูลให้พื้นที่ชุมชนเพื่อให้ทราบ ปัญหา ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยแก้ปัญหา และ พัฒนาชุมชน

3. เปิดโอกาสให้ชุมชน หรือภาคประชาสังคม เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานประเด็นปัญหาเพื่อสร้าง การ มีส่วนร่วมที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับ ประชาชนในมุมมองของประชาชนโดยตรง เพื่อสะท้อน ผล พัฒนาที่ชัดเจน

2. ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ภาวะผู้นำ

ศักยภาพ ของคณะกรรมการ พขอ. ต้นทุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

เกียรติศักดิ์ วิจักขณกุลและ อารี บุตรสอน. (2564).

การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานบริหารผู้ป่วย ติดบ้านติดเตียงในชุมชน ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.

ชไมพร แร่ทอง. (2553). การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 8 กองการแพทย์ เทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี.

ณิสาชล นาคกุล. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี.

เพ็ญจันทร์ สิทธิปริชาชาญ .(2555). กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมาบแค อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม.

มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์ ติวดีไทย. (2563). บทเรียน พขอ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.นนทบุรี.

ฤทัย วรรณวินิจ. (2561). แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ, วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

วัฒนา นันทะเสน. (2558). การประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ, 7(30), 105-113.

วัฒนา สว่างศรี. (2560). ถอดบทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ศรีเรือน ดีพูน. (2562). ประสิทธิภาพของกลไก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบ
สุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นำร่องอำเภอขุน
หาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการพัฒนา
สุขภาพชุมชน ,7(2), 263-281.

ศิวกรณ์ เงินราง. (2562). รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสาร
การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัย
อุบลราชธานี, 2(2),108-116.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ. (2560). เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
(30เป้าหมายที่มีความสำคัญลำดับแรก)
[อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงเมื่อ 6 มกราคม 2564
จาก <http://sdgs.nesdb.go.th/goal>.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). กรอบ
ยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย
พ.ศ.2559-2563. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัด
ศรีสะเกษ. (2563). รายงานผลการดำเนินงาน
ตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดปี 2563, ศรีสะเกษ.

สำนักนายกรัฐมนตรี.(2561).ระเบียบสำนัก
นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่.ศ.2561[อินเทอร์เน็ต], เข้าถึงเมื่อ
7 มกราคม 2564.
<http://ratchakitcha.soc.go.th>
/DATA/PDF/2561/ E/054/1.PDF.

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชนในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

เสถียร โนนน้อย, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข พัฒนา 4 ทักษะสำคัญ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ใช้เวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) และหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 3อ 2ส มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) จึงสรุปได้ว่า สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส, ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพิงพวยใต้ อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

; E-mail:Satien6913@hotmail.com

Effect of Health Literacy and Health Behavior 3E 2S Development Program among People in Phingpuay Sub District Sirattana District, Srisaket Province

Satien Nonnoy, B.P.H.¹

Abstracts

This study was a quasi-experimental case-control group research, pre-post test. Aim to evaluate the health literacy and health behavior 3E 2S development program among working people in Pingpuay Subdistrict, Sirattana District. Sisaket Province had a total of 60 samples: 1) an experimental group of 30 samples, and 2) a control group of 30 samples. The research tools used a health literacy and health behavior development program developed according to the concept of promoting health literacy by the Health Education Division, Ministry of Public Health, which included 4 important skills: 1) skills for accessing health information and services; 2) skills for understanding health information; 3) skills for evaluating health information and services; and 4) skills for applying health information and services. It took a total of 3 weeks. Data were collected through questionnaires. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

The research results found that after the experimental group participated in the program, scores of health literacy and 3E 2S behavior increased and were significantly different at the 0.05 level (P-value <0.001), and the experimental group participated in the program. They had higher scores on health literacy and 3E 2S behavior than the control group, and there was a statistically significant difference (P-value <0.001). It can be concluded that this program can be used to develop health literacy and health behaviors for people in the community by adjusting to suit the context of the people in each area to develop appropriate health behaviors to prevent various diseases, especially chronic non-communicable diseases.

Keywords: Health literacy, Health behavior 3E 2S, Working people

¹Public Health Technical Officer, Phingpuay Health Promoting Hospital, Sisaket Province ;

E-mail: Satien6913@hotmail.com

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐาน มาใช้เป็นกลวิธีหลักในการพัฒนามาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศและส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนเอง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) โดยกำหนดในยุทธศาสตร์การพัฒนา เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดการบริการสุขภาพ โดยมีจุดเน้น เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ สนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาข้อมูลและระบบสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ผ่านช่องทางที่เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้านการป้องกันควบคุมโรคเพื่อยกระดับความรู้ทุกกลุ่มวัย เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุนการร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่าอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอคือความรู้ทางสุขภาพ ซึ่งเป็นระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญา

และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการ ทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจุดใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) จากแนวคิดของ Nutbeam (2000) อธิบายถึงความรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนที่จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล ทั้งข้อความที่เขียนและวาจาของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร อีกทั้ง การปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น ในระดับถัดมา (ระดับ 2) Communicative /Interactive Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น และระดับสูงสุด (ระดับ 3) Critical Literacy หรือความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงดี อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี

ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี โดยเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งหมด 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพของตนเองป้องกันโรคด้วยตนเอง การคัดกรอง และเลือกgrabผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีที่สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพรวมถึงสนับสนุน การร่วมตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2564)

ในปัจจุบันสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชากรโลกเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยทางพันธุกรรม สรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ในปี 2564 โรคเรื้อรังคร่าชีวิตคนบนโลกสูงถึง 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 74 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และในส่วนนี้เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สูงถึง 17 ล้านคน โดยประเภทการเสียชีวิตส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง) มะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด) และโรคเบาหวาน (World Health Organization, 2022) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค จึงติดต่อไม่ได้ด้วยการสัมผัสคลุกคลีหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (Vector) หรือผ่านทางสารคัดหลั่งต่างๆ ซึ่งโรคไม่ติดต่อมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลให้โรคมีอาการและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2564) ประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศที่ได้รับผลกระทบ

จากการการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตประชาชน โดยพบว่าสาเหตุการตายรายกลุ่มโรคของประชากรไทย พ.ศ. 2562 พบว่าการตายส่วนใหญ่ของประชากรไทยทั้งเพศชายและหญิง มีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ ในประชากรอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป โดยเพศชายมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 12.00 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 9.70 ส่วนเพศหญิงมีการตายจากโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดเช่นเดียวกับเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.90 ของการตายทั้งหมดในเพศหญิง รองลงมา คือ โรคเบาหวานร้อยละ 14.80 (สำนักงานพัฒนาระบบสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566) จากรายงานจำนวนและอัตราตาย ด้วย 5 โรค NCD ปี 2559-2563 ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ตั้งแต่ ปี 2559 – 2563 มีแนวโน้มความชุกที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังของคนไทย คิดเป็น 114.10, 114.66, 113.93, 123.84 และ 124.65 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) และจากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (NHES) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ปีพ.ศ.2551-2552, 2557-2558 และ 2562-2563 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่มีสถานการณ์ดีขึ้นเล็กน้อยได้แก่การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน พฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การกินผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน), ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ($BMI \geq 25$ กก./ม²), ภาวะอ้วน ลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol ≥ 240 มก./ดล.) พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับแนวโน้มความชุก ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566)

จังหวัดศรีสะเกษเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่มีแนวโน้มของการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2566 มีอัตราความชุกของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3,894.40, 4,087.91, 4,267.75 และ 4,461.55 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปีเดียวกันมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 7,621.93, 8,117.76, 8,552.54 และเพิ่มเป็น 9,001.42 คนต่อแสนประชากร

อำเภอศรีรัตนะ เป็นอีกหนึ่งอำเภอที่มีแนวโน้มการป่วยที่เป็นสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 โดยมีความชุกการป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3,788.03, 3,959.91 และ 5,753.33 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในปีเดียวกัน มีความชุกการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 6,680.68, 7,206.14 และ 8,835.00 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ

ตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ เป็นอีกพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับแนวโน้ม ในระดับอำเภอและระดับจังหวัด โดยมีอัตราความชุกของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปี 2563 ถึง 2566 เป็น 3,206.41, 3,177.08, 3,342.33 และ 3,544.41 คน ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และ ในปีเดียวกัน มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อัตรา 7,782.33, 8,084.53, 8,361.46 และ 8,375.66 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

จากแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่และนโยบายระดับชาติ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าประชากรวัยทำงานคือกำลังสำคัญและเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพไปยังประชากรวัยต่าง ๆ การส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่เหมาะสมและมีมาตรฐาน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ จาก

แนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน ของกองสุศึกษา (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุศึกษา, 2563) ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

- 1) พัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- 2) พัฒนาทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ
- 3) พัฒนาทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ
- 4) เพื่อพัฒนาทักษะ การการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่า การศึกษาวิจัยนี้ จะสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะพัฒนาต่อไปให้ไปเป็นบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

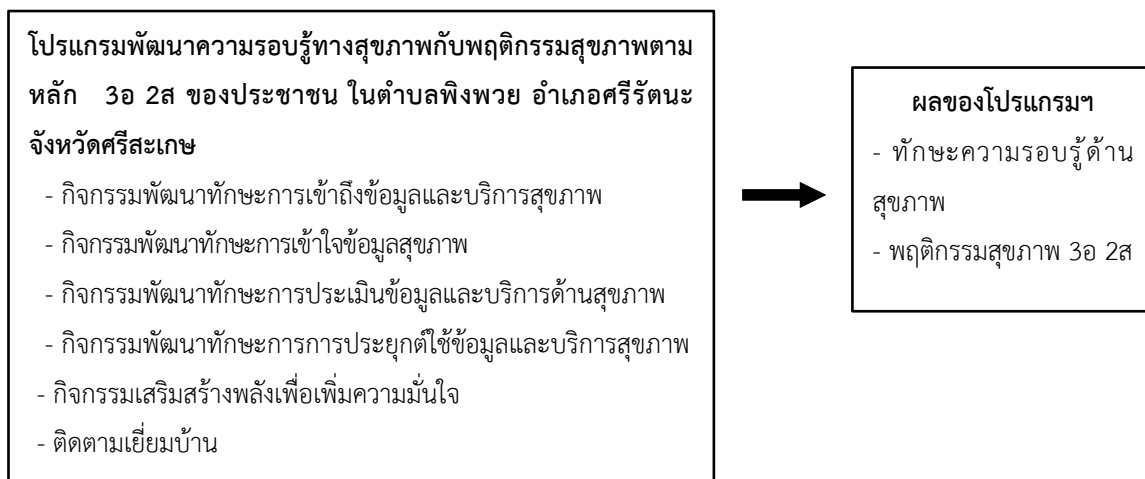
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในเขตตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปภาพ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experimental group) และกลุ่มควบคุม (comparison group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี มีรายชื่อตามทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 3,388 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusions criteria)

- 1) เป็นบุคคลที่มีอายุ 35-59 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตตำบลพิงพวย
- 2) อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusions criteria)

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามระยะเวลาที่กำหนด
- 2) ผู้ที่ย้ายที่อยู่ระหว่างทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ได้จากการคำนวณ

กลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 โดยมี Effect size f^2 : 0.766311 (อ้างอิงจากคะแนนความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงาน (เอื้อจิต สุขพูล และคณะ, 2563))

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ยอมรับได้จำนวน 25 คน ต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทำการวิจัยจึงทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของประชาชน ในตำบลพิงพวย อำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ โดยพัฒนามาจากเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน ของกองสุขศึกษา (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา, 2563) จำนวนทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 เพื่อพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) เลือกแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพที่น่าเชื่อถือได้ 2) รู้วิธีการค้นหาข้อมูล/สืบค้นแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพ และสามารถใช้อุปกรณ์ในการค้นหาได้ 3) ค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้ทัน่วงที และเพียงพอต่อความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ 4) จดจำในข้อความ หรือเนื้อหาสาระที่สำคัญทางสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักเหตุและผลได้ กิจกรรมที่ 2 เพื่อพัฒนาทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ 1) ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองได้ 2) อธิบายถึงประเด็นเนื้อหาสาระด้านสุขภาพที่ได้จากการอ่านหรือฟังมาได้อย่างถูกต้อง และเพียงพอต่อความจำเป็นในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันได้ 3) ศึกษาข้อมูล เนื้อหาหรือแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างเข้าใจเช่น อ่านฉลากยา อาหาร เอกสาร รูปภาพ กราฟ ตารางข้อมูล กิจกรรมรณรงค์ เป็นต้น 4) กรอกข้อมูล หรือแบบฟอร์มด้านสุขภาพของหน่วยงานหรือสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ ได้ถูกต้อง กิจกรรมที่ 3 เพื่อพัฒนาทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) เปรียบเทียบผลดี-ผลเสียภายใต้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม 2) วิเคราะห์เพื่อกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี 3) แสดงข้อมูลเพื่อหักล้างความเชื่อ ความเข้าใจผิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับความรู้และประสบการณ์ตามหลักวิชาการ 4) ไตร่ตรองเหตุผลพิจารณาคุณค่าแท้ตามความเป็นจริงของข้อมูลและแหล่งข้อมูล กิจกรรมที่ 4 เพื่อพัฒนาทักษะการการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) กำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว และวางแผน การปฏิบัติตนด้านสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2) การสังเกต การเตือนตนเอง กำกับตนเองและ ติดตามการปฏิบัติให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด 3) การจัดสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ของตนเอง 4) ประเมิน ทบทวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุตาม เป้าหมาย

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรม ดังนี้ 1) เสริมสร้างพลังเพื่อเพิ่มความมั่นใจว่าผู้เข้าร่วมจะสามารถปฏิบัติได้ 2) ติดตามผลการปฏิบัติตัวตามแผนที่วางไว้

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรม ดังนี้ 1) ติดตามเยี่ยมบ้านการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามหลัก 3อ 2ส 2) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา, 2565) โดยเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ไม่เคยทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก ครอบคลุม 4 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน ที่ถูกพัฒนาขึ้นโดยกองสุขศึกษาดูกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา, 2565) โดยประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ได้แก่ ด้านพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับวัดความถี่

ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ตั้งแต่ระดับไม่เคยปฏิบัติจนถึงระดับปฏิบัติทุกวัน

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ค่าสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ค่าสถิติ Independent t-Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-170 รับรองตั้งแต่วันที่ 12 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 11 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงหลักการสามข้อ คือ 1) ความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ของผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง จึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุเฉลี่ย 45.43 ปี (S.D. =7.70) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.34 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.67 รายได้เฉลี่ย 7,573 บาท (S.D.= 6,572.24)

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 48.37 ปี (S.D. =6.51) สถานภาพสมรส ร้อยละ 90 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 63.34 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 90 รายได้เฉลี่ย 5,303.33 บาท (S.D.= 3,134.18)

เมื่อเปรียบเทียบอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า อายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน (P-value 0.116)

2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 56.67 (S.D.=8.51) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 68.33 (S.D.=4.29) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีโดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.60 และ 14.53 ตามลำดับ (S.D.= 2.93 และ 2.52 ตามลำดับ) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 17.20 และ 16.80 ตามลำดับ (S.D.= 1.47 และ 1.69 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001) ส่วนทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 13.67 และ 13.87 ตามลำดับ (S.D.= 2.93 และ 2.36 ตามลำดับ) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรม

มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 16.80 และ 17.53 ตามลำดับ (S.D.= 1.35 และ 1.33 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่า มีทักษะหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired T- test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.60	2.93	ดี	17.20	1.47	ดีมาก	-5.761	<0.001*
ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	14.53	2.52	ดี	16.80	1.69	ดีมาก	-5.574	<0.001*
ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.67	2.93	พอใช้	16.80	1.35	ดีมาก	-6.101	<0.001*
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	13.87	2.36	พอใช้	17.53	1.33	ดีมาก	-10.571	<0.001*
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	56.67	8.51	ดี	68.33	4.29	ดีมาก	-9.308	<0.001*

2.2 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส พบว่า คะแนนพฤติกรรม 3อ 2ส ของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 43.87 (S.D.=8.51) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 56.47 (S.D.=3.88) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม การบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 19.93, S.D. = 6.19) การออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{x}$ = 5.63, S.D. = 3.06) การจัดการความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 6.08, S.D. = 3.06) และการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดี ($\bar{x}$ = 7.37, S.D. = 2.19)

หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 25.90, 8.50, 8.43 และ 8.90 ตามลำดับ (S.D.=2.60, 0.86, 1.07 และ 1.29 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value <0.001, <0.001, 0.012, 0.001 ตามลำดับ) ในส่วนการดื่มสุราก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.13 (S.D.=1.55) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.73 (S.D.=0.58) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Paired T- test พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P -value 0.068) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรม 3อ 2ส ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired T- test

พฤติกรรม 3อ 2ส	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ		
การบริโภคอาหาร	19.93	6.19	พอใช้	25.90	2.60	ดีมาก	-4.913	<0.001*
การออกกำลังกาย	5.63	3.06	ไม่ดี	8.50	0.86	ดีมาก	-6.176	<0.001*
การจัดการความเครียด	6.80	3.06	พอใช้	8.43	1.07	ดีมาก	-2.698	0.012*
การสูบบุหรี่	7.37	2.19	ดี	8.90	1.29	ดีมาก	-3.776	0.001*
การดื่มสุรา	4.13	1.55	ดีมาก	4.73	0.58	ดีมาก	-1.895	0.068
รวมคะแนนพฤติกรรม	43.87	8.51	พอใช้	56.47	3.88	ดีมาก	-7.352	<0.001*

3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม

3.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 68.33 (S.D.=4.29) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 62.00 (S.D.=6.13) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value <0.001) เมื่อพิจารณาทางด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีทักษะการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.20,

16.80, 16.80 และ 17.53 ตามลำดับ (S.D.= 1.47,1.69, 1.35 และ 1.33 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.40, 15.83, 14.90 และ 15.87 ตามลำดับ (S.D.= 1.89, 2.09, 1.85 และ 1.81 ตามลำดับ) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P -value <0.001) ส่วนทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพไม่แตกต่างกัน (P -value 0.053) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Independent T- test

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	17.20	1.47	ดีมาก	15.40	1.89	ดี	-4.121	<0.001*
ทักษะการเข้าใจข้อมูล สุขภาพ	16.80	1.69	ดีมาก	15.83	2.09	ดี	-1.972	0.053
ทักษะการประเมินข้อมูล และบริการสุขภาพ	16.80	1.35	ดีมาก	14.90	1.85	ดี	-4.553	<0.001*
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูล และบริการสุขภาพ	17.53	1.33	ดีมาก	15.87	1.81	ดี	-4.056	<0.001*
รวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	68.33	4.29	ดีมาก	62.00	6.13	ดี	-4.637	<0.001*

3.2 พฤติกรรมสุขภาพ 3 ข้อ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมตามหลัก 3 ข้อ อยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 56.47 (S.D.=3.88) และกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 45.77 (S.D.=6.26) เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมตามหลัก 3 ข้อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลอง มีการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด การสูบบุหรี่ระดับดี และการดื่มสุราระดับ ดีมาก ($\bar{x}$ = 25.90, 8.50, 8.43, 8.90 และ 4.73 ตามลำดับ, S.D. = 2.60, 0.86, 1.07, 1.29 และ 0.58 ตามลำดับ) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มควบคุม มีการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายระดับพอใช้ ($\bar{x}$ = 19.93 และ 6.20 ตามลำดับ, S.D. = 4.05 และ 1.45 ตามลำดับ) การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราระดับดี ($\bar{x}$ = 7.90, 7.83 และ 3.90 ตามลำดับ, S.D. = 1.71, 1.91 และ 1.24 ตามลำดับ)

เมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติ Independent T- test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value <0.001, <0.001, 0.015 และ 0.002 ตามลำดับ) การจัดการความเครียด ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value 0.154) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม 30 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติ Independent T- test

พฤติกรรม 30 2ส	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
การบริโภคอาหาร	25.90	2.60	ดีมาก	19.93	4.05	พอใช้	-6.786	<0.001*
การออกกำลังกาย	8.50	0.86	ดีมาก	6.20	1.45	พอใช้	-7.478	<0.001*
การจัดการความเครียด	8.43	1.07	ดีมาก	7.90	1.71	ดี	-1.448	0.154
การสูบบุหรี่	8.90	1.29	ดีมาก	7.83	1.91	ดี	-2.528	0.015*
การดื่มสุรา	4.73	0.58	ดีมาก	3.90	1.24	ดี	-3.327	0.002*
รวมคะแนนพฤติกรรม	56.47	3.88	ดีมาก	45.77	6.26	พอใช้	-7.958	<0.001*

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา สามารถนำมาอภิปรายผล การศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของกลุ่มทดลองก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส อยู่ในระดับพอใช้ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส เพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส โดยการพัฒนาทักษะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) ทักษะการการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีทักษะที่ดีขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ เกิดความมั่นใจและตระหนักในการดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพ

ตามหลัก 30 2ส ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อำนวย เนียมหมื่นไวย (2561) ที่ทำการการศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แต่ไม่สอดคล้องในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส เนื่องจากพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยโดยรวมไม่แตกต่างกัน เพียงพฤติกรรมด้านควบคุมปริมาณอาหารและรสชาติไม่ให้หวาน มัน เค็มจัดทุกมื้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฤดี กนกกระโทก และชลดา งอนสำโรง (2566) ที่ได้ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลงาช้างเหนือ อำเภอบึงขัง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมกำกับตนเองฯ มีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระดับดีมาก ส่วนกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ระดับพอใช้ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ประชาชนที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส โดยการพัฒนาทักษะทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) ทักษะการการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่งผลให้ประชาชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีทักษะที่ดีกว่า ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้เกิดความมั่นใจและตระหนักในการดูแลป้องกันปัญหาสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส มากกว่า ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ทั่วไป ตามมาตรฐานบริการ สอดคล้องกับแนวคิดของกลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2565) ที่มีแนวคิดในการพัฒนาความรอบรู้ของประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีแนวคิดว่าคุณค่าที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัย

เสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคลเอง ชุมชน และสังคม อันจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี และ ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam D. (2000) ที่มีความเห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความหมายมากกว่าการอ่านแผ่นพับและนัดหมายได้สำเร็จ ด้วยการปรับปรุงในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนและความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มขีดความสามารถในการพัฒนาสุขภาพ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของเอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา และคณะ (2563) ได้ทำการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นหัวใจหลักของการนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทดลองยังมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = <0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1 บุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมนี้นำไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

1.2 หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ควรมีลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลที่ใกล้เคียงกัน เพื่อลดปัจจัยกวนที่จะส่งผลต่อผลลัพธ์ หลังการทดลองให้ได้มากที่สุด

2.2 ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระยะติดตามผล เพื่อศึกษาถึงระยะความคงทนของความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการวางแผน ในการดำเนินกิจกรรมเพิ่มเติมหรือกระตุ้นการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป็นระยะๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายสุรพล ศรีพนมธนากร นายอำเภอศรีรัตนะ นายแพทย์ทง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายแพทย์พงศนาล หาญเจริญพิพัฒน์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีรัตนะ นางสาวศรีสมบูรณ์ คำผิง สาธารณสุขอำเภอศรีรัตนะ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้บริหารท้องถิ่น ท้องถิ่นในเขตอำเภอศรีรัตนะ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการทำงานอย่างเต็มความสามารถจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (14 มิถุนายน 2565). อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.). เข้าถึงได้จาก สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1000-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B>

<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>.

กองโรคไม่ติดต่อ. (18 มกราคม 2565). จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (NCD) ปี 2559 - 2563. เข้าถึงได้จาก กองโรคไม่ติดต่อ: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14220&tid=32&gid=1-020>.

กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14502&tid=30&tid=&gid=1-015-005>.

กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขภาพศึกษา. (22 พฤษภาคม 2563). รวมเทคนิคการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มวัยทำงาน. เข้าถึงได้จาก กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข: <http://www.hed.go.th/linkHed/408>.

กลุ่มวิชาการและพัฒนาคุณภาพงานสุขภาพศึกษา. (29 ธันวาคม 2565). 4.คู่มือการดำเนินงานสุขภาพศึกษาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ: <http://203.157.7.66/linkHed/458>.

ณัฐวุฒิ กนกระโทก และชลดา งอนสำโรง. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 9(1), 115-129.

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.

(2564). คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: บริษัท อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์ จำกัด.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2564). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.

นนทบุรี: บริษัท เอ ดรีม สตูดิโอ จำกัด.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

(2566). การสูญเสียปีสุขภาวะ รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท แอนดี เพรส จำกัด. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/e-book/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%8D%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%A7%E0%B8%B0-disability-adjusted-life-yea/>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (18 กันยายน

2566). การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ.

เข้าถึงได้จาก HDC: <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). รายงานฉบับสมบูรณ์

เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อำนาจ เนียมหมื่นไวย. (2561). ประสิทธิภาพของ

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักจัดการสุขภาพชุมชน อำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 4(2), 78-92.

เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แผงสุข, ธวัชชัย

ยืนยาว, และวัชรวิงค์ หวังมัน. (2563). ผลของ

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

และพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัย

ทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(3),

421-429.

Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public

health goal: A challenge for

contemporary health education and

communication strategies into the 21st

century. Health Promotion

International, 15(3), 259-267.

World Health Organization. (16 September

2022). Noncommunicable disease.

Retived from; World Health

Organization: [https://www.who.int/](https://www.who.int/news-room/fact-)

[news-room/fact-](https://www.who.int/news-room/fact-).

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ ตำบลกู่ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

นัส เมืองจันทร์, ส.บ.¹, สุทธิศักดิ์ นรดี, พร.ด.²

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออกและวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยง, ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน รวมถึงเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเปรียบเทียบผลของรูปแบบทั้งก่อนและหลังการศึกษา แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional study เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และประยุกต์ใช้ Google Form ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ ประชาชนอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร่วมกับการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Fisher's exact test) และ สถิติถดถอยแบบพหุแบบขั้นอันดับ (Ordinal logistic regression) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน คือ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับดี (AOR : 2.22 , 95%CI : 1.03 – 4.79) ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกทั้งการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกระดับดี (AOR : 0.02 , 95%CI : 0.01 – 0.81) การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า เกิดกิจกรรมที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ดังนี้ การส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะการจัดการสิ่งแวดล้อม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้แก่ประชาชน กิจกรรมสื่อสารประชาสัมพันธ์สถานการณ์ของโรค การป้องกันและควบคุมโรค โดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สร้างศูนย์รวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชน กิจกรรมสร้างระบบสื่อสารระหว่างชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุข นอกจากนี้ ชุมชนสามารถประเมินผลการดำเนินงาน ปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยชุมชนเองได้ทันที นอกจากนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดประเด็นโรคไข้เลือดออกเป็นประเด็นหลักของตำบลรวมถึงสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการบริหารจัดการ เน้นที่การสร้างการมีส่วนร่วมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงขึ้น นอกจากนี้ อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงกว่าก่อนการดำเนินงาน รวมถึงค่าดัชนีลูกน้ำ มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, โรคไข้เลือดออก, การป้องกัน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ Email: nmj.nat@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะดี อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ
Email: sutthisakornadee@gmail.com

Model development for dengue prevention in Ku Sub-district Health Promoting Hospital, Prang Ku District, Si Sa Ket province

Nat Mueangchan, B.P.H.¹, Sutthisak Noradee, Ph.D.²

Abstract

This is action research aimed at investigating the situation of dengue fever occurrence and analyzing risk areas. It examines factors affecting the public's dengue fever prevention behaviors to develop a community participation model based on dengue prevention. Additionally, it compares the outcomes of this model before and after the study. The study has two phases. The first phase is a cross-sectional design, collecting data through interviews and using Google Forms for data aggregation. The sample group consists of residents aged 20 and above within the jurisdiction of the Ku Health Promoting Hospital. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, and ordinal logistic regression. The result from this phase is that factors influencing dengue prevention behaviors include a positive attitude towards dengue fever (AOR: 2.22, 95% CI: 1.03–4.79) and supplementary factors for dengue prevention, including social support and motivation (AOR: 0.02, 95% CI: 0.01–0.81). The second phase is an action research project aimed at developing a community-participation model for the prevention and control of dengue fever. Activities implemented in the community for dengue prevention and control include promoting health awareness, particularly in environmental management, and continuous operations for disease prevention and control. This phase also involved creating a dengue fever information hub in the community, establishing communication systems between the community and public health units, and allowing the community to evaluate and modify prevention strategies. Additionally, local governing bodies prioritized dengue fever as a main issue, supporting budget allocations for management with an emphasis on community participation and health literacy regarding dengue fever. The post-trial findings indicated an increase in knowledge, attitudes, and practices toward dengue fever prevention among the research participants. Furthermore, the incidence of dengue fever and larval index values showed a declining trend.

KEYWORDS: Model Development, Dengue Fever, Prevention

¹ Public Health Technical Officer, Ku Health Promoting Hospital, Prangku District, Si Sa Ket Province,
Email nmj.nat@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Kadue Health Promoting Hospital, Prangku District, Si Sa Ket Province,
E-mail: sutthisaknoradee@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สร้างความสูญเสียแก่ชีวิต (World Health Organization, 2022) โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อด้วยเชื้อไวรัส ซึ่งพบมากในเขตร้อน และเขตกึ่งร้อนทั่วโลก ไวรัสของไข้เลือดออกมีทั้งหมดสี่สายพันธุ์ ได้แก่ DEN-1 DEN-2 DEN-3 และ DEN-4 (D. Barmak, C. Dorso, M. Otero, & H. Solari, 2011; Center for Disease Control and Prevention, 2023) สำหรับในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นั้น ตั้งแต่ปี 2553 จนถึง 2562 พบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 43 แต่ในทางกลับกันพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกกลับลดลงจากข้อมูลที่ผ่านมา สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ส่วนใหญ่เกิดจากการเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายในการจัดการกับพาหะนำโรคไข้เลือดออก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ (World Health Organization, 2022) ในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยจากโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และได้กลายเป็นโรคติดต่อประจำท้องถิ่น (กรมควบคุมโรค, 2566) ประเทศไทยจัดเป็นประเทศในกลุ่มที่มีการระบาดของโรคสูงเป็นอันดับ 6 ใน 30 ประเทศ โรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบให้เกิดการเจ็บป่วย หากรุนแรงอาจเกิดการช็อกทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว และยังส่งผลกระทบกับการเรียน การทำงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของครอบครัว อีกทั้งยังส่งผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับชาติ (จรินทร์ ลักษณะวิศิษฎ์, 2553) ถึงแม้ว่าโรคไข้เลือดออกจะเป็นโรคประจำถิ่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย แต่ทว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมียังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยพบว่า ในปี 2565 พบผู้ป่วย โรคไข้เลือดออกสะสม 45,145 ราย อัตราป่วย 66.97 ต่อประชากรแสนคน

มีรายงานผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมา 4.5 เท่า โดยมีแนวโน้มผู้ป่วยเริ่มสูงขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม และเริ่มสูงกว่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่เดือนตุลาคม และสูงต่อเนื่องจนถึงปลายปี (กรมควบคุมโรค, 2565) สำหรับจังหวัดศรีสะเกษโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ยังคงสูงโดยพบว่า ในปี 2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรวม จำนวนทั้งสิ้น 861 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 58.45 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.07 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 0.12 อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ อำเภอยางชุมน้อย อำเภอห้วยทับทัน อำเภอกันทรารมย์ และอำเภอปรังค์ภู ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) ในส่วนอำเภอปรังค์ภู ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 49 ราย และยังไม่พบผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก ตำบลที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือตำบลตูม (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังค์ภู, 2565) จากรายงานการพยากรณ์โรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 คาดการณ์ว่ามีโอกาสพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากกว่าปี พ.ศ. 2565 เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงชนิดไวรัสเดงกี โดยพบ DENV-3 เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อเทียบกับ 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่อาจไม่มีภูมิคุ้มกัน มีพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นอำเภอเมืองและอำเภอที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกซ้ำซาก (กองโรคติดต่อทางแมลง, 2565) จากข้อมูลที่ผ่านมาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบกับพื้นที่ตำบลภู โดยเฉพาะเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภู เป็นพื้นที่ที่เคยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาก่อน จึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างกระบวนการดังที่กล่าวมา เพื่อให้เกิดการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกรวมถึงเพื่อวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ อำเภوبرางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ อำเภوبرางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ อำเภوبرางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งก่อนและหลังการศึกษา

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ อำเภوبرางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
2. ภายหลังการทดลองประสิทธิภาพของรูปแบบ การป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ อำเภوبرางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ดีกว่าก่อนการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยดังกล่าวใช้รูปแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ เป็น การวิจัยแบบภาคตัดขวาง โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

1.2 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธีสูตรแบบหลายขั้นตอน ใช้สูตรเพื่อประมาณค่าสัดส่วน สำหรับกรณีทราบขนาดประชากร (W. Wayne & D., 1995) ดังนี้

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

โดยที่ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.กู่ ทั้งสิ้น 3,941 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือความชุกของค่าคาดหวังจะเจอในประชากรโดยในงานวิจัยนี้ อ้างอิงจากการศึกษาของ ธนัญญา เส่งคู่ย์ (ธนัญญา เส่งคู่ย์, 2563) ซึ่ง คือ 3.74

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 = \text{ค่ามาตรฐานที่กำหนดสำหรับค่า}$$

ความผิดพลาดชนิดที่ 1 (Type 1 error) มีค่าเท่ากับ 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อนของค่า σ ที่ยอมรับได้ 10% หรือ 0.37

$$n = 358 \text{ คน}$$

เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อป้องกันการความผิดพลาด ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ 394 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัยภาคตัดขวาง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประยุกต์เครื่องมือของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติ รวมถึงการ

รับรู้ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามมีลักษณะเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่, แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นชนิดเลือกตอบ แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ แบบสอบถามด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scales) มี 3 ระดับ แบบสอบถามด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร โดยมีทั้งสิ้น 10 ข้อ แบบสอบถามเป็นชนิดเลือกตอบ มีคำตอบ คือ มีและไม่มี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ ข้อคำถามด้านการสนับสนุนทางสังคม การได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีลักษณะข้อสอบถามแบบเลือกตอบ แบบประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีทั้งสิ้น 10 ข้อ เป็นสอบถามเกี่ยวกับการป้องกัน และการควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งในระดับชุมชน และในระดับครัวเรือน มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale)

1.2.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิโดยเน้นความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำเครื่องมือ ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ, ความถูกต้อง, ความครอบคลุมของเนื้อหา และหาค่า Index of Item – Objective Congruence (IOC) ของเครื่องมือ โดยเครื่องมือมีค่า IOC=0.83 นำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try-out) กับที่ใกล้เคียงกับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ จำนวน 30 คน ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในส่วนของความรู้อิงสูตรของ Kuder and Richardson (KR-20) สำหรับ

แบบสอบถามชนิดอัตราวัดประมาณค่า (Rating Sacle) วิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือดังนี้ 0.84, 0.93, 0.82, 0.89, 0.97, 0.81, 0.95, 0.81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการเข้าร่วมและขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้ Google Form ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อประมวลผลต่อไป โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลพื้นฐานของประชากรวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. แบบสอบถามด้านความรู้ และทัศนคติรวมถึงการรับรู้ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ความเพียงพอของทรัพยากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ระดับดีคะแนนมากกว่า $\bar{x} + S.D.$ ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{x} \pm S.D.$ และระดับน้อยหมายถึง คะแนนอยู่ระหว่าง $\bar{x} - S.D.$ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้สถิติ Fisher's exact test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ต่อมาได้มีการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมกรรมการ

ป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Ordinal logistic regression และใช้เทคนิคการตัดตัวแปรออก (Backward elimination)

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ โดยมีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คัดเลือก โดยวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ประชาชน, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตัวแทนกลุ่มองค์กรอิสระและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้ประยุกต์เครื่องมือจากเครื่องมือของ กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ (2562), หนึ่งบุรุษ ค่อมบุสดี (2562) และ สุรัตน์ ตันศิริ (2562) นอกจากนั้นยังได้มีการปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และแบบสังเกตการณ์

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่ากลาง และค่ามัธยฐาน

2.4 ขั้นตอนในการวิจัย เป็นการวิจัยที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง (Spiral of Step) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kermis and Mc Taggart (2014) ดังนี้

2.4.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ในขั้นตอนนี้ได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (Situation Analysis) กำหนดจุดหมายปลายทาง (Destination Statement) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

(Strategic Route Map Construction) การสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model Construction : SLM) การนิยามเป้าประสงค์ (Strategic Objective Definition) การสร้างแผนปฏิบัติการ (Action Plan)

2.4.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลา 4 สัปดาห์เป็นการจัดกิจกรรมปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนที่ 1

2.4.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ เป็นขั้นตอนเข้าร่วมสังเกตการณ์ การนิเทศตรวจเยี่ยม สนับสนุน ให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator) และร่วมประชุมผลการปฏิบัติงาน

2.4.4 ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflecting) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมในวงรอบ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษา โดยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่การรับรอง SPPH 2023-126 เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2566

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.86 อายุเฉลี่ย 49 ปี ส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุ 45-59 ปี สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 67.24 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.86 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.37 มีรายได้เฉลี่ย 3,693 บาท/เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ละเดือน รวมถึงเป็นหนี้สิน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ใช้สิทธิการรักษาแบบบัตรทอง (UC) ร้อยละ 74.57 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.88 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 – 2566 พบว่า ในระยะเวลาที่ผ่านมา 5 ปี มีผู้ป่วยไข้เลือดออกทั้งสิ้น 19 คน โดยแยกเป็นชาย 10 คน หญิง 9 คน อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 21.4 ปี อายุมากที่สุด 75 ปี และอายุน้อยสุด 3 ปี จากรายงาน

ดังกล่าว พบว่า รูปแบบการเกิดโรคของพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ เป็น ปี เว้น ปี โดยส่วนใหญ่ป่วยและได้รับการวินิจฉัย เป็น Dengue fever (DF) จำนวน 14 คน ระดับคะแนนของปัจจัยต่างๆ พบว่า มีเพียงปัจจัยนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ที่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 9.78, S.D. = 1.24) ปัจจัยอื่นอยู่ในระดับดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคะแนนของปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
ปัจจัยนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	9.78	1.24	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	2.54	0.34	ดี
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	2.52	0.16	ดี
ปัจจัยเอื้อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	8.74	1.54	ดี
ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	2.81	0.26	ดี
พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	2.81	0.24	ดี

ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ มีความสัมพันธ์กับความเพียงพอของรายได้ (p -value = 0.01) สิทธิการรักษาพยาบาล (p -value < 0.01), การมีโรคประจำตัว (p -value < 0.01), สถานภาพทางสังคม (p -value < 0.001), ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (p -value < 0.001), การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (p -value < 0.001), ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (p -value < 0.001) และ ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (p -value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกู่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบทางสถิติถดถอยลอจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดี ได้แก่ สิทธิบัตรทอง ที่เป็นสิทธิย่อย อสม. (AOR : 2.71 , 95%CI : 1.28 – 5.76) ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในระดับที่ปานกลางและระดับดี (AOR : 2.05 , 95%CI : 1.12 – 3.75), (AOR : 2.22, 95% CI : 1.03 – 4.79) ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกทั้งการสนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในระดับที่ ปานกลางและระดับดี (AOR : 0.17 , 95%CI : 0.04 – 0.58), (AOR : 0.02 , 95%CI : 0.01 – 0.81) ตามลำดับจากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

การป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยใช้สถิติถดถอย พหุคูณการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดี B3 =
ลอจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) $4.35+2.71(X2-2)+2.05(A2)+2.22(A3)+0.17(AD2)$
จะได้สมการของพหุคูณการป้องกันโรคไข้เลือดออก $+0.02(AD3)$ ดังแสดงในตารางที่ 2
ดังนี้

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแบบกลุ่มของปัจจัยต่างๆ ที่มีส่งผลต่อพหุคูณการป้องกันโรคไข้เลือดออก
ของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

	ระดับพหุคูณการป้องกันปานกลาง			ระดับพหุคูณการป้องกันดี		
	AOR	95% CI	p-value	AOR	95% CI	p-value
ความเพียงพอของรายได้ (X1)						
1. เพียงพอและเหลือเก็บ	Ref.			Ref.		
2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	0.31	0.06 – 1.51	0.14	2.46	0.72 – 8.44	0.15
3. ไม่เพียงพอ แต่ไม่เป็นหนี้	0.82	0.18 – 3.84	0.81	1.79	0.5 – 6.38	0.37
4. ไม่เพียงพอ และเป็นหนี้	0.78	0.19 – 3.26	0.73	1.95	0.6 – 6.28	0.27
สิทธิการรักษาพยาบาล (X2)						
1. สิทธิบัตรทอง	Ref.			Ref.		
2. สิทธิบัตรทอง สิทธิย่อย อสม.	0.2	0.06 – 0.69	0.01*	2.71	1.28 – 5.76	<0.01*
3. สิทธิประกันสังคม	0.8	0.19 – 3.36	0.77	0.97	0.36 – 2.57	0.95
4. สิทธิข้าราชการ	1.01	0.23 – 4.44	0.9	0.98	0.24 – 3.98	0.98
โรคประจำตัว (X3)						
1. มี	Ref.			Ref.		
2. ไม่มี	0.91	0.45 – 1.82	0.79	0.73	0.39 – 1.31	0.28
3. ไม่ทราบ	1.28	0.3 – 5.4	0.74	2.42	0.28– 21.15	0.42
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (A)						
1. ควรปรับปรุง	Ref.			Ref.		
2. ปานกลาง	0.9	0.43 – 1.85	0.76	2.05	1.12 – 3.75	0.01*
3. ดี	0.36	0.13 – 0.99	0.05	2.22	1.03 – 4.79	0.04*
การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (P)						
1. ควรปรับปรุง	Ref.			Ref.		
2. ปานกลาง	1.36	0.57 – 3.25	0.48	1.09	0.45 – 2.61	0.85
3. ดี	0.37	0.81 – 1.74	0.21	0.35	0.12 – 1.08	0.06
ปัจจัยเสริมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (AD)						
1. ควรปรับปรุง	Ref.			Ref.		
2. ปานกลาง	0.1	0.05 – 0.22	<0.001*	0.17	0.04 – 0.58	<0.01*
3. ดี	0.01	0.00– 0.02	<0.001*	0.02	0.01 – 0.81	<0.001*

หมายเหตุ OR = Odds Ratio, AOR = Adjust Odds Ratio, Ref. = Reference

* p-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Action research) ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งประยุกต์กระบวนการแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนกระบวนการดังกล่าวส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการสร้างและใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map: SRM) การวางแผนและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษิตตามประเด็น ดังนี้

2.1 กระบวนการสร้างรูปแบบ โดยในการดำเนินการวิจัยได้แบ่งเป็น 4 กลุ่ม และแต่ละกลุ่มให้ความคิดเห็นดังนี้

2.1.1 กลุ่มความคิดเห็นในส่วนของภาคประชาชน

1. “สิ่งดี ๆ ที่ประชาชนในชุมชน ได้แสดงบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนา หรือสนับสนุนให้กระบวนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก คือ ชุมชนมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน นอกจากนั้น ในการจัดประชุมต่างๆ ที่ชุมชนจัดขึ้นได้รับความร่วมมือจากประชาชนในชุมชน เข้าร่วมการประชุมและกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งจะส่งผลถึงกระบวนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้รับข้อมูลความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

2. “สิ่งที่เราต้องการเห็นประชาชนในชุมชนของเราเป็นและแสดงบทบาทเกี่ยวกับการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน” คือ ประชาชนทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมหรือสนับสนุนและช่วยส่งเสริมให้ผลการดำเนินงานตามกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นไปในทางที่ดี

2.1.2 กลุ่มความคิดเห็นในส่วนของภาคีเครือข่าย

1. “จากใคร องค์กร/หน่วยงานใดบ้างที่ทำงานเกี่ยวข้องในการทำงานด้านดูแลสุขภาพใคร/องค์กร/หน่วยงานเหล่านั้นแสดงบทบาทสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน” ได้

ข้อสรุปดังนี้ คือ องค์กรการบริหารส่วนตำบล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่งของตำบล, อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนเป็นแกนนำในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังรวมถึงโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตตำบล

2. “เราต้องการให้ใคร องค์กร/หน่วยงานใดบ้างมาร่วมการทำงาน และต้องการให้ใคร/องค์กร/หน่วยงานเหล่านั้นแสดงบทบาท” ได้ข้อสรุปดังนี้ คือ ต้องการให้องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนงบประมาณในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นอกจากนี้ ควรมีการการสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายระวางภัยจากโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนที่นอกเหนือจากภาคีเครือข่ายที่กล่าวไปข้างต้น กิจกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเฉพาะการให้ความรู้แก่ประชาชนทั้งประชาชนและชุมชน รวมถึงการแจ้งสถานการณ์โรคไข้เลือดออก และควรมีการส่งเสริมให้เครือข่ายในชุมชน ได้รับการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่องผ่านกลไกที่มีในชุมชน

2.1.3 กลุ่มความคิดกระบวนการ สรุปดังนี้

1. “ที่ผ่านมาชุมชนของเรา มีวิธีการทำงานหรือกระบวนการบริหารจัดการที่เราประทับใจ ฟังพอใจ มีความภาคภูมิใจ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างไร” สรุปได้ ดังนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการสุ่มตรวจลูกน้ำในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีการณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายเป็นประจำโดยดำเนินการร่วมกับกิจกรรมพัฒนาหมู่บ้าน มีประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกทั้งก่อนและในช่วงการระบาดของโรค ในฤดูกาลระบาด มีกิจกรรมพ่นหมอกควันทำลายยุงตัวแก่ รวมถึงการดำเนินการควบคุมโรคในกรณีพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ โดยการพ่นสเปรย์กำจัดยุงตัวแก่รัศมี 100 เมตร จากบ้านผู้ป่วย กิจกรรมทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายบริเวณหมู่บ้าน มีการจัดประชุมในชุมชน เพื่อให้รับทราบร่วมกัน

2. “ชุมชนต้องการเห็นกระบวนการทำงานหรือการบริหารจัดการของชุมชนเป็นไปในทิศทางอย่างไร” จึงจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำให้เครือข่ายและประชาชนมีส่วนร่วมและแสดงบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนให้เป็นไปในทิศทางที่ต้องการและครอบคลุม คือ มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ นอกจากนี้ มีส่วนร่วมในการรณรงค์พัฒนาทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านชุมชน, อสม. ปฏิบัติงานเป็นทีม ประชาชนให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อปท.สนับสนุนงบประมาณ กำหนดเป็นประเด็นพัฒนาของตำบล โรงเรียนและสถานศึกษาในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการรณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย วัด พระสงฆ์ให้ความร่วมมือในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายภายในบริเวณวัดร่วมกับ อสม.

2.1.4 กลุ่มความคิด “รากฐาน” ได้ข้อสรุปดังนี้

1. “ที่ผ่านมาเรามีความประทับใจภาคภูมิใจในตัวบุคลากรและทีมงานของเราอย่างไร” ข้อสรุป คือ ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชน มีความขยันหมั่นเพียร และเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคนอื่น ๆ รวมถึง สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในหมู่บ้านต่างให้การสนับสนุนกิจกรรมเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างดี

2. “สิ่งที่เราประทับใจ ภาคภูมิใจในความพร้อมของชุมชนและวัฒนธรรมองค์กรของเรา” ทำให้ได้ข้อสรุป คือ หน่วยงานทั้งในและนอกชุมชนให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก และชุมชนมีความพร้อมเพรียงกัน สามัคคีกัน เพื่อให้เกิดเป็นเครือข่ายการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

3. “ในอนาคต เราต้องการเห็นบุคลากรทีมงานและวัฒนธรรมองค์กรของเรา เป็นอย่างไร” สรุปได้ดังนี้ คือ ต้องการให้เครือข่ายมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละคนในเครือข่าย รวมถึงต้องการพัฒนาชุมชน เป็นชุมชนต้นแบบด้านการบริหารจัดการโรคไข้เลือดออก

4. “ที่ผ่านมาสิ่งที่ดีๆ เกี่ยวกับข้อมูลในการทำงานของเราในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน” ได้ข้อสรุปดังนี้ คือ ได้รับแจ้งข้อมูลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นประจำ

5. “ในอนาคต เราต้องการเห็นระบบข้อมูลโรคไข้เลือดออกของพื้นที่ของเรา เป็นไปในทิศทางใด” สรุปได้ดังนี้ คือ การบริหารจัดการโรคไข้เลือดออก และระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นระบบที่ชุมชนสามารถเป็นผู้จัดการข้อมูลได้เอง จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ดังแสดงในภาพที่ 1

ประชาชน	มาตรการทางสังคม - ประชุมแบบมีส่วนร่วมสร้างแบบแผนในชุมชน มีแบบแผนในชุมชน	ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ประชาชนสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง - สร้างการรับรู้ด้านสุขภาพ - ให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง	ชุมชนมีกิจกรรมหรือโครงการ - มีการกำหนด Big cleaning day และสร้างให้เป็นบรรทัดฐาน
ภาคีเครือข่าย	อปท. ร่วมขับเคลื่อน - ร่วมประชุมและกำหนดเป็นประเด็นสุขภาพในระดับชุมชน - งบประมาณที่เพียงพอ	การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ - จัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ ชัดเจน - หน่วยงานสาธารณสุขให้ความรู้	องค์กรในและนอกมีบทบาท - มีคณะกรรมการร่วมและเครือข่าย ร่วมดูแล - ร่วมประชุมกับพื้นที่
กระบวนการ	ระบบสื่อสาร - สร้างช่องทางสื่อสาร ให้มากพอ สำหรับการสื่อสารในชุมชน - พัฒนากลุ่มไลน์เพื่อสื่อสาร	การบริหารจัดการชุมชน - กำหนดหน้าที่คณะกรรมการที่ ชัดเจน	การสนับสนุนวิชาการ - หน่วยงานสาธารณสุขทั้งระดับ อำเภอและ รพ.สต.ให้ความรู้ อย่างต่อเนื่อง
รากฐาน	ระบบข้อมูล - มีผู้รับผิดชอบและสถานที่ สำหรับรวบรวมข้อมูล - ข้อมูลที่มีความทันสมัย	บุคลากรแกนนำในชุมชน - แกนนำสามารถประเมิน ความสามารถของชุมชนได้ - แกนนำมีคุณภาพ	ชุมชนมีจุดหมายที่ชัดเจน - มีความพร้อมในการป้องกัน และควบคุมโรคเสมอ - มีหน้าที่รับผิดชอบชัดเจน

ภาพที่ 1 แสดงแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู่

2.2 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่า ภายหลังการดำเนินงานตามแผน กลุ่มผู้ร่วมวิจัยมีระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้ อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลงกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรม รวมถึงค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายมีแนวโน้มลดลง

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุ สามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษา แยกรายละเอียด ได้ดังนี้

1. ระดับคะแนนของปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยจากการศึกษาพบว่า มีเพียงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเท่านั้นที่อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนั้น ทักษะคิดและการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การสนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ล้วนแล้วแต่อยู่ในระดับที่ดี ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุก็อยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา สุนัฒิ (2564) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราดพบว่า คะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรู้แรงของโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยรวมอยู่ในระดับสูงและค่าคะแนนเฉลี่ย

ของคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยรวมอยู่ในระดับสูง ในส่วนของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชฎาภรณ์ มีคุณ (2562) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลหนองขุ่น อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานีพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างจำนวนอยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากการศึกษาพบว่า

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีเพียง ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล การมีโรคประจำตัว และ สถานภาพทางสังคม เท่านั้น ชัดแย้งกับงานวิจัยของ Alidha Nur Rakhmani (2018) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเมืองโลว์ฮาวารู รัฐมาเลเซีย ประเทศอินโดนีเซีย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีเพียง อายุ เพศ และการอาศัยในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเกิน 10 ปี เท่านั้น

2.2 ปัจจัยตามทฤษฎี PRECEDE model ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม (กองสุขศึกษา, 2556) ซึ่งผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ทักษะคิด การรับรู้ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สนับสนุนทางสังคม และการได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนา ขันการนาวิ (2563) ทำการศึกษา เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกัน

โรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้งได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Seyed Hassan Nikookar (2023) พบว่า ทักษะคิดของเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขมีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยตรง ซึ่งผลการค้นพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Emmanuelle Kumaran (2018) ทำการศึกษา เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับโรคแดงก่ำ ทักษะคิด และการปฏิบัติ และผลกระทบต่อการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในชุมชนในชนบทของกัมพูชา พบว่า ไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีผลต่อการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3. ปัจจัยที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภู อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อนำตัวแปรต่างๆ ไปทดสอบทางสถิติถดถอยลอจิสติกเชิงอันดับ (Ordinal logistic regression) การศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดี ได้แก่ สิทธิการรักษาพยาบาล, ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การสนับสนุนทางสังคมและการได้รับแรงจูงใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งจากการวิเคราะห์ต่างๆ จะได้สมการในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกสอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนา ขันการนาวิ (2563) พบว่า ทำการศึกษา เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง อำเภอลำดวน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การมีทักษะในการใช้ทรัพยากร ความพอเพียงของทรัพยากร การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง ได้ร้อยละ 54.30 ซึ่งผลการศึกษาที่ค้นพบขัดแย้งกับการศึกษาของ ศรีสุรัตน์ ชัยรัตนศักดิ์ (2555) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนาย

อำเภอลำดวน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่นอกเขตเทศบาลนคร จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าปัจจัยด้านการมีทักษะการใช้ทรัพยากร ปัจจัยเสริมด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคคลใกล้ชิด รวมถึงปัจจัยเอื้อด้านความพอเพียงของทรัพยากร

4. รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการดำเนินการในครั้งนี้ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ในการระดมสมอง วางแผน และดำเนินการเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ทำให้ได้โครงการที่เกิดขึ้น ได้แก่ โครงการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก, การบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียเรื่องโรคไข้เลือดออก เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อม ลดความเสี่ยงต่อโรคไข้เลือดออก เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้เกิดเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ กิจกรรมสื่อสารประชาสัมพันธ์สถานการณ์ของโรค การป้องกันและควบคุมโรค โดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สร้างศูนย์รวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในชุมชน, กิจกรรมสร้างระบบสื่อสารระหว่างชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุข โดยประยุกต์ใช้ Smart phone ในการสื่อสาร ซึ่งผลที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ และสามารถรับทราบถึงศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหาโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ รวมถึงได้ทราบถึงพลังของการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดการกับปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน พร้อมกันนี้ ยังได้รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ชุมชนร่วมกันสร้างขึ้น ซึ่งในรูปแบบที่สร้างขึ้นนี้จะประกอบไปด้วยมุมมอง 4 มุมมอง คือ มุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับประชาชน มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือระดับภาคี มุมมองเชิงบริหารจัดการหรือระดับกระบวนการ และมุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนาหรือระดับรากฐาน เช่นกันกับการศึกษาของ Charuai Suwanbamrung (2018)

ทำการศึกษา ลานสกาโมเดล ระบบเฝ้าระวังลูกน้ำ ยุงลายอย่างยั่งยืน ในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ระบบดังกล่าวมีทั้งสิ้นที่ดำเนินการทั้งในระดับตำบล, ชุมชน เน้นที่การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน และในภาพของระดับอำเภอ ที่เน้นการสื่อสารและบริหารจัดการข้อมูล เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สุรัตน์ ตันศิริ (2562) ที่พบว่า กิจกรรมที่ใช้ในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยง ด้านบุคคล และชุมชน 2) การ จัดเวทีให้ความรู้ 3) การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก ในชุมชน 4) การพัฒนานวัตกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออก รวมทั้ง 5) การสร้างระบบการสื่อสาร และ 6) การสร้างระบบการติดตามประเมินผลและการ จัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งพบว่า รูปแบบดังกล่าว มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกได้เป็นอย่างดี ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างแท้จริง สามารถได้จัดการกับปัญหาที่แก้ไขได้ ค่อนข้างยากและซับซ้อนได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ข้อค้น พบ ของ การวิจัย ใน ครั้ง นี้ ซึ่ง ประกอบด้วยสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ พบว่า การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคต้อง สอดคล้องกับรูปแบบการระบาด นอกจากนั้นผล การศึกษาด้านระดับคะแนน ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ยังอยู่ใน ระดับปานกลาง ควรมีการเพิ่มความรอบรู้เกี่ยวกับโรค ไข้เลือดออก การวิเคราะห์ปัจจัยทั้งปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การ ป้องกันโรคไข้เลือดออก ควรมีการนำตัวแบบของปัจจัย ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก โดยเฉพาะ การเน้นปัจจัยเสริมที่มีทั้งการ สนับสนุนทางสังคมและการได้รับแรงจูงใจในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก แก่ประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก พื้นที่ใกล้เคียง หรือ พื้นที่ที่มีลักษณะบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป นอกจากนั้น

การดำเนินการตามขั้นตอนแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ โดยประยุกต์การวางแผนแบบมีส่วนร่วมนั้น ต้องมีการ กำหนดเนื้อหาในการเน้นการให้ครอบคลุมทุกประเด็น พร้อมทั้งต้องมีกลยุทธ์ในการดึงความร่วมมือจากทุกภาค ส่วนให้มากที่สุด จึงจะเกิดแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ที่ เป็นความร่วมมือของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง การนำ รูปแบบที่เกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ ควรคำนึงถึงบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไป สำหรับข้อมูลที่เป็น บางส่วนควรมีการดำเนินการอย่างระมัดระวัง เนื่องจาก อาจเป็นข้อมูลส่วนบุคคล และควรมีการศึกษาปัจจัย ทำนายในปัจจัยอื่นๆที่นอกจากที่วิจัยกล่าวถึง รวมไปถึง ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงภูมิศาสตร์ (GIS) เพื่อให้ เห็นการกระจายตัวของโรคและการวิเคราะห์เชิงพื้นที่ ที่กับการเกิดโรคไข้เลือดออก เหนือสิ่งอื่นใด ควรใช้ ระยะเวลาในการดำเนินการตามรูปแบบให้มากขึ้น เนื่องจากมีผลต่อการวัดผลประสิทธิภาพของรูปแบบ สำหรับในงานวิจัยนี้อาจจะดำเนินการไม่ตรงช่วงที่มีการ ระบาดของโรคไข้เลือดออก จึงส่งผลต่อการวัดผล ร้อยละ ของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ได้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565).

รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาด

โรคติดต่อมาโดยแมลง ปี พ.ศ. 2566. สืบค้น

จาก <https://ddc.moph.go.th/dvb/>.

กรมควบคุมโรค. (2556). รายงานการเฝ้าระวังทาง

ระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. นนทบุรี.

กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2552). คู่มือหลักสูตร

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ.

โรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์. (2562). ระบบเฝ้าระวังการเกิดโรคไข้เลือดออกโดยการบูรณาการการมีส่วนร่วมและระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ในเขตจังหวัดศรีสะเกษ. (ปริญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- กองสุขศึกษา. (2556). แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับจังหวัด. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง. (2565). รายงานประเมินความเสี่ยงการระบาดของโรคติดต่อฯ โดยแมลง ปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี.
- จรินทร์ วัฒนวิเศษ. (2553). ผลกระทบของโรคไข้เลือดออกจากบทความที่น่าอ่าน. สืบค้นจาก <https://info.muslimthaipost.com/main/index>.
- ณัฐยา สุนันติ, เอมอชมา วัฒนบุรานนท์, ยุวดี รอดจากภัย และวัลลภ ใจดี. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 16(2), 53-67.
- รัชฎากรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาธอาจ และชลกร ทรงศรี. (2019). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลหนองขาม อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(2), 26-34.
- วันทนา ขันการนาวิ. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่แนวป่าห้วยขาแข้ง อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. (ปริญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศรีสุรัตน์ ชัยรัตนศักดิ์. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่นอกเขตเทศบาลนคร จังหวัดนครสวรรค์. (ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). พิษณุโลก. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุรัตน์ ต้นศิริ. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน. (ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). วาระการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด ครั้งที่ 12 ปี 2565. ศรีสะเกษ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566. สืบค้นจาก https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a. from สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่. (2565). รายงานการประชุมประจำเดือนธันวาคม 2565. ศรีสะเกษ.
- หนึ่งบุรุษ ค่อมบุสดี. (2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้หลักการสิ่งแวดล้อมศึกษาสำหรับ ประชาชน ตำบลคำแก้ว อำเภอโซ่พิสัย จังหวัดบึงกาฬ. (ปริญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ธันญา เสี่ยงภัย. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัดสงขลา. (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา.มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- Alidha Nur Rakhmani, Yanin Limpanont, Jaranit Kaewkungwal, & Kamolnetr Okanurak. (2018). Factors associated with dengue prevention behaviour in Lowokwaru, Malang, Indonesia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 619. doi:10.1186/s12889-018-5553-z.
- Center for Disease Control and Prevention. (2023). About Dengue: What You Need to Know. Retrieved from <https://www.cdc.gov/dengue/about/index.html>.
- Charuai Suwanbamrung, Chanchuri Thoutong, Thidarat Eksirinimit, et al. (2018) The use of the “Lansaka Model” as the larval indices surveillance system for a sustainable solution to the dengue problem in southern Thailand. *PLOS ONE*. 13(8):e0201107.
- D. Barmak, C. Dorso, M. Otero, & H. Solari. (2011). Dengue epidemics and human mobility. *Phys. Rev. E*, 84(1), 1-11.
- Emmanuelle Kumaran, Dyna Doum, Vanney Keo, Ly Sokha, BunLeng Sam, Vibol Chan, John Hustedt. (2018). Dengue knowledge, attitudes and practices and their impact on community-based vector control in rural Cambodia. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 12(2), e0006268. doi:10.1371/journal.pntd.0006268
- Stephen Kemmis, Robin McTaggart, Rhonda Nixon. (2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. *Springer*.
- Seyed Hassan Nikookar, Mahmood Moosazadeh, Mahmoud Fazeli-Dinan, Morteza Zaim, Mohammad Mehdi Sedaghat, and Ahmadali Enayati. (2023). Knowledge, attitude, and practice of healthcare workers regarding dengue fever in Mazandaran Province, northern Iran. *Frontiers in Public Health*, 11. Retrieved from <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1129056>.
- W. Wayne, & D. (1995). *Biostatistics : A Foundation of Analysis in the Health Sciences*: John Wiley&Sons, Inc.
- World Health Organization. (2022). Dengue in the South-East Asia. Retrieved from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/dengue-and-severe-dengue>.

การพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลคู อำเภอรามาศ จังหวัดศรีสะเกษ

สำรอง สมหมาย, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผล รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในตำบลคู อำเภอรามาศ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและพัฒนาและใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ ระยะที่ 2 ประเมินผลรูปแบบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สุ่มกลุ่มตัวอย่าง อย่างง่ายตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 66 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน 3) แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ และ 4) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม- เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 ราย ส่วนใหญ่เป็นชายร้อยละ 56.70 มีอายุเฉลี่ย 55 ปี ($M = 55.1$, $SD = 9.3$) สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.7 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ร้อยละ 41.7 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 30.00 และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ร้อยละ 33.3 ภายหลังการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, 95% CI ; 1.02, 1.16) ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, 95% CI ; 7.28, 9.58) และค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, 95% CI ; 0.55, 0.74) ตามลำดับ

การศึกษาสรุพบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สามารถนำมาใช้ในการดูแลรักษากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานทั้งนี้ ควรมีการส่งเสริม สนับสนุน การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันและลดอัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวานในอนาคต

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; โรคเบาหวาน; การดูแลตนเอง; กลุ่มเสี่ยง

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา อำเภอรามาศ จังหวัดศรีสะเกษ Email: samrong202@gmail.com

Development and Evaluation of a Self-care Behavior Modification of Diabetes Mellitus on High Risk group Program in Du Sub-District, Rasi Salai District, Sisaket Province

Samrong Sommai, B.P.H.¹

Abstract

This study is the Research and Development was aimed to develop and evaluate program of changing self-care behavior among people at risk for diabetes in Du Subdistrict, Rasi Salai District, Sisaket Province. The research is divided into 2 phases: Phase 1 studies health care behavior problems in the diabetic risk group and develops and implements a behavior modification program for the diabetic risk group during a 9 week period Phase 2 evaluates the program before and after intervention participation. program random sampling Simple according to the specified eligibility criteria, totaling 66 cases. The tools used to collect data consisted of 1)a general information interview 2) a knowledge test about self-care to prevent diabetes questionnaires 3) a health belief interview questionnaires and 4) Self-care behaviors to prevent diabetes questionnaires Collect data during the October - December 2023 Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test at a statistical significance level of 0.05.

The results found that; a total of 66 samples, 56.70 percent were male, had an average age of 55 years (M= 55.1 , SD = 9.3), 76.70 percent were married 41.70 percent had an associate's degree, 30.00 percent were housewives, and 30.00 percent had a mass index. Physically exceeding the standard 33.30 percent. After using the model to change the self-care behaviors of people at risk for diabetes, it was found that the mean health belief scores regarding self-care to prevent diabetes It was significantly higher than before development ($p < .001$, 95% CI; 1.02, 1.16). The mean score for Knowledge about self-care to prevent diabetes was significantly higher than before development ($p < .001$, 95% CI; 7.28, 9.58), and the mean score for Self-care behaviors to prevent diabetes was Statistically significantly higher than before development ($p < .001$, 95% CI; 0.55, 0.74), respectively.

Conclusions; the self-care behavior change program resulted in people at risk for diabetes having health beliefs. Knowledge and behavior for self-care have increased. Can be used to care for groups at risk of developing diabetes. There should be continuous promotion and support for self-care of people at risk for diabetes. To prevent and reduce the rate of diabetes in the future.

Keywords: behavior modification, diabetes; self-care, Risk group

¹Public Health Technical Officer, Professional level, Health Promotion Hospital, Si Sa Ket Province.

Email: samrong202@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรคหนึ่ง (Non-communicable diseases; NCDs) ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งผู้เสียชีวิต 15 ล้านคน มีอายุระหว่าง 30 ถึง 69 ปี มากกว่าร้อยละ 85.0 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560; ขนิษฐา พิศฉลาดและภาวดี วิมลพันธุ์, 2560; ดารณี ทองสัมฤทธิ์, กนกวรรณ บริสุทธิ์และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก, 2560) สำหรับ ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน จากการรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 (ถนัด จำกลาง, 2560) ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.9 โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย พบร้อยละ 7.7 และ 6 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี ความชุกขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7 และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 21.4 ผู้หญิงและผู้ชายมีความชุกใกล้เคียงกัน ความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี ผู้ชาย ร้อยละ 2.9 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุ กลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่ม ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สุด ร้อยละ 55.9 ซึ่งหากไม่เร่งดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ อย่างจริงจัง ก็จะทำให้มีผู้ป่วยรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในอนาคต

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุโรคเบาหวานแล้วพบว่า ส่วนหนึ่งมาจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกายไม่ถูกต้อง การไม่สามารถดูแลด้านสุขภาพพื้นฐานของตนเองขาดการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น

นอกจากนี้ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสชาติหวานมันเค็ม การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ และความเครียดที่สะสมมาเป็นเวลานาน ทำให้เกิดโรคและความพิการ (พัชรวาลย์ วงศ์บุญสิน, 2554; ยุคลธร เขียววรรณ, มยุรี นีรัตธราดร และชดช้อย วัฒนะ, 2555)

กล่าวได้ว่าความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ ที่วัดได้จากภาวะทางสุขภาพ ตั้งแต่ระดับสุขภาพที่มีความแข็งแรงจนถึงเจ็บป่วย ดังนั้น การแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนนั้น จึงต้องพัฒนาควบคู่กันไปในทุกมิติของสาเหตุปัจจัยของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบ

จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 22 อำเภอ 206 ตำบล 2,633 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 1,472,859 คน จากการสำรวจข้อมูลการคัดกรองประชาชนมีกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน 82,448 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2564) ตำบลคู อำเภอรามันศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 988 ราย และจากการคัดกรองพบประชาชนที่มีกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน ทั้งหมด 288 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2564) โดยมีปัญหาสุขภาพร่วมจากการสัมภาษณ์ซึ่งได้แก่ ปัญหาด้านการบริโภคอาหาร ทักษะต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย และพร่องความรู้ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานบางประการ โดยสภาพปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในระยะยาว เช่น การเกิดความเสี่ยงต่อ

โรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาทางด้านจิตใจและสภาพเศรษฐกิจตามมาเมื่อเกิดโรค จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลคู ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาและประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่ตำบลคู อำเภอรามาศ จังหวัดศรีสะเกษ ขึ้น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและประเมินผล รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในตำบลคู อำเภอรามาศ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development approach) แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา ในขั้นนี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การประเมินความเสี่ยง การป้องกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ แบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพและแนวทางการจัดการตนเองของลอริกและฮอลแมน รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและสังเคราะห์เป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงในขั้นที่ 3 ต่อไป

ขั้นที่ 3 การสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง โดยนำผลการวิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากขั้นที่ 2 ร่วมกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมาจัดทำสาระสำคัญขององค์ประกอบของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีองค์ประกอบของแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ แนวความคิด ขั้นตอนดำเนินการ กิจกรรม สื่อที่ใช้ และการประเมินผล

ขั้นที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการโดยที่ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบในกิจกรรมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องที่รับได้ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (สุรารักษ์ หนูแบน, อารยาพรานประวีตรและสาโรจน์ เพชรเมณ, 2559) ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

ขั้นที่ 5 การปรับปรุงคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นดำเนินการโดยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินผลโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1.1 การกำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ประชากรศึกษา คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา จำนวน 288 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตบริการของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยพิจารณาจากผลการตรวจคัดกรอง ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 เทียบกับเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค,2559) 2) เป็นผู้ที่มิระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Capillary Blood Glucose: FCG) ด้วยการเจาะปลายนิ้วมีค่าระหว่าง 100 – 125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) มีค่าระหว่าง 6.0 - 6.4 % 3) เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน 4) เป็นผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อ โรคกระดูก และข้อต่อ 5) อายุ 40-59 ปี และ 6) ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ

เกณฑ์คัดออก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นไม่ถึงร้อยละ 80 จากระยะเวลาทั้งหมด 2) เข้าร่วมวิจัยเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด และ 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นต่อไป

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ผู้วิจัยได้ใช้หลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม (ทดสอบสมมติฐาน) ของโคเฮน 14 ค่าแอลฟาที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 กำหนดค่าขนาดของผลกระทบ (Effect size) ที่ 0.12 และค่าอำนาจของการทดสอบ (Power of the test) ที่ 0.84 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก (Simple random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีจำนวนน้อย ๆ และต้องการจำนวนตัวอย่างน้อยๆ (Koul,1984 : 108) มีขั้นตอนของการดำเนินการ ดังนี้ 1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยประชากร 2) นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิก มาจัดทำเป็นฉลาก 3) จับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขจนครบทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยฉลากที่จับมาแล้วจะต้องนำใส่คืน เพื่อให้จำนวนประชากรที่สุ่มมีจำนวนเท่าเดิมส่งผลให้เกิดความเท่าเทียมกันในการได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่ในกรณีที่มิใส่คืนจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสมากขึ้นในการสุ่มเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาของอัมพร ไวยโกคา (อรุณย์ ศรีนวล,2548) ที่ได้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันมะนะ อำเภอมือง จังหวัดลำพูน

Z_{∞} สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 1.96
 Z_p อำนาจการทดสอบ = 0.84
 σ_2 ความแปรปรวน = 2.79
 $\mu_1 - \mu_2$ ค่าเฉลี่ยความแตกต่างก่อนและ
หลัง = 15.97 - 15.63 = 0.34

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น
2 ประเภท คือ

1.2.1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการ
พัฒนา ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแล
ตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน

1.2.2 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนามา
จากการศึกษาของอรุณีย์ ศรีนวล (อัมพร ไวยโกศา
,2556) แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร
ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน คำถาม
เป็นลักษณะเลือกคำตอบและเติมข้อความ
จำนวน 10 ข้อ น้ำหนักและส่วนสูง

ตอนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ
ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การ
รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และ
อุปสรรคในการป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นแบบ
ประเมินคำตอบแบบ Likert scale จำนวน 30 ข้อ โดย
มี 3 ตัวเลือกคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ลักษณะ
คำถามจะแบ่งตามความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน คือ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง
ของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการ
ป้องกันโรค แต่ละด้านมีข้อความ 10 ข้อเท่ากันและ
มีคะแนนแต่ละด้านเป็น 10 - 30 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้
เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน
จำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณาจาก 2 ตัวเลือกคือ

ถูก หรือผิด และเกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะคำถามจะ
แบ่งตามความรู้ 3 ด้านรวม 20 ข้อ รวมคะแนน 0-20
คะแนน โดยแบ่งเป็น 1) ความรู้ด้านอาหาร 10 ข้อ
คะแนน 0-10 คะแนน 2) ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ
คะแนน 0-5 คะแนน 3) ด้านการผ่อนคลายความเครียด
5 ข้อ คะแนน 0-5 คะแนน

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดูแล
ตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อใช้วัดพฤติกรรม
การดูแลตนเอง ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขต
บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา
แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ การรับประทานอาหาร การดูแล
ตนเองด้านการออกกำลังกาย และด้านการผ่อนคลาย
ความเครียด

1.2.3 การสร้างเครื่องมือวิจัย
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย
ดำเนินการ โดย 1) ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2) กำหนดจุดมุ่งหมาย ขอบเขตเนื้อหา กิจกรรมและ
เครื่องมือที่ใช้ 3) กำหนดเนื้อหา ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง
โรคเบาหวาน ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการอันตราย
จากโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและการ
ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเกี่ยวกับการ
รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย
ความเครียดซึ่งใช้แนวคิดการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม
เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
4) สร้างแผนการให้โปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรง
สนับสนุนทางสังคม และคู่มือการดูแลตนเองเพื่อ
ป้องกันโรคเบาหวาน และ 5) นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นให้ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา
ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา
(Content Validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นที่ 2 การดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ระยะเตรียมการ โดย

1) จัดทำบันทึกและการเข้าพบในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา เพื่อชี้แจงในเรื่อง รายละเอียดและระยะเวลาของการวิจัยและ 2) ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงขั้นตอนและ กิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินงานและเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2.2 ระยะดำเนินการวิจัย โดย

1) ติดต่อขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดาเพื่อขอข้อมูลต่างๆ เช่น อายุ 40-59 ปี เพศ ระดับการศึกษาและอาชีพของกลุ่มเป้าหมาย จากแฟ้มบันทึกสุขภาพประจำครอบครัว คุณสมบัติของบุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและญาติพี่น้องเป็นเบาหวานจากอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อทราบข้อมูลพอเป็นสังเขป ก่อนลงไปคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด 2) สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 66 คน 3) ติดต่อขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยนัดหมายกลุ่มเป้าหมายพบกันในห้องบ้าน 1 ครั้งเพื่อชั่งน้ำหนักและส่วนสูงแล้วคำนวณค่าดัชนีมวลกายเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.0 กก./ม² ขึ้นไป สอบถามความร่วมมือในการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอม สอบถามประวัติการเป็นเบาหวานของญาติ รวมทั้งตรวจหาระดับน้ำตาลในปัสสาวะ และคัดเลือกประชาชนกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดอีกครั้ง และ 4) นัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้าน ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิจัยต่อไป

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพความรู้ในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียดและสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลอง (Pre-test) 1 สัปดาห์ และนัดหมายวัน และสถานที่เพื่อพบกลุ่ม โดยไปตามจุดนัดในชุมชน ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มละไม่เกิน 6 คน

2) แต่ละกลุ่มหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว พิจารณาข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานว่าเป็นอย่างไร เพื่อจัดกลุ่มให้โปรแกรมสุขศึกษา ตามกิจกรรมที่กำหนดตามขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพ เล่าประสบการณ์ อภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกัน นัดหมายครั้งต่อไปและเยี่ยมบ้านเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยในระหว่าง ก่อนที่จะถึงวันนัด ผู้วิจัยจะกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ และการบันทึก ทางโทรศัพท์ หรือ กระตุ้นเตือนที่บ้าน ในช่วงสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 7 ของการทดลอง

3) รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8-9 (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม เก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพร้อมทั้งชั่งน้ำหนักตัว และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่

1) ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย แล้วนำข้อมูลมาจัดกลุ่มแจกแจงความถี่เป็นจำนวนและร้อยละ 2) แจกแจงความถี่ของข้อมูลเป็นจำนวน

และ ร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจกแจงของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อาชีพ และระดับการศึกษา

3.2 สถิติอนุमान โตเปรี๊ยะเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านคุณภาพในแต่ละด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดวัตถุประสงค์และวิธีการของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย และเมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เลขที่ SPPH 2023-143 โดยข้อมูลส่วนตัวต่างๆ จะเก็บเป็นความลับจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล แต่รายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ต้องการโดยไม่มียผลต่อการรักษาหรือบริการใดๆ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย ร้อยละ 56.7 หญิง ร้อยละ 43.3 อายุเฉลี่ย 55 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ร้อยละ 41.7 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.7 รองลงมา โสด ร้อยละ 8.3 อาชีพแม่บ้านส่วนใหญ่ ร้อยละ 30.0 รองลงมา ร้อยละ 26.7 รายได้ของครอบครัว 35,000 บาทต่อเดือน และดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกิน ร้อยละ 33.3 รองลงมา ระดับปกติ ร้อยละ 30.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากร	n(%)
เพศ	
ชาย	34(56.7)
หญิง	26(43.3)
อายุ	
Mean = 55.1 ปี, SD= 9.3 ปี, Min = 35.0 ปี, Max = 70.0 ปี	
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา	4(6.7)
มัธยมศึกษา	15(25.0)
อนุปริญญา	25(41.7)
ปริญญาตรี	14(23.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	2(3.3)
สถานภาพสมรส	
โสด	5(8.3)
คู่	46(76.7)
หม้าย	3(5.0)
หย่า/ร้าง	3(5.0)
แยกกันอยู่	3(5.0)
อาชีพ	
ไม่ได้ทำงาน	6(10.0)
แม่บ้าน	18(30.0)
เกษตรกร	5(8.3)
ค้าขาย	16(26.7)
รับจ้าง	15(25.0)
รายได้	
Mean = 34,628 บาท, SD= 22,239.3, Min =4,900.0, Max= 80,000 บาท	
ดัชนีมวลกาย	
ปกติ (18.5-22.9)	18(30.0)
เกิน(23.24.9)	20(33.3)
อ้วน (25.29.9)	15(25.0)
อ้วนมาก(มากกว่า 30)	7(11.7)

ผลลัพธ์จากการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา หลังการพัฒนาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($M = 1.67$, $SD = 0.28$) เป็นระดับมาก ($M = 2.81$, $SD = 0.40$)

หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โดยรวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 30.0

หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน โดยรวม เพิ่มขึ้นจากระดับน้อย ($M = 1.67$, $SD = 0.33$) เป็นระดับปานกลาง ($M = 2.32$, $SD = 0.22$)

หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายโดยรวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.0 เป็นร้อยละ 30.0

หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ด้านการผ่อนคลายความเครียด โดยรวม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 40.0

หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.09

คะแนน (95% CI ; 1.02, 1.16) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.43 คะแนน (95% CI ; 7.28, 9.58) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.65 คะแนน (95% CI ; 0.55, 0.74) ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

หลังจากดำเนินการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.09 คะแนน (95% CI ; 1.02, 1.16) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.43 คะแนน (95% CI ; 7.28, 9.58) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.65 คะแนน (95% CI ; 0.55, 0.74) ตามลำดับ ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเอง และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง

	n	Mean (SD)	Mean diff (SE.)	95%CI		P-value
				Lower	Upper	
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
ก่อนการทดลอง	66	1.65(0.20)	1.09(0.03)	1.02	1.16	< .001
หลังการทดลอง	66	2.74(0.16)				
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	66	18.22(1.19)	8.43(0.57)	7.28	9.58	< .001
หลังการทดลอง	66	9.80(4.03)				
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	66	2.32(0.22)	0.65(0.36)	0.55	0.74	< .001
หลังการทดลอง	66	1.67(0.33)				

อภิปรายผล

หลังจากดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม自我ดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านกระเดา กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 66 คน เป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์ แล้วประเมินผลวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อ ด้านสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการ พัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 1.09 คะแนน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ความตั้งใจที่จะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะอารมณ์ และ ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (Bandara A,1986) เช่นเดียวกับการศึกษากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งกลุ่มเสี่ยงได้รับการอบรมให้ความรู้และเพิ่มการรับรู้แบ่งเป็น 5 ฐาน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้เรื่องโอกาส เสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวาน อาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์

และอุปสรรคของการป้องกันโรคการออกกำลังกายและ การผ่อนคลายความเครียด ในสัปดาห์ที่ 1 การเยี่ยม บ้านสัปดาห์ ที่ 2 และ 6 รวมถึงนัดหมายการรวมกลุ่ม สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) ในทุกด้านทั้งการรับรู้ โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรง ของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับ ในส่วนของพฤติกรรม自我ป้องกันโรค กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรม自我ป้องกันโรคเบาหวานดีกว่าก่อนทดลอง (Gould J,2012) และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย ของคะแนนความรู้ การรับรู้ที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานสูง กว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (International Diabetes Federation,2015) และภายหลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนน พฤติกรรม自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน มากกว่าก่อนการทดลอง (อัมพร ไวยโกศา,2556) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ อาจเนื่องมาจาก

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J., 2005) ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอย่างน้อยที่สุดโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขา การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค และเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้บุคคลต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองนั้นสามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ นั่นก็คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเห็นว่า ความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม ความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และความสามารถที่จะถ่วงโยงประสพการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ และเมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว สิ่งนี้อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (Lorig KR, Holman HR, 2003) ประกอบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม

และกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีรวมถึงการหลีกเลี่ยงจากโรคภัยหรือภัยอันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจ และมีเป้าหมายซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน กล่าวคือมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Orem, D. E., 1991) ดังนั้น จึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 8.43 คะแนน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม (Rosenstock, I.M., 1974) ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 20.9 คะแนนหลังทดลองมีความรู้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.9 แสดงให้เห็นว่าความรู้ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง (Tongpeth J., 2013) ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยง มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวาน ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลเพิ่มขึ้น (Wilcox S., 1996) การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้แนะตนเองนั้นมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ของ มัลคอล์ม โนลส์ (Malcolm Knowles) ซึ่งจอห์น ดิวอี้ (John Dewey) ได้เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ดังทฤษฎีการเรียนรู้

ของผู้ใหญ่(Andragogy) ได้ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นหัวใจสำคัญ สำหรับการเรียนรู้จากพื้นฐานแนวคิดดังกล่าวได้ต่อยอดมาเป็นแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนสามารถชี้นำตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ต้องการได้โดยมีผู้สอนเป็นผู้คอยสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น (Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M.,&Nurss, J.R,1998) ในทำนองเดียวกันโนลส์ (Knowles) ได้กล่าว ถึง ความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองไว้ว่า บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเอง จะเรียนได้มากกว่าดีกว่า มีความตั้งใจ มีจุดมุ่งหมาย และมีแรงจูงใจสูงกว่า สามารถนำประโยชน์จากการเรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าคนที่เรียนรู้โดยเป็นแต่เพียงผู้รับหรือรอการถ่ายทอดจากผู้สอนเท่านั้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้เติบโตอย่างมากในโลกของการฝึกอบรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกอบรมในองค์กร

นอกจากนั้นยังพบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับ ก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.65 คะแนนเช่นเดียวกับการศึกษาการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง (พัชรพลัย วงศ์บุญสิน,2554) สอดคล้องกับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะ ก่อนเบาหวานในชุมชน ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน พฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น (ชนิษฐา พิศฉลาด และภาวดี วิมลพันธุ์,2554)การที่ ผลการวิจัย ปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก การที่บุคคลจะมีทักษะ ในการดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นนั้น จำเป็นจะต้องได้รับความรู้ หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ร่วมกับการฝึกทักษะ ที่จำเป็น แต่การได้รับความรู้เพียงครั้งเดียวในวันที่ได้รับการวินิจฉัยหรือการมาตรวจตามนัด อาจจะไม่เพียงพอ ต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ ดังนั้น

กิจกรรมการให้ความรู้ นั้นจะต้องให้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้กลวิธีที่หลากหลายอย่างไรก็ตาม บุคคลนั้นต้องมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี และถือเป็นประสบการณ์ ที่มีความหมายสำหรับบุคคลนั้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง

สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของลอริกและฮอลแมน (Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M.,&Nurss, J. R,1998) โดยมีแนวคิดว่าคุณจะสามารถจัดการตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้ ทักษะจำเป็น และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะมีพฤติกรรม การจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานและการจัดการตนเองในระยะก่อน เบาหวาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ (Medical management) ได้แก่ การควบคุมอาการ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร 2) การจัดการกับบทบาท (Role management) เป็นการคงไว้ ปรับเปลี่ยนและการสร้างบทบาท ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย 3) การจัดการกับอารมณ์ (emotional management)เป็นการจัดการอารมณ์ ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย เช่นอารมณ์กลัว เครียด ซึมเศร้า ซึ่งความรู้จะส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อน เบาหวาน สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ และเมื่อมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานสามารถจัดการกับ อารมณ์เครียด หรือวิตกกังวลที่อาจเป็นผลจากความ เจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้ (Tongpeth J,2013) อีกทั้ง โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นนั้น ได้จัดให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้ฝึกทักษะ ที่สำคัญ 6 ประการ ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) การใช้แหล่งประโยชน์ 4) การสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การปรับกิจกรรมให้

เหมาะสมในแต่ละบุคคล และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยวิธีการให้ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองการได้เห็นตัวอย่างจากวิถีทัศน์ตัวแบบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายด้วยการเดิน การรับประทานอาหารเช้าและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและประสบการณ์ของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกับตนเอง ทำให้ผู้ที่ภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ทั้งการเลือกรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมลดตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ (สุรกรวี หนูแบน, อารยา ปรานประวีตร และสาโรจน์ เพชรมณี, 2559)

ข้อจำกัดของการศึกษา การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มารับการตรวจติดตามการรักษาในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระเดาเท่านั้น อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงที่ไปรับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงหรือสถานบริการเอกชน

จุดแข็งของการศึกษา งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลหรือจัดเป็นกลุ่มและใช้บ้านหรือชุมชนเป็นห้องเรียนของกลุ่มเสี่ยง

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดตนเองจะเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา แต่ก็เพิ่มเพียง ร้อยละ 21.6 เท่านั้น ซึ่งถือว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ดังนั้น การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ ควรมีผู้กำกับ ติดตามและแก้ไขอุปสรรคของพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงภายในครอบครัว เช่น สามี หรือภรรยา บุตร หรือบุคคลอื่นในกลุ่มเสี่ยงให้ความไว้วางใจ อย่างมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง ควรนำ

โปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานไปปรับใช้กับผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่รับผิดชอบและเครือข่ายอย่างครอบคลุม และพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานให้ทันสมัยสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

(2560). คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ชนิษฐา พิศฉลาด และภาวดี วิลมพันธ์(2560). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการตนเองดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 27(1): มกราคม-เมษายน 2560: 47-59.

ดารณี ทองสัมฤทธิ์, กนกวรรณ บริสุทธิ์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก(2560). ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอดำรงวิทยารพบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 28(1): มกราคม – มิถุนายน.

ณัด จำกลาง(2560). ประสิทธิภาพการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น.วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 4(1): มกราคม-มิถุนายน 2560: 151-162.

- พัชรวาลัย วงศ์บุญสิน. (2554). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในยุคสังคมเสี่ยงภัย มุมมองทางประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ.
- ยุคลธร เขียววรรณ, มยุรี นิรัทธราตร และ ชดช้อย วัฒนะ(2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. พยาบาลสาร. 39(2): เมษายน-มิถุนายน 2555: 132-143.
- สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. (2559). รายงานประจำปี 2558 สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. กรุงเทพมหานคร. Retrieved from <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>.
- สุรกริ หนูแบน, อารยา ปรานประวิตร และสาโรจน์ เพชรมณี(2559). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย. 7 (1): มกราคม - มิถุนายน 2559; 101-114.
- อรุณีย์ ศรีนวล .(2548). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอ เขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัมพร ไวยโกศา(2556). การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสันมะนะ ตำบลตันธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่14(1); ตุลาคม 2555 - มีนาคม 2556.
- Bandara, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action. New Jersey: Prentice-Hall, 12.
- Gould, J. (2012). Learning theory and classroom practice in the lifelong learning sector.(2nd ed). Exeter: Learning Matters. International Diabetes Federation. (20 15). Diabetes Atlas. Retrieved from www.diabetesatlas.org.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., &He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet, 365, 217-223.
- Lorig KR, Holman HR(2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003; 26 (1):1–7.
- Orem, D. E. (1991). Nursing Concept of Practice (4thed.). St Louis: Mosby Year Book.
- Rosenstock, I.M. (1974). “The health belief model and preventive health behavior.” Health Education Monographs. 12(2): 329-386.
- Tongpeth J(2013). Self-management promoting potential program on blood sugar control and Quality of life among diabetes mellitus type 2. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013; 14(2):69-78.

- Wilcox, S. (1996). Fostering self - directed learning in the university setting. *Studies in Higher Education*. 21(2):165-176.
- Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M., & Nurss, J. R. (1998). Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients With hypertension and diabetes. *Arch Inter Med*, 158, 166-172.
- Tongpeth J (2013). Self-management promoting potential program on blood sugar control and Quality of life among diabetes mellitus type 2. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2013; 14(2):69-78.

สถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2566

ชโยมนต์ ดอกพอง,พ.บ.¹, ปิยะดา สอนพุด,พ.บ.², เจนจิรา ดินฐะเซ็น,ว.ท.ม.³, ศศิภา เตชะบุรินทร์,ว.ท.ม.⁴
และณัฐชัย ศรีสวัสดิ์,พ.บ.⁵

บทคัดย่อ

โรคเลปโตสไปโรซิส หรือโรคฉี่หนู นับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งเป็นโรคของสัตว์ที่สามารถติดต่อมาสู่คน พบอุบัติการณ์ของโรคมามากในประเทศเขตภูมิอากาศแบบร้อนชื้น ประเทศไทยพบผู้ป่วยทั่วทุกภาคของประเทศแต่พบมากที่สุดภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดที่มีอัตราเกิดโรคที่สูงกว่าระดับประเทศ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของโรคเลปโตสไปโรซิสผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลชุมชน และเพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสผู้ป่วยที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลและข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ทดสอบผลยืนยันด้วยวิธี real time PCR และวิธี Microscopic Agglutination Test(MAT) วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และ compare mean t-test

ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสที่โรงพยาบาลชุมชน มีจำนวนผู้ป่วยที่สงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส 98 ราย ทำการตรวจยืนยันการตรวจวินิจฉัยสารพันธุกรรมของโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยวิธี Real-time PCR และการเพาะเชื้อทั้งในเลือดและปัสสาวะ พบว่า ไม่ติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส 47 ราย ร้อยละ 47.96 ซึ่งส่วนใหญ่ติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส 51 ราย ร้อยละ 52.04 ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการรุนแรง 31 ราย ร้อยละ 60.78 มีอาการไม่รุนแรง 20 ราย ร้อยละ 39.22 โดยผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงเสียชีวิต 2 ราย เป็นเพศชาย อายุ 66 และ 68 ปี มี SOFA Score มากกว่า 2 ที่ประเมินการทำงานของระบบเลือด การทำงานของไตและการทำงานของตับ ซึ่งตรวจพบเชื้อทั้งในเลือดและปัสสาวะ 1 ราย ร้อยละ 50.00 และพบเชื้อเฉพาะในเลือด 1 ราย ร้อยละ 50.00

สรุปผลการศึกษา พบผู้ป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสมากกว่าครึ่งหนึ่ง ซึ่งจากผลการตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสที่รวดเร็วและแม่นยำนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อเป็นแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสได้ทันทั่วทั้ง

คำสำคัญ: โรคเลปโตสไปโรซิส, การวินิจฉัย, อาการรุนแรง

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย Email:chayomon@gmail.com

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย Email: Piyadato12549@gmail .com

³นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคไตในภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประเทศไทย Email:janejira.d@chula.ac.th

⁴นักเทคนิคการแพทย์ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคไตในภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประเทศไทย Email:sasipha.t@chulahospital.org

⁵ศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ นายแพทย์ หัวหน้าศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านโรคไตในภาวะวิกฤต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ประเทศไทย Email:dmattachai@yahoo.com

Situation and Diagnostic of Leptospirosis in Khukhan Hospital, Srisaket Province since October 2019 to 2023

Chayomon Dokpong,M.D.¹,Piyada Sor npood,B.N.S.² , Janejira Dinhuzen,M.S.C³,
Sasipha Tachaboon,M.S.C⁴ and Nattachai Srisawat,M.D⁵

Abstract

Leptospirosis is considered a disease that is a public health problem in Thailand. It is an animal disease that can be transmitted to people. The incidence of the disease is found to be high in countries with tropical climates. Thailand found patients across all regions of the country, but most commonly in the southern and northeastern regions. Sisaket Province had a higher disease incidence rate than the national. This study aims to study the epidemiological situation of leptospirosis in patients receiving treatment at Khukhan Hospital and to confirm the diagnosis of leptospirosis in patients admitted to Khukhan Hospital, between October 2019 and October 2023, data were collected using data recording forms and laboratory data, confirmation were tested using real-time PCR and microscopic agglutination test (MAT) methods. Differences were analyzed using the Mann-Whitney U test, mean, median, and compare mean t-test.

The results found that are several patients 98 cases of suspected leptospirosis were examined to confirm the genetic diagnosis of leptospirosis. It was found that they were not infected with leptospirosis, 47 cases, 47.96 percent, most of whom were infected with leptospirosis, 51 cases, 52.04 percent. Most infected people had severe symptoms, 31 cases, 60.78 percent and mild symptoms 20 cases, 39.22 percent. In which 2 infected people with severe symptoms died, they were males, ages 66 and 68, and had a SOFA score of more than 2 that assesses the function of the blood system, Kidney function and liver function, In which infection was detected in both blood and urine 1 case, 50.00 percent, and infection was found only in the blood 1 case, 50.00 percent.

Conclusion of study results Leptospirosis is found in more than half of patients, from the results of the diagnosis of Leptospirosis disease fast and accurate leptospirosis It is very necessary to provide guidelines for the timely treatment of patients with leptospirosis.

KEYWORDS: Leptospirosis, Diagnosis, Severe disease

¹Head of the medical khukhan hospital, Srisaket province, Email: chayomon@gmail.com

²Head of the intensive care unit khukhan hospital, Srisaket province

³Scientist Excellence center for critical care nephrology, King chulalongkorn memorial hospital, Thai red cross society,

⁴Medical Technologist Excellence center for critical care nephrology, King chulalongkorn memorial hospital,
Thai red cross society, Thailand,

⁵Professor doctor Head of Excellence center for critical care nephrology, King chulalongkorn memorial hospital,
Thai red cross society, Thailand,

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสหรือโรคฉี่หนู นับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งเป็นโรคของสัตว์ที่สามารถติดต่อมาสู่คน (zoonotic Disease) พบอุบัติการณ์ของโรคมามากในประเทศเขตภูมิอากาศแบบร้อนชื้น (tropical zone) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยทั่วทุกภาคของประเทศแต่พบมากที่สุดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากรายงานการติดตามโรคในช่วงฤดูฝนต่อฤดูหนาว ส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มประชากรที่มีความจำเป็นต้องสัมผัสกับดินโคลนและน้ำในการดำรงชีวิตจะเป็นกลุ่มประชากรเสี่ยงต่อโรค โดยพบเชื้อในน้ำจากการปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อ หรือน้ำที่ปนเปื้อนอาจไหลไปตามแม่น้ำ ลำคลอง และปนเปื้อนอาหาร น้ำที่ใช้เลี้ยงสัตว์ แล้วแพร่กระจายโดยการไชเข้าสู่ทางร่างกายทางผิวหนังและเยื่อที่มิแผลหรือรอยขีดข่วน โดยจังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดที่มีอัตราเกิดโรคสูง มีอัตราเกิดโรคที่ 20-40 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (3-5 ต่อแสนประชากร) ทุกปี (Department of Disease Control, 2017; Tansila, 2023; กัลยา วรวิพันธุ์สกุล, 1998)

การติดเชื้อเลปโตสไปโรซิสมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรง หรือถึงขั้นเสียชีวิต ส่วนใหญ่มักไม่แสดงอาการ หรือแสดงอาการไม่ชัดเจนและพบว่ามีหลายโรคที่เกี่ยวข้อง ทำให้การรักษาเกิดความล่าช้าทางผู้วิจัยจึงนำการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเลปโตสไปโรซิสเพื่อเพิ่มความจำเพาะในการวินิจฉัยให้มีความรวดเร็วถูกต้อง และแม่นยำมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค)

วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาของโรคเลปโตสไปโรซิสผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลชุมชน

2) เพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสผู้ป่วยที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective cohort study)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

เป็นผู้ป่วยที่ได้รับเข้ารับการรักษาด่วนนอนรักษาอาการป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและให้พักรักษาอาการด้วยการนอนรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 ที่มีอาการใช้ร่วมกับอาการปวดกล้ามเนื้อและมีประวัติการย่ำน้ำหรือสัมผัสพื้นดินที่ชื้นแฉะหรือสัมผัสสัตว์พาหะโรค

1.กลุ่มประชากรที่ศึกษา

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย

1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครที่ใช้ในการศึกษา (inclusion criteria)

1) ผู้ป่วยที่เป็นอาสาสมัครทั้งหมดยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2) ผู้ป่วยอาสาสมัครทั้งหมดเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ

3) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยทางคลินิกว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสโดยมีเกณฑ์วินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเลปโตสไปราด้วยวิธี Real time PCR ผลการตรวจเพาะเชื้อเลปโตสไปรา (Culture) ทั้งในเลือดและปัสสาวะ ซึ่งถ้าผลการตรวจวินิจฉัยได้วินิจฉัยหนึ่ง

เป็นผลบวกผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส

4) มีประวัติการสัมผัสน้ำท่วมขังหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสสิ่งขับถ่ายของสัตว์รังโรค

2.เกณฑ์การคัดเลือกอสาสมัคร
ออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย
ติดเชื้อโรคอื่นๆ

3.การวินิจฉัยการเกิดความรุนแรง
ของโรคโดยใช้ SOFA (Sequential Organ Failure
Assessment) Score

ตารางที่ 1 แสดงการให้คะแนนของการทำงานแต่ละระบบ SOFA Score(Jones, Trzeciak, & Kline, 2009)

Table 1 The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score^a

Organ system	SOFA score				
	0	1	2	3	4
Respiratory, PO ₂ /FiO ₂ , mmHg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory support
Coagulation, Platelets, ×10 ³ /mm ³	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver, Bilirubin, mg/dL	<1.2	1.2–1.9	2.0–5.9	6.0–11.9	>12.0
Cardiovascular	MAP ≥70 mmHg	MAP <70 mmHg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose) ^b	Dopamine 5.1–15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1 ^b	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1 ^b
Central nervous system, Glasgow Coma Scale	15	13–14	10–12	6–9	<6
Renal, Creatinine, mg/dL. Urine output, mL/d	<1.2	1.2–1.9	2.0–3.4	3.5–4.9 <500	>5.0 <200

^a, adapted from Vincent *et al.* (7); ^b, Catecholamine doses are given as µg/kg/min for at least 1 hour. FiO₂, fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; PO₂, partial pressure of oxygen.

การรวบรวมข้อมูล

ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล
นำมาลงในแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก
ส่วนสูง โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ได้รับการรักษา
ในโรงพยาบาล

2) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด การตรวจ
การทำงานของไตและการตรวจการทำงานของตับ

SOFA score เป็นการประเมินหน้าที่การ
ทำงานของร่างกายในแต่ละระบบ ได้แก่ ระบบการ
หายใจ การแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับ ระบบ
หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทส่วนกลางและ
การทำงานของไต ซึ่ง 0 หมายความว่า การทำหน้าที่
ของร่างกายปกติ และ 4 หมายถึง การทำหน้าที่ของ
ร่างกายล้มเหลว ซึ่งถ้าคะแนน SOFA Score มีค่า
เท่ากับ 3 หรือ 4 ในระบบใดระบบหนึ่งจะแสดงให้เห็น
ว่าผู้ป่วยรายนั้น มีอาการรุนแรงทันที ดังตารางที่ 1

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ความแตกต่างในกลุ่ม
ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในกลุ่มผู้ป่วยรุนแรงและ
ไม่รุนแรงโดยใช้ค่ากลางของข้อมูลทั้งสองกลุ่มที่เป็น
อิสระต่อกันโดยตัวแปรมีการแจกแจงไม่ปกติ โดยใช้
Mann-Whitney U test และใช้ค่าเฉลี่ยของข้อมูล
กับค่ามัธยฐานโดยตัวแปรมีการแจกแจงปกติ โดยใช้
compare mean t-test

2) ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ
พิจารณาที่ p-value<0.05

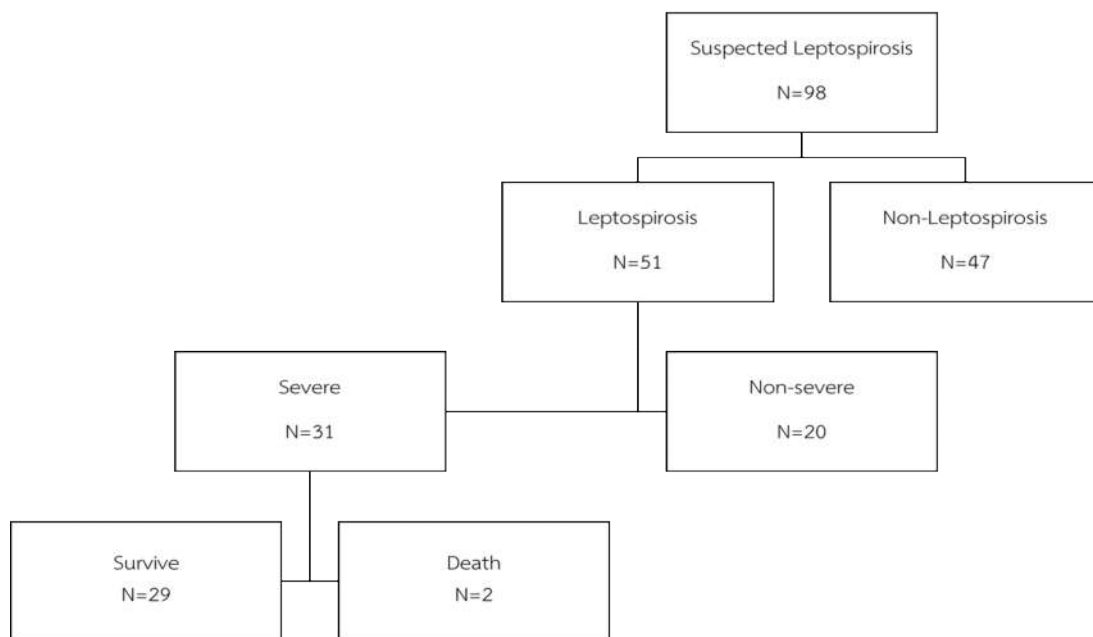
จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [IRB 521/62]. ลงวันที่ 7 มกราคม 2567 หมดอายุวันที่ 6 มกราคม 2568

ได้ทำหนังสือชี้แจง (เอกสารแนะนำอาสาสมัคร) ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และการนำเสนอข้อมูลจะเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

จากการเก็บตัวอย่างผู้ป่วยสงสัยโรคเลปโตสไปโรสิสในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2566 จำนวนทั้งหมด 98 ราย ผลปรากฏว่าเป็นโรคเลปโตสไปโรสิสทั้งสิ้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.04 และไม่เป็นโรคจำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.96 ในจำนวนคนที่ เป็นโรคจำนวน 51 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสรุนแรงจำนวน 31 ราย ร้อยละ 60.78 และอาการไม่รุนแรงจำนวน 20 ราย ร้อยละ 39.22 ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงภาพรวมของการศึกษาการวิจัย

การเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของประชากรของทั้งกลุ่มอาการรุนแรงและไม่รุนแรงพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80.65 และ 70.00 มีอายุประมาณ 57 ปี และ 51 ปี น้ำหนักอยู่ที่ประมาณ 55.00 กิโลกรัม ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีไข้ก่อนมาพบแพทย์เฉลี่ยอยู่ที่ 3 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรงมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน

ร้อยละ 3.23 ความดันร้อยละ 6.45 และพิษสุราเรื้อรัง ร้อยละ 3.23 และในกลุ่มอาการไม่รุนแรง พบว่ามีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและความดัน ร้อยละ 10 ไชมัน หลอดเลือดหัวใจขาดเลือดและโรคเอดส์ ร้อยละ 5 ซึ่งพบว่าสองกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรงพบภาวะดีซ่าน

คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ เหนื่อย
เพลีย ปวดท้อง มากกว่ากลุ่มอาการไม่รุนแรงแต่ไม่มี
ความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ แต่อาการ
เหนื่อยหอบ ในกลุ่มผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงมีผู้ป่วย
มากกว่ากลุ่มรุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
(*p-value* 0.026) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ข้อมูลทางประชากร	อาการรุนแรง (จำนวน 31 ราย)	อาการไม่รุนแรง(จำนวน 20 ราย)	<i>p-value</i>
อายุ; ปี(median,IQR)	57.00(43.50,66.00)	51.00(40.00,57.00)	0.147
เพศ; ชาย(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	25.00(80.65%)	14.00(70.00%)	0.382
น้ำหนัก; กิโลกรัม(mean±SD)	55.93±10.63	55.43±16.75	0.885
ส่วนสูง; เซนติเมตร(mean±SD)	164.52±5.24	153.53±38.01	0.106
จำนวนวันการเป็นไข้(median,IQR)	3.00(2.50,4.00)	3.00(2.00,4.00)	0.400
โรคประจำตัว			
เบาหวาน(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	1.00(3.23%)	2.00(10.00%)	0.315
ความดัน(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	2.00(6.45%)	2.00(10.00%)	0.645
ไขมัน(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	0.00(0.00%)	1.00(5.00%)	0.209
หัวใจขาดเลือด(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	0.00(0.00%)	1.00(5.00%)	0.209
มะเร็ง(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	0.00(0.00%)	0.00(0.00%)	NA
เอดส์	0.00(0.00%)	1.00(5.00%)	0.209
พิษสุราเรื้อรัง	1.00(3.23%)	0.00(0.00%)	0.417
โรคตับ	0.00(0.00%)	0.00(0.00%)	NA
อาการที่พบ			
ภาวะดีซ่าน(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	4.00(12.90%)	0.00(0.00%)	0.094
คลื่นไส้(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	5.00(16.13%)	4.00(20.00%)	0.723
อาเจียน(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	6.00(19.35%)	5.00(25.00%)	0.632
ปวดเมื่อยตามตัว(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	21.00(67.74%)	11.00(55.00%)	0.358
ปวดศีรษะ(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	21.00(67.74%)	14.00(70.00%)	0.865
เหนื่อย เพลีย(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	18.00(58.06%)	7.00(35.00%)	0.231
ปวดท้อง(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	4.00(12.90%)	1.00(5.00%)	0.354
เหนื่อย หอบ(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	0.00(0.00%)	3.00(15.00%)	0.026

จากการตรวจร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่า อุณหภูมิร่างกายในกลุ่มไม่รุนแรงสูงกว่ากลุ่มอาการรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.006) ค่าความดันตัวบนในกลุ่มอาการรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มอาการไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.004) จากผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบว่าค่าเกล็ดเลือดในผู้ป่วย

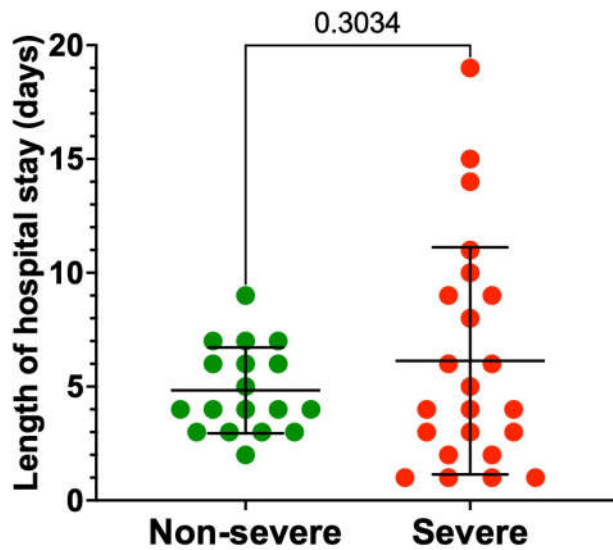
กลุ่มอาการรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มอาการไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p -value<0.001) ในทางตรงกันข้าม ค่า creatinine และ SGOT ในผู้ป่วยกลุ่มอาการ รุนแรงมีค่าสูงกว่ากลุ่มอาการไม่รุนแรงอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ(p value<0.001, p -value 0.034 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการของประชากรที่ศึกษา

การตรวจร่างกาย	อาการรุนแรง (จำนวน 31 ราย)	อาการไม่รุนแรง (จำนวน 20 ราย)	p -value
อุณหภูมิร่างกาย(mean±SD)	37.27±0.92	38.07±0.99	0.006
ความดันตัวบน;มิลลิเมตรปรอท(mean±SD)	96.97±17.40	111.37±14.70	0.004
ความดันตัวล่าง;มิลลิเมตรปรอท(mean±SD)	61.61±11.87	64.74±10.58	0.352
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ			
White Blood Cell;cellx10 ³ uL(mean±SD)	11.94±4.43	11.32±4.59	0.647
Pellet;cellx10 ³ uL(median,IQR)	32.00(19.00,56.50)	160.50(122.25,206.00)	<0.001
Creatinine;mg/dL(mean±SD)	3.69±1.92	1.37±0.71	<0.001
Total bilirubin;g/dL(mean±SD)	4.67±7.51	2.07±2.83	0.147
Direct bilirubin;g/dL(mean±SD)	3.52±6.88	1.44±2.64	0.504
SGPT;U/L(mean±SD)	88.57±125.06	67.00±49.72	0.444
SGOT;U/L(mean±SD)	158.14±204.10	71.67±56.03	0.034
การเพาะเชื้อจากเลือด(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	3.00(9.70%)	0.00(0.00%)	0.155
ผลลัพธ์(Outcome)			
Death(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	2.00(6.45%)	0.00(0.00%)	0.234
ภาวะเลือดออกในปอด(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	2.00(6.45%)	0.00(0.00%)	0.296
ใส่เครื่องช่วยหายใจ(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	2.00(6.45%)	0.00(0.00%)	0.251
นอนในหอผู้ป่วยวิกฤตหนัก(จำนวน,เปอร์เซ็นต์)	3.00(9.68%)	0.00(0.00%)	0.145

จากการศึกษาที่กล่าวมาพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเสียชีวิต 2 ราย มีภาวะเลือดออกในปอด 2 ราย ใส่ท่อช่วยหายใจ 2 ราย และนอนในหอผู้ป่วย

วิกฤต 3 ราย ระยะเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการรุนแรงนอนโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มอาการไม่รุนแรง ซึ่งไม่มี ความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาการรักษาตัวในการนอนโรงพยาบาลของกลุ่มอาการไม่รุนแรงกับกลุ่มอาการรุนแรง(วัน)

จากการศึกษาผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2 ราย เป็นเพศชาย อายุ 66 และ 68 ปี ตามลำดับ ทั้ง 2 ราย พบว่า การวินิจฉัยโรคด้วยวิธี real time PCR พบเชื้อทั้งในเลือดและปัสสาวะ 1 ราย และพบเชื้อเฉพาะในเลือด 1 ราย จากการทดสอบผลยืนยันด้วยวิธี Microscopic Agglutination Test(MAT) พบว่าผู้ป่วยมีแอนติบอดีที่จำเพาะกับเชื้อ *Leptospira interrogans* serovars shermani ที่ titer 1:100 โดยใช้ซีรัมคู่ อีกรายไม่พบผลบวก ทั้งสองรายมี SOFA Score มากกว่า 2 ที่ ประเมินการทำงานของระบบเลือด การทำงานของไต การทำงานของตับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรสิสอาการรุนแรงจำนวน 2 ราย

	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ(ปี)	66.00	68.00
Real time PCR ในเลือด	Positive	ไม่มีตัวอย่าง
Real time PCR ในปัสสาวะ	Positive	Positive
Microscopic Agglutination Test(MAT)	1:100(Shermani)	Negative
SOFA Score Coagulations	4.00	3.00
SOFA Score Kidney	4.00	2.00
SOFA Score Liver	4.00	2.00
ใส่เครื่องช่วยหายใจ	ใส่	ไม่ใส่
ส่งต่อโรงพยาบาลอื่น	ไม่ใช่	ใช่

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรสิสที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนตุลาคม 2566 เป็นระยะเวลา 4 ปี มีจำนวนผู้ป่วยที่สงสัยโรคเลปโต

สไปโรสิสทั้งสิ้น 98 ราย มีผู้ป่วยยืนยันการตรวจวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรสิสด้วยวิธี real time PCR และการเพาะเชื้อทั้งในเลือดและปัสสาวะเป็นจำนวน 51 ราย ซึ่งประกอบด้วยอาการรุนแรง 31 ราย ทั้งนี้ เสียชีวิต 2 ราย และมีอาการไม่รุนแรงจำนวน 20 ราย

การศึกษาคั้งนี้จะศึกษาในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสจำนวน 51 รายเท่านั้น จากการศึกษา พบว่าทั้งกลุ่มอาการรุนแรงและไม่รุนแรง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุประมาณ 50 ถึง 57 ปี มีไข้ประมาณ 3 วันก่อนมาพบแพทย์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็น เบาหวาน และความดัน อาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มคือ ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามตัว คิดเป็น ร้อยละ 50 ถึง 70 อาการหอบเหนื่อยในกลุ่มผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงพบมากกว่าในผู้ป่วยอาการรุนแรงร้อยละ 15 ซึ่งมีความแตกต่างทางนัยสำคัญทางสถิติ (*p-value* 0.026) นอกจากนี้ยังพบว่าอุณหภูมิร่างกายในกลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มอาการไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ (*p-value* 0.006) ความดันตัวบนของกลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรงต่ำกว่าอาการไม่รุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ (*p-value* 0.004) ภาวะความดันต่ำมักเป็นอาการแรกๆที่พบได้ในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส อาการรุนแรง การเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำในผู้ป่วยอาการรุนแรงมักเกิดจากการที่ตัวกลางและไซโตไคน์ทำให้เกิดการขยายหลอดเลือดมีผลทำให้เกิดการอักเสบ ซึ่งเป็นการปล่อยออกมาเพื่อตอบสนองต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลง (Smith et al., 2019)

การเกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสอาการรุนแรงมักเกิดจากภาวะที่มีการกระตุ้นกระบวนการแข็งตัวของเลือดอย่างต่อเนื่องทั่วร่างกาย (DIC) การตายของเกล็ดเลือดซึ่งเกิดจากเชื้อเลปโตสไปรา ไชกระดูกผลิตเกล็ดเลือดลดลงและการผลิตเกล็ดเลือดที่มากเกินไปซึ่งมาจากเชื้อเลปโตสไปราแล้วเกิดการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันที่ย่อยสลายเกล็ดเลือด (autoantibody). (Vieira & Nascimento, 2020)

การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสอาการรุนแรงเกิดจากโปรตีนบนเยื่อหุ้มเซลล์ของเชื้อเลปโตสไปรา (outer membrane protein) จับกับ Toll like receptor 2 ที่อยู่บนเซลล์ไต นำไปสู่การกระตุ้น NF- κ B เมื่อถูกกระตุ้น นำไปสู่

การผลิต CCL2/MCP-1 และ CXCL2/MIP-2 ซึ่งเป็นสาเหตุการสร้าง iNOS และ TNF- α นำไปสู่การอักเสบของเซลล์และเกิดหลอดเลือดฝอยและเนื้อเยื่อระหว่างหลอดเลือดฝอยอักเสบเฉียบพลัน (Daher, Abreu, & Junior, 2010)

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเลปโตสไปโรซิส อาการรุนแรงทั้ง 2 ราย เกิดภาวะความไม่สมดุลของระบบภูมิคุ้มกันเนื่องจากการหลั่ง Pro-inflammatory cytokine มากกว่า anti-inflammatory cytokine จึงทำให้เกิด cytokine storm จึงเกิดการล้มเหลวของอวัยวะภายในระบบต่างๆ นำไปสู่การเสียชีวิต (Cagliero, Villanueva, & Matsui, 2018) ระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยในกลุ่มอาการรุนแรงเทียบกับอาการไม่รุนแรงมีระยะเวลาเท่ากันอันเนื่องมาจาก ผู้ป่วยอาการรุนแรงบางรายพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพียง 1 วัน โดยมีการปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายมีการย้ายรักษาตัวไปโรงพยาบาลประจำจังหวัด

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ ได้ศึกษาสถานการณ์และอุบัติการณ์คนไข้โรคเลปโตสไปโรซิสของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดศรีสะเกษ ตลอดระยะเวลา 4 ปี โดยใช้เทคนิค real time PCR ใช้ในการยืนยันผลทั้งในเลือดและปัสสาวะทุกราย ทั้งนี้ยังทราบถึงอัตราผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและไม่รุนแรงอีกด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือข้อมูลผู้ป่วยบางรายมีข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ผู้ป่วยบางรายถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทำให้ไม่ทราบสถานการณ์รักษาตัวในโรงพยาบาล หรือ การรอดชีวิตของผู้ป่วยรายนั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ในการศึกษาตลอดระยะเวลา 4 ปี ยังพบว่ามีจำนวนอาสาสมัครที่มีจำนวนค่อนข้างน้อย ถ้ามีจำนวนตัวอย่างที่มากขึ้น จะนำไปสู่การสถานการณ์

และการวินิจฉัยโรคเลปโตสไปโรซิสที่โรงพยาบาลชุมชน
ได้มีประสิทธิภาพที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในอนาคตมีการตามข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกส่งตัว
ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นให้ครบถ้วน จะทำให้ทราบ
สถานะของผู้ป่วยที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. Retrieved from

https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=16.

กัลยา วชิรพันธุ์สกุล, น. โ. (1998). การสำรวจ
พฤติกรรม การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของ
ประชาชน อำเภอนองบูนนาก จังหวัด
นครราชสีมา. กลุ่มงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคติดต่อ
กระทรวงสาธารณสุข.

Cagliero, J., Villanueva, S., & Matsui, M. (2018).
Leptospirosis Pathophysiology: Into the
Storm of Cytokines. *Front Cell Infect
Microbiol*, 8, 204.

doi:10.3389/fcimb.2018.00204

Daher, E. F., Abreu, K. L. S., & Junior, G. B. d. S.
J. J. B. D. N. (2010). Leptospirosis-
associated acute kidney injury. 32, 408-
415.

Department of Disease Control, M. o. P. H.,
Thailand. (2017). Thailand National
Disease Surveillance (Report 506).

Jones, A. E., Trzeciak, S., & Kline, J. A. (2009).
The Sequential Organ Failure
Assessment score for predicting
outcome in patients with severe sepsis
and evidence of hypoperfusion at the
time of emergency department
presentation. *Crit Care Med*, 37(5),
1649-1654.

doi:10.1097/CCM.0b013e31819def97.

Smith, S., Kennedy, B. J., Dermedoglou, A.,
Poulgrain, S. S., Paavola, M. P., Minto, T.
L., . . . Hanson, J. (2019). A simple score
to predict severe leptospirosis. *PLoS
Negl Trop Dis*, 13(2), e0007205.
doi:10.1371/journal.pntd.0007205.

Tansila, N. (2023). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรม
การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส
ของประชาชนตำบลหนองฮาง อำเภอบึงเจ็ญ
จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนา
สุขภาพศรีสะเกษ, 2(1), 1-12.

Vieira, M. L., & Nascimento, A. (2020). Virulent
Leptospira interrogans Induce Cytotoxic
Effects in Human Platelets in vitro
Through Direct Interactions. *Front
Microbiol*, 11, 572972.
doi:10.3389/fmicb.2020.572972.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

จารวี เลี้ยงสุขสันต์, ส.บ.¹, สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566 รวมระยะเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยทันตบุคลากร สหวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้แทนภาคีเครือข่ายภาคประชาชน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 36 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบได้แก่ประชาชน ในเขตอำเภออุทุมพรพิสัย จำนวน 100 คน และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่ารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ คือ “POCHAI” Model ประกอบด้วย 1) Policy and Structure: การมีนโยบายและคณะกรรมการดำเนินงานที่ชัดเจน 2) Organization analysis : มีการวิเคราะห์ห้องศัลยกรรม และสถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ 3) Community participation: การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) Holistic Care: การจัดบริการแบบองค์รวมยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 5) Action & Reflection: การลงมือปฏิบัติตามแผนและสะท้อนผลการดำเนินงาน และ 6) Integration & Cooperation: บูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ จากผลการวิจัยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การส่งเสริมทันตสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, หน่วยบริการปฐมภูมิ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: Charawee58@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: samailaprawat@gmail.com

The development model in oral health promotion at Elderly of Participatory, Primary Care Unit, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province

Charawee Liangsooksan, B.P.H.¹ Samai Laprawat, Dr.P.H.²

Abstracts

The purpose of this research was to develop a primary care system management model using quality of life development mechanisms in the Uthumphon Phisai district. Sisaket Province between August and December 2023, for a total of 20 weeks. The sample group consisted of the regional health system management, totaling 81 people. The sample group for evaluation of the primary care service by using the District Health Board was 100 people. The research used the quality management process (PAOR) for 2 cycles, each cycle consisting of 4 steps: planning, action, observation, and reflection. Analyze data by collecting, categorizing, and analyzing content, and the mean difference of scores before and after the model was applied using the paired t-test.

The results of the research found that the dental health promotion model in primary care units Uthumphon Phisai District, Sisaket Province is the “POCHAI” model, consisting of 1) policy and 2) structure. There is an operational committee and clearly defined roles. 2) Open eye-Open mind Analysis (situation analysis): the situation is analyzed according to the actual conditions of the area. 3) Community participation: management of resources (man, money, and material) 4) Action and Reflection: action, implementation, evaluation, and reflection 5) Holistic Care: Integration and cooperation among networks and stakeholders in the community 6) Integration and Cooperation. From the developed research results, it enhances the potential for the implementation of the primary care system and the development of the quality of life at the district level of Uthumphon Phisai District, Sisaket Province, to achieve the set goals.

Keywords : Model, Oral health promotion, Elderly, Primary care Unit

¹Public Health Technical Officer, Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office

E-mail: Charawee58@gmail.com

²Public Health Technical Officer, Senior Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office

E-mail: samailaprawat@gmail.com

บทนำ

สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชนชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถึง 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) จากข้อมูลประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 18.24 ของประชากรทั่วประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.6 ต่อปี (คิดเป็น 400,000 คน ต่อปี) ซึ่งประมาณการประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 สูงถึงร้อยละ 20.1 ของประชากร(สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2565)

โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้รายงานไว้ว่า สภาวะที่พบในช่องปากของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สะสมมาตั้งแต่วัยเด็กและได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากจะพบโรคและความผิดปกติต่างๆ แล้ว ยังอาจพบการสูญเสียฟันตั้งแต่ 1 ซี่ จนถึงสูญเสียฟันทั้งปาก ซึ่งทำให้มีข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหาร นอกจากนี้ยังได้ระบุปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่สำคัญมี 6 ประเด็น ได้แก่ 1) การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน 2) ฟันผุและรากฟันผุ 3) โรคปริทันต์ 4) แผล/มะเร็งช่องปาก 5) สภาวะน้ำลายแห้ง และ 6) ฟันสึก (สำนักทันตสาธารณสุข, 2558) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ทั้งด้านกายภาพ อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปาก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีโรคทางระบบที่สัมพันธ์กับโรคในช่องปาก ร่วมกับความเสื่อมของสภาพร่างกาย ทำให้การดูแลสุขภาพช่องปากมีความซับซ้อน จากการสำรวจสภาวะ

ทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ปี พ.ศ. 2560 ผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 56.1 เฉลี่ย 18.6 ซี่/คน นอกจากนี้ยังพบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 52.6 รากฟันผุที่สัมพันธ์กับเหงือกในวัยสูงอายุ ร้อยละ 16.5 โรคปริทันต์อักเสบ ร้อยละ 36.3 โดยร้อยละ 12.2 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก (มีร่องลึกปริทันต์ตั้งแต่ 6 มม. ขึ้นไป) ซึ่งนอกจากจะเสี่ยงต่อการอักเสบปวดบวม ติดเชื้อ และสูญเสียฟันแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรุนแรงของเบาหวานด้วย (สำนักทันตสาธารณสุข, 2560)

ในปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย ได้พัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ซึ่งการคัดกรองสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในคัดกรองสุขภาพ จากข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ประเทศไทย มีจำนวนประชากรสูงอายุ 10,175,132 คน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก 7,337,981 คน คิดเป็นร้อยละ 72.12 มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก 316,272 คน คิดเป็นร้อยละ 4.31 ของประชากรผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจ คัดกรองสุขภาพช่องปาก ในเขตสุขภาพที่ 10 มีประชากรผู้สูงอายุ 676,928 คน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก 484,855 คน คิดเป็นร้อยละ 71.63 มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก 29,010 คน คิดเป็นร้อยละ 5.98 ของประชากรผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก จังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรผู้สูงอายุ 214,721 คน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก 138,061 คน คิดเป็นร้อยละ 64.30 มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก 11,122 คน คิดเป็นร้อยละ 8.05 ของประชากรผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก อำเภออุทุมพรพิสัย มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 29.46 จากการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้าน

สุขภาพช่องปากเป็น อันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 33.29 (กระทรวงสาธารณสุข, 13 สิงหาคม 2566)

หน่วยบริการปฐมภูมิเน้นการดูแลแบบองค์รวมด้วยทีมสหวิชาชีพให้ประชาชนสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาได้แต่แรกเริ่ม ด้วยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว บริการประชาชนเหมือนเป็นสมาชิกของครอบครัว ประชาชนสามารถติดต่อทีม 3 หมอได้ทุกที่ ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยี ทันตบุคลากร เป็นส่วนหนึ่งในทีมสหวิชาชีพในการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยกลไก 3 หมอ มีการบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) งานสุขภาพภาคประชาชน เป็นกลไกสำคัญในฐานะคานงัดที่ช่วยปรับทิศทางของการขับเคลื่อนระบบเป็นกลไกสำคัญในการทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันเป็นทีม และเป็นภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดการเชื่อมและยึดโยงระหว่างระบบกับประชาชน ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน กับทีมผู้ให้บริการ เพื่อสุขภาพและสุขภาวะของประชาชน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตามคุณลักษณะของระบบที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกพื้นที่และระบบสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งการพัฒนาจะบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายต้องเกิดจากระบบการบริหารจัดการที่มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาเกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง และสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ ให้ตรงตามความต้องการของพื้นที่ และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation) เป็นเครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วม (วิรัตน์ ปานศิลาและคณะ, 2551) และใช้เป็นส่วนหนึ่งในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart) (Kemmis and McTaggart, 1988: 6) โดยมีจุดประสงค์เพื่อ

พัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ในด้านบริบทพื้นที่ รูปแบบที่เกิดจากการพัฒนา ผลลัพธ์การพัฒนา และปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายร่วมกับกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดีตรงตามความต้องการของพื้นที่และบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กระบวนการของ Kammis and McTaggart (1988)(PAOR) จำนวน 2 วงรอบ

โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน(Planning) วิเคราะห์สถานการณ์
ปัญหาการส่งเสริมทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ซึ่งขั้นตอนนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการ
มีส่วนร่วม(Technology of Participation: TOP Model)
ใช้การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2
ขั้นปฏิบัติการ (Action) การจัดเวทีระดมสมอง
การระดม การบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อน
ในพื้นที่ และการเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3
การสังเกต(Observation) การนิเทศ ติดตาม
สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4
การสะท้อนผล (Reflection) การประเมินผล
การปฏิบัติการ การประเมินความรู้และทักษะ
การส่งเสริมทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับ
ภาคีเครือข่าย การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ
นำประเด็นปัญหาที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบ
ต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
ในประชากรกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action Research)

พื้นที่วิจัย

ศึกษาวิจัยในพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย และ
สุ่มพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่ง
เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขึ้นทะเบียน
หน่วยบริการปฐมภูมิตามพร.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
พ.ศ. 2562 คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนารูปแบบ ได้แก่
ภาคีเครือข่ายและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในพื้นที่อำเภอ
อุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 36 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบ
ได้แก่ ประชาชนในตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย
จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 100 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง
เดือนสิงหาคม 2566 – ธันวาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
ของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ
การศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ย
ต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นและระดับ
การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 18 ข้อ กำหนดเกณฑ์
ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating
Scale) มี 5 ระดับคือ ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด
มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 3 ปัญหา
อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพ
ชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย
แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการ
วัดมี 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด
จำนวน 26 ข้อ

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ
ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึก
ภาคสนาม การสนทนากลุ่มเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ
แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth
Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็น
ที่ผู้วิจัย ต้องการความลึก ความสมบูรณ์ และ
ความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท
ความต้องการพัฒนาระบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ
ผู้สูงอายุ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากร
ทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร 2) กลุ่มภาคประชาชน
3) กลุ่มผู้ให้บริการ

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note)
เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต
สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการ

ปฏิบัติการตามแผนในระยะ สังเกต(Observe) เพื่อประเมินกระบวนการขับเคลื่อน การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

2.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่าย ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ราษฎรชาวบ้านในตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ถึงสถานการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิ

2.4 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมใน ระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปของตำบลทางด้านกายภาพ หลังจากนั้นใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในการเก็บข้อมูล

2.5 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1) ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานดำเนินงานกับสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพธิ์ชัย และกลุ่มเป้าหมายในเขตพื้นที่อำเภอกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

3) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

2) ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลแบบสอบถามในกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ จำนวน 36 ฉบับ

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ ของผู้ร่วมดำเนินการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ชักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม เลือกแบบเจาะจงในพื้นที่โดยผู้ศึกษาดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ที่ผู้

สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำและการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหา การส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม รวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วย และผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์ภาคสนาม การส่งเสริมบรรยากาศ ของสมนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผน การปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

2.1.6 การประชุม โดยการจัดเวทีในการแสดงความคิดเห็น การส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำที่ชี้แจง และความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item –Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านการมีส่วนร่วมการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวนความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อทดสอบคล้อยและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ได้แก้ระดับคะแนนของ ความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจของประชาชนและผู้รับบริการ ก่อนและหลัง เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Paired-t test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามหนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ SPPH 2023-131 ลงวันที่ 21 สิงหาคม 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ(Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียอมรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย ตั้งอยู่ทางด้านทิศตะวันตกของจังหวัดศรีสะเกษ ห่างจากจังหวัดศรีสะเกษ ประมาณ 13 กิโลเมตร สามารถเดินทางได้ โดยทางรถยนต์เท่านั้น มีพื้นที่ประมาณ 21.9 ตารางกิโลเมตร แบ่งการปกครองออกเป็น 11 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน 1,267 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 4,878 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติลาว เป็นเพศชาย 2,399 คน เพศหญิง 2,479 คน (รพ.สต.โพธิ์ชัย, 2566) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,067 คิดเป็นร้อยละ 21.87 ของประชากรทั้งหมด ผลจากการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน จาก API พบว่าผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากครบทุกราย คิดเป็นร้อยละ 100 มีความเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปากเป็นอันดับ 1 จำนวน 379 คน คิดเป็นร้อยละ 34.95 และได้ดำเนินการตรวจประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 925 คน พบผู้สูงอายุมีสถานะถดถอยอันดับ 1 การเคลื่อนไหว ร้อยละ 84.95 อันดับ 2 สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 84.31 อันดับ 3 ความคิดความจำและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 0.64 อันดับ 4 การมองเห็น และการได้ยิน ร้อยละ 0.11 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) และมีการกำหนดมาตรการด้านสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำบันทึกข้อตกลงตำบลจัดการสุขภาพภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้ง พบว่าขาดการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งระดับตำบล และระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน ขาดการจัดทำแผนเชิงบูรณาการ (บุคลากร/งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์) ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอ โดยเฉพาะปัญหาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ

อำเภออุทุมพรพิสัย มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 4 หน่วย ครอบคลุมทั้งอำเภอ แต่พบปัญหา 1)การจัดบริการได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ ออกให้บริการแบบแยกส่วน ขาดการทำงานเป็นทีม

การบริการไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม เช่น งานบริการด้านทันตกรรม งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย งานสุขภาพจิต งานโภชนาการ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการหลายครั้ง มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเดินทาง รวมทั้งภาระของญาติผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความเป็นอยู่ (2) เครือข่าย 3 หมอ ปฏิบัติงานไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้ระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษา การนัดหมาย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม (3) ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

2.1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.5) มีอายุระหว่าง 41–50 ปี (ร้อยละ 33.3) รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 22.2) ตามลำดับ การศึกษาปริญญาตรี / เทียบเท่า (ร้อยละ 66.7) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 25.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 27,860 (SD= 5.6)

2.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบ แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 22 เพศหญิงร้อยละ 78 อายุเฉลี่ย 48.34 ปี (SD=0.89) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.0 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนๆ ละ 8,643.13 บาท (SD=675.45) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.8 ประสบการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระยะเวลา 2 ปี ร้อยละ 54

2.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ การเตรียมข้อมูลพื้นฐาน ผลการพัฒนาที่ผ่านมา 2) ประชุมอภิปราย เพื่อค้นหาปัญหาหารือกันโดยการมีส่วนร่วม 3) ค้นข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา เพื่อร่วมวางแผนแก้ไข 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ 5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียน

2.3. รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของทีม ผ่านกระบวนการ

การพัฒนารูปแบบ 4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบ ได้รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภออุทุมพรพิสัย คือ “POCHAI Model” ประกอบด้วย

1) Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการปฐมภูมิระดับตำบล ระดับอำเภอและระดับจังหวัด อย่างชัดเจน

2) Organization analysis : มีการวิเคราะห์สถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่

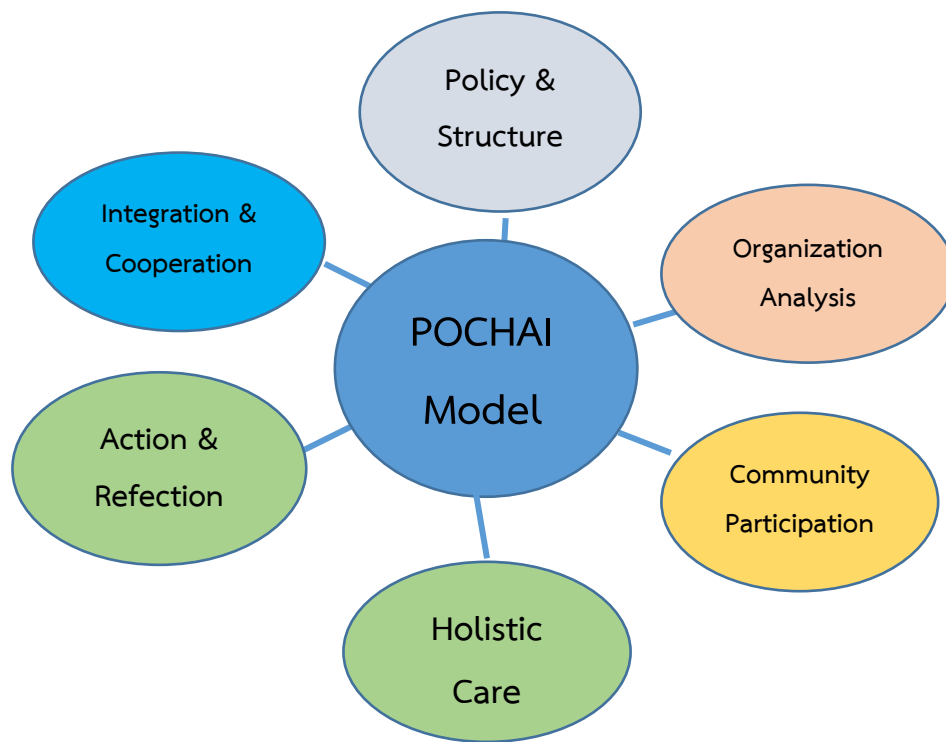
3) Community Participation : การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีเครือข่าย รวมถึงการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ คน เงิน ของ ร่วมกันในการดำเนินงาน

4) Holistic Care: การจัดบริการแบบองค์รวมยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

5) Action & Reflection: การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม และการสะท้อนผลการทำงาน

6) Integration & Cooperation: บูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ภาครัฐเครือข่ายในการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ การเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

และคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในตำบลสะดวกยิ่งขึ้น ตามภาพประกอบที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตพบว่าระดับคะแนนของ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภออุทุมพรพิสัยสูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่ม

ตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 5.70 คะแนน (95%CI=5.12-6.28) คะแนนความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 6.54 คะแนน (95%CI=5.54-7.54) และคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 29.92 คะแนน (27.74-32.10) ตามลำดับรายละเอียดตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับการมีส่วนร่วม ความพึงพอใจก่อนและหลังใช้รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ (n=100)

รูปแบบการพัฒนาการจัดระบบ บริการปฐมภูมิ	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ระดับในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการ ส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุใน หน่วยบริการปฐมภูมิ	42.53(3.21)	48.23(1.69)	5.70	5.12-6.28	19.60	<0.001**
ความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบและ ผู้รับบริการ	41.84(2.24)	48.07(1.53)	6.54	5.54-7.54	13.28	<0.001**
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย	86.18(10.56)	116.10(6.93)	29.92	27.74-32.10	27.19	<0.001**

P value < 0.005

2.5 ผลการพัฒนาตามเกณฑ์ประเมินมาตรฐาน ส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย
บริการทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านเกณฑ์ประเมินการจัดตั้งหน่วย
หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุ บริการปฐมภูมิ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพร
แบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล พิสัย, 2566.) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินเกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ
รพ.สต.โพธิ์ชัย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

เกณฑ์ประเมินมาตรฐานบริการทันตสาธารณสุข	ก่อน	หลัง
ด้านที่ 1 อัตรากำลัง	ไม่ผ่าน	ผ่าน
1. ทันตแพทย์ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ และให้บริการ		
2. เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ปฏิบัติประจำเพื่อ ดูแลประชากร		
3. มีผู้ช่วยงานทันตกรรม : ทันตบุคลากรผู้ให้บริการ		
ด้านที่ 2 ด้านโครงสร้างกายภาพ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือ	ไม่ผ่าน	ผ่าน
1. โครงสร้างกายภาพ		
2. ครุภัณฑ์ และเครื่องมือ		
ด้านที่ 3 ศักยภาพบริการสุขภาพช่องปาก	ไม่ผ่าน	ผ่าน
1 บริการให้คำปรึกษาและบริการนัดหมาย (โดยอาจนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ร่วมด้วยเพื่อ อำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ เช่น ระบบคิวออนไลน์ ระบบทันตกรรมทางไกล เป็นต้น)		
2 บริการการส่งต่อและรับกลับ และการดูแลต่อเนื่อง		
3. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพช่องปากของตนเอง ครอบครัว และชุมชน		
4. การดูแลสุขภาพช่องปากแบบองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน		
5. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ ที่ผนวกรวมสุขภาพช่องปากเข้าไว้ด้วยกัน รวมทั้งการป้องกันและควบคุม		

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพื้นที่ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุของตำบลโพธิ์ชัยอำเภออุทุมพรพิสัย มีความทดยด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 84.1 จากการไม่มีฟันใช้งาน หรือฟันที่มีอยู่ในช่องปากไม่สามารถใช้งานได้ปกติเนื่องจากฟันโยก เหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุจากโรคปริทันต์

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม(Technology of Participation: TOP Model) จำนวน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมถกปัญหา 3) ค้นหาข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียนและนำสู่การดำเนินการในพื้นที่ เป็นระยะเวลา 4 เดือน ได้รูปแบบการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ “POCHAI” Model 1) Policy & Structure : มีคณะกรรมการดำเนินงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Organization analysis : มีการวิเคราะห์องค์กร และสถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ 3) Community participation: การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) Holistic Care: การจัดบริการแบบองค์รวมยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 5) Action & Refection: การลงมือปฏิบัติตามแผนและสะท้อนผลการทำงาน 6) Integration & Cooperation: บูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานครบ 5 ระดับ

สอดคล้องกับวิริติ ปานศิลา (2551) คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาการบริการออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ระดับ 2 ร่วมปรึกษาหารือ ระดับ 3 ร่วมคิด ร่วมวางแผน ระดับ 4 ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และระดับ 5 ร่วมตรวจสอบและประเมินผล และระยะที่3 เป็นการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยกลุ่มเป้าหมายในการประเมินรูปแบบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ การมีส่วนร่วม และระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของสมชาย ยอดดี (2554) ได้ศึกษาผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร และ เบญจวรรณ ผิวผ่อง (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของพื้นที่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ มีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการทั้งภาคีเครือข่าย และบูรณาการการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีนโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกันคือ การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็งมีนโยบายที่ชัดเจน การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ร่วมกัน การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรพื้นที่ การนำสู่การปฏิบัติ ประเมินผลและสะท้อนผลการทำงาน ตลอดจนการบูรณาการการทำงาน สร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการ ในระยะแรกโดยบูรณาการนโยบายการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ในด้านสุขภาพช่องปาก ควรมีการวิจัยต่อเนื่องในประเด็นทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับการจัดบริการในระดับทุตยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อการเข้าถึงบริการ

2. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในตำบลโพธิ์ชัยอำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในอำเภออื่นๆ ในจังหวัด และในเขตสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยมาเปรียบเทียบกัน

3. ควรมีการประเมินมาตรฐานการจัดบริการทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ปีละ 1 ครั้ง ให้มีมาตรฐานเกิดประโยชน์กับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข HDC-Report. [อินเทอร์เน็ต].

[เข้าถึงเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2566]

http://www.go.th/hdc/main/index_pk.php

go.th/hdc/main/index_pk.php.

เบญจวรรณ ผิวง่อง. (2555). การพัฒนารูปแบบการ

บริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุน

หลักประกันสุขภาพเทศบาลเมือง

พิบูลมังสาหาร อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัด

อุบลราชธานี. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา

บัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563).

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2563.

กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา

ผู้สูงอายุไทย.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัย อำเภอ

อุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ.การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม.2566.

วิรัตน์ ปานศิลา. (2551). การยกระดับการให้บริการ

สาธารณสุขโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ระดับ

ก้าวหน้า. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า

(สนับสนุนโดยโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

:UNDP).

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ.(2565). คู่มือ

คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.

2566. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย

ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.

สมชาย ยอดดี. (2554). ผลการประยุกต์เทคนิค ORID

และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม

ของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล อำเภอยะรัง จังหวัดยโสธร.

วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา

บัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สำนักงานกฤษฎีกา. (2565). แผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.

2566—2570).ราชกิจจานุเบกษา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานผลการ

ดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต].

[เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 กันยายน 2566]

<http://www.ssko.moph.go.th>.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,

รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก

แห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560.

นนทบุรี :, บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ),

จำกัด 2561.

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การสร้างเสริม

สุขภาพช่องปาก ประเด็น...สุขภาพที่ดีในช่วงชีวิต

[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 กันยายน2566]

[https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/Additional/UI/oralcare.pdf)

[upload/6x22caac0452648c8dd1f534819b](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/Additional/UI/oralcare.pdf)

[a2f16c/filecenter/Additional/UI/oralcare.pdf](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/Additional/UI/oralcare.pdf).

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัด

ศรีสะเกษ. ผลการประเมินเกณฑ์ประเมิน

มาตรฐานบริการทันตสาธารณสุขในหน่วย

บริการปฐมภูมิ. 2566.

Kemmis S. and McTaggart R. (1990). The Action

Research Reader. 3rd ed. Geelong:

Deakin University Press.

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์สตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ที่มาคลอด ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

จิรวัดณ์ พลภักดี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 376 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 188 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนการคลอดของสตรี ผู้มาคลอดบุตร และทารกแรกเกิด วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact test

พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุระหว่าง 20-35 ปี และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2-5 ร้อยละ 72.9 และ 89.9 ฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 95.7 และ 95.7 มีภาวะโลหิตจางก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 14.4 และ 20.2 เคยผ่าตัดคลอด ร้อยละ 14.9 และ 16.5 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 98.9 และ 97.3 ตามลำดับ ผลการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรี พบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ และมีอัตราการคลอดโดยวิธีใช้หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอดมากกว่า สตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเตรียมวางแผนดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุกว่า 35 ปี ตั้งแต่วางแผนการมีบุตร ก่อนตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารกในครรภ์

คำสำคัญ : สตรีตั้งครรภ์, ผลลัพธ์การตั้งครรภ์, โรงพยาบาลกันทรลักษณ์, จังหวัดศรีสะเกษ

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: Jrwt1973@gmail.com

Pregnancy outcomes for pregnant women under 35 and over 35 years in Kanchanalak Hospital, Sisaket Province

Jirawat Ponpuckdee¹

Abstracts

This research aims to compare pregnancy complications between pregnant women aged 20-35 years and those over 35 years who gave birth at Kantharalak Hospital, Sisaket Province, from January 1 to December 31, 2022. The study included 376 subjects, divided into two groups of 188 each. Data was collected using a case record form (CRF) from the medical records of maternal and newborn. The data was analyzed to compare pregnancy complications using Chi-square and Fisher's Exact test.

The results showed that the majority of both groups were 2nd-5th pregnancies (72.9% and 89.9%, respectively), adequate antenatal care (95.7% and 95.7%, respectively), anemia (14.2% and 20.2%, respectively), previous cesarean section (14.9% and 16.5%, respectively), and gestational age 37 weeks or more (98.9% and 97.3%, respectively). The results of the comparison of pregnancy complications between the two groups of pregnant women showed that elderly pregnancy had a significantly higher prevalence of gestational diabetes, pre-eclampsia, and instrumental delivery or cesarean section than teenage pregnancy.

Therefore, Healthcare professionals should promote and support comprehensive care planning for pregnant women 35 years or more and above, including preconception care, high-quality antenatal care, and vigilant monitoring for childbirth complications, ensuring the safety of both mothers and unborn babies.

Keywords: Pregnant women, Pregnancy outcome, Kantharalak Hospital, Sisaket Province.

บทนำ

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มที่มีความเปลี่ยนแปลงช่วงอายุการตั้งครรภ์ของสตรีทั่วโลก รวมทั้งในสหรัฐอเมริกา และในประเทศไทย โดยในสหรัฐอเมริกา อัตราการคลอดบุตรคนแรกจากสตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มขึ้นชัดเจนในช่วงปี ค.ศ.1980-2012 จาก 2.5 ต่อ 1,000 การคลอด เพิ่มขึ้นเป็น 13.3 ต่อ 1,000 การคลอด และข้อมูลล่าสุดในปี 2015 อัตราการคลอดบุตรทั้งหมดในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป คือ 62.8 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 ในระยะเวลา 1 ปี (Martin JA, 2016) เช่นเดียวกับข้อมูลในประเทศไทย คือ อายุของสตรีที่คลอดบุตรรวมทุกการตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปี พ.ศ.2558 เพิ่มขึ้นจาก 87.7 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 97.6 ต่อ 1,000 การคลอด (พิมลพรรณ อิศรางกูร , 2017) เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับการศึกษาและความสามารถในการทำงานสูงขึ้น เป็นปัจจัยส่งผลให้สตรีแต่งงานช้าหรือมีบุตรในช่วงอายุมากขึ้น อุบัติการณ์มารดาตั้งครรภ์อายุมากของประเทศไทยเพิ่มขึ้นโดยลำดับ จากร้อยละ 9.76 ในปี พ.ศ. 2546 เป็น ร้อยละ 12.78 ในปี พ.ศ. 2553

สตรีที่ตั้งครรภ์หลังอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทางการแพทย์สูงขึ้น ทั้งความเสี่ยงต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตในระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าสตรีอายุน้อย (Fretts, R.C., 2017) สตรีตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก มักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ส่งผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นภาวะความดันโลหิตสูง ขณะตั้งครรภ์เบาหวาน ภาวะรกเกาะต่ำ มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอด ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย รวมถึงอัตราการตายของมารดาและทารกแรกคลอดที่มากขึ้น

โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ในจังหวัดศรีสะเกษ ให้บริการดูแลสตรีตั้งครรภ์

ในพื้นที่อำเภอกันทรลักษณ์ และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอำเภอข้างเคียง ซึ่งพบว่าอัตราการคลอดบุตรในมารดาอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2565 มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์มารับบริการการคลอดคิดเป็นจำนวนเฉลี่ย 150 รายต่อเดือน ในปี พ.ศ. 2563- 2565 พบอุบัติการณ์การคลอดในมารดาอายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 11.53, 14.22 และ 14.11 ตามลำดับ

สตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน แต่ถ้าวินิจฉัยและคำแนะนำที่ดีตลอดจนเน้นการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ตามนัดรวมทั้งมีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในขณะฝากครรภ์ก็สามารถลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ จากสถานการณ์อุบัติการณ์การคลอดในมารดาอายุมาก และปัญหาของการตั้งครรภ์ในมารดาอายุมากที่มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก และยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลศึกษาวิจัยในพื้นที่มาก่อน ดังนั้น การศึกษาผลของการตั้งครรภ์และการคลอดของสตรีอายุมากที่มาคลอดในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและหาแนวทางปรับปรุงพัฒนาระบบการประเมินคัดกรองภาวะเสี่ยง ซึ่งจะมีประโยชน์ในการดูแลสตรีตั้งครรภ์อายุมากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในมารดาอายุมาก และสามารถนำไปปรับปรุงแนวทางพัฒนาการให้บริการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 376 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มศึกษา (Study group) คือ สตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ สตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วนในประชากรสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน (Bernard, R., 1995) ดังนี้

$$n_1 = \left\lceil \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{p\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right\rceil$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, q_1 = 1 - p_1, q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1 + r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}$$

$$m_1 = \frac{n_1}{4} \left(1 + \sqrt{1 + \frac{2(r+1)}{n_1 r |p_2 - p_1|}} \right)^2$$

โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ต่างๆ จากผลการศึกษาของ วิจิตร เอกคณาจิต (2559) เรื่อง ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า สัดส่วนภาวะแทรกซ้อนภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ร้อยละ 14.8 และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมาก ร้อยละ 0.6 กำหนดอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง (ratio: r) = 1 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Alpha: α = 0.05) และอำนาจในการทดสอบ (1- β) ร้อยละ 80 หรือ Beta (β)

= 0.20 เมื่อแทนค่าตามสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 188 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

ประกอบด้วย สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดบุตร ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

ประกอบด้วย 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดดังกล่าวได้รับการส่งตัวเพื่อไปคลอดที่โรงพยาบาลอื่น 2) สตรีตั้งครรภ์หลังคลอดที่ได้รับการส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ที่คลอดบุตรมาจากโรงพยาบาลอื่น และ 3) สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปีลงมา เนื่องจากเป็นครรภ์เสี่ยงสูงต่างจากสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ทั่วไป

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามเดือนที่มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดบุตร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565 ตามสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ในแต่ละเดือน (Proportion to size)

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยนำเลขรหัสผู้มารับบริการคลอดบุตรในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกแล้ว ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565 มาเรียงลำดับตามวันที่มารับบริการคลอดบุตร ทำการช่วงการสุ่ม จากนั้นทำการสุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้น (Start number) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) และทำการสุ่มหมายเลขถัดไปตามช่วงระยะห่างกำหนดจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยจะทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (Case record form : CRF) จากเวชระเบียนของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการคลอด และทารกแรกคลอด ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เพื่อศึกษาภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร ได้แก่ อายุมารดา ลำดับการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ ภาวะโรคก่อนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ขณะคลอด ส่วนน้ำหนักขณะคลอด วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อน น้ำหนักทารกแรกคลอด และค่า Apgar score

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรม ตำราและองค์ความรู้ด้านการแพทย์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาออกแบบการจัดเก็บข้อมูลที่จำเป็น และสามารถสะท้อนผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ โดยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย และด้านสถิติการวิจัย จำนวน 3 ท่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอในการวิจัย และได้มีการปรับแก้แบบบันทึกข้อมูลตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ โดยข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลที่เป็นตัวแปรทางคุณลักษณะของหญิงตั้งครรภ์ และตัวแปรทางคลินิก ที่มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้ได้ทำการขออนุมัติในการเข้าถึงข้อมูลและการนำข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โดยจะดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คือ การรักษาความลับของผู้ป่วย การนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และไม่มีผลใดๆ ต่อการบริการของผู้ป่วย
2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ใช้ข้อมูลโดยการให้ทีมผู้ช่วยวิจัยทำการสืบค้นข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565 จากระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูล

ของโรงพยาบาล และจากเวชระเบียนหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงเวชระเบียนทารกแรกเกิด

3. ทำการบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

4. ทำการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม excel โดยผู้ช่วยวิจัย 2 คน เพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้องตรงกันของการลงรหัสข้อมูลตัวแปรต่างๆ หากมีตัวแปรใดที่ทำการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้องตรงกัน ให้ย้อนกลับไปดูข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล และยืนยันกับเวชระเบียนอีกครั้ง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลทางคลินิกของหญิงตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หนังสือรับรองเลขที่ SSPH 2023-121 เมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม 2566 สิ้นสุดวันที่ 16 กรกฎาคม 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

สตรีที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จำนวน 376 คน ส่วนใหญ่มาคลอดขณะตั้งครรภ์ที่ 2-5 ร้อยละ 81.4 ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 1.6 ฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 95.7 และฝากครรภ์ไม่ครบคุณภาพ ร้อยละ 2.7 มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.9 เคยผ่าตัดคลอด (Previous C/S) ร้อยละ 15.7 ภาวะโลหิตจาง (Hct <33%) ร้อยละ 17.3 และมีอายุครรภ์ขณะคลอด 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 98.1

สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ส่วนใหญ่มาคลอด ขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 2-5 ร้อยละ 72.9 และ 89.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่าสตรีตั้งครรภ์ มากกว่า 35 ปี หรือหญิงตั้งครรภ์อายุมากมาคลอดขณะตั้งครรภ์ มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปเกือบ 3 เท่าของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี หรือคิดเป็นร้อยละ 1.6 และ 4.3 ตามลำดับ การฝากครรภ์คุณภาพครบ ร้อยละ 95.7 ทั้งสองกลุ่ม ไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 1.1 และ 2.1 ตามลำดับ และ

ฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ ร้อยละ 3.2 และ 2.1 ตามลำดับ ในส่วนของภาวะหรือโรคร่วมขณะตั้งครรภ์ พบว่า มีภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.1 และ 3.7 ตามลำดับ เคยผ่าตัดคลอด ร้อยละ 14.9 และ 16.5 ตามลำดับ มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 14.4 และ 20.2 ตามลำดับ และมีอายุครรภ์ขณะคลอด 37 สัปดาห์ ขึ้นไป ร้อยละ 98.9 และ 97.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์มากกว่า 35 ปี และอายุ 20-35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาล กันทรลักษณ์

ตัวแปร	หญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี		หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี		ทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนการตั้งครรภ์						
ครรภ์แรก	48	25.5	11	5.9	59	15.7
ครรภ์ที่ 2-5	137	72.9	169	89.9	306	81.4
ครรภ์ที่ 5 ขึ้นไป	3	1.6	8	4.3	11	2.9
2. การฝากครรภ์						
ไม่ฝากครรภ์	2	1.1	4	2.1	6	1.6
ฝากครรภ์คุณภาพครบ	180	95.7	180	95.7	360	95.7
ฝากครรภ์คุณภาพไม่ครบ	6	3.2	4	2.1	10	2.7
3. ภาวะและโรคร่วมก่อนตั้งครรภ์						
ความดันโลหิตสูง	4	2.1	7	3.7	11	2.9
เคยผ่าตัดคลอด	28	14.9	31	16.5	59	25.7
โลหิตจาง (Hct <33%)	27	14.4	38	20.2	65	17.3
4. อายุครรภ์ขณะคลอด						
<37 สัปดาห์	2	1.1	5	2.7	7	1.9
37 สัปดาห์ขึ้นไป	186	98.9	183	97.3	369	98.1

พบประเมนผลลัพธ์ของส่วนนำทารกขณะ คลอด และวิธีการคลอดบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป มีส่วนนำทารกเป็นท่าผิดปกติมากกว่า 3 เท่าของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี โดยสตรีตั้งครรภ์ อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี ที่มาคลอด ที่

โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ มีส่วนนำการคลอดเป็น ท่าผิดปกติ ร้อยละ 3.2 และ 9.6 ตามลำดับ คลอดปกติ ทางช่องคลอด ร้อยละ 67.0 และ 55.3 คลอดโดยใช้ เครื่องสูญญากาศช่วยหรือใช้ครีมห่วงคลอด (V/E, F/E) ร้อยละ 1.1 และ 5.3 ตามลำดับ และคลอดด้วยวิธี

ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 31.9 และ 39.4 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปี มีอัตราการต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและการใช้หัตถการช่วยคลอด มากกว่ากลุ่มสตรีอายุ 20-35 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลส่วนนำทารกขณะคลอดและวิธีการคลอดของหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี

ตัวแปร	หญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี		หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี		P-value
	ปี		35 ปี		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ส่วนนำขณะคลอด					0.011
ส่วนนำทารกเป็นท่าศีรษะ	182	96.8	170	90.4	
ส่วนนำทารกไม่ใช่ท่าศีรษะ	6	3.2	18	9.6	
2. วิธีการคลอด					0.012
คลอดปกติทางช่องคลอด	126	67.0	104	55.3	
คลอดโดย V/E ,F/E	2	1.1	10	5.3	
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง	60	31.9	74	39.4	

ส่วนภาวะแทรกซ้อนขณะมาคลอดบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ พบมีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.65 และ 7.97 ตามลำดับ ภาวะถุงน้ำคร่ำรั่วหรือแตกเองก่อนคลอด (PROM) ร้อยละ 10.1 และ 6.9 ตามลำดับ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ร้อยละ 3.7 และ 2.1 ตามลำดับ ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia) ร้อยละ 3.2 และ 9.0 ตามลำดับ ภาวะรกปิดขวางหรือคลุ้มปากมดลูก (Placenta previa) ร้อยละ 1.1 และ

0.5 ตามลำดับ น้ำหนักทารกแรกคลอด 2,500-3,000 กรัม ร้อยละ 72.3 และ 73.9 ตามลำดับ และมีค่าคะแนนประเมินสภาพทารกแรกคลอด 7 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 99.5 และ 98.4 ตามลำดับ

เมื่อทำการเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อน ขณะมาคลอดบุตรของหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes mellitus) และภาวะครรภ์เป็นพิษ (Placenta previa) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมากกว่า 35 ปี

ตัวแปร	หญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี		หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ภาวะแทรกซ้อน					
1.1 เบาหวาน (Gestational DM)					0.03
มี	5	2.7	15	8.00	
ไม่มี	183	97.3	173	92.00	

1.2 ถุงน้ำคร่ำรั่ว/แตก (PROM)					1.00
มี	19	10.1	13	6.9	
ไม่มี	169	89.9	175	93.1	
1.3 ตกเลือดหลังคลอด (PPH)					0.54
มี	7	3.7	4	2.1	
ไม่มี	181	96.3	184	97.9	
1.4 ครรภ์พิษ (Pre- eclampsia)					0.03
มี	6	3.2	17	9.0	
ไม่มี	182	96.8	171	91.00	
1.5 รกปิดขวาง (Placenta previa)					1.00
มี	2	1.1	1	0.5	
ไม่มี	186	98.9	187	99.5	
2. น้ำหนักทารก					0.23
น้อยกว่า 2,500 กรัม	18	9.6	25	13.3	
2,500-3,500 กรัม	136	72.3	139	73.9	
มากกว่าหรือเท่ากับ 3,500 กรัม	34	18.1	24	12.8	
3. Apgar score					0.62
น้อยกว่า 7 คะแนน	1	0.5	3	1.6	
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน	187	99.5	185	98.4	

การอภิปรายผล

1.อุบัติการณ์การคลอดในสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ในช่วงการศึกษาวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565พบร้อยละ 14.1 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลเวชสถิติของห้องคลอด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ในปี พ.ศ. 2563– 2565 พบอุบัติการณ์การคลอดในมารดาอายุมากกว่า35 ปี ร้อยละ 11.5, 14.2 และ 14.1 ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวโน้มการมีบุตรคนแรกเมื่อสตรีอายุมากขึ้น

เช่นเดียวกับข้อมูลในประเทศไทย คือ อายุของสตรีที่คลอดบุตรรวมทุกการตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึงปีพ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นจาก 87.7 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 97.6 ต่อ 1,000 การคลอด (พิมลพรรณ อิศรภักดี , 2017) เช่นเดียวกับในสหรัฐอเมริกา อัตราการคลอดบุตรคนแรกจากสตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเพิ่มขึ้นชัดเจนช่วงปี ค.ศ. 1980 ถึงปี ค.ศ. 2012 จาก 2.5 ต่อ 1,000 การคลอด เป็น 13.3 ต่อ 1,000 การคลอด และข้อมูลล่าสุดในปี ค.ศ. 2015 อัตราการคลอดบุตร

ทั้งหมดในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป คือ 62.8 ต่อ 1,000 การคลอด ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 ในระยะเวลา 1 ปี (Martin JA, 2016) เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันสตรีมีแนวโน้มแต่งงานช้ากว่าเดิม ผู้หญิงมีการศึกษาสูงขึ้น เรียนได้นานขึ้น มีการทำงานนอกบ้าน และต้องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานก่อนจะมีครอบครัว จึงทำให้แต่งงานและมีบุตรช้า ซึ่งข้อดีของการตั้งครรภ์ในช่วงอายุมาก คือ สตรีเหล่านี้จะมีความพร้อมด้านวุฒิภาวะมากกว่าและมีการวางแผนการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีการหาข้อมูลและเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ ทำให้มีการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ได้ดี แต่อย่างไรก็ตาม สตรีที่ตั้งครรภ์หลังอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงทางการแพทย์สูงขึ้น ทั้งต่อตัวหญิงตั้งครรภ์คลอดและทารกในครรภ์ นอกจากนั้นยังมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทพพลาหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าสตรีอายุน้อย (พิมลพรรณ อิศรภักดี, 2017)

2. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational DM) และภาวะครรภ์เป็นพิษสูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนแล้ว พบว่า มีความแตกต่างกันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปีมีอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี ประมาณ 3 เท่า โดยหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 8 ส่วนหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.7 นอกจากนี้ยังมีภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 17 กับร้อยละ 6 ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษานี้ผลออกมาในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาเรื่อง ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ในสตรีที่ตั้งครรภ์อายุมาก (Luke B, 2007) ที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการตั้งครรภ์สูง เป็น 2.4 เท่าของสตรีอายุ 30-34 ปี และอัตราการเกิดภาวะ

ครรภ์เป็นพิษ เพิ่มขึ้น 2-3 เท่าในสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 40 ปี และเพิ่มขึ้น 10 เท่าในสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 50 ปี และความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุของสตรีตั้งครรภ์ อัตราการเกิดโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ (Overt DM) และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational DM) เพิ่มขึ้น 3-6 เท่าในสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับสตรีอายุน้อย ซึ่งการมีโรคเบาหวานก่อนการตั้งครรภ์ จะสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางกายภาพของทารกในครรภ์ อัตราการทุพพลภาพและอัตราตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยในประเทศอีกหลายการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์อุบัติการณ์ที่ต่างกันของกลุ่มตัวอย่างนี้ ออกมาในทิศทางเดียวกัน (กมล พรหมลังกา, 2557, บัณฑุร ลวรัตนกร, 2555, วิจิตร เอกคคตาจิต, 2559)

3. ผลการศึกษาในแง่วิธีการคลอด พบว่า ในกลุ่มสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ที่ต้องได้รับการช่วยคลอดด้วยการใช้เครื่องมือคี้มช่วยคลอด การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ และการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อธิบายได้ว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ มีโรคประจำตัว มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดมาก่อน ความเหนียวล้าจากการเจ็บครรภ์คลอด ซึ่งอาจจะมีแรงเบ่งคลอดทางช่องคลอดได้น้อยกว่าสตรีที่อายุน้อยกว่า ปัจจัยความเสี่ยงความวิตกกังวลในสตรีอายุมากที่ตั้งครรภ์แรก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ขณะตั้งครรภ์ที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้หัตถการช่วยคลอดหรือผ่าตัดคลอด อีกปัจจัยหนึ่งในการศึกษานี้คือ ส่วนนำของทารกขณะมารดาคลอด พบว่าเป็นท่าผิดปกติที่ไม่ใช่ท่าศีรษะเป็นส่วนนำ ทั้งหมดนี้มีผลต่อการตัดสินใจของแพทย์ผู้ดูแลในการตัดสินใจและคลอดให้ได้รับความปลอดภัย ทั้งนี้มีการศึกษาที่สอดคล้องกันเรื่อง มาดาดังครรภ์อายุมากเป็นความเสี่ยงของการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Gordon D, 1991) ที่พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่สูงขึ้นในสตรีตั้งครรภ์อายุมาก

4. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในแง่ของภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาอายุมาก มีความ

เสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดวัดจาก Apgar score เปรียบเทียบแล้วไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีทิศทางที่มีภาวะเสี่ยงมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปณิตา ปรีชากรกนกกุล และคณะ (2561) เรื่องผลของการตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์อายุมากที่คลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า มารดาอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และคลอดทารกที่มีคะแนน Apgar score น้อยกว่า 7 คะแนน มากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปี ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากภาวะโภชนาการที่ส่งไปยังทารกในครรภ์ของมารดาอายุมากไม่ดีมีการเสื่อมสภาพของรกจากการที่มารดาอายุที่มากขึ้น หรือจากปัญหาด้านอายุกรรมและปัญหาเกี่ยวกับรกที่สัมพันธ์กันกับการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยด้วย

สรุปผลการวิจัย

สตรีที่คลอดที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ส่วนใหญ่มาคลอดขณะตั้งครรภ์ที่ 2-5 และมีการฝากครรภ์คุณภาพครบ มีภาวะเสี่ยงก่อนตั้งครรภ์ คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.9 เคยผ่าตัดคลอด (Previous C/S) ร้อยละ 15.7 ภาวะโลหิตจาง (Hct <33%) ร้อยละ 17.3 และมีอายุครรภ์ขณะคลอด 37 สัปดาห์ขึ้นไป ร้อยละ 98.1 สตรีตั้งครรภ์ มากกว่า 35 ปี หรือหญิงตั้งครรภ์อายุมากมาคลอดขณะตั้งครรภ์มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไปเกือบ 3 เท่าของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี และมีภาวะโรคร่วมก่อตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เคยผ่าตัดคลอด และภาวะโลหิตจางมากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย ส่วนนำทารกขณะคลอดและวิธีการคลอดบุตร พบว่า สตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป มีส่วนนำทารกเป็นท่าผิดปกติมากกว่า 3 เท่าของสตรีตั้งครรภ์อายุ 20-35 ปี

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า กลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปี มีอัตราการต้องได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและการใช้หัตถการช่วยคลอดมากกว่ากลุ่มสตรีอายุ 20-35 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes mellitus) และภาวะครรภ์เป็นพิษ (Placenta previa) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. เนื่องจากแนวโน้มการตั้งครรภ์ของสตรีในปัจจุบันมีลูกคนแรกเมื่ออายุมากขึ้น จากสภาพสังคมการใช้ชีวิตในปัจจุบันที่เปลี่ยนไป อีกทั้งการตั้งครรภ์ของสตรีกลุ่มนี้เป็นครรภ์เสี่ยงสูงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดมากกว่าสตรีอายุน้อย การดูแลรักษาควรเน้นให้ความสำคัญกับการดูแลในช่วงฝากครรภ์ เน้นให้เริ่มมารับการตรวจฝากครรภ์ทันที ตั้งแต่ทราบว่าตั้งครรภ์ทันที เพื่อที่จะได้รับการประเมินความเสี่ยง ตรวจหาโรคประจำตัว ตรวจคัดกรองเจาะเลือด ตรวจร่างกาย วางแผนการตรวจติดตามให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

2. ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับความรู้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนการตั้งครรภ์ รวมถึงทราบความเสี่ยงที่มีโอกาสพบหากตั้งครรภ์ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

3. คลินิกฝากครรภ์ความเสี่ยงสูง ควรจัดให้ได้รับดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ ควรได้รับการคัดกรองเบาหวานเฝ้าระวังตรวจวัดความดันโลหิตติดตามเฝ้าระวัง อาการและอาการแสดงของภาวะครรภ์เป็นพิษ ควรได้รับยาป้องกันครรภ์เป็นพิษกรณีที่มีข้อบ่งชี้

4. ควรมีการประเมินวางแผนการคลอดในช่วงระยะฝากครรภ์ใกล้คลอด ทั้งความเสี่ยงในแง่ของโรค

ประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม
วางแผนวิธีการคลอด ผ่าตัดคลอดหรือใช้หัตถการช่วย
คลอดที่เหมาะสม เมื่อมีข้อบ่งชี้

5. ควรแนะนำการคุมกำเนิดเลือกวิธีที่เหมาะสมกับ
สตรีตั้งครรภ์หลังคลอดแต่ละคน กรณีที่มีบุตรพอแล้ว
ควรแนะนำให้คุมกำเนิดแบบถาวร ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์
อายุมากบางคนมีโอกาสตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หากไม่
คุมกำเนิดหรือคุมกำเนิดด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม ซึ่งความ
เสี่ยงขณะตั้งครรภ์เมื่ออายุมากยิ่งสูงขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษณ์
ทีมสหวิชาชีพด้านสูตินารีเวช และทีมผู้ช่วยวิจัยทุกคน
ที่มีส่วนสนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี
และมีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกัน
เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการส่งเสริมการเกิดอย่างมี
คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัยของกระทรวง
สาธารณสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมล พรหมลังกา, กัญญณัท บุญยทรัพย์, ปิยวรรณ
คำศรีพล, วรางศรัตน์ เลหาวัฒน์, กนกพร
ไคว์จริยะพันธุ์ และวีระพล จันทร์ดียิ่ง. (2557).
ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในมารดาอายุมาก
และมารดาวัยผู้ใหญ่ ณ โรงพยาบาลพะเยา.
วารสารศูนย์การแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล
พะเยาพระปกเกล้า, 31(3); 148-155.
- บัณฑูร ลวรรัตนกร. (2555). การศึกษาอายุมารดากับ
ผลการคลอดของมารดาที่มาคลอดที่
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ.
วารสารป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 11;1-4.
- ปณิดา ปรีชากรกนกกุล, ณัฏชา วรรณนิยม และพนิดา
รัตนเรือง. (2561). ผลของการตั้งครรภ์ในสตรี
ตั้งครรภ์อายุมากที่มาคลอดในโรงพยาบาล
มหาสารคามราชสีมา. วารสารโรงพยาบาล
สกลนคร, 21(1); 1-9.

พิมลพรรณ อิศรภักดี และจิตตินันท์ ผิววนิล. คุณภาพการ
ตั้งครรภ์ของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ช่วงพ.ศ.

2541- 2558 (Quality of Pregnancy
Outcomes among Thai Women of
Reproductive Age during 1998-2015).

In Available from:

<http://www.ms.ipsr.mahidol.ac.th/Conference>

2017/Download/Book/05_Pimonpan-
Quality%20of%20pregnancy.pdf.

วิจิตร เอกคคตาจิต. (2559). ภาวะแทรกซ้อนในหญิง

ตั้งครรภ์อายุมากที่มารับบริการใน

โรงพยาบาลนางรอง.วารสารโรงพยาบาล

มหาสารคาม, 13(3); 71-77.

วิจิตร เอกคคตาจิต. (2559). ภาวะแทรกซ้อนในหญิง

ตั้งครรภ์อายุมากที่มารับบริการใน

โรงพยาบาลนางรอง.วารสารโรงพยาบาล

มหาสารคาม, 13(3); 71-77.

Barbara Luke1 and Morton B. Brown. (1995).

Elevated risks of pregnancy

complications and adverse outcomes

with increasing maternal age. Human

Reproduction. 2007; Vol. 22, No. 5 pp.

1264–1272. doi: 10.1093/humrep/del

522.

Fretts, R.C. (2017). Management of

pregnancy in women of advanced

age. In Wilkins-Haug, L (Eds.), 0.

Available from:

<https://www.uptodate.com/contents/management-of-pregnancy-in-women-of-advanced-age>.

Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D. (1991).

Advanced maternal age as a risk factor

for cesarean delivery. Obstet Gynecol.

1991 Apr;77(4):493.

Luke B, Brown MB. (2007). **Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age.** Hum Reprod 2007; 22:1264.

Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. (2016).

Births in the United States, 2015.

NCHS data brief, no 258. Hyattsville, MD:

National Center for Health Statistics.

2016. Available from:

<https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db258.pdf>.

ประสิทธิผลการศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตตำบลโนนปูน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกันทรจว ตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

ทวีติยา จันคณา, วท.บ.¹, ศิริยุพา ชันทอง, วท.บ.²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอยู่ตามลำพัง คัดจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมตามแบบสอบถาม 9 ด้าน จำนวน 50 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแบบคัดกรองผู้สูงอายุ ดำเนินการระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 10 มีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย 38 คน ร้อยละ 76.00 มีที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรง หรือไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ 39 คน ร้อยละ 78.00 และมีรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพียงพอ 43 คน ร้อยละ 86.00 โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 94.68, S.D. = 11.34) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 30.02, S.D. = 3.50) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 23.90, S.D. = 4.93) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 11.94, S.D. = 0.77) และน้อยที่สุดคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 28.82, S.D. = 2.30) ตามลำดับ ภาพรวมการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความเคลื่อนไหวร่างกายและด้านช่องปากมากที่สุด 47 คน ร้อยละ 94.00 รองลงมาคือมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 36 คน ร้อยละ 76.00 มีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความจำ Mini-Cog 31 คน ร้อยละ 62.00 และมีปัญหาน้อยที่สุดคือ ด้านการภาวะซึมเศร้า 4 คน ร้อยละ 8.00 ตามลำดับ

คำสำคัญ: สุขภาวะ, ผู้สูงอายุ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกันทรจว อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

Email:

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกันทรจว อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

Email:

Effectiveness of the study of the elderly's health status in Non Poon Subdistrict, Phrai Bueng District, Sisaket Province living alone

Thawitiya Chankhana, B.Sc.¹, Siriyupa Khantong, B.Sc.²

Abstract

This study was aimed to know the health status of elderly people living alone in Non Poon Subdistrict, Phrai Bueng District, Sisaket Province. The sample group used in this research includes elderly people aged 60 years and over who live alone. By selecting 50 elderly volunteers living alone who received a questionnaire program in 9 areas. The research instrument was a questionnaire developed by the researcher according to the research objectives. Including a screening form for the elderly Data were collected between 1 October 2023 and 31 March 2024. Data were analyzed using descriptive statistics presented with percentages, means, and standard deviations.

This result found that, most of them live alone or have no one to take care of them when they are sick. 38 people, accounting for 76.00 percent, have stable and strong housing. or unstable But it does not affect life safety and health, 39 people, representing 78.00 percent, and having sufficient income for daily living, 43 people, representing 86.00 percent. Overall have a quality of life. In the middle quality of life criteria ($\bar{X}$ = 94.68, S.D. = 11.34). When considering each aspect, it was found that Elderly people who live alone have the best quality of life. Quality of life regarding physical health is in the criteria for good quality of life ($\bar{X}$ = 30.02, S.D. = 3.50), followed by mental quality of life Within the criteria for good quality of life ($\bar{X}$ = 23.90, S.D. = 4.93) quality of life in terms of social relationships It is in the medium quality of life criteria ($\bar{X}$ = 11.94, S.D. = 0.77) and the lowest is the environmental quality of life. Within the middle quality of life criteria ($\bar{X}$ = 28.82, S.D. = 2.30), respectively. 3. overall of a screening the elderly in 9 issues was normal, but each aspect, it was found that elderly people who live alone had the greatest deterioration in health in the areas of physical and oral movement, totaling 47 people, accounting for 94.00 percent, followed by those with deterioration in health in the areas of daily living. Daily, 36 people, accounting for 76.00 percent, had health deterioration in memory. Mini-Cog, 31 people, accounting for 62.00 percent, and had the least problems were In terms of depression, there were 4 people, accounting for 8.00 percent, respectively.

KEYWORDS: health, elderly

¹Public Health Technical Officer, Professional level, Ban Kan Truat Health Promoting Hospital, Phrai Bueng District, Sisaket Province
Email:

²Public Health Technical Officer, Professional level, Ban Kan Truat Health Promoting Hospital, Phrai Bueng District, Sisaket Province
Email:

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าในวิทยาการต่างๆ โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข รวมทั้งการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้การรักษาพยาบาล และความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้น ประชากรทั่วโลกจึงมีชีวิตรับยืนยาวขึ้น ซึ่งเมื่อรวมกับการมีอัตราการเกิดลดลง ทำให้โครงสร้างของประชากรโลก รวมทั้งประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และประเทศไทยกำลังกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” โดยประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน และจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนเป็น 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด (สถานการณ์ผู้สูงอายุ, 2559) ร่วมกับสัดส่วนของวัยทำงานและเด็กลดลง จากการเกิดการตายลดลง และการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมที่รวดเร็วทำให้โครงสร้างของครอบครัวและชุมชนเปลี่ยนไป ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องแข่งขันและเร่งรีบตามวิถีชีวิตแนวใหม่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชากรผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความถดถอยด้านสุขภาพ การเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเสื่อมถอยลง ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ จึงต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

จากการประเมินสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบจึงร่วมกันกำหนดนโยบาย และแนวทางในการรับมือกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้น โดยมีการกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

และยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ซึ่งเป็นแผนที่กำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่สำคัญของประเทศ จากการศึกษาข้อมูลด้านประชากรของจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ประชากรในกลุ่มประชากรสูงอายุของ จังหวัดสมุทรปราการ มีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี (สำนักงานจังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มงาน ยุทธศาสตร์การพัฒนา จังหวัดสมุทรปราการ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศ โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งจังหวัด แสดงให้เห็นว่าจังหวัด สมุทรปราการ เป็นสังคมที่ ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกหน่วยงานต้อง มีการวางแผนดำเนินยุทธศาสตร์ ในการเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ (active Aging) และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างสมดุลเน้นการพึ่งพาตนเอง ซึ่งได้ปรากฏชัดในนโยบายชาติที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการใช้และพัฒนา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ ดังปรากฏธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (สำนักงาน คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552) หมวดที่ 7 ข้อ 53 ว่า ควรอยู่บนพื้นฐานหลักการดังต่อไปนี้ 1) มีความสอดคล้องกับวิถีชุมชน วัฒนธรรม จารีตประเพณี ความเชื่อศาสนา และนำไปสู่การพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพ 2) ให้การส่งเสริมการแพทย์ทุกระบบอย่างเท่าเทียมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และ 3) ให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองและชนบท ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน ยังมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันในการ เข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย เนื่องมาจากข้อจำกัดในการเดินทางและการรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ การส่งเสริมพฤติกรรมที่มีสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม การ

รับประทานอาหาร การมีองค์ความรู้ในการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระในการดูแลและให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก

จังหวัดศรีสะเกษ ปัจจุบันมีจำนวนประชากร 926,920 คน (รายงานข้อมูลจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) มีสถิติจำนวนผู้สูงอายุ 152,114 คน คิดเป็นร้อยละ 16.41 ของประชากรทั้งจังหวัด จังหวัด ศรีสะเกษ จึงถือว่ากำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วเช่นกัน กล่าวคือ มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (องค์กรสหประชาชาติ, 2016) ซึ่งหากเปรียบเทียบกับ การแบ่งเกณฑ์สังคมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีการตรวจประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เชลเดิตีแอลเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง) จำนวน 22,923 คน โดยผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านบริการสาธารณสุขและด้านสังคมโดยเฉพาะกลุ่มติดเตียง และแน่นอนว่างบประมาณในการดูแล ส่วนผู้สูงอายุทั้งระดับบุคคลและสังคมนั้นจะต้องสูงตามสัดส่วนของประชากรเหล่านี้อย่างแน่นอน

สถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนปูนมีประชากรผู้สูงอายุ 598 คน ต่อครอบครัวซึ่งเป็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุในวัยพึ่งพิงไม่อาจช่วยเหลือตนเองได้แบ่งผู้สูงอายุเป็นวัย ได้แก่ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) และแบ่งผู้สูงอายุเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม (ดูแลตนเองได้ออกจากบ้านได้) กลุ่มติดบ้าน (ดูแลตนเองได้บ้าง แต่ไปไหนไม่ไหวแล้ว) กลุ่มติดบ้าน (ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนตลอดเวลา) ซึ่งกลุ่มซึ่งกลุ่มติดบ้านติดเตียง เรียกว่า ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ต้องมีผู้ดูแลกิจวัตรประจำวัน ในตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัญหาด้านข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานขาดฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน จึงส่งผล

ต่อปัญหาในด้านการทำงาน ส่งผลต่อการประเมินสถานการณ์และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการส่งเสริมและกำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในเขตตำบลโนนปูน จำนวน 598 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่อยู่ตามลำพัง ใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) โดยการคัดจากอาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังได้รับโปรแกรมแบบสอบถาม 9 ด้าน จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในเขตตำบลโนนปูน จำนวน 50 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมถึงแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน โดยผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการสร้างเพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

2. นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุม

3. สร้างเครื่องมือแบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นตามกรอบการวิจัย รวมถึงใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และแบบคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ที่มาตรฐานสากล เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มี 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามแบบตรวจรายการ (checklist)

ตอนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จ ะ ป ร ะ ก อ บ ดั ว ย องค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain)
2. ด้านจิตใจ (psychological domain)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

การให้ คะแนน แบบ วัด คุณ ภาพ ชี วิ ต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2 9 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับให้ผู้ตอบเลือกตอบ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7 – 16	17 – 26	27 – 35
ด้านจิตใจ	6 – 14	15 – 22	23 – 30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3 – 7	8 – 11	12 – 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 – 18	19 – 29	30 – 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 – 60	61 – 95	96 – 130

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

- | | | |
|-----|-----------|-------------|
| ตอบ | ไม่เลย | ให้ 5 คะแนน |
| ตอบ | เล็กน้อย | ให้ 4 คะแนน |
| ตอบ | ปานกลาง | ให้ 3 คะแนน |
| ตอบ | มาก | ให้ 2 คะแนน |
| ตอบ | มากที่สุด | ให้ 1 คะแนน |

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

- | | | |
|-----|-----------|-------------|
| ตอบ | ไม่เลย | ให้ 1 คะแนน |
| ตอบ | เล็กน้อย | ให้ 2 คะแนน |
| ตอบ | ปานกลาง | ให้ 3 คะแนน |
| ตอบ | มาก | ให้ 4 คะแนน |
| ตอบ | มากที่สุด | ให้ 5 คะแนน |

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ตอนที่ 3 ข้อมูลเชิงสังคม สอบถามเกี่ยวกับการอยู่อาศัย ที่พักอาศัย รวมถึงรายได้ในชีวิตประจำวันโดยใช้แบบสอบถามแบบตรวจรายการ (checklist)

ตอนที่ 4 แบบคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน โดยจะให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ประกอบด้วย

1. ด้านความจำ Mini-Cog
2. ด้านความเคลื่อนไหวร่างกาย
3. ด้านการขาดสารอาหาร
4. ด้านการมองเห็น
5. ด้านการได้ยิน
6. ด้านการภาวะซึมเศร้า
7. ด้านการกลืนปัสสาวะ
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
9. ด้านช่องปาก

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อผู้มีประสบการณ์ด้านสุขภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของข้อคำถามแล้วนำกลับมาแก้ไขปรับปรุง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ตอบแบบสอบถามได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังด้วยตัวเอง และเจ้าหน้าที่ จำนวน 30 นาที 3 วันติดต่อกัน

2. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ผล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามตอนที่ 1 ตอนที่ 3 และตอนที่ 4 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. แบบสอบถามตอนที่ 2 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากการทำวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ แต่จะมีการรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลโดยรวม ไม่ระบุตัวบุคคลและสำหรับผู้เข้าร่วมในกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีมาตรฐานงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH2023-071 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม : ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 และเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 ด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 และอายุ 80 ปี ขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 ตามลำดับ และการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 และอาศัยอยู่มากกว่า 1 คน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม(n = 50)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	27	54.00
หญิง	23	46.00
อายุ		
60 – 69 ปี	22	44.00
70 – 79 ปี	16	32.00
80 ปี ขึ้นไป	12	24.00
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	34	68.00
อยู่มากกว่า 1 คน	16	32.00

2. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ :
ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิต อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 94.68, S.D. = 11.34) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 30.02, S.D. = 3.50)

รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 23.90, S.D. = 4.93) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 11.94, S.D. = 0.77) และน้อยที่สุดคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 28.82, S.D. = 2.30) ตามลำดับ ดัง

ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	แปลความหมาย
1. ด้านสุขภาพกาย	30.02	3.50	ดี
2. ด้านจิตใจ	23.90	4.93	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	11.94	0.77	กลางๆ
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	28.82	2.30	กลางๆ
รวม	94.68	11.34	กลางๆ

3. ข้อมูลเชิงสังคม : ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 มีที่อยู่อาศัยมั่นคง

แข็งแรง หรือไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78.00 และมีรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพียงพอ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลเชิงสังคม(n = 50)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การอยู่อาศัย หรือ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือ มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย	12	24.00
อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแล เมื่อเจ็บป่วย	38	76.00
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือ มีที่อยู่อาศัย แต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิต และสุขภาพ	11	22.00
มั่นคงแข็งแรง หรือ ไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัย ในชีวิตและสุขภาพ	39	78.00
ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน		
ไม่เพียงพอ	7	14.00
เพียงพอ	43	86.00

4. ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน : ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความเคลื่อนไหวร่างกายและด้านช่องปากมากที่สุด จำนวน 47 คน คิด

เป็นร้อยละ 94.00 รองลงมาคือมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 มีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความจำ Mini-Cog จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 และมีปัญหาน้อยที่สุดคือ ด้านการภาวะซึมเศร้า จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม(n = 50)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ด้านความจำ Mini-Cog		
ปกติ (คะแนน > 3 คะแนน)	19	38.00
ผิดปกติ (คะแนน ≤ 3 คะแนน)	31	62.00
2. ด้านความเคลื่อนไหวร่างกาย		
เดินไปและกลับด้วยตัวเอง 6 ม.ภายในเวลา 12 วินาที		
ปกติ (สามารถทำได้)	3	6.00
ผิดปกติ (ไม่สามารถทำได้)	47	94.00
มีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง		
ปกติ (ไม่มีประวัติ)	3	6.00
ผิดปกติ (มีประวัติ)	47	94.00
3. ด้านการขาดสารอาหาร		
น้ำหนักลดมากกว่า 3 กก.ภายในช่วงเวลา 3 เดือน		

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปกติ (น้ำหนักไม่ลดลงหรือลดไม่เกิน 3 กก.)	46	92.00
ผิดปกติ (น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กก.)	4	8.00
ความอยากอาหารลดลง		
ปกติ (ไม่มีความอยากอาหารลดลง)	24	48.00
ผิดปกติ (มีความอยากอาหารลดลง)	26	52.00
4. ด้านการมองเห็น		
ปกติ (ไม่มีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับดวงตา)	37	74.00
ผิดปกติ (มีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับดวงตา)	13	26.00
5. ด้านการได้ยิน		
ปกติ (ได้ยินทั้ง 2 ข้าง)	38	76.00
ผิดปกติ (ได้ยินข้างเดียวหรือไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง)	12	24.00
6. ด้านการภาวะซึมเศร้า		
ปกติ	46	92.00
ผิดปกติ	4	8.00
7. ด้านการกลืนปัสสาวะ		
ปกติ (ไม่มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือราด)	42	84.00
ผิดปกติ (มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือราด)	8	16.00
8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ปกติ (ไม่ต้องพึ่งคนอื่น)	14	28.00
ผิดปกติ (ต้องพึ่งคนอื่น)	36	72.00
9. ด้านช่องปาก		
ความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็ง		
ปกติ (ไม่มีความยากลำบาก)	0	0.00
ผิดปกติ (มีความยากลำบาก)	50	100.00
อาการเจ็บปวดในช่องปาก		
ปกติ (ไม่มีอาการเจ็บปวด)	2	10.00
ผิดปกติ (มีอาการเจ็บปวด)	48	90.00

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 และเพศหญิง จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 ด้านอายุ ส่วนใหญ่มีอายุ 60 – 69 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 และอายุ 80 ปี

ขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 ตามลำดับ และการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่คนเดียว จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 68.00 และอาศัยอยู่มากกว่า 1 คน จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 โดยผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์เพื่อทราบสุขภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ :

ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัด ศรีสะเกษ โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิต อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 94.68, S.D. = 11.34) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 30.02, S.D. = 3.50) รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 23.90, S.D. = 4.93) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 11.94, S.D. = 0.77) และน้อยที่สุดคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ ($\bar{X}$ = 28.82, S.D. = 2.30) ตามลำดับ

2. ข้อมูลเชิงสังคม : ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 มีที่อยู่อาศัยมั่นคง แข็งแรง หรือไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 78.00 และมีรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพียงพอ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 86.00

3. ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน : ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความเคลื่อนไหว ร่างกายและด้านช่องปากมากที่สุด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 94.00 รองลงมาคือมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 76.00 มีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความจำ Mini-Cog จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 62.00 และมีปัญหาน้อยที่สุดคือ ด้านการภาวะซึมเศร้า จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมมีคุณภาพชีวิต อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน สามารถนอนหลับได้อย่างเต็มที่ และยังสามารถทำงานได้เหมือนเดิมที่เคยทำมา รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตที่ดี เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าใจการดำเนินชีวิต ทำให้มีความสุข ความสงบ และปล่อยวางได้มากขึ้น คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ และน้อยที่สุดคือคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในเกณฑ์คุณภาพชีวิตกลางๆ อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยที่ไม่แข็งแรง มั่นคง รายได้กับรายจ่ายมีความสมดุล แต่ไม่ถึงขั้นมีเก็บ และสังคมอาจลดน้อยลงจากเมื่อก่อนที่ผ่านมา สอดคล้องกับพระครูประกาศกรสิริธรรม (เกษม สุวณโณ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนท่าอิฐ วัดแสงสิริธรรม ตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” พบว่า สุขภาวะทางปัญญา (ค่าเฉลี่ย = 4.00) และสุขภาวะทางสังคม (ค่าเฉลี่ย = 3.73) อยู่ในระดับมาก ส่วนสุขภาวะทางกาย (ค่าเฉลี่ย = 3.47) สุขภาวะทางจิตใจ (ค่าเฉลี่ย = 3.40) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ พิจารณารายด้านพบว่า สุขภาวะทางกาย รู้สึกพอใจกับสุขภาพในขณะนี้ อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.65) สุขภาวะทางจิตใจ รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ ความหวัง) อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.77) สุขภาวะทางสังคมรู้สึกพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.32) สุขภาวะทางปัญญา คือเข้าใจได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความไม่เที่ยงแท้และแน่นอน ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 4.92)

ข้อมูลเชิงสังคม : ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง ตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว หรือ ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีที่อยู่อาศัยมั่นคงแข็งแรง หรือไม่มั่นคง แต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ และมีรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพียงพอ ยังไม่สอดคล้องกับมธรส สว่างบำรุง ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง” ที่ค้นพบว่า รูปแบบการจัดการชีวิตและภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อความสุขในชีวิตแตกต่างกันในเรื่องทุนเศรษฐกิจและมีรายได้ไม่เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่าย

ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน : ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังตำบลโนนปูน อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ โดยภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความเคลื่อนไหวร่างกายและด้านช่องปากมากที่สุด เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นทำให้แคลเซียมในร่างกายลดลง รองลงมาคือมีความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุมากขึ้น เรี่ยวแรงที่เคยมีลดถอยลง ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันลดลง ความเสื่อมถอยทางสุขภาพด้านความจำ Mini-Cog และมีปัญหาน้อยที่สุดคือ ด้านการภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก ในสังคมมีการพึ่งพิงซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือผู้ที่อ่อนแอให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกลำบาก หรือท้อแท้ สอดคล้องกับ พระครูประกาศสิริธรรม (เกษม สุวณฺโณ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนท่าอิฐ วัดแสงสิริธรรม ตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี” พบว่า สุขภาวะทางกาย รู้สึกพอใจกับสุขภาพในขณะนี้ สุขภาวะทางจิตใจ รู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ ความหวัง) สุขภาวะทางสังคมรู้สึกพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ สุขภาวะทางปัญญา คือเข้าใจได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความไม่เที่ยงแท้และแน่นอน ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรเพิ่มบุคลากรดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน เนื่องจากปัจจุบันขาดทันตบุคลากร
2. เพิ่ม และพัฒนาศักยภาพ CG ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่องหรือกิจกรรมที่สร้างเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ
2. ศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำแผนร่วมกันกับหน่วยงานท้องถิ่น ในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง อันจะเป็นการช่วยเหลือและส่งเสริมคุณภาพผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตร่วมกับชุมชนได้อย่างมีความสุขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัลพลกษ พลสร. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการใช้เวลาว่างเพื่อส่งเสริมสุขภาวะของนักเรียนที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น. (ปริญญานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล. (2544). การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่/เชียงใหม่.
- ปาริชาติ เทพอารักษ์ และ อมรารวรรณ ทิวถนอม. (2550). สุขภาวะของคนไทย จุดเริ่มต้นของความอยู่เย็นเป็นสุข. วารสารเศรษฐกิจและสังคม, 44(1), 12-17.
- พระครูประกาศสิริธรรม (เกษม สุวณฺโณ). (2560). การศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนท่าอิฐ วัดแสงสิริธรรม ตำบลท่าอิฐ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์

พุทธศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา
พระพุทธศาสนา, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกา
รณราชวิทยาลัย.
พระไพศาล วิสาโล. (2552). ธรรมเพื่อสุขภาวะบนวิถี
พอเพียง. สืบค้นจาก
[https://www.visalo.org/article/healthD
hamperSukapawa.htm](https://www.visalo.org/article/healthDhamperSukapawa.htm)
มธุรส สว่างบำรุง. (2566). การจัดการชีวิตและภาวะ
พึ่งพิงเพื่อความสุขของผู้สูงอายุที่อยู่ตาม
ลำพัง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9.
มยุรี ธนอมสุข. (2549). การพัฒนารูปแบบการออกกา
ลัง กาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับ
ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ
:มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
รณกร เส่งสอน. (2563). พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและ
สุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก.
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครี
นทรวิโรฒ.
ศิริชัย วนาทรัพย์ดำรง. (2556). สุขภาวะ. สืบค้นจาก
[http://www.khonkaen.go.th/khonkaen
6/fileDir/news/20130107-new%208-1-
56.pdf](http://www.khonkaen.go.th/khonkaen6/fileDir/news/20130107-new%208-1-56.pdf)
สมศักดิ์ ศรีสันติสุข . (2539). สังคมวิทยาภาวะสูง อายุ
: ความเป็นจริงและการคาดการณ์ใน
สังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552).
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.
2550. นนทบุรี: บริษัท วิกี จำกัด.
สิวลี ศิริไธ. (2549). ความอยู่ดีมีสุขของชีวิตมนุษย์.
วารสารราชบัณฑิตยสถาน.

สุขภาพเพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ :
แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.สุขภาพเพื่อ
การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ :
แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
องค์การอนามัยโลก. (2541). ความหมายและ
ความสำคัญของสุขภาพ. สืบค้นจาก
[http://www.human.cmu.ac.th/home/h
c/ebook/006103/lesson4/02.htm](http://www.human.cmu.ac.th/home/hc/ebook/006103/lesson4/02.htm)

การพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ

พุทธิไกร ประมวล, ส.ด.¹ และ นิตยา ดวงแสง, วท.บ.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล (D506) ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบและกลไกการรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการรายงานฯ ตามกระบวนการของ PDCA และระยะที่ 3 เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบและกลไกที่พัฒนาฯ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multivariable linear regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 ได้แก่ เคยส่งข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบ D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบ D506 โดยเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาที่เคยส่งข้อมูล D506 และมีความพึงพอใจในการใช้งานระบบ D506 ในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมกรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่า 5.33 คะแนน (Adjusted mean diff = 5.33, 95% CI = 2.00-8.66) และ 9.53 คะแนน (Adjusted mean diff = 9.53, 95% CI = 6.16 to 12.90) ระบบและกลไกการรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบ D506 ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหา 2) การพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ 3) การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการงานระบบ D506 4) การจัดการระบบ Username & Password 4) การนิเทศติดตามประเมินผล 5) การสรุปผลงานการส่งข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การสร้างเครือข่ายเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ หลังทดลองใช้ระบบและกลไกฯ พบว่า เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา ทักษะต่อการส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 พฤติกรรมกรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีผลงานความครอบคลุม และความทันเวลาในการส่งรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังผ่านระบบ D506 ของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา, ระบบดิจิทัล 506, นักระบาดวิทยา, จังหวัดศรีสะเกษ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,
E-mail: putthikrai.pramual@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,
E-mail: nooduen9@gmail.com

Development of a system and mechanism for reporting Communicable Diseases Surveillance in the digital 506 among epidemiologists in Sisaket province

Putthikrai Pramual, *Dr.P.H.*¹, Nittaya Duangsang, *B.Sc.*²

Abstracts

This research investigated factors associated with the behavior of reporting communicable disease surveillance in the digital 506 system among epidemiologists and developed a system and mechanism for reporting communicable disease surveillance in the digital 506 among epidemiologists in Sisaket province. The research consisted of three phases: Phase 1, an analytical cross-sectional study aimed to identify factors associated with behavior for reporting Communicable Diseases Surveillance in the digital 506 system among epidemiologist patients; Phase 2, action research aimed to develop a system and mechanism for reporting Communicable Diseases Surveillance in the digital 506 based on the PDCA model; and Phase 3, a quasi-experimental study aimed to assess the effect of the system and mechanism for reporting Communicable Diseases Surveillance in the digital 506 system. The data were analyzed using multivariable linear regression, content analysis, and paired t-test statistics.

The results indicated 2 predicted factors associated with behavior for reporting Communicable Diseases Surveillance in the digital 506 system among epidemiologists, including: experience reporting Communicable Diseases Surveillance in the digital 506 system (adjusted mean diff =5.33, 95% CI=2.00–8.66), and a good level of satisfaction with a system for reporting Communicable Diseases Surveillance in the digital 506 system (adjusted mean diff = 9.53, 95% CI = 6.16 to 12.90). A system and mechanism for reporting communicable disease surveillance in the digital 506 among epidemiologists in Sisaket province contained six key components: 1) problem and gap analysis, 2) development and improvement of health information systems, 3) training to enhance knowledge and skills; 4) management of username and password systems; 5) monitoring and evaluation, 6) establishment of a network. Following system implementation, the score of knowledge, attitudes, behaviors, and satisfaction with the reporting of communicable diseases surveillance in the digital 506 system among epidemiologists was significantly higher than before system implementation. Furthermore, the completeness and timeliness of data reporting for communicable disease surveillance in the digital D506 system of health service units also improved.

Keywords: Communicable Diseases Surveillance, digital 506 system, epidemiologists, Sisaket Province

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Division of Communicable Disease Control and Prevention, Sisaket Provincial Public Health Office, Email: putthikrai.pramual@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Professional level, Division of Communicable Disease Control and Prevention, Sisaket Provincial Public Health Office, E-mail: nooduen9@gmail.com

บทนำ

การเฝ้าระวังทางสาธารณสุข หรือ Public Health Surveillance เป็นการจับเก็บข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีระบบ รวมถึงการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ไปเผยแพร่และใช้ให้เกิดประโยชน์ในด้านการวางแผน การจัดทำมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข รวมถึงประเมินผลมาตรการอย่างทันทั่วที่ โดยประโยชน์หลักของระบบการเฝ้าระวังโรค คือ ทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานจำนวนผู้ป่วยของโรคต่างๆ เพื่อติดตามสถานการณ์แนวโน้มของการเกิดโรค การกระจายของโรคตามบุคคล เวลา และสถานที่ นอกจากนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อตรวจการระบาด การพยากรณ์การระบาด นำไปสู่การตั้งสมมติฐานการวิจัยค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค ประเมินมาตรการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาช่วยในการวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรในการป้องกันโรคได้อย่างเพียงพอกับสถานการณ์และสามารถควบคุมโรคได้สำเร็จ ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน (กรมควบคุมโรค, 2566) การเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยา เป็นการติดตามการเฝ้าระวังในด้านการเกิดและการกระจายของโรค ภัย ไข้เจ็บ หรือกลุ่มอาการที่ว่าเกิดจากการติดเชื้อ ในรายละเอียดของบุคคล เวลา สถานที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลในการศึกษาลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคหรือเชือนั้นๆ โดยมีระบบการเฝ้าระวังติดตาม รวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อตามประกาศพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ไว้อย่างสม่ำเสมอและตลอดเวลา ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2563)

ประเทศไทย กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบการจับเก็บข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาตามประกาศพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อให้เป็น

แหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์สถานการณ์และประเมินแนวโน้มการระบาดของโรคติดต่อภาพรวมประเทศ และในพื้นที่ต่างๆ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนรับมือและวางมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้กำหนดโรคที่ต้องรายงานตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ไว้ 3 ประเภท ได้แก่ โรคติดต่ออันตราย โรคระบาด และโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กรณีโรคติดต่ออันตรายและโรคระบาด กำหนดให้มีการแจ้งไปยังเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยเร็วภายใน 3 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง ตามลำดับ ซึ่งอาศัยกลไกการแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติหรือการแจ้งข่าวการระบาด ส่วนโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง พ.ศ. 2562 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ฉบับที่ 2 และ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังรวมทั้งสิ้น 57 โรค โดยสถานพยาบาลหรือสถานชั้นสูตร ต้องแจ้งไปยังเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อภายใน 7 วัน (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2563)

ที่ผ่านมา กองระบาดวิทยาได้จัดให้มีโปรแกรมการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (R506) เพื่อรับส่งข้อมูลจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ โดยรวบรวมส่งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ละจังหวัด ก่อนนำส่งกองระบาดวิทยาเป็นรายสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม จากวิกฤตการณ์โควิด-19 ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรายงานโรคเป็นอย่างมาก เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านระบาดวิทยามีภารกิจในการสอบสวนและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 จนมีเวลาจำกัดในการจัดการข้อมูลและส่งรายงาน 506 ส่งผลให้จำนวนบัตรรายงาน 506 ปี พ.ศ. 2564 ลดลงเหลือเพียงประมาณ 1 ล้านราย จากปกติที่มีมากถึง 2.7–2.9 ล้านรายต่อปี นอกจากนี้ ความต้องการข้อมูลที่รวดเร็วยิ่งขึ้นในการกำหนดมาตรการควบคุมโรคของโรคโควิด-19 ทำให้

กองระบาดวิทยา ต้องปรับวิธีการรายงานโรคจากเดิมที่ส่งเป็นแบบสอบถามโรคโควิด-19 หรือส่งฐานข้อมูล Excel มาเป็นการส่งรายงานจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลผ่าน Application Programming Interface (API) มาয়งแพลตฟอร์มกลางของกองระบาดวิทยาโดยตรง การเปลี่ยนวิธีการรายงานจากรูปแบบการส่งไฟล์เป็นครั้งคราว มาเป็นการส่งตรงจากสถานพยาบาลแบบกึ่ง Real-time ผ่าน API นี้ ได้แสดงถึงข้อดีในการลดภาระการจัดการและรวบรวมข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ลดความซ้ำซ้อนของการรายงาน และทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน รวดเร็วยิ่งขึ้น การปรับลดรหัสการรายงานโรค โดยเฉพาะโรคที่เป็นกลุ่มอาการ หรือมีความซ้ำซ้อนกับทะเบียนการรายงานโรค และปรับโครงสร้างข้อมูลรายงาน 506 ให้สอดคล้องกับฐานข้อมูลอื่น ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การกำหนดให้มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก, รหัส ICD-10, รหัสโรงพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลกับฐานข้อมูลอื่น ๆ ในอนาคต และปรับชื่อเรียกระบบการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังผ่าน API นี้ว่า “Digital 506 (D506)” และเริ่มให้มีการใช้ระบบ D506 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต้นมา

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการใช้ระบบโปรแกรมการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานพยาบาล ทั้งระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งการใช้งานระบบโปรแกรมการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่หลากหลาย ได้แก่ โปรแกรม HIMPRO, HosXP, Centrix และ JHCIS ทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลของสถานบริการให้สามารถส่งออกข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังผ่านระบบ D506 ให้ได้ตามที่กรมควบคุมโรคกำหนด และจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านระบาดวิทยา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระบบการรายงานให้มีความรู้ความเข้าใจในการจัดเตรียมข้อมูล การตรวจสอบ และการส่งรายงานให้ทันเวลา ทั้งนี้

เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มาวิเคราะห์ตรวจจับการระบาดของโรค พยากรณ์แนวโน้มการเกิดโรคและการกระจายเชิงพื้นที่ ให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถรายงานข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สะดวกในการจัดการและส่งข้อมูลลดความซ้ำซ้อนในการรายงาน เพื่อลดภาระในการจัดการและการรวบรวมข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ลดขนาดการรายงานให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพื่อให้สามารถรับส่งรายงานโรคได้อย่างรวดเร็วและไม่ติดขัด

ดังนั้น การเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบการรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล 506 จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลการรายงานข้อมูลข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัล 506 ไม่ได้หรือติดขัด และวิเคราะห์หาข้อผิดพลาดในการรายงานข้อมูลของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา เพื่อนำมาพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบ D506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ไม่มีรายงานซ้ำซ้อน ส่งรายงานให้ทันเวลา และสามารถนำข้อมูลกลับมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดโรค การตรวจจับการระบาด และการประเมินแนวโน้มการเกิดโรค เพื่อนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาวางมาตรการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล (D506) ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบ่งเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล (D506) ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและส่งข้อมูลรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 193 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) (Kelly & Maxwell, 2003) ในการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงพหุคูณ โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์จากงานวิจัยของซีวิน สมสว่าง (2552) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี

การสุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้
1) กลุ่มประชากรที่ต้องคัดเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้รับผิดชอบงานด้านระบาดวิทยาประจำโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2) กลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการสุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านระบาดวิทยาประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU) การสุ่ม

ตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (PCU) ในแต่ละอำเภอ ตามสัดส่วนของจำนวน รพ.สต. และ PCU และขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) สุ่มเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาประจำ รพ.สต. และ PCU โดยการนำรายชื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาประจำ รพ.สต. และ PCU มาจัดเรียงลำดับตามรหัสสถานบริการ แล้วทำการสุ่มเป็นช่วง ตามที่คำนวณได้ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือในการวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา เป็นคำถามแบบถูกผิด 4 ตัวเลือก 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการปรับเปลี่ยนระบบการส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวังแบบ D506 เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 10 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมกรส่งข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง D506 เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 10 ข้อ และส่วนที่ 5 ความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวังแบบ D506 เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 10 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีสารสนเทศทางสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยและการสร้างเครื่องมือ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาในจังหวัดที่ศรีสะเกษ รุ่นใหม่ที่มาอบรมหลักสูตร CDCU+VCU จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามด้านความรู้ใช้วิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 และแบบสอบถามทัศนคติ พฤติกรรม และความพึงพอใจ

ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78, 0.79 และ 0.80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวังแบบ D506 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบ D506 โดยใช้สถิติ Multivariable linear regression นำเสนอขนาดความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Adjusted mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

2. การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ โดยอาศัยกระบวนการตามแนวคิดของ เคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kimmis & Mc Taggart, 2014) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ร่วมกับการนำทฤษฎีด้านพฤติกรรม มาออกแบบระบบและกลไกการพัฒนาบุคลากรทางด้านระบาดวิทยา ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง กลไกของระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ (ร.506) และด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านกิจกรรมการพัฒนา ขับเคลื่อน ติดตามประเมินผลการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของ DEMMING CYCLE (PDCA) 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ได้แก่ 1) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ดูแลกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ 2) หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ 3)

เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) เจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล 5) ผู้พัฒนาระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในสถานบริการ ได้แก่ โปรแกรม HIMPRO, HosXP และ JHCIS รวมทั้งสิ้น จำนวน 60 คน

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมถึงการออกแบบและพัฒนาโปรแกรม โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและการเฝ้าระวังโรค ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Techniques) 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล และด้านผู้สืบค้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต ติดตาม ประเมินผลและบันทึกข้อมูลจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล และความครบถ้วนของข้อมูล

3. การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการใช้ทดลองใช้ระบบและกลไกที่พัฒนาขึ้น (One group pre-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อ D506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาและส่งข้อมูลรายงานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ทั้ง 22 อำเภอ จำนวน 150 คน โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาประจำ รพ., สสอ. และ รพ.สต. จำนวน 44, 22 และ 84 คน ตามลำดับ

เครื่องมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวังแบบ D506 และการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบคะแนน ความรู้ ทักษะ ทักษะการปฏิบัติ และความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวังแบบ D506 ก่อนและหลังทดลองใช้ระบบและกลไกฯ โดยใช้สถิติ Paired t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2023-214 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.30 อายุเฉลี่ย 39.41 ± 8.91 ปี ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ร้อยละ 73.06 สถานภาพสมรส ร้อยละ 58.55 จบการศึกษาระดับ ป.ตรี ร้อยละ 83.42 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 77.72 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 75.13 รายได้ 30,000-39,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.80 ระยะเวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน 11-20 ปี ร้อยละ 32.12 ประสบการณ์ทำงานด้านระบาดวิทยา 11-20 ปี ร้อยละ 29.53 ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านระบาดวิทยา ร้อยละ 89.64 เคยส่งรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังผ่าน

ระบบเดิม R506 ร้อยละ 89.12 เคยส่งรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังผ่านระบบเดิม D506 ร้อยละ 49.22 โปรแกรมบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการสามารถเชื่อมต่อระบบ D506 ได้ ร้อยละ 52.33 ใช้โปรแกรม JHCIS ในการบันทึกข้อมูลในหน่วยบริการ ร้อยละ 81.35 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	99	51.30
หญิง	94	48.70
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	28	14.51
30-39 ปี	76	39.38
40-49 ปี	57	29.53
50 ปีขึ้นไป	32	16.58
Mean±SD	39.41±8.91	
Median (Min:Max)	39 (24:59)	
หน่วยงาน		
รพ.	31	16.06
สสอ.	21	10.88
รพ.สต.	141	73.06
ระดับการศึกษาสูงสุด		
อนุปริญญา/ปวส.	2	1.04
ปริญญาตรี	161	83.42
ปริญญาโท	30	15.54
อาชีพ		
รับราชการ	150	77.72
ลูกจ้างประจำ	1	0.52
พนักงานกระทรวง (พกส.)	33	17.10
ลูกจ้างชั่วคราว	9	4.66
ตำแหน่งงาน		
นักวิชาการสาธารณสุข	145	75.13
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	42	21.76
พยาบาลวิชาชีพ	4	2.07
เจ้าพนักงานเทคนิคเภสัช	2	1.04

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	59	30.57
6-10 ปี	27	13.99
11-20 ปี	62	32.12
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	45	23.32
การทำงานด้านเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา		
1-5 ปี	70	36.27
6-10 ปี	44	22.80
11-20 ปี	57	29.53
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	22	11.40
ประวัติการอบรมหลักสูตรทางระบาดวิทยา		
ไม่เคยอบรม	20	10.36
เคยผ่านการอบรม	173	89.64
SRRT	130	75.14
CDCU	162	93.64
FEMT	10	5.78
การอบรม R506	116	67.05
การอบรม D506	60	34.68
การอบรมอื่นๆ	75	43.35
เคยส่งข้อมูล ผ่านระบบ R506		
ไม่เคยส่ง	21	10.88
เคยส่ง	172	89.12
เคยส่งข้อมูล ผ่านระบบ D506		
ไม่เคยส่ง	98	50.78
เคยส่ง	95	49.22
การเชื่อมต่อบนระบบ API D506		
เชื่อม D506 ได้	92	47.67
เชื่อม D506 ไม่ได้	101	52.33
ระบบโปรแกรมที่ใช้		
HIMPRO	31	16.06
HosXP	5	2.59
JHCIS	157	81.35

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 ของเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ มีอยู่ 2 ปัจจัย ได้แก่ เคยส่งข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบ D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบ D506 โดยเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาที่ เคยส่งข้อมูล D506 และมีความพึงพอใจในการใช้งานระบบ D506 ในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่า 5.33 คะแนน (Adjusted mean diff = 5.33, 95% CI = 2.00-8.66) และ 9.53 คะแนน (Adjusted mean diff = 9.53, 95% CI = 6.16 to 12.90) ดังตารางที่ 2

ผลการวิจัยระยะที่ 2

การพัฒนาและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีกระบวนการพัฒนาจากรูปแบบเดิมสู่การปรับเปลี่ยนเป็นรูปแบบการส่งข้อมูลตรงไปที่กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ผ่านระบบดิจิทัล D506 เริ่มต้นกระบวนการพัฒนาจากการสำรวจและประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยน การวิเคราะห์ประเด็นปัญหาและอุปสรรค การเปรียบเทียบโครงสร้างการส่งข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อระบบเดิม ดังภาพที่ 2 นำมาวางแผนในการพัฒนาระบบกลไกการจัดการข้อมูลของหน่วยบริการในพื้นที่ และการอบรมพัฒนาความรู้ทางระบาดวิทยา การบันทึกข้อมูล การส่งข้อมูล และปรับปรุงพัฒนาระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (HIS) ของหน่วยบริการให้สามารถเชื่อมต่อกับระบบ API ของกองระบาดได้ การกำหนดตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผล และการสร้างเครือข่ายนักระบาดวิทยาและบุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสาร รายงานประเด็นปัญหาด้านเทคนิค ระบบโปรแกรม และแก้ไข

ปรับปรุงระบบโปรแกรมฯ ให้สามารถส่งข้อมูลเฝ้าระวังโรคตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ผ่านกระบวนการปรับปรุงพัฒนาตามประเด็นปัญหาที่พบ จำนวน 3 รอบ จนได้รูปแบบการพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 กระบวนการ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่าง (Problem and Gap analysis) การวิเคราะห์ปัญหาการส่งข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ทั้งในด้านของระบบโปรแกรมฯ คน และโครงสร้างการส่งข้อมูล เพื่อนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาวางแผนออกแบบกิจกรรมพัฒนาระบบกลไกฯ

2) การพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ (Development and Improvement of health information systems) การสำรวจข้อมูลระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยบริการพบว่ามียู 4 ระบบ ได้แก่ HIMPRO และ HosXP ในรพ. รัฐ โปรแกรม JHCIS ใน รพ.สต. และ Centrix ของ รพ.เอกชน โดยโปรแกรม HosXP ให้ติดตั้งโปรแกรมเวอร์ชันใหม่ โปรแกรม HIMPRO พัฒนาระบบการเชื่อมและส่งข้อมูลเข้าระบบ API D506 โปรแกรม JHCIS ให้ปรับปรุงและศึกษาแนวทางการส่งตามคู่มือที่ผู้พัฒนาระบบ JHCIS ของกระทรวงได้เผยแพร่ และโปรแกรม Centrix ของ รพ.เอกชน ยังไม่สามารถพัฒนาระบบการส่งตรงเข้าฐานข้อมูลกองระบาดวิทยาผ่านระบบ API D506 ได้ จึงให้ใช้ระบบ Key in เข้าไปในเว็บไซต์ของกองระบาดวิทยาโดยตรง ดังโครงการระบบการส่งข้อมูล D506 ที่ผู้วิจัยสรุปหลังจากพัฒนา ดังภาพที่ 3

3) การอบรมพัฒนาความรู้ด้านระบาดวิทยา ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ และทักษะในการบันทึกข้อมูลและส่งข้อมูลรายงานผ่านระบบ D506 (Training to enhance

knowledge and skills) การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ด้านระบาดวิทยา การเฝ้าระวังโรค และการฝึกปฏิบัติการส่งข้อมูล 506 และการตรวจสอบข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

4) การจัดการระบบ Username & Password การวางระบบการเข้าถึงข้อมูลการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านเว็บไซต์ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค โดยกำหนดให้มีผู้ดูแลและจัดการระบบสิทธิการเข้าถึงทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เพื่อให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าถึงข้อมูลให้กับหน่วยบริการได้ทันที

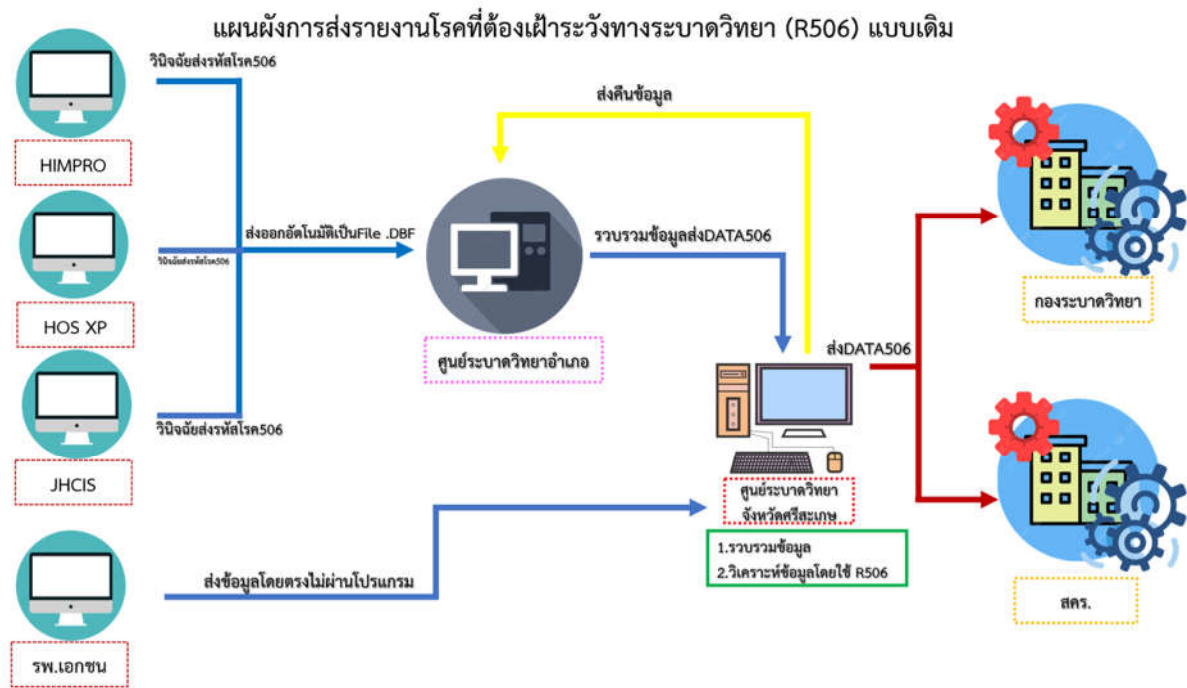
5) การสรุปผลการส่งข้อมูลและติดตามผลงานอย่างต่อเนื่อง (Monitoring and evaluation) โดยการสรุปผลงานรายสัปดาห์ และรายเดือน เพื่อเป็นการสะท้อนผลงาน และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

6) การสร้างเครือข่ายเจ้าหน้าที่ระดับระบาดวิทยาและเทคโนโลยีสารสนเทศ (Networking) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร สะท้อนปัญหาในการส่งรายงานข้อมูล และการจัดการปัญหา ระหว่างเจ้าหน้าที่ระดับระบาดวิทยากับเจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยบริการ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และการแก้ไขปัญหาเชิงระบบร่วมกันของเครือข่ายทั้งจังหวัด ดังภาพที่ 1

การพัฒนาและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ

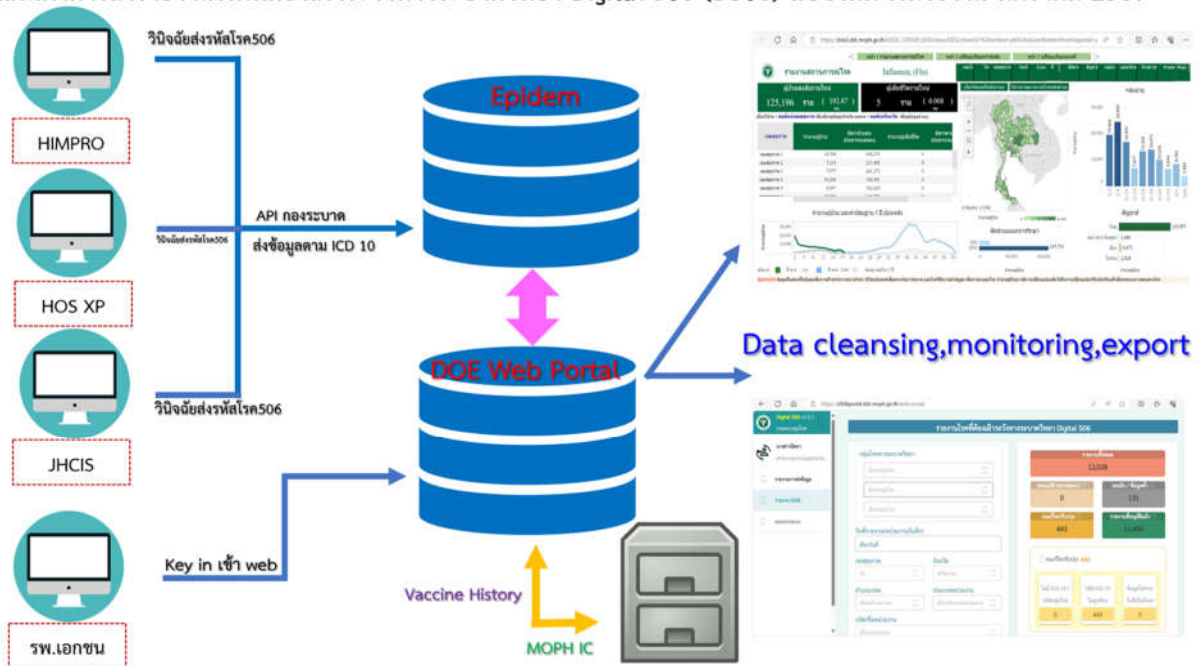


ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ



ภาพที่ 2 แผนผังโครงสร้างการส่งรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) แบบเดิม

แผนผังการส่งรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา Digital 506 (D506) แบบใหม่ เริ่มใช้งาน มกราคม 2567



ภาพที่ 3 แผนผังโครงสร้างการส่งรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) แบบเดิม

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งข้อมูลผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง D506 โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ แล้ว

ตัวแปร	n	mean	S.D.	Un-adjusted Mean difference	Adjusted Mean difference	95% CI	p-value
1. เคยส่งข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ผ่านระบบดิจิทัล (D506)							
ไม่เคยส่ง	98	33.82	11.89	0	0		0.0009
เคยส่ง	95	42.45	5.97	8.64	5.33	2.00 to 8.66	
2. ความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวังแบบ D506							
ระดับไม่ดี	62	30.97	12.02	0	0		<0.0001
ระดับดี	131	41.27	7.66	10.30	9.53	6.16 to 12.90	

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable linear regression หรือ Multiple linear regression

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวังแบบ D506 ก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา	13.31	1.45	10.04	2.41	3.27	2.82 to 3.73	<0.0001
ทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนการส่งข้อมูลผ่านระบบ D506	44.82	2.96	39.88	6.10	4.94	3.85 to 6.03	<0.0001
พฤติกรรมการส่งข้อมูลผ่านระบบ D506	41.73	3.49	37.68	10.63	4.05	2.25 to 5.84	<0.0001
ความพึงพอใจในการใช้งานระบบ ผ่านระบบ D506	41.87	3.65	39.47	7.30	2.40	1.09 to 3.71	0.0004

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

ตารางที่ 4 ความครอบคลุม และความทันเวลาในการส่งรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่เฝ้าระวัง ผ่านระบบ D506

เดือน	รพ.		รพ.เอกชน		รพ.สต.	
	ความ ครอบคลุม	ความ ทันเวลา	ความ ครอบคลุม	ความ ทันเวลา	ความ ครอบคลุม	ความ ทันเวลา
ตุลาคม 2566	50.00	99.49	0.00	0.00	5.93	100.00
มกราคม 2567	90.91	93.93	50	82.05	10.94	81.63
กุมภาพันธ์ 2567	81.82	91.70	50	87.18	20.31	92.66
มีนาคม 2567	90.91	83.59	50	93.55	16.80	88.81
เมษายน 2567	95.45	95.48	100	88.68	10.94	90.70

ผลการวิจัยระยะที่ 3

การประเมินประสิทธิผลของระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อผ่านระบบดิจิทัล 506 หลังจากที่มีการวิเคราะห์ปัญหา พัฒาระบบ พัฒนาความรู้ทักษะ และการจัดการระบบสิทธิการเข้าถึง พบว่า เจ้าหน้าที่ระดับวิทยามีคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการส่งรายงาน D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบ D506 มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระดับวิทยามากกว่าก่อนทดลอง 3.27 คะแนน (Mean diff= 3.27, 95% CI = 2.82 to 3.73) ทักษะต่อการส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่าก่อนทดลอง 4.94 คะแนน (Mean diff= 4.94, 95% CI = 3.85 to 6.03) มีคะแนนพฤติกรรมการส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่าก่อนทดลอง 4.05 คะแนน (Mean diff= 4.05, 95% CI = 2.25 to 5.84) และมีคะแนนความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่าก่อนทดลอง 2.40 คะแนน (Mean diff= 2.40, 95% CI = 1.09 to 3.71) ดังตารางที่ 3 และมีผลงานความครอบคลุมและความทันเวลาในการส่งรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังผ่านระบบ D506 ของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น ความครอบคลุมของรายงานข้อมูลใน รพ. ครอบคลุมหน่วยบริการ ส่วนใน รพ.สต. ยังต้องมีการติดตามลงพื้นที่ในการพัฒนาระบบโปรแกรมและการเชื่อมต่อให้ครบทุกแห่ง ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 ของเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพเคยส่งข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระดับวิทยาผ่านระบบ D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบ D506 โดยเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาที่ได้เริ่มทำการศึกษารูปแบบการส่งรายงานผ่านระบบ D506 ของกองระบาดตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566 ที่มีการเริ่มทดลองใช้

จะมีพฤติกรรมการส่งรายงานข้อมูล 506 ได้ทันเวลา และมีการตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งรายงาน เพราะได้ลองผิดลองถูกจนมีประสบการณ์ในการส่งรายงาน และเห็นประโยชน์ของการรายงานข้อมูล และได้ทดลองใช้ระบบหน้าจอแสดงผลแบบ real time แล้ว ประกอบกับได้มีการประสานกับเจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของหน่วยบริการไว้ตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้มีความเข้าใจและการสนับสนุนแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างดี ซึ่งต่างจากเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการส่งข้อมูล 506 ด้วยเหตุผลที่มาจากเจ้าหน้าที่ระดับวิทยาของหน่วยบริการเองที่ยังไม่ได้สนใจศึกษา และเจ้าหน้าที่สารสนเทศที่ยังไม่ได้ปรับปรุงระบบโปรแกรมให้สามารถส่งออกข้อมูล 506 เข้าระบบ API ของกองระดับวิทยา ทำให้เกิดความล่าช้า ไม่ได้ติดตามการส่งข้อมูล เนื่องจากช่วงเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2566 ยังสามารถส่งรายงานข้อมูลผ่านระบบเดิม (R506) ได้เมื่อถึงปีงบประมาณ 2567 จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการรายงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ เชี่ยวศิริถาวร (2561) ที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการสอบสวนโรคติดต่อ และการรับรู้การประเมินการปฏิบัติงานตามนโยบายมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของดอกแก้ว ตามเดช (2565) ที่พบว่า จุดอ่อนและอุปสรรคในการจัดการข้อมูลสารสนเทศ คือ ขาดการติดตาม และผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลขาดความรู้ ทักษะ ความเข้าใจในการบันทึกข้อมูล

2. การพัฒนาระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระดับวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ของเครือข่ายนักระดับวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก ได้แก่ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหา 2) การพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ 3) การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้งานระบบ D506 4) การจัดการระบบ Username & Password 4) การนิเทศติดตามประเมินผล 5) การสรุปผลงานการส่งข้อมูล

อย่างต่อเนื่อง และ 6) การสร้างเครือข่ายเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ระดับวิทยาและด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างการรายงานในรูปแบบใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยที่ต้องการอาศัยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และมีความรวดเร็วทันเวลาในการรายงานข้อมูล ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค เพื่อคาดการณ์แนวโน้มและวางแผนในการป้องกันโรคได้ โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อนำมาพัฒนาระบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร การติดตามแก้ไขปัญหาและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สรุปข้อมูลสะท้อนผลและกระตุ้นให้เกิดการรายงานได้อย่างครอบคลุมและทันเวลามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในจังหวัดอุบลราชธานี ต้องมีมาตรการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล, 2565) และระบบที่พัฒนาขึ้นยังช่วยให้เจ้าหน้าที่ระดับวิทยามีความสะดวกในการใช้งาน สามารถเข้าถึงผลการสรุปรายงานข้อมูลผ่านระบบอินเทอร์เน็ตแบบ real time ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา ที่มีจุดเด่นในการสามารถเข้าใช้งานผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้ตลอดเวลา มีการจัดตั้งศูนย์สารสนเทศระดับจังหวัดและอำเภอ ทำให้มีการตอบสนองและจัดการแก้ไขปัญหาด้านระบบเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (ดอกแก้ว ตามเดช และคณะ, 2565)

3. ระบบและกลไกการรายงานโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบดิจิทัล 506 ที่พัฒนาขึ้น สามารถที่จะระบุปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงระบบรายงาน ศักยภาพและความพร้อมของเจ้าหน้าที่ระดับวิทยา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคลากร

ที่ได้รับการบรรจุแต่งตั้งหลังช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงยังไม่มีความรู้พื้นฐานด้านระบาดวิทยา และระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อที่ต้องรายงาน ทั้งในเชิงโครงสร้างการรายงาน และรหัสโรคที่ต้องรายงาน จึงจำเป็นต้องมีการอบรมพัฒนาและเตรียมความพร้อมทั้งด้านองค์ความรู้ ระบบโปรแกรม และการติดตามแก้ไขปัญหาให้กับหน่วยบริการที่ยังไม่สามารถส่งรายงานได้ เพื่อสนองความต้องการและแก้ไขข้อข้องใจ และชี้แจงให้เห็นประโยชน์ การลดภาระความซ้ำซ้อนในการทำงาน มีการปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและระบบหน้ากระดานสรุปผลงาน (Dashboard) ที่สามารถเข้าตรวจสอบผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้ทุกที่ทุกเวลา และสามารถเชื่อมโยงกับโครงสร้างข้อมูลด้านสุขภาพในระบบอื่นๆ ได้ โดยหลังดำเนินการ พบว่า เจ้าหน้าที่ระดับวิทยามีความรู้อย่างเกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา ทักษะติดต่อการส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 พฤติกรรมการส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีผลงานความครอบคลุม และความทันเวลาในการส่งรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังผ่านระบบ D506 ของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อและระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพของ กมล พงชนะ (2561) และระนอง เกตุดาว (2564) ที่พบว่า หลังพัฒนาและทดลองใช้ระบบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรค และระบบสารสนเทศด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดอกแก้ว ตามเดช (2565) และกฤษณะ สุกวาศ์ (2566) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ใช้งานระบบมีความพึงพอใจในการใช้ระบบสารสนเทศ และระบบแสดงผลมากกว่ารูปแบบเดิม สามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูล และวางแผนในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรายงานข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 เครือข่ายนักระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ มี 2 ปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพการส่งข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบ D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบ D506 ระบบและกลไกการรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาผ่านระบบ D506 ของเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ปัญหา 2) การพัฒนาและปรับปรุงระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ 3) การอบรมพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้งานระบบ D506 4) การจัดการระบบ Username & Password 4) การนิเทศติดตามประเมินผล 5) การสรุปผลงานการส่งข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และ 6) การสร้างเครือข่ายเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ หลังทดลองใช้ระบบและกลไกฯ พบว่า เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยามีคะแนนความรู้เกี่ยวกับระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา ทักษะติดต่อการส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 พฤติกรรมการส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 และความพึงพอใจในการใช้งานระบบส่งข้อมูลโรคติดต่อผ่านระบบ D506 มากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และมีผลงานความครอบคลุม และความทันเวลาในการส่งรายงานข้อมูลโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังผ่านระบบ D506 ของหน่วยบริการเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การปรับเปลี่ยนระบบการรายงานข้อมูลโรคติดต่อเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเป็นระบบดิจิทัล 506 ควรมีการสื่อสารทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องให้ทราบอย่างต่อเนื่อง และมีการการอบรมพัฒนาความรู้พื้นฐานด้านระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางระบาดวิทยา ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และด้านระบบสารสนเทศที่นำมาใช้เพื่อให้

ผู้พัฒนาได้ปรับปรุงพัฒนาระบบสอดคล้องกับนโยบายการเปลี่ยนแปลงที่จะเริ่มดำเนินการ

2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านความรู้ และทักษะการบันทึกข้อมูล การรายงานข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และควรให้เจ้าหน้าที่ระบาดวิทยาและเจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่มีประสบการณ์เคยส่งข้อมูล D506 มาเป็นวิทยากรถ่ายทอดประสบการณ์ในการรายงานผล เพราะมีความเชี่ยวชาญในการส่งรายงานและรู้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเริ่มดำเนินการฯ ทั้งในด้านระบาดวิทยาและด้านระบบโปรแกรมฯ

3. ผู้พัฒนาระบบโปรแกรมบันทึกข้อมูลของหน่วยบริการแต่ละโปรแกรมฯ มีส่วนสำคัญในการพัฒนา และแก้ไขระบบให้สามารถเชื่อมต่อกับระบบ API ที่เป็นฐานข้อมูลของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้ ดังนั้น จึงต้องมีรูปแบบการประสานพูดคุยชี้แจงทำความเข้าใจในการพัฒนาระบบฯ ให้สอดคล้องกับทิศทางนโยบายหน่วยงานระดับกระทรวงต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เครือข่ายเจ้าหน้าที่ระบาดวิทยา ทั้งในระดับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมสำคัญในการให้ข้อมูลประเด็นปัญหา อุปสรรค และมุมมองในเชิงพัฒนากระบวนการ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ เขียวศิริถาวร และฉัตรสุมน พงษ์นิญญ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วในกรุงเทพมหานคร. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(2): 195-207.

- กมล พงชนะ และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 27(4): 699-709.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา. [Internet]. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2566. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1317720220921103807.pdf>.
- กฤษณะ สกาวงค์ และคณะ. (2566). การพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังโรคติดต่อ Z506 Dashboard รู้ทันป้องกันได้ เขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี, 1(3): 1-19.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข ISBN 978-616-11-4505-7.
- ชีวิน สมสว่าง. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานระบาดวิทยาของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี. [เอกสารอัดสำเนา]. ราชบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดราชบุรี.
- ดอกแก้ว ตามเดช. (2565). การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(1): 78-92.
- ระนอง เกตุดาว และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1): 53-61.
- วลีรัตน์ อภัยบัณฑิตกุล. (2565). การพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อโควิด-19 ในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(2): 55-71.
- Kelley, K., & Maxwell, S. E. (2003). Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychological methods; 8(3): 305.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1998). The Action Research Planer (3rded.). Victoria: Deakin University.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

อิรวดี ลาประวัต, ส.บ.¹, สมัย ลาประวัต, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 41 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “2PAO2R Model” ประกอบด้วย 1) P1; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับตำบล อย่างชัดเจน 2) P2 ; Planning: การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม 3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม 4) Observation : ร่วมกันสังเกตผล การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การดำเนินงานพัฒนารูปแบบ 5) R1; Resource sharing การใช้ทรัพยากรในพื้นที่ คน เงิน ของ ร่วมกันในการดำเนินงาน 6) R2 ; Refection : การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไป อยู่ในระดับปานกลาง (Mean 76.30, S.D. = 10.18) ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 83.60, S.D. = 8.99) โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) มีทุนทางสังคม และ 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดุม ต. หนองหัวช้าง อ. กันทรารมย์ จ. ศรีสะเกษ

Email: pomthirawat2511@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, Email: samailaprawat@gmail.com

Development of Health Promotion Model among Elderly through Community Participation in Nonghuachang Sub-district Kanthararom Distric, Sisaket Province

Thirawat Laprawat, B.P.H.¹, Samai Laprawat, Dr.P.H.²

ABSTRACT

This study aimed to develop a health promotion model for the elderly. The research process included participation with the community in the Nonghuachang sub-district, Kanthararom District, Sisaket Province, between October 2023 and January 2024. The sample of this study was further divided into two subgroups; the subgroups comprised 41 people who had involvement and 170 elderly people. The methodology used a quality management process (PAOR) for 2 loops, each loop consisting of 4 steps; planning; action; observation, and reflection, Data was analyzed by collecting, categorizing, and content analysis, and the mean difference of scores before and after the model was applied using the paired t-test.

This result found that the process model for primary care services using the District Health Board is the “2PAO2R Model”, consisting of 1) P1; Policy and Structure: Structure, There is an operational committee and clearly defined roles. 2) P2: Planning: Developing a participatory action plan 3) Action: Implementation of development plans arising from participatory planning 4) Observation: observation, supervision Follow up and support model development operations. 5) R1: Resource sharing: resource sharing, people, money, methods 6) R2: Refection: Reflection on performance and after-action review. The results of the assessment included factors such as the involvement of stakeholders, the general quality of life, and the quality of life of the elderly. Following the research operation, it was found that the level of involvement of the involved parties was at a moderate level (mean 3.13, SD = 0.81). The results for the quality of life of the elderly were also moderate (mean 76.30, SD = 10.18). The quality of life for the elderly was also found to be moderate (mean 83.60, SD = 8.99). Finally, the overall level of satisfaction of the elderly was moderate (mean 3.35, SD = 0.56). In summary, the success factors of the study consisted of 6 factors: 1) having strong community leaders 2) The importance being given to the elderly by the local administrative organizations 3) Community participation in every step of the process 4) The Health Promoting Hospital, providing support and encouragement, 5) social capital; and 6) network coordination.

Keywords: model development, elderly. elderly health promotion

¹Public Health Technical Officer, Professional level, Nonghuachang Health Promition Hospital, Sisaket Province.

Email: pomthirawat2511@gmail.com

²Public Health Technical Officer, Senior Professional level, Sisaket Provincial of Public Health Office. Email:

samailaprawat@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตาม คำนียามขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดให้ประเทศที่มีผู้สูงอายุ สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศนั้น ถือว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ(Aging Society) ข้อมูลการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,050 ล้านคน ร้อยละ 13.5 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ทำให้ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในสังคมโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี 2566 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด เพราะจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยแบ่งตามภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือ เป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มากที่สุด ร้อยละ 19.87 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 18.66 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 16.86 ภาคตะวันออก ร้อยละ 15.56 และภาคใต้ ร้อยละ 15.22 ซึ่งในส่วนของจังหวัดที่มีจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุด พบว่า จังหวัดลำปาง มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.40 รองลงมาเป็นจังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ 29.20 จังหวัดลำพูน ร้อยละ 24.07 จังหวัดแพร่ ร้อยละ 23.99 จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 23.22 และจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 23.20 (สำนักงานมัยผู้สูงอายุ, 2563) การเพิ่มของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้าน

สุขภาพ และส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ (สำนักงานมัยผู้สูงอายุ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี 2563 พบว่า อุตบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อมร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 (สกานต์ บุนนาคและคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว อาจส่งผลกระทบต่อภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด จากการดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้ ด้านผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ รักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาส ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคม ด้านเศรษฐกิจ เบี้ยยังชีพไม่พอจ่าย ไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน และด้านสิ่งแวดล้อมบ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีเครื่องมือสื่อสารใช้ ไม่เคยได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์, 2565) ภาครัฐให้บริการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองสุขภาพเฉพาะรายที่สนใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนสื่อตามความเหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบเดิม ขาดความเป็นเอกภาพ การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาและพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อส.) รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่วิจัย

อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ และสุ่มพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

1.1 ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประกอบด้วย 3 ภาคส่วน ได้แก่ (1) ประชากรภาควิชาการ (2) ประชากรภาคประชาสังคม (3) ประชากรภาคราชการและฝ่ายการปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนทั้งหมด 41 คน

1.2 ผู้ได้รับผลการพัฒนา ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน

กระบวนการวิจัย

การศึกษาวิจัยใช้กระบวนการของ Kammis and McTaggart (1988) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาและสร้างรูปแบบโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR)) จำนวน 2 วงรอบแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่ง

ขั้นตอนนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) ใช้การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ(Action) การจัดเวทีระดมสมอง การประชุม การบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่ และการเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต(Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมิน สะท้อนผลการปฏิบัติการ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำประเด็นปัญหาโอกาสพัฒนาที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 – มกราคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย มีด้วยกัน 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 24 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5

ระดับคือ ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

1.2 แบบสอบถามชุดที่ 2 ใช้สำหรับสอบถามผู้สูงอายุ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 26 ข้อ

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถามการบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสอบถามเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การบันทึกภาคสนาม (Field Note) การตั้งคำถามเกิดขึ้นเพื่อแสวงหาคำตอบ ของปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คำตอบจะช่วยให้เกิดการสะท้อนความคิด ความรู้สึกของคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบคำถามจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้และทำให้ได้ฝึกการเป็นผู้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในมุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย นับได้ว่าการตั้งคำถามเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการวิจัยที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2.2 อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การถ่ายภาพช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บภาพเป็นการช่วยเตือนความทรงจำและสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยเสริมให้เห็นภาพเชิงประจักษ์โดยถ้าเป็นภาพผู้สูงอายุที่ให้สอบถามหรือผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำภาพเบลอ (Sensor) เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหาย และ การบันทึกเสียง บันทึกเสียงช่วย

ในการเก็บข้อมูล เป็นการบันทึกข้อมูลจากการสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลและตามกิจกรรมการวิจัยโดยทุกครั้งต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยในการบันทึกเสียง

2.3 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยการเฝ้าดูสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเวลาเข้าไปในชุมชนและการทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งอาจเป็นกิจกรรมของชุมชน เพื่อสังเกตสิ่งแวดล้อม สังเกตพฤติกรรมของครอบครัวและชุมชนรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม พุดคุยแลกเปลี่ยน ชักถามและบันทึกข้อมูลร่วมด้วย

2.4 การสอบถามเจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นแนวคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ต้องการความลึก ความชัดเจนและความสมบูรณ์ของปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจะทำการสอบถามเจาะลึก ตามแนวคำถามในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจัดทำ การสอบถามเจาะลึก ในทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.5 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) การสนทนากลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน วางแผนการดำเนินงาน ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งเป็นการประเมินผลระหว่างที่นำแนวทางสู่การปฏิบัติ เพื่อหาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยชุมชน โดยมีประเด็นคำถามแรกคือ ผู้สูงอายุในหมู่บ้าน มีกี่คน มีความเป็นอยู่อย่างไร ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร และคิดว่าเราจะทำอย่างไร จะต้องทำอะไรบ้าง ใครทำ จึงจะแก้ปัญหานั้นได้ และจะทำอย่างไร

2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการ

มีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการเชิญข้ากลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 จัดทำหนังสือเรียนเชิญ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ เพื่อร่วมเป็นเกียรติในการจัดกิจกรรม

1.1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.4 เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1.2.1 นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

1.2.2 ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามในกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ จำนวน 41 ฉบับ

1.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพ

ความเป็นจริง ซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ร่วมดำเนินการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ โดยผู้ศึกษา ดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการวางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วน

เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1.6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการประชุม เป็นเวทีในการแสดงความคิดเห็น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ

ของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item –Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้(Try-out) ที่ตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวนความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด(Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ก่อนและหลัง เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Paired-t test

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง SPPH 2023-164 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอกันทรารมย์ ประมาณ 8 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดศรีสะเกษ ประมาณ 34 กิโลเมตร มีทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 2085 อำเภอกันทรารมย์ - อำเภอกันทรารมย์ ตัดผ่าน ซึ่งเป็นเส้นทางสายหลัก มีพื้นที่ประมาณ 54 ตารางกิโลเมตร จำนวน 12 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 9,163 คน แบ่งเป็นเพศชาย 4,401 คน เพศหญิง 4,762 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 1,243 คน เพศชาย 569 คน เพศหญิง 674 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.56 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจะมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาด้านสุขภาพ ไม่มี

การออกกำลังกาย ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ด้านผู้สูงอายุมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ มีปัญหาด้านการบริโภคอาหารและสัมพันธ์ภาวะระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกาย เนื่องจากขาดผู้นำในกิจกรรมการออกกำลังกาย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเชี่ยวชาญการแปลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ 3) ด้านชุมชน ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนจึงไม่ทราบปัญหาของผู้สูงอายุ และไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.93 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.24 มีสถานะสมรส ร้อยละ 51.22 รองลงมา มีสถานะโสด ร้อยละ 34.15 อายุเฉลี่ย 57.71 ปี โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.46 รองลงมาจบปริญญาตรี ร้อยละ 29.27 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 39.02 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 19.51 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.73 รายได้เฉลี่ย ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 34.15 ส่วนใหญ่มี

รายได้พอเพียงร้อยละ 51.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กรรมการหมู่บ้านและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวช้างมากที่สุด ร้อยละ 14.63

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่รับการประเมินคุณภาพชีวิต จากการเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.82 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรสร้อยละ 47.06 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.59 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.53 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 17.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.47 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.65 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 55.88 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.82 มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.38 เป็นส่วนใหญ่และส่วนมากได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 54.70

2.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) การปฏิบัติการตามแผน 4) การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 5) นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน 6) การสะท้อนผลการดำเนินงาน 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) ถอดบทเรียน

2.3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม

ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 2 รอบ ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “2PAO2R Model” ประกอบด้วย

1) P1; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับตำบลอย่างชัดเจน

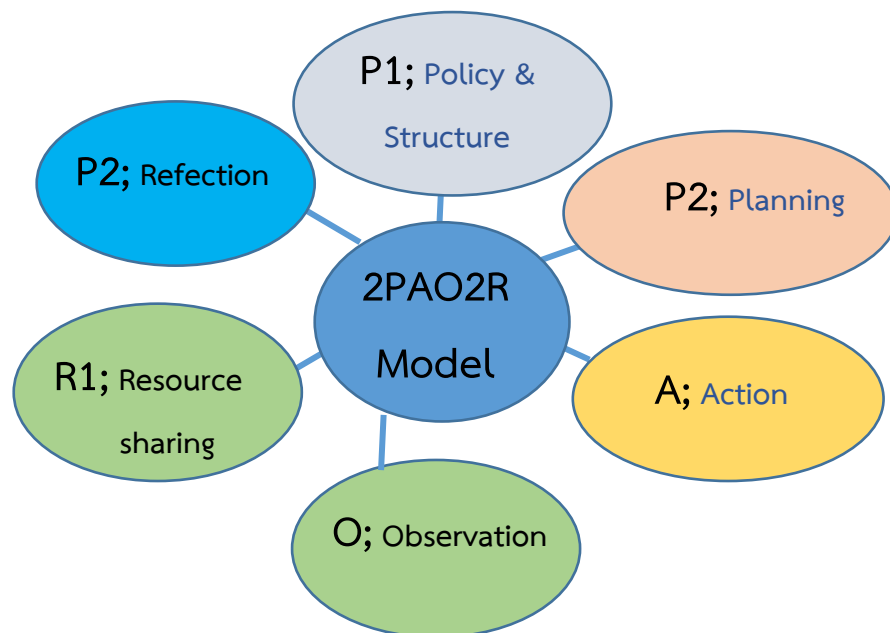
2) P2 ; Planning : การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม

3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม

4) Observation : ร่วมกันสังเกตผล การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ

5) R1; Resource sharing : การใช้ทรัพยากรในพื้นที่ คน เงิน ของ ร่วมกันในการดำเนินงาน

6) R2 ; Refection : การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.4 ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ตามตารางที่ 1

2.5 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลัง
การดำเนินการ

ระดับคุณภาพ ชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	2.79	0.42	0.146	0.368	5.038	<.001
หลัง	2.93	0.39				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลัง
การดำเนินการ

ระดับคุณภาพ ชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าเฉลี่ยของ ความต่าง	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ความต่าง	t	p-value
ก่อน	2.37	0.417	0.108	0.018	6.098	<.001
หลัง	3.48	0.375				

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบ
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน ตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์
จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action
research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษา
บริบท การวิเคราะห์ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ในชุมชน พบว่าสาเหตุที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้
ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เกิด
จากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่างๆ
ทำงานเฉพาะส่วน ได้แก่ ทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุ
ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง ด้านจิตใจ เครียด
จากปัญหาเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพสังคม ครอบครัว
อยู่ตามลำพัง ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ
สนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพ ด้าน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้การช่วยเหลือ

คือ ให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่พบ และติดตาม
เยี่ยมผู้สูงอายุปีละสองครั้ง ไม่มีการฝึกทักษะเพิ่มเติม
ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านผู้นำชุมชน
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกิจกรรม
ที่ดำเนินการ คือ สสำรวจข้อมูล ส่งรายชื่อผู้สูงอายุ
ให้องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบ
การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่มีการสนับสนุน
งบประมาณ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2
กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบล
หนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action)
การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ
(Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มี
ขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้
1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่และวิเคราะห์

สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดุม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวช้าง 2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุม ลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดุม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวช้าง รวม 41 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยกิจกรรม การวิเคราะห์อดีต จนถึงปัจจุบัน เข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้มองเห็นภาพความเป็นจริง มองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตถึงปัจจุบัน คือ ไม่ได้รับการดูแล จากชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการออกกำลังกาย สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อม ขาดคนดูแล มีภาระหนี้สิน ขาดรายได้ เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มี

ส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน 3) กำหนดแผนงานโครงการหลังจากกำหนดอนาคตร่วมกัน ผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไข และร่วมจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวม เพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกันได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโครงการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และโครงการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ 4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล 5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินงานต่อเนื่องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองดุม ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวช้าง ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน 6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหัวช้าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “ 2PAO2R Model” ประกอบด้วย

1) P1; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล อย่างชัดเจน

2) P2 ; Planning : การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วม

3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม

4) Observation : ร่วมกันสังเกตผล การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบ

5) R1; Resource sharing : การใช้ทรัพยากรในพื้นที่ คน เงิน ของ ร่วมกันในการดำเนินงาน

6) R2 ; Refection : การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ นรินทร์ชัย พัฒนพงษ์ (2538) และ โกวิท พวงงาม (2553) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ และขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริมชักนำ และเปิดให้บุคคล กลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาสมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาดังแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสระภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการปรึกษาหารือร่วมกัน ร่วมคิดค้นหาประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มเยาวชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมอย่าง

ต่อเนื่องและพร้อมเพรียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินการให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น 3) คนในชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วม ในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสพการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

1.2 การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง

4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทางร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลักโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นที่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

2.2 นำแนวทางการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองหัวช้าง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษจากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
โกวิท พวงงาม. (2553) การจัดการตนเองของชุมชนและท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: บพิธ การพิมพ์.
ฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566) สืบค้นจาก <http://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/>.
ทานตะวัน อินทร์จันทร์. (2564). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยในเขตเมืองลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นรินทร์ชัย พัฒนพงษา. (2538). การมีส่วนร่วมหลักการพื้นฐาน เทคนิค และกรณี ตัวอย่าง. เชียงใหม่ : ศรีลักษณ์.
พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัชฎาวัลย์ โพธิ์จันทร์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. Journal of Health Science-วารสาร วิชาการ สาธารณสุข, 29.
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
ศรายุทธ ชุสุทน. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. งานวิจัยปริญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565 ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). จำนวนผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลัง. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข.
สำนักงานนายผู้สูงอายุ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สิริมา อินประเสริฐ. (2560) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในเขตตำบลแก่งกะเจ็ด อำเภอเมือง จังหวัด
ระยอง. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์, สาขา
การบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.

Princess of Naradhiwas University
Journal.

Department of Older Persons.(2021)สถิติ
ผู้สูงอายุ[Statistics on older persons]
Retrieved from
<https://www.dop.go.th/th/statistics>.

Kemmis S. and McTaggart R. (1990). The Action
Research Reader. 3rd ed. Geelong:
Deakin University Press.

Watson, J. L. (2006). Golden Arches East:
McDonald's in East Asia, Second Edition.
California: Stanford University Press.

World Health Organization. (2014).
International Day of Older Persons.
[Online]. Available
from:<http://www.un.org/en/events/olderpersonsday/>.[accessed 2 July 2020].

World Health Organization.(2017). World report
on ageing and health.World Health
Organization.

United Nations.(2021). World population
prospects 2019: Highlights. Retrieved from
[http://population.un.org/wpp/
Publications/Files/WPP2019_10Key
Findings.pdf](http://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf).

การเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

เสียง อุทัย, สม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาตามที่ได้รับกำหนด กลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ดำเนินกิจกรรมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปอร์เซนไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก สามารถควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

คำสำคัญ: ไข้เลือดออก, แกนนำชุมชน, การเสริมพลัง

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกันทรอมเหนือ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ
Email: kantrom01@gmail.com

Empowerment of community leaders in the prevention and control of dengue fever in Pran sub-district, Khunhan district, Sisaket province

Leang Oupamai, *M.P.H.*¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of an empowerment program for community leaders in controlling and preventing dengue fever in Phran Sub-district, Khun Han District, Si Sa Ket Province. The sample was divided into two groups: the experimental group and the control group. The research design was a two-group pretest-posttest design. The experimental group participated in the health education program designed by the researcher, while the control group did not. The program was conducted from October 1 to November 30, 2023, for a total of 8 weeks. Data on the variables were collected using a questionnaire before and after the experiment for both groups. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, median, 25th and 75th percentiles. The paired t-test was used to compare the mean differences within the groups, and the independent t-test was used to compare the mean differences between the groups. The significance level was set at 0.05.

The results found that when after the intervention Intervention group Had higher mean scores in knowledge about dengue fever, perceived self-efficacy in dengue prevention and control, and dengue prevention and control behavior than before the intervention and than the control group ($p < 0.05$) Had lower House Index (H.I.) and Container Index (C.I.) than before the intervention and than the control group ($p < 0.05$).

The community leader empowerment program for dengue prevention and control was effective Used a 5-step process. Lasted 8 weeks Included activities that encouraged participation and hands-on practice in the field This program can be used to empower community leaders for dengue prevention and control.

Keywords: Dengue fever, Community leader, empowerment

¹Public Health Technical Officer, Professional level, Kantromnuer Health Promition Hospital, Si Sa Ket Province.

Email: kantrom01@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ชนิดใดชนิดหนึ่ง เชื้อไวรัสเดงกีมี 4 สายพันธุ์ การติดเชื้อโรคไข้เลือดออกเกิดจากการถูกยุงลายตัวเมียที่มีเชื้อไวรัสเดงกีกัด ยุงลายตัวเมียจะดูดเลือดคนที่มีเชื้อไวรัสเดงกีอยู่ในเลือด เชื้อไวรัสเดงกีจะเข้าสู่กระแสเลือดและขยายพันธุ์ในเม็ดเลือดขาว จากนั้นเชื้อจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิต และสูญเสียทางเศรษฐกิจสูง มีการระบาดกระจายทั่วไปทั้งประเทศ ข้อมูลปี พ.ศ. 2561-2565 จำนวนผู้ป่วย 155,305, 140,186, 123,996, 118,303 และ 112,805 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 23.5, 21.1, 18.4, 17.6, และ 16.7 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 103, 103, 103, 103 และ 60 คน อัตราป่วยตายต่อแสนประชากร 6.6, 6.6, 6.6, 6.6, และ 6.0 ตามลำดับ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวนผู้ป่วย 13,831, 12,593, 11,416, 10,884 และ 10,299 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 22.1, 20.3, 18.4, 17.7, และ 16.9 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 86, 79, 66, 60 และ 57 คน อัตราป่วยตายต่อแสนประชากร 6.2, 6.3, 5.7, 5.5 และ 5.5 ตามลำดับ อำเภอขุนหาญจำนวนผู้ป่วย 120,115, 115, 115, และ 100 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 10.7, 10.2, 10.2, 10.2, และ 8.8 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 10, 9, 8, 7 และ 6 คน อัตราป่วยตายต่อแสนประชากร 8.3, 7.8, 6.9, 6.1 และ 5.7 ตามลำดับ ตำบลพราณจำนวนผู้ป่วย 100, 95, 95, 95 และ 80 ราย อัตราป่วยต่อแสนประชากร 142.8, 135.7, 135.7, 135.7, และ 114.3 จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 5, 4, 3, 2 และ 1 คน อัตราป่วยตายต่อแสนประชากร 50.0, 42.1, 31.6, 21.1 และ 12.5

จากการศึกษาของ ชีรพร จันทร์สว่าง และคณะ (2565) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนแบบผสมผสาน พบว่าแกนนำชุมชนสามารถเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคให้กับคนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ, นงนุช ชัยวิเชียร และคณะ (2564) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกะหุ้มแบน จังหวัด พบว่าแกนนำชุมชนที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีระดับความรู้ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าแกนนำชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการรณรงค์และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน, สมศักดิ์ แสงสุวรรณ และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลปากเกร็ด อำเภopakเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชน ได้แก่ ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย การเลือกแกนนำชุมชนที่มีความพร้อมและตั้งใจที่จะทำงาน การออกแบบกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของแกนนำชุมชน การให้การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง, จำรัส ศรีปัทมา (2547) ที่ได้ทำการศึกษาการสร้างพลังชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน การรายงานสภาพปัญหาและการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก บทบาทและภารกิจของแกนนำชุมชน หลังการทดลองพบว่าค่าดัชนีภาวะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.) ของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจาก

กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชนได้ จึงได้ดำเนินวิจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกซึ่งจะช่วยให้ชุมชนลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออกได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเองที่เปลี่ยนแปลงของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพศึกษา

2 เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพศึกษา

สมมุติฐานการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน ตำบลพราน อำเภอนายูง จังหวัดศรีสะเกษได้หรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้ ศึกษาในกลุ่มแกนนำชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลพราน อำเภอนายูง จังหวัด

ศรีสะเกษ ดำเนินการศึกษาช่วงระยะเวลาเดือนตุลาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน 2566

1.รูปแบบการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

2. ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร (populations) ได้แก่ แกนนำชุมชน อำเภอนายูง จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่าง ดังนี้

2.2.1 กลุ่มทดลอง คือ แกนนำชุมชนตำบลพราน ที่สุ่มได้ 2 หมู่บ้าน จำนวน 46 คน

2.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ คือ แกนนำชุมชน ตำบลโพธิ์วังค์ ที่สุ่มได้ 2 หมู่บ้าน จำนวน 38 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมเสริมพลังแกนนำชุมชน หมายถึง กระบวนการที่มุ่งพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้แกนนำชุมชนสามารถมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ สามารถแก้ปัญหาและนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างพลัง 5 ขั้นตอน

ประกอบด้วย (1) การผ่านประสบการณ์ (2) การระบุประสบการณ์ (3) การวิเคราะห์ (4) การวางแผน (5) การปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และตำแหน่งในองค์กรชุมชน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบทดสอบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ และ แบบสำรวจภูมิลำเนาของแกนนำชุมชน

3. ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.74 ด้านพฤติกรรมและด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก เท่ากับ 0.79 และ 0.79 ตามลำดับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินโครงการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามหนังสือรับรอง เลขที่ SPPH 2023-144 ออกเมื่อวันที่ 28 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 และสิ้นสุดวันที่ 27 เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ได้อธิบายรายละเอียด วัตถุประสงค์และวิธีการของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ และเมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงทำการลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วม โดยข้อมูลต่างๆ จะเก็บเป็นความลับจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคล รายงานผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้ ไม่มีผลต่อการรักษาหรือบริการใดๆ ไม่มีความเสี่ยง กังวลใจกับผู้ยินยอมร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถามโดยอิสระหรือปฏิเสธความร่วมมือโดยไม่ให้มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น และใช้ผลวิจัยเพื่อพัฒนางาน

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการศึกษาวิจัยและดำเนินการตามขั้นตอน ซึ่งการวิจัยพบว่า

1.การเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันโดยมีอายุเฉลี่ย 54.0 และ 54.2 ปี เพศหญิง ร้อยละ 54.3 และ 58.3 การศึกษา ประถมศึกษาตอนปลาย(ป.6) ร้อยละ 52.2 และ 53.6 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 91.3 และ 89.5 สถานะภาพสมรส คู่ ร้อยละ 67.4 และ 76.3 รายได้เฉลี่ย 6,773.9 และ 6,689.4 บาท/เดือน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 73.9 และ 76.3 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	χ^2	Df	P-value
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)			
1. อายุ			1.316	2	.518
ต่ำกว่า 50 ปี	13(28.3)	9(26.2)			
50-59 ปี	21(45.7)	22(51.2)			
60 ปี ขึ้นไป	12(26.1)	7(22.6)			
2. เพศ			.665	1	.553
ชาย	25(54.3)	24(58.3)			
หญิง	21(45.7)	14(41.7)			
3. ระดับการศึกษา			2.106	4	.716
ประถมศึกษาตอนต้น(ป.4)	8(17.4)	8(21.1)			
ประถมศึกษาตอนปลาย(ป.6)	24(52.2)	21(53.6)			
มัธยมศึกษา/ปวช.	12(26.1)	7(18.4)			
ปวส. อนุปริญญา	0(0.0)	1(2.6)			
ปริญญาตรี	2(4.3)	1(2.6)			
4. อาชีพ			1.292	3	.731
เกษตรกร	42(91.3)	34(89.5)			
แม่บ้าน	3(6.5)	2(5.3)			
รับจ้าง	1(2.2)	1(2.6)			
ค้าขาย	0(0.0)	1(2.6)			
5. สถานภาพสมรส			2.106	4	.716
คู่	31(67.4)	29(76.31)			
โสด	10(21.4)	5(13.2)			
หม้าย	3(6.5)	3(7.9)			
หย่า/แยก	2(4.4)	1(2.6)			
6. รายได้เฉลี่ย			.149	2	.928
ต่ำกว่า 5,000 บาท	19(41.3)	15(39.2)			
5,000 - 9,999 บาท	20(43.5)	18(47.5)			
10,000 บาทขึ้นไป	7(15.2)	5(13.2)			
รายได้เฉลี่ย	6,773.9	6,689.4			
7. ตำแหน่งในองค์กรชุมชน			.330	3	.954
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	34(73.9)	5(76.3)			
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน /แพทย์ สารวัตร	8(17.4)	5(13.2)			
สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล	2(4.3)	2(5.3)			
ผู้ใหญ่บ้าน	2(4.3)	2(5.3)			

2.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและ

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	46	12.04	1.44	0.80	1.34-0.26	2.99	0.004**
กลุ่มควบคุม	38	11.23	1.28	0.65	1.20-0.11	2.43	0.020

**p-value<0.01

3.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน

ควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.004) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.81 คะแนน (95% CI = -1.34-0.26) รายละเอียดตามตารางที่ 2

หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.28) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.78 คะแนน (95% CI = 1.55-0.09) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	n	$\bar{d}$	SD	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	46	0.82	2.37	0.82	1.55-0.09	-2.16	0.028**
กลุ่มควบคุม	38	11.23	0.73.28	0.65	1.20-0.11	2.43	0.020

**p-value<0.05

4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.13) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มควบคุม 1.0 คะแนน (95% CI = -1.66 - -0.20) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ระดับการรับรู้	n	$\bar{d}$	SD	Mean diff	95%CI	t	p-value
ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก							
กลุ่มทดลอง	46	-0.95	1.44	0.93	-1.66- 0.20	2.59	0.0013**
กลุ่มควบคุม	38	0.63	1.28	0.13	-1.41-1.13	-0.20	0.837

**p-value<0.05

4.4 การเปรียบเทียบค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

4.4.1 ค่าดัชนีความชุกของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายของกลุ่มทดลอง

ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) เท่ากับ 45.5

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) เท่ากับ 9.8

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ของกลุ่มทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงค่าดัชนีความชุกของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง	จำนวนบ้านที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย		
	พบลูกน้ำยุงลาย	ไม่พบลูกน้ำยุงลาย	รวม
ก่อนทดลอง	162(45.5)	194(54.5)	356(100.0)
หลังทดลอง	35(9.8)	321(90.2)	356(100.0)
รวม	197(27.7)	515(72.3)	712(100.0)

$\chi^2 = 113.2$,df=1,p=0.00

4.4.2 ค่าดัชนีความชุกของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายของกลุ่มควบคุม

ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) เท่ากับ 42.6

หลังการทดลองพบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) เท่ากับ 39.8

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ของกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงค่าดัชนีความชุกของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มควบคุม	จำนวนบ้านที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย		
	พบลูกน้ำยุงลาย	ไม่พบลูกน้ำยุงลาย	รวม
ก่อนทดลอง	138(42.6)	186(57.4)	324(100.0)
หลังทดลอง	129(39.8)	195(60.2)	324(100.0)
รวม	267(41.2)	267(41.2)	648(100.0)

$$\chi^2 = .516, df=1, p=0.52$$

สรุปและอภิปรายผล

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง แกนนำชุมชน กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีคุณลักษณะทางประชากร คล้ายคลึงกัน ดังนี้ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 54.0 ปี กลุ่มเปรียบเทียบ 50.2 ปี ส่วนใหญ่สถานะภาพ สมรสคู่ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ส่วนใหญ่มี รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10000 บาท โดย กลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ย 6,773.9 บาทต่อเดือน กลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 6,689.4 บาท ต่อ เดือน กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ใน ระดับประถมศึกษาตอนปลาย รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็น อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รองลงมาคือผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และ ผู้ใหญ่บ้านตามลำดับ

5.2 ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก

พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมี ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบการ เปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ความรู้ที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.1

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมี การเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนความรู้จากก่อนการ ทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เปลี่ยนแปลงเป็น ระดับสูง สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปาน กลางทั้งก่อนทดลองและหลังการทดลอง และจาก การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระหว่าง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับ กลุ่มเปรียบเทียบ เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง คะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมี การเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการ ทดลองและหลังการทดลองพบว่า ไม่มีความ

แตกต่างกัน และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการจัดโปรแกรมการเสริมพลังแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีการจัดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ใช้เทคนิคการเสริมพลัง ทำให้กลุ่มทดลอง เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับ การศึกษาของ อีรพร จันทรสว่าง และคณะ (2565) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลน้ำพอง อำเภอ น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนแบบผสมผสานพบว่าแกนนำชุมชนสามารถเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและการป้องกันควบคุมโรคให้กับคนในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและ จำรัส ศรีปัดถา (2547) ที่ได้ทำการศึกษาการสร้างพลังชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน การรายงานสภาพปัญหาและการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก บทบาทและภารกิจของแกนนำชุมชนภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก เพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนพฤติกรรมจากก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเปลี่ยนแปลงเป็นระดับสูง สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อนและหลังการทดลองและจากการ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่าง และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม หลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.3

ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการจัดโปรแกรมการเสริมพลังแกนนำชุมชน ที่ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดการปรับปรุงพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช ชัยวิเชียร และคณะ (2564) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกะหฬ่ม แบน จังหวัด พบว่าแกนนำชุมชนที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีระดับความรู้ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าแกนนำชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการรณรงค์และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน ,ยุทธพงศ์ งามาศ(2553) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง 5 ขั้นตอน มีการติดตามผลการดำเนินงาน ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันควบคุมไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา วิชกุล (2551) ที่ได้ศึกษาผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัว โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศติดตาม การให้แกนนำได้บันทึกพฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกลงในแบบบันทึก ซึ่งประกอบไปด้วย การสำรวจลูกน้ำยุงลาย การทำลายลูกน้ำยุงลาย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันไม่ให้ยุงกัด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

พบว่า ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.3

ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากการจัดโปรแกรมการเสริมพลังแกนนำชุมชน ที่ได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน การปฏิบัติจริงในชุมชน อีกทั้งมีการติดตามสนับสนุนและประเมินผลกระตุ้นและให้กำลังใจโดยผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่กลุ่มทดลอง เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองรู้สึกกระตือรือร้นที่จะทำพฤติกรรม การประสบ

ผลสำเร็จ หรืออุปสรรค จะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่น่าไปสู่วงจรการเรียนรู้ ต่อเนื่องต่อไป ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ รับรู้ความสามารถของตนเอง มีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในชุมชนของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช ชัยวิเชียร และคณะ (2564) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลคลองมะเดื่อ อำเภอกะทู้มูแบน จังหวัด พม่า แกนนำชุมชนที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจมีระดับความรู้ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าแกนนำชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการรณรงค์และกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$), ยุทธพงศ์ ภามาศ(2553) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง 5 ขั้นตอน มีการติดตามผลการดำเนินงาน ภายหลังจากการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันควบคุมไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

5.5 ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน (H.I.) และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.)

ภายหลังจากการทดลองพบว่า ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) หลังการทดลองลดลงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันและเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่มพบว่าก่อนการทดลองค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ไม่แตกต่างกันแต่หลังการทดลองพบว่า

ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) ของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2.1 และ 2.2

ผลการวิจัยดังกล่าวเกิดขึ้นจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก โดยการจัดกิจกรรมที่ให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติจริง การลงไปพบกับชาวบ้านในชุมชนมากขึ้น อีกทั้งมีการติดตามสนับสนุนและประเมินผล กระตุ้นและให้กำลังใจจากผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เกิดการกระตุ้น ให้แกนนำชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในชุมชนและส่งเสริมให้ชาวบ้านให้ความร่วมมือมากขึ้น ส่งผลให้ค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (H.I.) และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.) ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ แสงสุวรรณ และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในตำบลปากเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชน ได้แก่ ความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย การเลือกแกนนำชุมชนที่มีความ

พร้อมและตั้งใจที่จะทำงาน การออกแบบกิจกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจแกนนำชุมชนที่สอดคล้องกับความต้องการของแกนนำชุมชน การให้การสนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับ จันทิมา วิชกุล (2551) ที่ได้ศึกษาผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ 5 ขั้นตอน ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการนิเทศติดตาม การให้แกนนำได้บันทึกพฤติกรรม การควบคุมและป้องกันโรค ไข้เลือดออกลงในแบบบันทึก ซึ่งประกอบไปด้วย การสำรวจลูกน้ำยุงลาย การทำลายลูกน้ำยุงลาย การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การป้องกันไม่ให้ยุงกัด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรณรงค์เพื่อควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก หลังการทดลองพบว่าค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.) ของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ จำรัส ศรีปัดถา (2547) ที่ได้ทำการศึกษาการสร้างพลังชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน การรายงานสภาพปัญหาและการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก บทบาทและภารกิจของแกนนำชุมชน หลังการทดลองพบว่าค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (C.I.) ของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ตำบลพราน อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ สามารถใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ดังนั้น จึงควรนำแนวทางนี้ไปขยายผล หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่น หรือ พื้นที่อื่นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาหารูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมให้แกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีความยั่งยืนต่อไป

2.2 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นคว้าวรรณกรรมที่มีส่วนในการสร้างพลังแกนนำชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. หนังสือ

จิระพรรณ สุขศรีงาม, ชีวสถิติ. ขอนแก่น:

ขอนแก่นการพิมพ์, 2542.

จิรศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2550).

พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6.

มหาสารคาม: คลังนาวิทยา.

นิตยา เพ็ญสิรินภา (2540). **คู่มือการจกกิจกรรม**

ฝึกอบรมการสร้างพลัง

(Empowerment). เอกสารประกอบการ

อบรมวิทยากรรอกนนำเอดส์อุบัติเหตุนาเสพ

ติด วันที่ 7-10 ตุลาคม 2540. พิจิตร: ณ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.

พวงทอง ป้องภัย. **พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น.**

ปัตตานี: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย

สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. 2540.

สุปรียา ต้นสกุล. (2548) . **ทฤษฎีและโมเดลการ**

ประยุกต์ใช้ในงานสุศึกษาและพฤติกรรม

ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์

การพิมพ์.

อรุณ จิรวัดกุล. (2551) . **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัย**

ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3.

ขอนแก่น: คลังนาวิทยา.

2. E-book

กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **การประชุม**

ปฏิบัติการการสนับสนุนบทบาท อสม. ใน

การควบคุมป้องกันโรค . วันที่สืบค้นข้อมูล

12 พฤศจิกายน 2566 เข้าถึงได้จาก

[https://phc.moph.go.th/www-](https://phc.moph.go.th/www-hss/data_center/col_mod/)

[hss/data_center/col_mod/](https://phc.moph.go.th/www-hss/data_center/col_mod/)

การป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง. (2558).

เทคนิคการสำรวจลูกน้ำยุงลาย. วันที่

สืบค้นข้อมูล 12 พฤศจิกายน 2566

เข้าถึง

ได้ [https://webportal.bangkok.go.th/](https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000319/word/2562_01/DHF62/2.doc)

[upload/user/00000319/word/2562](https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000319/word/2562_01/DHF62/2.doc)

[_01/DHF62/2.doc](https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000319/word/2562_01/DHF62/2.doc).

3. รายงานการวิจัย

- จันทิมา วิชกุล. (2551). ผลของการสร้างพลังแกนนำครอบครัวโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จรรยาศักดิ์ หวังล้อมกลาง, (2552). ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการป้องกันและควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จำรัส ศรีปัตตา, (2547). การสร้างพลังชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอเมืองจันทบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จรงค์ หนองคาย. (2547). การสร้างพลังชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเสียดในชุมชนประชาชนจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดวงชีวัน จิราโรจน์หนองคาย. (2547). ผลของการสร้างพลังชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทิพย์เนตร รวยนิรัตน์. (2551) ผลของการสร้างพลังชุมชนเพื่อป้องกันไข้หวัดนก จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปฐมพร พริกชู. (2544) . การสร้างพลังชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย อำเภอราษีไศล จังหวัดยะลา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปวีตรา สุทธิธรรม. (2554) . ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชน อำเภอเขาชัยวัน จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พัศกร สงวนชาติ. (2554) . ผลของการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลหน้าพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พงษ์ศักดิ์ ธนวิชกุล. (2550) . ผลของการสร้างพลังแกนนำชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนเมือง อำเภอสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- ไมตรี ธนาวัฒน์. (2547) . ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ยุทธพงษ์ ภามาศ.(2553) . การสร้างพลัง
ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก อำเภอตอนจาน จังหวัด
กาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย
บูรพา.

อัญชลี ชัยมงคล.(2550) . การมีส่วนร่วมของ
ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค
ไข้เลือดออก ตำบลพรหมณี อำเภอเมือง
จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล.

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ขวัญเรียม เสี่ยมศักดิ์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติซึ่งการดูแลรักษาผู้รับบริการที่มีภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ต้องอาศัยความร่วมมือทางทีมแพทย์พยาบาล เนื่องจากภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้รับบริการเสียเลือดจนเกิดภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงซึ่งเป็นสาเหตุของการทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้รับบริการรักษาในโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2566 ที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อกจำนวน 2 รายโดยการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย พบว่า ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกรับเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยการดูแลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมรวมถึงการประสานส่งต่อที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะสามารถให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อมและทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทางทำให้สามารถรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ทันท่วงทีภาวะการเจ็บป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน, ช็อกจากการเสียเลือด, การพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: kawanream2514@gmail.com

Nursing care for patients with upper gastrointestinal bleeding with shock Khun Han Hospital ,Khun Han District, Sisaket Province

Kawanream sangeamsak, *B.N.S.*¹

Abstract

Upper gastrointestinal hemorrhage is a medical emergency in which patients with upper gastrointestinal hemorrhage are treated. This requires the cooperation of a team of doctors and nurses because hemorrhage in the upper gastrointestinal tract is a critical condition that causes the patient to lose blood leading to shock and hypothermia. Severe complications can lead to death if not diagnosed and treated promptly. We studied two patients treated in Khun Han Hospital in Sisaket province between August and September 2023 with shock upper gastrointestinal bleeding by studying medical records. Inpatient history taking, patients and relatives Observation Comparative Data Analysis Gordon's 11 Health Schemes Pathology Symptoms and signs Treatment of bleeding in the upper gastrointestinal tract Nursing problems and diagnoses Nursing care in the critical, continuous, and discharge planning phases showed that bleeding in the upper gastrointestinal tract. It is a crisis that has rapid physical and psychological consequences. Nurses must be able to assess and care for patients at the outset to prevent risks to the patient's life. Proper primary care from community hospitals, as well as the correct coordination of referrals, are one of the key factors to be able to provide effective care. In addition, patients are treated in intensive care units, equipped with modern and equipped ventilators. There are specialized personnel who have undergone specialized training, enabling fast, accurate, and appropriate medical treatment in a timely manner in the event of illness and safe from complications.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, shock from blood loss, Nursing care

¹Registered Nurse Professional Level. Khun Han Hospital ,Khun Han District, Sisaket Province kawanream2514@gmail.com

บทนำ

ภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะฉุกเฉินทางเวชปฏิบัติ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีแผลในกระเพาะอาหาร ซึ่งภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบนเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้รับบริการของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งการดูแลรักษาผู้รับบริการที่มีภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ต้องอาศัยความร่วมมือทางทีมแพทย์พยาบาล เนื่องจากภาวะตกเลือดในระบบทางเดินอาหารส่วนบน เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้รับบริการเสียเลือดจนเกิดภาวะช็อกและเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการวินิจฉัย และการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว สำหรับในประเทศไทยพบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ของประชากรทั้งหมดพบได้ในทุกภาค ซึ่งในปัจจุบันพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะนี้ในผู้ป่วย 100 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปถึง 50-70% มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ 10% ของผู้ป่วยโรคนี้ทั้งหมด (Valkhoff VE, 2012) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหารหรือกระเพาะอาหาร มีอัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด Candid (Villanueva, 2013) การฉีกขาดของ เยื่อหลอดอาหาร มีก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบ (Zhang, 2014) และแผลที่เกิดจากความเครียด ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหรือการมีเลือดออกซ้ำส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุรา พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวด หรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) (Fletcher EH., 2010) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมภาวะสุขภาพ การเตรียมความพร้อม ในการจำหน่ายผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นปัจเจกบุคคล เนื่องจากมีข้อจำกัด เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ในสังคมยุคปัจจุบัน เกิดความแตกต่าง

ทั้งในเรื่องของการประกอบอาชีพ การรับประทานอาหาร และการดูแลสุขภาพ

สำหรับการรักษานอกจากการ resuscitation และการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้ว จากงานวิจัยพบว่าการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้องภายใน 24 ชั่วโมงนับจากที่มีอาการจะสามารถทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้เร็วขึ้น ลดอัตราตาย ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ (Thad Wilkins., 2012) หากการรักษา โดยวิธีการส่องกล้องไม่ได้ผลคือไม่สามารถหยุดเลือดที่ออก หรือผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกซ้ำอย่างรุนแรง ผู้ป่วยมีความ จำเป็นที่จะต้องได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้องอย่างเร่งด่วน เพื่อหาตำแหน่งเลือดออกและหยุดเลือดจึงจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิตได้ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย มีความรู้และทักษะในการประเมิน ความเสี่ยง การเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น ค้นหาปัญหาและความต้องการในการนำมาวางแผนให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล ที่เหมาะสม รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน สอดคล้องกับแผนการรักษาของ แพทย์ มีภาวะความเป็นผู้นำในการเตรียมทีม เตรียม อุปกรณ์ต่างๆ ให้มีความพร้อมอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

จากสถิติแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลขุนหาญ พบ ผู้ป่วยในปี 2564 – 2566 จำนวน 25, 18 และ 15 ราย ตามลำดับ พบผู้ป่วยเสียชีวิตเฉพาะปี 2564 จำนวน 1 ราย พบอัตราการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพการรักษาสูงกว่าจำนวน 14, 8 และ 8 รายตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบอัตราการ Re-admit สูงขึ้นจำนวน 1, 2 และ 1 รายตามลำดับ สาเหตุจากการกลับไปดื่มสุราซ้ำและผลจากการใช้ยาประจำตัว ข้อมูลสะท้อนให้เห็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ยังไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลขุนหาญ โดยใช้กรอบแนวคิด

แบบแผนการดูแลสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการดูแลรักษาได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษา 2 ราย ในการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด

วิธีการดำเนินงาน

เป็นการศึกษากรณีศึกษาเพื่อเปรียบเทียบ การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลขุนหาญ ช่วงเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2566 จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจาก เวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติ ผู้ป่วย และญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การพยาบาลในระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ SSPH 2024-023 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567 สิ้นสุดวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

นิยามศัพท์

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal bleeding or UGI bleeding)

หมายถึง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารที่ตำแหน่งสูงกว่า ligament of treitz ซึ่งอาจพบได้ในลักษณะอาการอาเจียนเป็นเลือดสดหรือเลือดสีดำคล้ำ(coffee ground) หรือมีภาวะถ่ายดำโดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพหรือไม่ก็ได้ และยังรวมถึงกรณีที่ถ่ายเป็นเลือดสด โดยอาจมีตำแหน่งเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนบนหรือส่วนลำไส้ใหญ่ก็ได้ โดยทั่วไปกรณี UGIB ร้อยละ 75-80 มักมีความรุนแรงของโรคไม่มากเลือดอาจหยุดได้โดยการใช้ยาแต่กรณีเป็นภาวะ UGIB ที่มีปริมาณมากหรือเป็นลักษณะที่เป็นซ้ำหรือเกิดในผู้สูงอายุมักอัตราการตายสูง ผู้ที่แข็งแรงสามารถเสียเลือดได้ถึง 500 มล. ใน 15 นาทีโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (เช่นผู้ที่บริจาคโลหิต) ถ้าเสียเลือดไป 1,000 มล. จะมีหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ มีอาการคลื่นไส้ ปริมาณและอัตราการเสียเลือดที่ทำให้เกิดภาวะช็อกยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นอีก เช่น อายุ โรคของหลอดเลือดตลอดจนขึ้นกับว่าผู้ป่วยมีภาวะช็อกอยู่ก่อนหรือไม่ ความรุนแรงของการมีเลือดออกแบ่งได้ 5 ลักษณะคือ(สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.2557)

1. ภาวะเลือดออกอย่างรุนแรง(massive bleeding) ต้องได้รับเลือดทดแทนอย่างรวดเร็วในอัตรา3-5 ยูนิต ภายใน 2 ชั่วโมง เพื่อรับการรักษาความดันโลหิตให้สามารถผลักดันไปสู่ระบบไหลเวียนได้เพียงพอ
2. ภาวะเลือดออกปานกลาง (moderate bleeding) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับเลือด 1-2 ยูนิต ก็สามารถปรับความดันโลหิตให้กลับสู่ระดับปกติได้
3. ภาวะเลือดออกปานกลางแต่อกติดต่อกัน (moderate and continuous bleeding) จำเป็นต้องได้รับเลือด 1-2 ยูนิต ทุก 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้มีความดันโลหิตปกติ
4. ภาวะเลือดออกซ้ำ (Continuous bleeding) ไม่รุนแรงโดยสังเกตได้จากระดับฮีมาโตคริตลดต่ำลงวันละ 2-3 %
5. ภาวะเลือดออกที่เกิดภายหลังจากการตกเลือดครั้งแรกหยุดแล้ว(recurrent bleeding)อาจมากหรือน้อยก็ตาม

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน ก่อนหาลาเหตุของเลือดออกจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยเสียเลือดไปมากน้อยเพียงใดและมีความรีบด่วนในการรักษาเพียงใด เพื่อที่จะรักษาสภาวะการไหลเวียนโลหิตให้เพียงพอหยุดเลือดที่ออกและดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญ คือ การตรวจสอบสัญญาณชีพ ชีพจรและความดันโลหิต ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเป็นระยะๆ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยช็อคเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก ดูแลการไหลเวียนเลือดให้เพียงพอการให้สารเหลวอย่างรวดเร็วเพื่อแก้ไขปัญหาลดปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดลดลง รวมถึงการให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้ในการให้เลือดเพื่อทดแทนปริมาตรของเลือดที่ขาดไป การดูแลใส่สายยางกระเพาะอาหาร (nasogastric tube) เพื่อดูว่ามีเลือดออกในกระเพาะอาหารจริงหรือไม่และล้างกระเพาะอาหารด้วยน้ำทำให้หลอดเลือดหดตัว ช่วยกำจัดเลือดที่ค้างอยู่ในกระเพาะอาหารออกให้หมด จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการพักผ่อนและสงวนพลังงานที่จำเป็นไว้ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสงวนพลังงานที่จำเป็นไว้ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยลดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ป้องกันอันตรายที่เกิดจากการติดเชื้อแทรกซ้อน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงสูงต่อการตายจากภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารต้องกระทำโดยใกล้ชิดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยงสูงและการเตรียมผ่าตัด เมื่อมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

ผลการศึกษา

ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 1

หญิงไทยอายุ 45 ปี มาด้วยอาการถ่ายเหลวมีเลือดปนประมาณ 5 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพรหรือยาชุด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่เหนื่อย สัญญาณชีพพบความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 151/107 มม.ปรอท ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส O_2 sat 97 % รายงานแพทย์ให้ Hydralazine 25 mg 2 tab $\odot$ stat Repeat BP 142/84

mmHg ทำ PR พบ hematochezia no mass ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Hct 18.2 %, Plt 209,000 cell/mm³ , INR 1.0 วินาที, BUN 28.2 mg/ dl, Cr 0.79 mg/dl, Potassium 3.0 mmol/L ให้สารน้ำ 5%D/N/2 1000 ml iv flow rate 80 cc/hr, PRC 1 Unit iv drip in 3 hr. ยารับประทาน Hydralazine 25 mg 3x4 $\odot$ pc+hs, Enalapril 20 mg 1x2 $\odot$ pc, Gabapentin 100 mg 2xhs, Balm apply, Tolperazone 1x3 $\odot$ pc, Metoprolol 100mg 1x1 $\odot$ pc, Manidipine 20 mg 1x1 $\odot$ pc รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง หลัง Admit ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ 93/44 mmHg (MAP 60) ความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงลดลง 2% (จาก 18% ลดลงเป็น 16%) แพทย์ให้การรักษา 0.9%NSS 1000 ml loading 1 0 0 0 ml, On O_2 canula 3 lit/min, Repeat BP 105/47mmHg, Pantoprazole 80 mg iv stat then 80 mg + 5%D/W 100 ml iv drip 10 ml/hr, Losec 40 mg iv q 12 hr., DTX 106 mg%, Hold ยา Antihypertensive ทำ Proctoscope no mass, NG lavage 1000 ml พบ Blood clot 10 ml โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร พิจารณาส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยายับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารทางหลอดเลือดดำเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิการรักษา ขั้นตอนการบริการตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์ของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อเพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ข้อมูลกรณีศึกษารายที่ 2

หญิงไทยอายุ 34 ปี มาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการใช้ยาสมุนไพรหรือยาชุด มีประวัติดื่มสุรา 50 ซีซี/วัน ติดต่อกันระยะเวลา 2 ปี เลิกดื่มสุรา 3 วัน แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว เหนื่อยเพลีย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 96/64 มม.ปรอท ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส

DTX 96 mg%, Hct stat 40 %, O₂ sat 96 % ทำ PR พบ Yellow feces and minimal fresh blood, NG lavarge 1000 ml ไม่ clear รายงานแพทย์ให้ 0.9%NSS 1000 ml loading 500 ml in 30 min then 80 cc/hr, Losec 80 mg iv stat Repeat BP 100/60 mmHg ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ Hct 33.4 %, Plt 241,000 cell/mm³ , INR 1.05 วินาที, BUN 8.3 mg/ dl, Cr 0.47 mg/dl, รับไว้รักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง หลัง Admit ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 90/60 mmHg ตลอด, Hct q 6 hr. (33 - 34%), Losec 40 mg iv OD, thiamine 100 mg im OD x 3 day, 0.9%NSS 1000 ml iv drip in 1 hr. then 100 cc/hr. Repeat BP 98/64 mmHg ทำ U/S IVC collapse

75% โทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมเพื่อส่งตรวจ EGD (Esophagogastroduodenoscopy) พิจารณาส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้สารน้ำอย่างรวดเร็วทางหลอดเลือดดำ เตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิ์การรักษา แผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียน และให้พบแพทย์ เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปรักษา ยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1.การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	1.โรคประจำตัวความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี 2560รับประทานยาสม่ำเสมอ ต่อเนื่องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	ปฏิเสธโรคประจำตัว
2.โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	2.BMI 28.31Kg/mm ² ควบคุมอาหารลดหวาน มัน เค็ม ไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่	2.BMI 16.65 Kg/mm ² รับประทานอาหารลดเค็ม สุรา 50 ซีซี/วันติดต่อกัน ระยะเวลา 2 ปี ไม่สูบบุหรี่
3.การขับถ่าย	3.ถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะปกติ	3.ถ่ายอุจจาระทุกวัน ปัสสาวะ
4.กิจวัตรประจำวันและการกำลังกาย	4.ไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกาย แน่นอน เป็นแม่บ้าน	4.ไม่มีแบบแผนการออกกำลังกาย กายอาชีพเกษตรกร
5.การพักผ่อนนอนหลับ	5.นอนหลับพักผ่อนช่วงเวลากลางคืน ประมาณ 6-8 ชั่วโมง เข้านอนเวลา 3 ทุ่ม ตื่นนอนตี 3 นอนไม่หลับ เครียด	5.นอนหลับพักผ่อนช่วงเวลากลางคืน ประมาณ 6-8 ชั่วโมง เข้านอนเวลา 4 ทุ่ม ตื่นนอนตี
6.สติปัญญาและการรับรู้	6.รู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่องประสาท สัมผัสปกติ ลงลายมือชื่อยินยอมการรักษาด้วยตนเอง	6.รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ประสาทสัมผัสปกติลงลายมือชื่อ ยินยอมการรักษาด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอดอน(ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
7.การรู้จักตนเองและ อัตมโนทัศน์	7.ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล รับรู้ ความเจ็บป่วยค่อนข้างรุนแรง ความร่วมมือเป็นอย่างดี	7.มีสีหน้าวิตกกังวล ยอมรับการรักษาที่ได้รับและให้ ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
8.บทบาทและสัมพันธภาพ	8.ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี มีบุตรด้วย กัน 2 คน อาศัยอยู่บ้านเดียวกันในครอบครัว รักใคร่กันดี	8.อาศัยอยู่กับบิดามารดา
9.เพศและการเจริญพันธุ์	9.ไม่พบปัญหา	9.ไม่พบปัญหา
10.การปรับตัวและการเผชิญ	10.ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการ วยตนเองยังมีสีหน้ากังวล กับความเครียดบอกว่าไม่เคย เป็นแบบนี้ตลอดเวลาที่อยู่ในห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉินผู้ป่วยพูดน้อยถามคำตอบคำ ญาติเดินเข้าเดินออกห้องฉุกเฉิน บ่อยครั้ง	10. ให้ความร่วมมือในการรักษาได้ ดี ยังมีความกังวลเรื่องการ เจ็บป่วยในครั้งนี้จะคุยกับ มารดาในการตัดสินใจรับการ รักษาตลอดเวลาที่อยู่ในห้อง อุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยพูดน้อย ญาติเดินเข้าเดินออกห้อง ฉุกเฉินบ่อยครั้ง
11.ความเชื่อ/ ค่านิยม	11.มีความเชื่อตามวิถีพุทธ	11. มีความเชื่อตามวิถีพุทธ

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบปัญหาข้อวินิจฉัยการ
พยาบาลและให้การพยาบาลใน 3 ระยะ 1) การพยาบาลใน
ระยะวิกฤตแรกเริ่มที่แผนกผู้ป่วยใน 2)การพยาบาลระยะ
ดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพขณะอยู่ในแผนกผู้ป่วยใน 3)
การพยาบาลระยะส่งต่อ ได้ดังนี้

การพยาบาลระยะวิกฤต

ปัญหาการพยาบาลที่ 1 : มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดใน
ระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้งก่อนมา
โรงพยาบาล 2 ชั่วโมง ตรวจร่างกาย พบ Hct18.2
%(23/08/2566),Hct15.8%(24/08/2566) NG lavarge
1000 ml พบ Blood clot 10 ml(24/08/2566)
BP 93/44 mmHg (MAP60) (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง มีถ่ายดำ
เหมือนยางมะตอย 1 ครั้งก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ทำ PR
พบ Yellow feces and minimal fresh blood, NG
lavarge 1000 ml ไม่ clear, BP 96/64 mmHg, On
0.9%NSS 1000 ml loading 500 ml in 30 min
(16/09/2566)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเหงื่อออก ตัวเย็น
กระสับกระส่ายเพื่อประเมินอาการช็อก
2. ดูแลให้ออกซิเจน Canula 3 LPM ตามแผนการรักษา
3. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของ
เลือดตามแผนการรักษา

4. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีเพื่อสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทันที
5. ดูแลเจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมง ถ้าลดลง $\geq 3\%$ รายงานแพทย์ทันที
6. สังเกตและบันทึกภาวะอาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด content จาก NG tube
7. ดูแลการให้ยาตามแผนการรักษาในกลุ่มPPIsและติดตามผลConsult GIของแพทย์จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ
8. จัดบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ปริมาณปัสสาวะทุก1ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน

กรณีศึกษาที่ 2 หลังจากให้การรักษายาตามแผนการรักษาของแพทย์ ความดันโลหิต 90/60 mmHg ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O_2sat 98% ไม่มีวิงเวียนหน้ามืดหรือใจสั่น เหนื่อยเพลีย Hct 33-34% ผล Consult GIพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

ปัญหาการพยาบาลที่ 2 : มีภาวะโพแทสเซียม

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้ง ผลตรวจ Potassium 3.0 mmol/L (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ไม่พบปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับเกลือแร่ในร่างกาย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ง่วงซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรงชา ตะคริว (โดยเฉพาะที่ขา) การตอบสนองของ Reflex ลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมงหรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่ โดยเฉพาะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ เช่น PVC PAC Short run, ST ลดต่ำลง (Mild

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 หลังจากให้การรักษายาตามแผนการรักษาของแพทย์ ความดันโลหิต 105/57 mmHg ชีพจร 93 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O_2sat 100% ไม่มีวิงเวียนหน้ามืดหรือใจสั่น เหนื่อยเพลีย Hct ลดลงจาก 18%เหลือ16% ไม่มีเลือด Blood group B พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

hypokalemia) ST แบนราบ หรือ ST หัวกลับ (Moderate hypokalemia) และ พบ U wave แต่ไม่ชัด (Severe hypokalemia)

3. ประเมิน Motor power แขน ขา ก่อนให้ทำกิจกรรม จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรมเท่าที่จำเป็นเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม

4. ให้ยาฉีด KCl ทางหลอดเลือดดำบริหารยา ด้วย Infusion pump ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อย่างใกล้ชิดและติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K^+ ทุก 4-6 ชั่วโมง ประเมินผิวหนังบริเวณที่ได้รับยาทุก 1-2 ชั่วโมง และอาการผิดปกติ เช่น อาการปวด ระคายเคือง บวม แดง เพื่อป้องกันภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis), เนื้อตาย (Slough tissue) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum K^+ รายงานแพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษา

5. ประเมิน Urine output และติดตามค่าการทำงานของไตอย่างเคร่งครัด ประเมินและบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 ความดันโลหิต 93/44 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ไม่มีแขนขาอ่อนแรง Motor power grade V all extremities ไม่มีผลตรวจ EKG และไม่มีผล Repeat Serum K^+ เนื่องจากพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

ปัญหาการพยาบาลที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Alcohol withdrawal

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ไม่พบปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับการดื่ม Alcohol

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา 50 ซีซี/วันติดต่อกัน ระยะเวลา 2 ปีหยุดดื่มสุรา 3 วัน, On Thiamine 100 mg im OD x 3 day

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะAlcohol withdrawal

กิจกรรมพยาบาล

- ประเมินอาการของผู้ป่วย
 - ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวมากผิดปกติ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วอย่างมาก มือสั่น เหงื่อแตก มีไข้ เป็นต้น
 - การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตนเองได้จากการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้ขาดสารน้ำและเกลือแร่มากขึ้น
 - วงจรการนอนผิดปกติ ผู้ป่วยมักนอนมากในเวลากลางวัน และไม่นอนในเวลากลางคืน
 - สมองสับสน มักสับสนไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) ผู้ป่วยมักคิดว่าอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล
 - อาการทางจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และ แยกแยะความเป็นจริงไม่ได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น
- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่
- เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ โดยดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมกับแนะนำญาติดูแลร่วมด้วยและช่วยเหลือในการทำกิจกรรมทุกครั้ง

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้วันเวลาบุคคล สถานที่ ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีภาวะสมองสับสน นอนหลับในเวลา กลางคืน ปฏิเสธหูแว่ว ประสาทหลอน ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือทำกิจกรรมตลอดเวลา

ปัญหาการพยาบาลที่ 4 : ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและแนวทางการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินอย่างฉับพลัน ญาติมีสีหน้ากังวล สอบถามบ่อยเรื่องมีเลือดออกจากกระเพาะอาหาร

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

กิจกรรมพยาบาล

- กล่าวทักทายต้อนรับผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเองสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว พูดด้วยเสียงนุ่มนวล
- อธิบายขั้นตอนการให้บริการการรักษาพยาบาลและแนวทางการช่วยเหลือหรือส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น เลือดไม่หยุดหลังให้การรักษา มีภาวะช็อก เพื่อให้เกิดความร่วมมือ
- อธิบายถึงแนวทางและประโยชน์ของการรักษาคร่าวๆให้รับรู้เพื่อการยอมรับความเจ็บป่วย
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา และซักถามข้อสงสัย
- ส่งเสริมให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยในระยะฉุกเฉินเพื่อให้กำลังใจและคลายความกังวล
- แจ้งผลการตรวจรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้ง
- ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด สร้างเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติ

ผลการประเมิน

กรณีทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยและญาติรับทราบให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล สีหน้าวิตกกังวลลดลง

ปัญหาการพยาบาลที่ 5 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็วทางหลอดเลือดดำ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml iv loading (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 500 ml iv loading in 30 min (16/09/2566)

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ
2. หายใจไม่หอบเหนื่อย หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงของภาวะน้ำเกินได้แก่ ปวดศีรษะ หายใจเรื้อรัง เหนื่อยหอบ ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดดำที่คอโป่งพอง
- กรณีศึกษาที่ 2 ความดันโลหิต 94/64 mmHg ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 99%

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพ

ปัญหาการพยาบาลที่ 6 : ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากอ่อนเพลีย

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้ง, Hct 18.2 % (23/08/2566), Hct 15.8% (24/08/2566), BP 93/44 mmHg (MAP 60) (24/08/2566), NG lavage 1000 ml พบ Blood clot 10 ml (24/08/2566)

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยเหนื่อยเพลีย สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 96/64 มม.ปรอท (16/09/2566), NG lavage 1000 ml ไม่ clear (16/09/2566), ทำ U/S IVC collapse 75%, อาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆได้ตามความเหมาะสมและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเอง

กิจกรรมพยาบาล

1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม เมื่อมีอาการเหนื่อยเพลียให้นอนพักหรือหยุดกิจกรรม ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมตามความเหมาะสม
3. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 2-4 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่
4. ดูแลให้ออกซิเจน Canula 3 LPM ตามแผนการรักษา

2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่
3. ประเมินอาการบวม กดบวมตามร่างกาย และฟังเสียงปอดทุก 1 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นเมื่ออาการไม่คงที่

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 ความดันโลหิต 93/44 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂sat 100% เสียงปอดปกติ

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่
6. แนะนำกระตุ้นผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลช่องปากผิวหนังและหลังการขับถ่าย

ผลการประเมิน

กรณีศึกษาที่ 1 ความดันโลหิต 93/44 mmHg ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂sat 100% ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ สิ้นสุดขึ้นขึ้น อ่อนเพลียลดลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

กรณีศึกษาที่ 2 ความดันโลหิต 90/66 mmHg ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 99% ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ สิ้นสุดขึ้นขึ้น อ่อนเพลียลดลง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

ปัญหาการพยาบาลที่ 7 : เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดที่ทำให้เลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรา 50 ซีซี/วัน ติดต่อกันระยะเวลา 2 ปี

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. อธิบายถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยครั้งนี้ตามปัจเจกบุคคล ให้ความรู้เรื่องโรคและสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบันซึ่งมีโอกาสมากกลับเป็นซ้ำเนื่องมาจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร โทษของการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์

ผลการประเมิน

กรณีทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลและวิธีการดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารส่วนบนซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างชัดเจน

การพยาบาลระยะจำหน่ายส่งต่อ

ปัญหาการพยาบาลที่ 8 : ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อเพื่อให้แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินอาหารรักษาต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยถ่ายเหลวมีเลือดปน 5 ครั้ง NG lavage 1000 ml พบ Blood clot 10 ml(24/08/2566) Hct18.2 %(23/08/2566),Hct15.8%(24/08/2566) ไม่มีเลือด group B, BP 93/44 mmHg (MAP60) (24/08/2566)

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย/ญาติถึงแผนการรักษาที่แพทย์ระบุไว้ในเวชระเบียน และให้พบแพทย์ เพื่ออธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องส่งต่อไปรักษายังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในและภายนอกโรงพยาบาล
เคลื่อนย้ายที่ถูกต้อง และปลอดภัย
-เตรียมผู้ป่วย บุคลากร พาหนะ ข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และค่ารักษาพยาบาล
3. ส่งต่อผู้ป่วยพร้อมแบบฟอร์มการส่งต่อของแพทย์
4. ติดตามการรักษาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศรีสะเกษทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์

โดยเฉพาะสุราที่มีฤทธิ์เป็นกรดสูง เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้ญาติรับทราบวิธีการ ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยากลุ่ม NSAID
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดหรือความวิตกกังวลต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่ออาการหลังกรด

Consult GI ของแพทย์จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ พิจารณาให้ส่งต่อ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือดสด 3 ครั้ง ถ่ายดำเป็นยางมะตอย 1 ครั้ง,PR พบ Yellow feces and minimal fresh blood, NG lavage 1000 ml ไม่ clear,BP 96/64 mmHg, On 0.9%NSS 1000 ml loading 500 ml in

30 min (16/09/2566), Consult GI ของแพทย์จากโรงพยาบาลศรีสะเกษ พิจารณาให้ส่งต่อ

วัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันต่อภาวะการเจ็บป่วย
- รายงานส่งต่ออาการ
 - เตรียมอุปกรณ์ที่ติดตัวไปกับผู้ป่วยตลอดจนการ
5. วางแผนเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ผลการประเมิน

กรณีทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยเข้าใจ รับทราบถึงเหตุผลที่แพทย์ส่งต่อการรักษาและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ กรณีศึกษาที่ 1 วันที่ 24/08/2566 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลา 2 วัน
กรณีศึกษาที่ 2 วันที่ 17/09/2566 เวลา 13.40 น. รวมระยะเวลา 2 วัน ขณะนอนรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยได้รับการรักษาในหน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อมและทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทางทำให้สามารถรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ทันต่อภาวะการเจ็บป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญคือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ยาที่ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหาร

การใช้ยาประจำตัว โทษของการดื่มเครื่องดื่มมีน้ำตาลทุกชนิด ข้างเคียงต่างๆหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยยังไม่มีภาวะ
โดยเฉพาะสุราที่มีฤทธิ์เป็นกรดสูง การสังเกตอาการ เลือดออกซ้ำ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของกรณีศึกษา 2 ราย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดโรค	เพศหญิงวัยกลางคน(45ปี) มีโรคประจำตัวความดันเป็น โลหิตสูง BMI 28.31Kg/mm ² นอนไม่หลับตื่นนอนตี 3ทุกวัน เครียดเรื่องเจ็บป่วย	เพศหญิงวัยกลางคน(34ปี) BMI 16.65 Kg/mm ² รับประทานอาหารรสจัด ดื่มสุรา50 ซีซี/วันติดต่อกัน ระยะเวลา 2 ปี	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นวัยกลางคน กรณีศึกษารายที่ 1 มีประวัตินอนไม่ค่อย ไม่ค่อยหลับ เครียด กรณีศึกษารายที่ 2 ดื่มสุราทุกวันซึ่งทั้ง 2 รายมีปัจจัยต่อการ เกิดภาวะ UGIB (Fletcher EH.,2010)
พยาธิสภาพ ของโรคอาการ 5 ครั้ง เจาะ Hct18.2%	ผู้ป่วยมีอาการ 2 ชั่วโมงก่อน มา รพ.ถ่ายเหลวมีเลือดปน	ผู้ป่วยมีอาการ 1 วันก่อน มา รพ. อาเจียนเป็นเลือด 3 ครั้ง มีถ่ายดำเหมือนยาง	จากพยาธิสภาพของ ภาวะเลือดออกในตำแหน่งที่ สูงกว่า
และอาการ	Blood gr. B, NG lavage 1000 ml พบBlood clot 10 ml,BP 93/44 mmHg	มะตอย 1 ครั้ง ทำ PR พบ Yellow fecesandminimal NG lavage1000mlไม่clear	ligament of treitz อาจพบอาเจียนเป็น เป็นเลือดสดหรือดำ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความเหมือนและแตกต่างกันของกรณีศึกษา 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
		BP 96/64 mmHg	คล้ำ(coffee ground) หรือมีภาวะถ่ายดำถ้า เสียเลือดไป 1,000 มล. หัวใจเต้นเร็วจะมีความ ดันโลหิตต่ำ(สมาคมแพทย์

ส่องกล้องทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย.2557)

การรักษา	แพทย์วินิจฉัย UGIB with Hypovolemic shock	แพทย์วินิจฉัย UGIB with Hypovolemic shock	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับ การ resuscitation ด้วย สารน้ำและได้รับยาใน กลุ่ม PPIsกรณีศึกษาที่1 แพทย์พิจารณาให้เลือด แต่ไม่มีBlood group B ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 แพทย์พิจารณาให้ยา thiamine เนื่องจาก ประวัติดื่มสุราซึ่งทั้ง 2 รายไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงจากภาวะ UGIB
	0.9%NSS1000 ml iv loading, On O ₂ canula 3 lit/min, Pantoprazole 80 mg iv stat then 80 mg + 5%D/W 100 ml iv drip 10 ml/hr, Losec 40 mg iv q 12 hr., NG lavarge 1000 ml, PRC unit iv drip 3 hr, Blood group B, Consult แพทย์ GI รพ.ศรีสะเกษ Refer	NG lavarge 1000 ml 0.9%NSS1000ml loading 500 ml in 30 min then 80 cc/hr, Losec 80mg iv stat then 40 mg iv OD, thiamine 100 mg im OD x 3 day, Consult แพทย์GI รพ.ศรีสะเกษ Refe	
ปัญหาทางการ พยาบาล	ได้รับการพยาบาล 3ระยะ ได้แก่การดูแลในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	ได้รับการพยาบาล 3ระยะ ได้แก่การดูแลในระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับ การพยาบาลตั้งแต่การ คัดกรองการชักประวัติ

อภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 แพทย์วินิจฉัยเลือดออก
ในระบบทางเดินอาหารส่วนบนที่มีภาวะช็อก(UGIB with
shock : Upper gastrointestinal bleeding with shock)
จากแผลที่เกิดจากความเครียด ทำให้ผู้รับบริการเสียเลือด
จนเกิดภาวะช็อก นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบ
ทางร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีผลฮิมา
โตคริตต่ำมากผิดปกติ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเข้าถึงบริการ
ล่าช้า ทำให้การพยากรณ์ของโรคเลวลง เมื่อผู้ป่วยได้รับการ
วินิจฉัยและได้รับการรักษา ด้วยการให้ยากลุ่ม PPIs ทำ NG
Lavarge ไม่สามารถหยุดเลือดได้และด้วยด้วยศักยภาพ
ของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางแต่มีแนว
ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดิน
อาหาร ส่งผลให้แพทย์consult case กับแพทย์เฉพาะทาง

ศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร พิจารณาให้ส่งรับการ
รักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษผู้ป่วยได้รับการ
วางแผนจำหน่ายประสานงานส่งต่อได้รับการส่องกล้อง
EGD(Esophagogastroduodenoscopy) ให้สารน้ำ ทาง
หลอดเลือดดำและผลิตภัณฑ์ของเลือดตามแผนการรักษา
จำเป็นต้องได้รับยากลุ่ม PPIs อย่างต่อเนื่อง สังเกตภาวะ
พร่องออกซิเจน ภาวะไหลเวียนโลหิต ความไม่สมดุล
ของเกลือแร่ น้ำเกิน ฝ้าระวีภาวะ Hypovolemic shock
การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกายและการฟื้นฟู
สภาพร่างกาย การพยาบาลที่ได้รับ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ
คือ ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องและระยะจำหน่าย มีการ
ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
แนะนำการรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งเสริมการดูแลตนเอง
ได้อย่างถูกต้อง แนะนำช่องทางขอความช่วยเหลือ เมื่อ
มีเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์หมายเลข 1669 หรืออาศัย

ความร่วมมือจากชุมชนโดยเฉพาะการมี caregiver ที่อยู่บ้านใกล้เคียง หรือสม.ช่วยเป็นพี่เลี้ยงในเรื่องการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นและเข้ารับการรักษาล่าช้า จนทำให้มีภาวะช็อก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูงจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุราเมื่อมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับการประเมิน การวินิจฉัย และการให้การรักษายาบาลอย่างรวดเร็วโดยการให้ยากลุ่ม PPIs ทำ NG Lavage ไม่สามารถหยุดเลือดได้ และด้วยด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางแต่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้แพทย์ consult case กับแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบทางเดินอาหาร พิจารณาให้ส่งรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายประสานงานส่งต่อได้รับการส่องกล้อง EGD (Esophagogastroduodenoscopy) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาจำเป็น ต้องได้รับยากลุ่ม PPIs อย่างต่อเนื่อง สังเกตภาวะไหลเวียนโลหิต ความไม่สมดุลของเกลือแร่ น้ำเกิน เฝ้ารอภาวะ Hypovolemic shock สามารถแก้ไขภาวะวิกฤติ รวมถึงการเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำจนผู้ป่วยปลอดภัย การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยเป็นค่อนข้างหนัก ผู้ป่วยและญาติไม่คาดคิดว่าอาการเจ็บป่วยจะรุนแรงจนเข้าสู่ภาวะวิกฤติของชีวิต จึงมีความเครียดและวิตกกังวลสูง การรักษาที่เน้นการตอบสนองปัญหาทางด้านร่างกายจึงไม่เพียงพอ ต้องให้การพยาบาลเพื่อประคับประคองจิตใจร่วมกับการให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยผู้ป่วยรายนี้ได้ดื่มสุราทุกวันต่อเนื่อง จึงให้ความรู้และโทษของการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิดรวมทั้ง ขา กาแฟ ให้กับผู้ป่วยและญาติเพื่อเป็นการปรับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยที่อาจทำให้เกิดเลือดออกซ้ำ

ในระบบทางเดินอาหารได้ จะเห็นได้ว่ายาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่าย ต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกระยะ เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วตามปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที จนผู้ป่วยปลอดภัยและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล เพื่อลดโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนบน การดูแลรักษาพยาบาลที่สำคัญ คือ การตรวจสัญญาณชีพชีพจร และความดันโลหิต ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงเป็นระยะๆ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลการให้ออกซิเจนในผู้ป่วยช็อกเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก พยาบาลต้องสามารถประเมินและดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่แรกรับเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วย การดูแลเบื้องต้นจากโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมรวมถึงการประสานส่งต่อที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะสามารถให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นการได้รับการรักษาใน หน่วยวิกฤต ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจที่มีความพร้อม และทันสมัย มีบุคลากรที่เชี่ยวชาญผ่านการอบรมเฉพาะทาง ทำให้สามารถรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม ทันต่อภาวะการณ์เจ็บป่วย ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญคือ การให้ความรู้กับผู้ดูแลเรื่องการใช้จ่ายประจำตัว โทษของการดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ทุกชนิดโดยเฉพาะสุราที่มีฤทธิ์เป็นกรดสูง การสังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

เฉลิมศรี แสงจันทร์.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก. เข้าถึงได้จาก<https://atgh.moph.go.th/sites/>.

- นภชนก รักษาเคน.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด. เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/219409/151879> 14 มกราคม 2567.
- พันธุ์ภทร จักรพันธุ์.(2567). เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาแพทย์ ปีที่ 4. เข้าถึงได้จาก <https://elearning.cmu.ac.th/pluginfile.php/187037/course/summary/Glbleed.pdf> 14 มกราคม 2567.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2562). การปฏิบัติการพยาบาลทางอายุรกรรม. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณจุณธ์ สมาร์ท โคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย.(2557). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต] .2557. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://thaitage.org/source/content-file/content-file-id-6.pdf>.
- อนงค์ คำบุตร.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อคจากการเสียเลือด. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/196387/136525> 14 มกราคม 2567.
- อรพรรณ บุญลือ, เขมรดี มาสิงบุญ, วัลภา คุณทรงเกียรติ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2562; 30(1): 125-126.
- Candid Villanueva, Alan Colomo, Alba Bosch, Mar Concepcion, Virginia Hernandez-Gea, Carles Aracil, et.al.(2013). **Transfusion Strategies for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding.** The New England Journal of Medicine, 368, 11-21.
- Fletcher EH., Johnston DE., Fisher CR.,Koerner RJ., Newton JL., Gray CS. **Systematic review: Helicobacter pylori and the risk of upper gastrointestinal bleeding risk in patients taking.**
- Thad Wilkins., Naiman Khan., Akash Nabh., & Robert R. Schade.(2012). **Diagnosis and management of upper gastrointestinal bleeding.** American Family Physician, 85(5) 469-476.
- Valkhoff VE, Sturkenboom MC.(2012). **Risk factors for gastrointestinal bleeding associated with low-dose aspirin.** Best Practice and Research Clinical Gastroenterology; 25(3): 125-140.
- Zhang, C., Ciu, M., Xing, J., Shi, Y., & Su, X.(2014). **Massive gastrointestinal bleeding caused by a giant gastric inflammatory fibroid polyp: A case report.** International journal of Surgery Case Report, 571-5712.
- Zhang, C., Ciu, M., Xing, J., Shi, Y., & Su, X.(2014). **Massive gastrointestinal bleeding caused by a giant gastric inflammatory fibroid polyp: A case report.** International journal of Surgery Case Report, 571-57.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

ทิวาพร เกษสร, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Preeclampsia with severe feature) เป็นภาวะที่พบในหญิงตั้งครรภ์เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เกิดหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ โดยความดันโลหิตที่สูงกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตห่างกัน 2 ครั้ง อย่างน้อย 4 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ซึ่งอาจมีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น และสามารถทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ ไตหรือตับทำงานผิดปกติ การชัก หรืออาจถึงขั้นคุณแม่และทารกเสียชีวิตได้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง 2 ราย เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ญาติและการสังเกตการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบาก พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงการรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รายที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 39 ปี มารดา G4P2A1L2 last child 3 ปี LMP เมื่อวันที่ 27 เมษายน 2565 , EDC 1 กุมภาพันธ์ 2566, GA 38 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอด ไม่มีน้ำเดิน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แกร็บวัดสัญญาณชีพ HR 100 /min , RR 20 /min , BP 174/105 mm.Hg ,Pain Scor 7 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ได้รับการวินิจฉัย Preeclampsia with feature รายที่ 2 หญิงตั้งครรภ์ อายุ 31 ปี มารดา G3P1A1L1 last child 2 ปี LMP 24 พฤษภาคม 2565 , EDC 28 กุมภาพันธ์ 2566 GA 35+6 สัปดาห์ มาด้วยตรวจครรภ์ตามปกติ พบว่า BP 158/105 mm.Hg , วัด BP ครั้งที่ 2 164/111 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ได้รับการวินิจฉัย Preeclampsia with feature

สรุปผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและค้นหาปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่แรก ตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จนกระทั่งการคลอด ประเมินสัญญาณชีพเมื่อมาตรวจครรภ์ มารับการคลอดและหลังคลอด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในเรื่องการดูแลสังเกตอาการครรภ์เป็นพิษ มาตรวจครรภ์ตามนัด สังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มือเท้าบวม นำไปปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากครรภ์เป็นพิษที่รุนแรงได้

คำสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ความดันโลหิตสูง, ภาวะครรภ์เป็นพิษ, การพยาบาล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: tiwaporn2567@gmail.com

Nursing care for pregnant women with severe pre-eclampsia: a Comparative case study of two cases

Thiwaporn Kasetorn, B.N.S.¹

Abstract

Preeclampsia, with its severe features, is a condition found in pregnant women. Caused by high blood pressure from pregnancy It occurs after 20 weeks of pregnancy with blood pressure higher than 160/110 mmHg. measuring blood pressure 2 times at least 4 hours apart, along with headaches, blurred vision, pain, or tightness under the epigastrium. There is a danger of more complications, and it can cause abnormal bleeding, kidney or liver dysfunction, seizures, or even the death of a mother and baby. This study was aimed at pregnant women with preeclampsia.

This result found that case 1, pregnant woman, age 39 years, mother G4P2A1L2, last child 3 years, LMP 27 April 2022, EDC February 1, 2023 GA 38 weeks, came with labor pains, no water, 1 hour before coming to the hospital. First, vital signs were measured: HR 100 /min, RR 20 /min, BP 174/105 mm.Hg, Pain Scor 7 points, no headache. no blurred vision Diagnosed Preeclampsia with feature; case 2, pregnant woman, age 31 years, mother G3P1A1L1 last child 2 years, LMP 24 May 2022, EDC February 28, 2023 GA 35+6 weeks came with a normal pregnancy test, found BP 158/105 mm.Hg, 2nd BP measurement 164/111, no headache. no blurred vision diagnosed preeclampsia with a feature.

Conclusion: This study shows that nurses play an important role. To assess and find patient problems from the beginning of pregnancy, to monitor for complications during pregnancy. until birth Evaluate vital signs when coming for a pregnancy test. patients came for birth and postpartum, and as a result, they received prompt and timely medical treatment. To keep patients safe It also encourages pregnant women to learn about caring for and observing the symptoms of pre-eclampsia. Come for a pregnancy check as per the appointment. Observe headaches, blurred vision, and swollen hands and feet. Can be used to monitor for complications from severe preeclampsia.

Keywords: pregnant women, high blood pressure, pre-eclampsia, nursing

¹Registered Nurse Professional Level, Kantraluk Hospital, Sisaket Province, E-mail: tiwaporn2567@gmail.com

บทนำ

ภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของความดันเลือดสูงขณะตั้งครรภ์ซึ่งถือว่ามีความรุนแรงมากและทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตทั้งกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ preeclampsia เป็นภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ที่ทำให้คุณแม่มีความดันโลหิตสูงผิดปกติ และส่งผลต่อเนื่องให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายทำงานผิดปกติ ความผิดปกติที่พบได้บ่อยและมักพบเป็นอย่างแรกคือการตรวจพบไข่ขาวรั่วออกมาในปัสสาวะ (proteinuria) และครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงมาก (preeclampsia with severe features) จะมีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น และสามารถทำให้เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ, ไตหรือตับทำงานผิดปกติ, การชัก หรืออาจถึงขั้นคุณแม่และทารกเสียชีวิตได้ ซึ่งมักจะเกิดหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ โดยความดันโลหิตที่สูงกว่า 160/110 มิลลิเมตรปรอทจากการวัดความดันโลหิตห่างกัน 2 ครั้ง อย่างน้อย 4 ชั่วโมง ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เจ็บหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ร่วมด้วย

จากสถิติการตั้งครรภ์ทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ร้อยละ 5-10 และเป็นอันดับสาม ของมารดาเสียชีวิตรองจากภาวะตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) จากสถิติการคลอดของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างปี 2564-2566 มีการคลอดทั้งสิ้น 1944 ราย พบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 24 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.3 โดยเป็นครรภ์เป็นพิษระดับไม่รุนแรง (Non severe preeclampsia) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.7 ภาวะ severe preeclampsia จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 89

อย่างไรก็ตามภาวะความดันโลหิตสูงทำให้เกิดอันตรายต่อมารดาและทารกในครรภ์แต่จะสามารถลดความรุนแรงลงได้ด้วยการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ให้การรักษาได้ทันที จากการประเมินและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอาการต่างๆ เช่น การสังเกตอาการ

ผิดปกติ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาการนำก่อนชัก อาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาป้องกันการชัก และยาลดความดันโลหิต ตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการประเมินซ้ำ รายงาน

แพทย์ได้ทันเวลาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ, 2558; ปัญญาสนั่นพานิชกุล, 2558) ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงต้องมีความรู้เรื่องเรื่อง การวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่มีความเสี่ยงสูง มีทักษะความชำนาญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลตามความเร่งด่วน อย่างถูกต้องและเหมาะสมทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดตามปัญหาที่พบโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตทั้งมารดาและทารก

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาภาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (Preeclampsia with feature) ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยคลอด โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาศึกษา มกราคม-กุมภาพันธ์ 2567

พยาธิสรีรวิทยาของโรค

preeclampsia with severe features

สาเหตุของการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงยังไม่ทราบแน่นอน แต่ลักษณะทางคลินิกโดยรวมการทำงานของเซลล์ผนังหลอดเลือดผิดปกติ (Endothelial Dysfunction) หรือการเกิดหลอดเลือดฝอย (Microangiopathy) ของหลอดเลือดที่เกิดขึ้นทั่ว

ร่างกาย ทำให้กระบวนการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่รก เสียไป เลือดไปเลี้ยงรกไม่พอเกิดภาวะรกขาดเลือด การทำงานของเซลล์บุผนังหลอดเลือดผิดปกติหรือเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดฝอยทั่วร่างกาย เกิดเลือดจับกลุ่มกันส่งผลต่ออวัยวะต่างๆ ทำให้สมองบวม ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว วิงเวียน ไข้ ไอ ชัก และ โคมาได้ เลือดไปเลี้ยงรกไม่พอ ทำให้ทารกเติบโตช้า น้ำคร่ำน้อย หรือรกลอกตัวก่อนกำหนด เกิดภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดแดงมีภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือดแบบแพร่กระจาย (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC) หลอดเลือดหดเกร็งทำให้ความดันโลหิตสูง น้ำรั่วออกนอกหลอดเลือด ทำให้เกิดอาการบวมตามมา เอนไซม์ตับเพิ่มขึ้น จุกแน่นหน้าอกหรือได้หายใจลำบาก เลือดออกได้ แคปซูลต่ำเกิดภาวะตับแตก ส่งผลที่ไตทำให้เกิดโปรตีนรั่ว ปัสสาวะออกน้อย ระดับซีรัมครีเอตินิน (Creatinine ในเลือดสูงขึ้น และเกิดภาวะน้ำคั่งที่ปอด เป็นต้น (ศิริระ ทองสง. 2555: ดวงสิทธิ์ วัฒนาร. 2553)

สาเหตุของ preeclampsia with severe features

เกิดจากรกฝังตัวเข้าไปในผนังมดลูกไม่ลึกพอ ทั้งรกและทารกในครรภ์อาจไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอระหว่างการตั้งครรภ์ กลายเป็นปัญหาหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ซึ่งเป็นช่วงที่ทารกในครรภ์มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว หลอดเลือดทั่วร่างกายของหญิงตั้งครรภ์ เช่น หลอดเลือดบริเวณสมอง ตับ และ ไตอาจได้รับความเสียหายจากภาวะที่รกและทารกในครรภ์ไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารอย่างเพียงพอ นำไปสู่อาการต่างๆของภาวะครรภ์เป็นพิษ ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดถึงกลไกของภาวะครรภ์เป็นพิษ

อาการและอาการแสดง

ภาวะครรภ์เป็นพิษ มักไม่แสดงอาการใดหากไม่รุนแรง โดยหญิงตั้งครรภ์อาจมีความดันโลหิตสูงไม่มาก และพบโปรตีนในปัสสาวะเพียงเล็กน้อย ดังนั้นจึงควรพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อตรวจวัดความดันโลหิต

โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหลังตั้งครรภ์ครบ 20 สัปดาห์ขึ้นไป ปวดหัวรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ปวดบริเวณตรงกลางหรือขวาบนของท้อง คล้ายกับอาการจากโรคกรดไหลย้อน ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน เห็นเส้นหยักหรือแสงไฟวับ เริ่มมีจุดบอดหรือสูญเสียการมองเห็น เมื่อมีสัญญาณหรืออาการแสดงข้างต้นควรปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและป้องกันไม่ให้อาการลุกลาม

การวินิจฉัย

หญิงมีครรภ์อาจตรวจพบภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรงหากมีสัญญาณหรืออาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

สัญญาณของภาวะครรภ์เป็นพิษอย่างรุนแรง ตรวจพบ ความดันโลหิต $\geq 160/110$ มิลลิเมตรปรอท มากกว่าหนึ่งครั้ง ผู้หญิงที่มีความดันโลหิตระดับนี้จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับเกล็ดเลือด $< 100,000$ /มล ค่าไตและตับผิดปกติ มีภาวะน้ำท่วมปอด มีอาการชัก

แนวทางการรักษา

กรณีที่สตรีตั้งครรภ์มีภาวะครรภ์เป็นพิษแต่ยังไม่มีอาการหรืออาการแสดงของ preeclampsia with severe features สามารถให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยติดตามสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด ซึ่งหลักการสำคัญคือค้นหาว่ามี severe features หรือไม่ ทารกในครรภ์ยังสุขภาพแข็งแรงและเจริญเติบโตได้ตามสมควรหรือไม่ โดยควรมีการวัดความดันเลือดทุกวัน ตรวจเลือดและปัสสาวะสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยวิธี non stress test (NST) สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งตามสมควร และถ้าอาการโดยรวมคงที่พิจารณาชักนำให้คลอดเมื่ออายุครรภ์ครบกำหนด 37 สัปดาห์ แต่ถ้าสตรีตั้งครรภ์มีภาวะ eclampsia หรือ preeclampsia with severe features ควรให้การรักษาทันทีโดยเฉพาะการยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่าอายุครรภ์ยังไม่ครบกำหนด ซึ่งหลักการรักษาทั้งสองภาวะนี้มีความคล้ายคลึงกัน ดังนี้

1. การดูแลรักษาเฉพาะหน้าเบื้องต้น (first aid treatment) โดยเฉพาะกรณี eclampsia ที่สตรีตั้งครรภ์กำลังมีอาการชัก โดยดูแลเรื่องการหายใจเพื่อป้องกันการสำลัก ด้วยการให้สตรีตั้งครรภ์นอนตะแคงซ้าย และพยายามเคลียร์สารคัดหลั่งที่อยู่ในปาก ซึ่งวิธีการอาจใช้ oral airway ใส่ปากสตรีตั้งครรภ์ หรือใช้ไม้กดลิ้นป้องกันไม่ให้สตรีตั้งครรภ์กัดลิ้นตนเอง รวมถึงการให้ออกซิเจน และพยายามเปิดเส้นเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือด

2. Stabilization ด้วยการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะชักในกรณี severe preeclampsia และป้องกันภาวะชักซ้ำใน eclampsia รวมถึงการควบคุมระดับความดันเลือด โดยหลักการสำคัญคือ

2.1 ให้ยา แมกนีเซียม ซัลเฟต โดยการให้ช่วงแรก (loading dose) มีวิธีบริหารยาโดยการฉีดทาง

หลอดเลือดดำวิธีเดียว แต่การให้ต่อเนื่อง (maintenance dose) สามารถทำได้ทั้งการฉีดเข้ากล้ามเนื้อและการให้ยาทางหลอดเลือด ซึ่งโดยทั่วไปนิยมการให้ยาทางหลอดเลือดดำมากกว่า แต่การให้ด้วยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจเป็นประโยชน์ในกรณีโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องการส่งต่อผู้ป่วยมาในโรงพยาบาลที่ใหญ่กว่า และระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยในรถ ไม่มีเครื่องมือที่สามารถควบคุมปริมาณการหยดของยาเข้าทางหลอดเลือดได้ ซึ่งในกรณีนี้ การให้ยาโดยวิธีฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจมีความปลอดภัยกว่า

ผลการศึกษา

จากการศึกษาในผู้ป่วย จำนวน 2 ราย โดยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	รายที่ 1	รายที่ 2
ข้อมูลทั่วไป	หญิงไทยคู่ อายุ 39 ปี สถานภาพคู่	หญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี สถานภาพคู่
อาชีพ	รับราชการ	รับจ้าง
การศึกษา	ปริญญาตรี	มัธยมศึกษาปีที่ 3
ที่อยู่ปัจจุบัน	ต.หนองหญ้าลาด อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ	ต.เสาชิงชัย อ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ
ประจำเดือนวันแรกของครั้งสุดท้าย	27 เมษายน 2565	24 พฤษภาคม 2565
คะเนวันกำหนดคลอด	1 กุมภาพันธ์ 2566	28 กุมภาพันธ์ 2566
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล	22 มกราคม 2566	30 มกราคม 2566
วันที่คลอด	22 มกราคม 2566	30 มกราคม 2566
วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	25 มกราคม 2566	4 กุมภาพันธ์ 2566
การวินิจฉัยโรค	Pre-eclampsia with severe feature	Severe Pre-eclampsia with severe feature
อาการสำคัญ	มารดา G4P2A1L2 GA 38+4 wks. 1 day เจ็บครรภ์คลอดก่อนมา 1 ชม.แรก รับ วัดสัญญาณชีพ พบ BP สูง 176/99 มิลลิเมตรปรอท วัดครั้งที่ 2 174/105	มารดา G3P1A1L1 GA 35+6 wks. 1 day มาพบครรภ์คุณภาพ พบ BP สูงวัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอทวัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มี
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและประวัติการตั้งครรภ์ครั้งนี้	ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว	อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว

	ประวัติการตั้งครรภ์ G4P2A1L2 Last child อายุ 3 ปี คลอดปกติ ที่ร.พ. กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 2,800 กรัม LMP 27 เมษายน 2565 EDC 1 กุมภาพันธ์ 2566 by LMP ฝากครรภ์โรงพยาบาล กันทรลักษ์ 15 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก 2 ครั้ง วันนี้ เจ็บครรภ์ คลอดก่อนมา 1 ชม. แรกรับ มารดา ตรวจพบภาวะ severe Pre – eclampsia วัดสัญญาณชีพ พบ BP สูง 176/99	ประวัติการตั้งครรภ์ G3P1A1L1 Last child อายุ 5 ปี ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องปี 2561 เพราะปากมดลูกไม่เปิดเต็มที่ ร.พ.กันทรลักษ์ จ.ศรีสะเกษ เพศหญิง น้ำหนักแรกเกิด 3,100 กรัม LMP 24 พฤษภาคม 2565 EDC 28 กุมภาพันธ์ 2566 by LMP ฝากครรภ์โรงพยาบาลกันทรลักษ์ 11 ครั้ง ได้รับวัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก 2 ครั้ง มารดาตรวจพบภาวะ Pre – eclampsia เมื่ออายุครรภ์ 35 + สัปดาห์ BP 158/105-164/111
ข้อมูลทั่วไป	รายที่ 1	รายที่ 2
สัญญาณชีพ	มิลลิเมตรปรอท วัดครั้งที่ 2 174/105 mmHg ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ผลการตรวจUrine Albumin = Negative,Urine sugar = Negative ,U/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 21 สดุดีแพทย์ให้นอนพักในโรงพยาบาลเพื่อยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีภาวะ Pre-eclampsia with severe feature	มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ผลการตรวจUrine Albumin 3+ ,Urine sugar = negative วันนี้มาตรวจครรภ์ คุณภาพพบ BP สูง วัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอท วัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว U/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 29.1 สดุดีแพทย์ให้นอนพักในโรงพยาบาลเพื่อยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากมีภาวะ severe Pre-eclampsia with severe feature
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	BT 37.1 องศาเซลเซียส ,HR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที oxygen sat 99 %	BT 36.5 องศาเซลเซียส ,HR 90 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที oxygen sat 99 %
ของมารดา	Abortion ในครรภ์แรก	Abortion ในครรภ์แรก
โรคประจำตัว	ปฏีเสธ	ปฏีเสธ
ประวัติการแพ้ยาและสารเสพติดต่างๆของมารดา	ปฏีเสธสารเสพติด แพ้ยา Ibufen	Abortion ในครรภ์แรก
อาการแรกรับ	แรกรับ ณ หอผู้ป่วยคลอด เวลา 21.00 นาฬิกา มารดา รู้สีกตัวดี มารดา G4P2A1L1 ,GA 38+4 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมา 1 ชั่วโมง	แรกรับ ณ หอผู้ป่วยคลอด เวลา 14.00 นาฬิกา มารดา รู้สีกตัวดี มารดา G3P1A1L1 ,GA

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศา, อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 176/94 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 1+ และ urine Sugar = Negative PV = cervix dilate 3 cm. ,eff 80 % ,st -2 ,MI ,HF 34 cm. ,EFW 3400 gm. Vertex 142 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema ,จับ uterine contraction 2 นาที ,Duration 45 นาที ,notify ตรวจเย็บมดลูก ผู้ป่วย ได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที Obs ต่อ	35+6 สัปดาห์ มาพบครรภ์คุณภาพ พบ BP สูง วัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอท วัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศา ,อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/98 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 3+ และ urine Sugar = Negative/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 29.1, HF 30 cm. ,EFW 2799 gm. Vertex 140 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema , ตรวจเย็บมดลูก ผู้ป่วยได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที Obs ต่อ
---	--

ตาราง 2 การศึกษาเปรียบเทียบการศึกษากายาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง (Pre-eclampsia with feature)

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
1.ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงขณะตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี case นี้ อายุ 39 ปี ครรภ์ที่ 4 ตรวจพบว่า ความดันโลหิตสูง 176/99 mmHg ตรวจปัสสาวะ Albumin +1 ,Sugar negative อาการไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ขาบวมทั้งสองข้างกดบวม 2+ ,DTRS 2 รูปร่างอ้วน สูง 156 cm. BW 66 kg ,BMI 27.12 พยาธิสภาพใน case นี้เป็นความดันโลหิตชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia)	หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี case นี้ อายุ 31 ปี ครรภ์ที่ 3 ตรวจพบว่า ความดันโลหิตสูง 164/111 mmHg ตรวจปัสสาวะ Albumin +3 ,Sugar negative อาการไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการตาพร่ามัว ไม่มีขาบวมทั้งสอง ,DTRS 2 รูปร่างอ้วน สูง 160 cm. BW 70 kg. ,BMI 27.34 พยาธิสภาพใน case นี้เป็นความดันโลหิตชนิดรุนแรง (Severe pre-eclampsia) โปรตีนในปัสสาวะ 3+ ,urine creatinine = 29.1 อาการ	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้จากการวิเคราะห์หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์จากการตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี มีรูปร่างอ้วนและมี การตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้ง แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้รวดเร็ว กรณี case ศึกษาที่มีความรุนแรงที่คล้ายกันทั้ง อาการแสดงของโรคด้วยแตกต่างกันที่ หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ไม่มี
2.พยาธิสภาพอาการ			

และอาการแสดง	โปรตีนในปัสสาวะ 1+ ,urine creatinine = 21และมีบวมร่วมด้วย อาการและอาการแสดง ไม่มีอาการปวดศีรษะ มีขาบวมทั้งสองข้าง ความดันโลหิตสูง 176/99 mmHg	และอาการแสดงไม่มีมีอาการปวดศีรษะ ไม่มีขาบวมทั้งสองข้าง ความดันโลหิตสูง 160/110mmHg	อาการบวม แต่ตรวจพบความดันโลหิตสูง สามารถแก้ไขปัญหาลดเร็ว
3.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติและการตรวจพิเศษ	วันที่ 22 มกราคม 2566 urine Protein +1 ค่าผิดปกติ แต่ค่า urine albumin negative ,Total Protein 26.9 g/dl, Albumin 3.4 g/dl, ALP 177 U/L ,Platelet count 237,000 cell/cu.mm. urine creatinine = 21	วันที่ 30 มกราคม 2566 urine Protein +3 ค่าผิดปกติ แต่ค่า urine albumin negative ,Total Protein 132.3 g/dl, Albumin 3.3 g/dl, ALP 242 U/L ,Platelet count 267,000 cell/cu.mm. uric acid =11.5 urine creatinine = 29.1 ,creatinine 1.6	ผลการตรวจว่า ทั้ง 2 case พบไข้ขาวในปัสสาวะ เคสที่ 1 = 1+ case ที่ 2 = +3 และ case ที่ 2 uric acid =11.5 urine creatinine = 29.1 ,creatinine 1.6 พบว่าเป็น sing ของภาวะครรภ์เป็นพิษที่รุนแรง
4.การรักษาภาวะ Preeclampsia with severe feature	รายงานแพทย์มี order ให้ *Loading : dilute 50% MgSo4 4 g. ผสมใน 5% D/W 50 ml IV on Infusion pump 200 ml/hr. *Maintenance IV infusion 1-2 gm/hr. *50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. On 5% D/N/2 iv 80 cc/hr *Retain Foly catheter Observe urine ทุก 1 ชั่วโมง if< 30 ml in 1 hr. ,G/M PRC 2 u ,	รายงานแพทย์มี order ให้ *Loading : dilute 50% MgSo4 4 g. ผสมใน 5% D/W 50 ml IV on Infusion pump 200 ml/hr. *Maintenance IV infusion 1-2 gm/hr. *50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. On Acetar iv 100 cc/hr *Retain Foly catheter Observe urine ทุก 1 ชั่วโมง if < 30 ml in 1 hr. ,G/M PRC 2 u	กรณี case ศึกษาได้รับการรักษาด้วย drip MgSo4 และได้รับการคลอทดที่แตกต่างกัน case ที่ 1 มาด้วยเจ็บครรภ์คลอด ได้รับการคลอด ND case ที่ 2ได้รับการผ่าตัดคลอด ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก ไม่เกิดอาการชัก และไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้ว นำไปสู่การพยาบาล
4.การรักษาภาวะ Preeclampsia with severe feature	ข้อบ่งชี้ PIH reflex,urine out put <100 ml/4 hr. และแพทย์เฉพาะทางสูติ-นรี เวชพิจารณาส่งผู้ป่วยไปที่ห้อง รอกคลอด ทารกคลอด ND with old tear เวลา 22.59 นาฬิกา	ข้อบ่งชี้ PIH reflex,urine out put <100 ml/4 hr. และ แพทย์เฉพาะ ทางสูติ-นรีเวช พิจารณาผ่าตัดคลอดทางหน้า ท้อง ทารกคลอด ND with old tear เวลา 15.04 นาฬิกา	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
1.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิด อาการชักเนื่องจากมีความ ดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ชนิดรุนแรง	1. ประเมินอาการและอาการแสดง ที่ชักนำก่อน การเกิดการชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่า มัว เจ็บใต้ลิ้นปี่ หรือบริเวณชายโครงขวา เพื่อจะ ได้เตรียมการช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายมีภาวะความ ดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 รายได้รับ 50% MgSo4 4 g. ผสมใน 5% D/W 50 ml IV on Infusion
วัตถุประสงค์ทางการ พยาบาล ไม่เกิดภาวะชัก	2. ดูแลให้ยาป้องกันการชัก 50% MgSO4 (2 มิลลิลิตร) 4 กรัม (2 ampuls) ผสมใน 5%D/W 50 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ให้ใน 4 ชั่วโมง และ 50% MgSO4 (2 มิลลิลิตร) 10 กรัม (10 ampuls) ผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตาม แผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO4 ประเมินอาการผิดปกติจากการได้รับยา ดังนี้ อัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ปัสสาวะ ออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง Deep tendon reflex ลดลงหรือ ไม่มีความดันโลหิต Diastolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ถ้ามี อาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทราบเพื่อจะได้ ให้การรักษาได้อย่างทันทั่วทั้งที่	pump 200 ml/hr. *Maintenance IV infusion 1-2 gm/hr. *50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. เหมือนกัน และไม่มี อาการนำของภาวะชัก ไม่มีอาการ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หลังคลอด DTR 2-3 + หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 ได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. 24 ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 ได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr. จนครบ 48 ชั่วโมง ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน
	3. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน อาการและอาการแสดงเป็นระยะ ๆ	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
2. มีโอกาสอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก HELLP syndrome เนื่องจากผลเลือดผิดปกติ	5. ตรวจสอบบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย ซึ่งมีสายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อประเมินการทำงานของไต ถ้าพบปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย ตรวจปฏิบัติการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) 2+ มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หรือมึนงง ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ตั้งครรภ์รายที่ 1 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/82-52/84 มิลลิเมตร สีสัสสาวะเป็นสีเหลืองใส ออกประมาณ 150 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะความรุนแรงของ HELLP syndrome	1. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง 2. การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ต้องระมัดระวังกล้ามเนื้อบวมซ้ำ สังเกตการแข็งตัวของเลือดด้วย ควรใช้แรงกดบริเวณฉีดยา เพื่อช่วยลดการแตกของเม็ดเลือดแดง หรือเลือดไหลไม่หยุด เมื่อพบว่ามีอาการรุนแรงขึ้น ต้องงดฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อให้เปลี่ยนเป็นฉีดเข้าเส้นเลือด 3. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึก อาการเลือดออกตามไรฟัน หรือจุดต่างๆ ของร่างกาย หรือปัสสาวะเป็นสีโค้ก ควรรีบรายงานแพทย์ทันที	ตั้งครรภ์รายที่ 2 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7-37.4 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที, ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/82-52/84 มิลลิเมตร สีสัสสาวะเป็นสีเหลืองใส ออกประมาณ 160 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO4 (MgSO4 toxicity)	1. อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้ จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะได้รับยา 2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 10 % MgSO4 5 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดซ้ำๆ ภายใน 15 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO4 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 1,000	หญิงตั้งครรภ์ทั้ง 2 ราย หลังได้รับยา MgSO4 30 นาที ตรวจปฏิบัติการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) 2-3+ หญิงตั้งครรภ์รายที่ 1 อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมง หลังจากได้รับยา
วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล มารดาปลอดภัย ไม่เกิดอาการไม่		

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄	มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และให้ต่อเนื่องที่ตึกหลังคลอดโดยให้ 50%MgSO₄ 20 กรัมผสมใน 5%D/W 1,000 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำควบคุมการหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug 3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้ 3.1 ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์ 3.2 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมง ออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตร รายงานแพทย์ 3.3 ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางและกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และเนื่องจาก MgSO₄ เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือดโอกาสเกิด MgSO₄ toxicity จะเพิ่มมากขึ้น 4. สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อน วูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตสูง การหายใจช้า ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลงต้องรีบรายงานแพทย์ทราบ	ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนอง เฉียบพลันของเอ็นลิก(DTR) 2+ อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 150 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หญิงตั้งครรภ์รายที่ 2 อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และเมื่อสังเกตอาการครบ 1 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา ตรวจปฏิกิริยาการตอบสนอง เฉียบพลันของเอ็นลิก(DTR) 2+ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 160 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
4. มารดามีโอกาสตกเลือด ขณะผ่าตัดคลอด และหลัง ผ่าตัด	1. กระตุ้นการหดตัวของมดลูกโดยให้ Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5% D/N/2 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าหลอดเลือดดำใน อัตรา 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง	มารดารายที่ 2 สูญเสียเลือดระหว่าง ผ่าตัด 500 มิลลิลิตร หลังคลอดมารดา มีเลือด ออกเพิ่มประมาณ 50 มิลลิลิตร และมี
วัตถุประสงค์ทางการ พยาบาล เพื่อป้องกันการ ตกเลือดหลังคลอด	2. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมงจนอาการ คงที่ เพื่อเฝ้าระวังอาการแสดงของภาวะตก เลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ	ก่อนเลือดออกมาประมาณ 20 มิลลิลิตร วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9-37 องศาเซลเซียส, อัตราการ หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที, ชีพจร 78- 90 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/72- 160/110 มิลลิเมตรปรอท
	3. ใส่สายสวนปัสสาวะค้ำก่อนไปห้องผ่าตัด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะเต็ม เนื่องจากจะ ขัดขวางการหดตัวของมดลูก ตรวจสอบ การหัก งอ พับของสายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ ปัสสาวะไหลสะดวก	มารดารู้สึกตัวดี มดลูกหดตัวดี ไม่มี เลือดออกทางช่องคลอดเพิ่ม
	4. ถ้าเลือดยังออกมาก มีการเปลี่ยนแปลง ของสัญญาณชีพ อาการ อาการแสดง ที่บ่ง บอกอาการตกเลือดที่เลวลง รายงานแพทย์ ทันที	
5. มารดาเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะช็อกเนื่องจากการ สูญเสียเลือด	1. ประเมินสัญญาณชีพตามแนวทางการดูแล ทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการ คงที่ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงของภาวะตกเลือด เช่น หน้าซีด เพลีย ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความ ดันโลหิตต่ำ	มารดารายที่ 2 หลังคลอดมารดาไม่ เกิดภาวะช็อกผล Hct หลังเลือดหมด ได้เท่ากับ 32 เปอร์เซ็นต์ มารดามีสี หน้าสดชื่นขึ้น รู้สึกตัวดีถาม-ตอบรู้ เรื่อง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37 องศาเซลเซียส, อัตราการ หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที, ชีพจร 78- 90 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/72- 160/110 มิลลิเมตรปรอท
วัตถุประสงค์ทางการ พยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ เกิดภาวะช็อก	2. ดูแลให้ได้รับยา Nalador 500 ไมโครกรัม/ เดซิลิตร ผสมใน 0.9% NSS 500 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ และยา Cytotec 5 เม็ด หนีบทาทางทวารหนัก ในห้องผ่าตัด	แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย มดลูก หดตัวดี
	3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำเข้าสู่ร่างกายตาม แผนการรักษาของแพทย์	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์

ประเด็นเปรียบเทียบ	กิจกรรมทางการพยาบาล	การประเมินผลลัพธ์
	4. ดูแลเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC เพื่อดูผล Hct ตามแผนการรักษาของแพทย์	
	5. ดูแลให้ได้รับเลือด PRC 2 ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์	
	6. ติดตามผล Hct หลังเลือดหมด 2 ยูนิต ในเวลา 2 ชั่วโมง	
	7. ตรวจสอบระดับยอตมดลูกเพื่อประเมินการหดตัวของมดลูก สังเกตและบันทึกเลือดซึมผ้าปิดแผล	
	8. สังเกตสีและปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 30 นาที ในช่วงชั่วโมงแรกทุก 2 ชั่วโมง จนครบ 8 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง	
	9. รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการดังนี้ชีพจรเบาเร็วกว่า 100 หรือน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน มีอาการของเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก มดลูกหดตัวไม่ดี ปริมาณเลือดซึมผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืนต่อ 1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ผืนใน 4 ชั่วโมง	

การวางแผนจำหน่าย

1. แนะนำอาหารที่มีคุณค่าและปริมาณสูงกว่าในระยะตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และผลิตน้ำนมให้เพียงพอ เช่นเนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นมสด ผักผลไม้ทุกชนิด น้ำควรถ่ม 8-10 แก้วต่อวัน ควรงดอาหารรสจัด ของหมักดอง ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ไม่ซื้อยารับประทานเองเพราะผ่านทางน้ำนมได้

2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Lochia) หรือน้ำคาวปลาสังเกต สี จำนวน และสิ่งผิดปกติที่ควรแจ้ง น้ำคาวปลาจะหมดภายใน 3 สัปดาห์ แนะนำการใส่ผ้าอนามัยซับเลือด ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ถูกวิธี เน้นการทำ ความสะอาด เต้านมพร้อมการอาบน้ำแต่ห้ามใช้สบู่ถูหัวนมโดยตรง

3. สอนมารดาให้รู้วิธีการทดสอบและหัดคลึงด้วยตนเอง วัดความสูงของยอดมดลูกเพื่อการทำงาน ของมดลูกและป้องกันการตกเลือด

4. สอนทำบริหารร่างกายหลังคลอด อธิบายประโยชน์ คือ ทำให้น้ำคาวปลาไหลดี ทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว กล้ามเนื้อ ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น กระตุ้นการทำงานของต่อมไทรอยด์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที

5. แนะนำเกี่ยวกับการลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation) หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ลุกเดิน โดยค่อย ๆ ลุกขึ้นอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า ทำให้หน้ามืดเป็นลมเกิดอุบัติเหตุได้

6. ให้คำแนะนำการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด ควรควมเพศสัมพันธ์ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจากในโพรงมดลูกยังมีผลจากการคลอด อาจติดเชื้อได้ ถ้าหลัง 4-6 สัปดาห์ไปแล้วถ้ามีเพศสัมพันธ์อาจต้องใช้สารหล่อลื่นช่วย เพราะช่วงนี้ช่องคลอดค่อนข้างแห้ง และระหว่างถึงจุดสุดยอดอาจมีน้ำนมไหลออกมาจากการหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน จึงควรให้ทารกดูดนมมารดา ก่อนมีเพศสัมพันธ์

7. สนับสนุนให้บิดามีปฏิสัมพันธ์กับทารก กระตุ้นให้พูดคุยกับทารก เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีส่วนร่วมในการเลี้ยงทารก เช่นช่วยอาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม อุ้มปลอบทารก หรือทำให้เธอ

หลังคลอด 2 สัปดาห์ยังคงคลำมดลูกทางหน้าท้องได้ เต้านมอักเสบ กดเจ็บแดง เจ็บน่อง ปัสสาวะบ่อยแสบ แผลหน้าท้องบวมแดง อักเสบ

สรุปเคสกรณีศึกษา

สรุปกรณีศึกษารายที่ 1 หญิงไทยคู่ อายุ 39 ปี สถานภาพคู่ มารดา G4P2A1L1 ,GA 38+4 สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนมา 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศา ,อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 176/94 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 1+ และ urine Sugar =Negative PV = cervix dilate 3 cm. ,eff 80 % ,st -2 ,MI ,HF 34 cm. ,EFW 3400 gm. Vertex 142 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema ,จับ uterine contraction 2 นาที ,Duration 45 นาที ,notify แพทย์ตรวจเยี่ยม

อาการ ผู้ป่วยได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที จากนั้น 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr.พยาบาลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินภาวะความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและเฝ้าระวังภาวะชัก ในผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะชัก และเฝ้าติดตามสภาพทารกในครรภ์ ต่อมามารดามีอาการเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ช่วงเวลา (Interval) 2 นาที ระยะเวลา(duration) 45 วินาที พบปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร และผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ทารกคลอดปกติ คลอดเวลา 20.30 น. เพศหญิง น้ำหนัก 2,885 กรัม แรกเกิดทารกร้องเสียงดังดี ปลายมือปลายเท้าซีด การเคลื่อนไหวของแขนขาดี กระตุ้นและให้ออกซิเจน ในร่างกาย 97 เปอร์เซ็นต์ ทารกมีการตอบสนองดี APGAR Score ที่ 1 นาที เท่ากับ 9 และที่ 5 นาทีเท่ากับ 10 ลักษณะครบกำหนด ย้ายมารดาและบุตรไปที่ตึกหลังคลอด หลังคลอดได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50 ml/hr.ให้ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน DTR 2+-3+ มารดารักษาตัวที่โรงพยาบาล 3 วัน

สรุปกรณีศึกษารายที่ 2 หญิงไทยคู่ อายุ 31 ปี สถานภาพคู่ มารดา G3P1A1L1 ,GA 35+6 สัปดาห์ มาพบครรภ์คุณภาพ พบ BP สูง วัด BP ครั้งที่ 1 = 158/105 มิลลิเมตรปรอท วัด BP ครั้งที่ 2 = 164/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศา ,อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 134/98 มิลลิเมตรปรอท ตรวจ Urine albumin = 3+ และ urine Sugar =Negative/S AF normal Vertex presentation ,NST = reactive ,Urine creatinine 29.1,HF 30 cm. ,EFW 2799 gm. Vertex 140 /min ,DTR 2+ ,No pitting edema ,แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยได้รับ 50% mgso4 4 gm+5% D/w 50 ml iv drip in 30 นาที จากนั้น 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+ 5%D/W 1,000 ml IV

Infusion pump drip 50 ml/hr.เพื่อป้องกันการชัก
พยาบาลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ประเมินภาวะ
ความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการ
ได้รับยา และเฝ้าติดตามสภาพทารกในครรภ์ แพทย์
จึงพิจารณายุติการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด ผู้ป่วย
ไม่มีอาการปวดศีรษะ ทารกคลอดโดยผ่าตัดคลอดทาง
หน้าท้อง คลอดเวลา 15.40 น. เพศชาย น้ำหนัก 2,520
กรัม แรกเกิดทารกร้องเสียงดังดี ปลายมือปลายเท้าซีด
การเคลื่อนไหวของแขนขาดี กระตุ้นและให้ออกซิเจน
ในร่างกาย 97 เปอร์เซ็นต์ ทารกมีการตอบสนองดี
APGAR Score ที่ 1 นาทีเท่ากับ 9 และที่ 5 นาทีเท่ากับ
10 ลักษณะใกล้เคียงกับกำหนดย้ายทารก Obs. อาการ ณ
ห่อผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
หลังคลอดได้รับ 50% MgSo4 (10 กรัม) 20ml+
5%D/W 1,000 ml IV Infusion pump drip 50
ml/hr.ให้ต่อเนื่องครบ 48 ชั่วโมง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
DTR 2+-3+ มารดารักษาตัวที่โรงพยาบาล 5 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลมีการประสานงานระหว่าง
หน่วยงานเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของหญิงตั้งครรภ์
ที่มี ภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อวางแผนข้อวินิจฉัย
ทางการพยาบาล ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และมารดา
หลังคลอดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยลด
ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ทันทั่วทั้งที่

2. การวางแผนให้การพยาบาลได้อย่าง
ถูกต้อง ครอบคลุมและสอดคล้องกับปัญหา สามารถลด
อัตราการตายของมารดาและทารก รวมทั้งการลด
ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล พยาบาลจึงต้องมีความรู้
ความสามารถ ตระหนักถึงความสำคัญ ในการดูแลหญิง
ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์
ให้ปลอดภัย ป้องกันภาวะชัก ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิด
จากความดันโลหิตสูง และจากการได้รับยาป้องกันการ
ชัก ตลอดจนเสริมสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัว
ในการดูแลมารดาและบุตรขณะอยู่โรงพยาบาลและ
กลับบ้าน

3. มีการเพิ่มความตระหนักแก่มารดาหรือ
หญิงตั้งครรภ์ให้สังเกตอาการผิดปกติของตัวเอง

เอกสารอ้างอิง

คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการ
สอนชุดวิชาการพยาบาลครอบครัวและ
การผดุงครรภ์ หน่วยที่ 1-6. พิมพ์ครั้งที่ 11.
นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;
2556.

คณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช. เอกสารการสอนชุด
วิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์
หน่วยที่ 7-10. พิมพ์ครั้งที่ 11. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2556.

โครงการสวัสดิการตำรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน
สุรินทร์. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะ
Dystocia และสูติศาสตร์หัตถการ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
สุรินทร์: โรงพิมพ์ ส.พันธุ์เพ็ญ; 2556.

นันทพร แสนศิริพันธ์ และ ฉวี เบาทรวง .การพยาบาล
และการผดุงครรภ์ :สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.
พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ทโคตติ้ง
แอนด์เซอร์วิส จำกัด; 2560.

มาลีวัล เลิศสาครศิริ. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มี
ภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์อัสสัมชัญ; 2563.

สมบุญ บุญเกียรติ. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ ที่มี
ความเสี่ยงสูง 1. กรุงเทพฯ: สันธนา ก๊อปปี้
เซ็นเตอร์; 2557.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด และดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่ เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน

ชนากานต์ พรหมมาสุข, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาการหยาเครื่องช่วยหายใจ และเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ใช้สมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด การศึกษาเป็นแบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) และเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ICU โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้ตัวรู้เรื่องดี สามารถตอบคำถามและฝึกหายใจได้ โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 100 ราย แต่มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย มี 3 ส่วน ได้แก่ โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด แบบประเมินภาวะวิตกกังวลขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ แบบสอบถาม และแบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการผ่อนคลายของผู้ป่วยเป็นแบบประเมินการผ่อนคลายที่เกิดขึ้นหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด โดยผู้วิจัยได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยใช้คำถามและตอบใช่/ไม่ใช่ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัย ได้ประยุกต์ใช้แบบสังเกตของ Madsen & Madsen (1981) มาประยุกต์ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมกรรมการผ่อนคลายของผู้ป่วยโดยใช้ประเมินการผ่อนคลายที่เกิดขึ้นภายหลังการใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจที่มีระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบเข้าใจ ระหว่างวันที่ เดือน 22 กันยายน 2566 – 22 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ การทดสอบความแปรปรวนของความวิตกกังวล ได้แก่ Repeated measures Analysis of Variance

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีประสิทธิภาพในการช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และสามารถเพิ่มอัตราความสำเร็จในการหยาเครื่องช่วยหายใจได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ , ความวิตกกังวล , การพัฒนางาน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: killermainor7@gmail.com

Development of a nursing model for patients prior to extubation using mindfulness and music therapy programs in patients who have difficulty weaning off mechanical ventilation to prevent lung infections from prolonged mechanical ventilation

Chanakarn Prommasuk, B.N.S.¹

Abstract

This quasi-experimental study aimed to explore the characteristics and challenges of weaning patients off mechanical ventilation, as well as to develop a nursing program utilizing meditation and music therapy. The study employed a one-group pretest-posttest design, measuring anxiety levels in patients using mechanical ventilation in the intensive care unit (ICU) at Kantharalak Hospital. The sample consisted of patients aged 18 and over, who were conscious, alert, and able to respond to questions and perform breathing exercises. A total of 100 patients were specifically selected for the study, with 30 participating in the meditation and music therapy program. The research instruments included: The meditation and music therapy program. An anxiety assessment tool for patients on mechanical ventilation. A questionnaire and an observation checklist for assessing relaxation behaviors post-therapy, adapted from Madsen & Madsen (1981). Data were collected through interviews with alert, ventilated patients from September 22, 2023, to December 22, 2023. Descriptive statistics such as percentages and means were used for data analysis, along with Repeated Measures Analysis of Variance to assess changes in anxiety levels. The study found that the meditation and music therapy program significantly reduced anxiety and improved relaxation among patients, demonstrating its potential as an effective nursing intervention for improving the weaning process from mechanical ventilation.

The research findings indicate that mindfulness and music therapy programs are effective in reducing anxiety and stress in patients who have been on mechanical ventilation for an extended period, and can increase the success rate of weaning off the ventilator.

The recommendations from this study suggest that these findings can be applied to develop nursing models in other intensive care units to help patients wean off mechanical ventilation more effectively and safely.

Keywords: Nursing care of patients on ventilators. ,anxiety ,work development

¹Registered Nurse Professional Level, Kantralu Hospital, Sisaket Province, E-mail: killermainor7@gmail.com

บทนำ

การใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในด้านการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนและกำจัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ธารทิพย์ วิเศษธาร และคณะ, 2562) เครื่องช่วยหายใจมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับปัญหาทางเดินหายใจที่รุนแรง เช่น ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (acute hypoxemic respiratory failure) และการระบายอากาศล้มเหลว (ventilation failure) (David et al., 2011) การใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator-associated pneumonia; VAP) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงและอัตราการเสียชีวิตที่สูง (Tobin, 1994; Burns, 1999)

การหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยต้องพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างรอบคอบ (David et al., 2011) หากไม่มีการหย่าเครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยอาจประสบปัญหาต่างๆ เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ยาปฏิชีวนะในปริมาณสูง และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยา (Burns, 1999) ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าสามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เช่นกัน (Myers & Smith, 2012; Rose et al., 2013)

ข้อมูลจาก World Health Organization (WHO) ชี้ให้เห็นว่าในปี 2020 การใช้เครื่องช่วย

หายใจทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในประเทศที่มีการระบาดของโควิด-19 (Boles et al., 2007) ในประเทศไทย การใช้เครื่องช่วยหายใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากกรมการแพทย์ (2563) พบว่าผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จอยู่ที่ประมาณ 25-30% ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับโลก (กรมการแพทย์, 2563) ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ในปี 2564, 2565, และ 2566 จำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้นจาก 438, 508, เป็น 568 คนตามลำดับ จากผู้ป่วยทั้งหมดที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ มีผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จร้อยละ 70 และไม่สำเร็จร้อยละ 30 การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลามากกว่า 3 วัน มีการเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (ร้อยละ 1.41, 11.81 และ 12.1 ตามลำดับ) ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงมักมีความยากลำบากในการผ่อนคลายและใช้กล้ามเนื้อหายใจอย่างเต็มที่ (Myers & Smith, 2012; Liu et al., 2021) การให้การสนับสนุนทางจิตใจ เช่น การบำบัดด้วยสมาธิและดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งจะช่วยให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้อย่างราบรื่นมากยิ่งขึ้น (Chlan et al., 2013; Wu et al., 2019)

จากเหตุผลดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่เน้นการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลนี้จะเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และเป็น

ต้นแบบในการดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องช่วยหายใจในอนาคต

คำถามงานวิจัย

รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเครียด ความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จหรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. เพื่อศึกษาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและ ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและ ดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน
4. เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน

สมมติฐาน

ภายหลังจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดสามารถช่วยให้ผู้ป่วย

คลายความเครียดความวิตกกังวลทำให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ

กรอบแนวคิดงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีแบบองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี โดยให้ความหมายของแต่ละด้าน ดังนี้

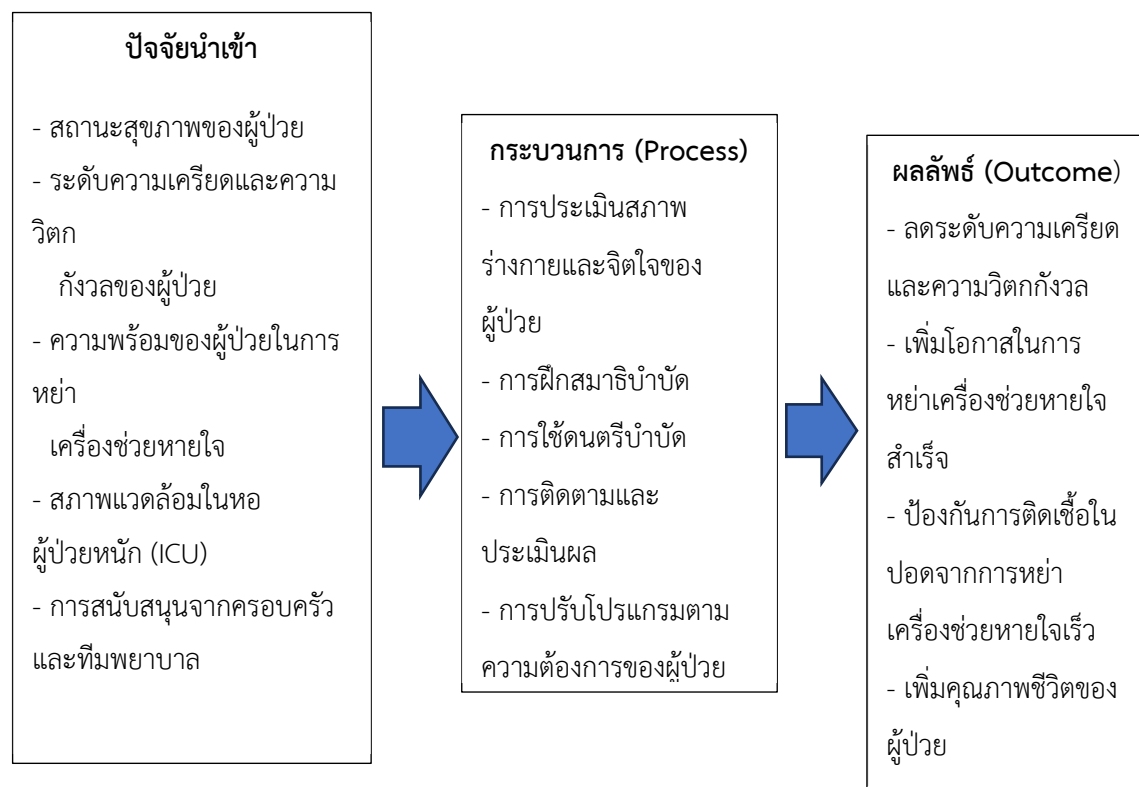
1. ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์ ระบบการหายใจดีขึ้น
2. ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด ความวิตกกังวล สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี
3. ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี
4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ

ซึ่งอธิบายให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ผู้ป่วยได้รับการรักษา ในหอผู้ป่วยวิกฤตและช่วยเหลือโดยการใส่เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งกระตุ้น ให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อสถานการณ์

ว่ามีผลคุกคามต่อชีวิตได้แก่ ความเจ็บป่วย สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤต การถูกจำกัดและสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว การสื่อสารบกพร่องและ ภาวะที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยจึงมีความเครียด และมีความทุกข์ทรมานจากสถานการณ์เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล การแยกผู้ป่วยออกจากการรักษาที่ไม่เป็นสุขจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ (McCaffery & Beebe, 1989) การใช้ดนตรีบำบัดทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย โดยเสียงดนตรีมีผล ต่อสมองส่วนลิมบิกซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกและการรับรู้ ทำให้เกิดการผ่อนคลาย เช่นเดียวกับการใช้สมาธิบำบัดด้วยเทคนิคการหายใจ มีผลดีต่อ

การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์ และพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยคลายความเครียดและความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน

กรอบแนวคิดนี้แสดงถึงการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ การดำเนินการในแต่ละขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มโอกาสในการหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จ และป้องกันการติดเชื้อในปอด ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในที่สุด ดังรูปภาพ 1



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) เพื่อศึกษาคุณลักษณะและปัญหาการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และเพื่อพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลที่ใช้สมมติบำบัดและดนตรีบำบัด การศึกษาเป็นแบบ 1 กลุ่มวัดซ้ำ โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบก่อน-หลัง (One-Group Pretest-Posttest Design) และเก็บข้อมูลเพื่อวัดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกันทรลักษณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่พักรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ICU โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ระหว่างวันที่ 22 กันยายน-22 ธันวาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก ICU โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป รู้ตัวรู้เรื่องดี สามารถตอบคำถามและฝึกหายใจได้ ในช่วงเดือน กันยายน-ธันวาคม 2566 โดยการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสมมติบำบัดและดนตรีบำบัด ที่ผู้วิจัยพัฒนาร่วมกับการศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในด้านจิตวิทยาการให้คำปรึกษา ประกอบด้วยขั้นตอน 9 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอน ที่ 1 ปฐมนิเทศน์และสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 พุดคุยกับผู้ป่วยถึงความ

ต้องการของผู้ป่วยโดยสอบถามผู้ป่วยว่าต้องการฟังเพลงหรือการฟังบทสวด เพราะผู้ป่วยแต่ละคนมีความชอบไม่เหมือนกัน จากการสอบถามบางรายต้องการฟังเพลงที่ชอบ บางรายชอบบทสวดมนต์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์การตอบสนองต่อเพลงและบทสวดมนต์

ขั้นตอนที่ 4 เมื่อผู้ป่วยจิตใจสงบลง สอดแทรกเนื้อหาด้วยการทำสมาธิบำบัด SKT เนื่องจากผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและนอนอยู่บนเตียงไม่สามารถที่จะขยับได้มากนัก ผู้วิจัยจึงเลือกการทำสมาธิบำบัดโดยการ ฝึกลมหายใจท่าที่ 1 , ท่าที่ 3 นำมาดัดแปลงให้เข้ากับสภาพผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ดังนี้

ท่าที่ 1 นั่งในท่าตามสบาย หลับตา สูดหายใจเข้าลึก กลั้นไว้ประมาณ 3 วินาที และเป่าลมหายใจออกทางปากช้าๆ อย่างสม่ำเสมอจนสุด สำหรับผู้ที่เริ่มฝึกให้ทำเช่นนี้ 20 ครั้ง ส่วนผู้ที่ชำนาญ แล้วทำ 30 - 40 ครั้ง

ท่าที่ 3 นั่งเหยียดเท้าราบไปกับเตียง ยืดหลังตรง และวางมือทั้งสองข้างไว้ที่หัวเข่าแบ่มือสองข้างจากนั้นยกมือขึ้นช้าๆพร้อมกับสูดหายใจเข้าลึก กลั้นไว้ 3 วินาที จากนั้นคว่ำมือลงช้าๆพร้อมเป่าลมออกทางปากยาว ทำ เช่นนี้ 30 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 สังเกตพฤติกรรมขณะฟังเพลงและการทำสมาธิบำบัด SKT

ขั้นตอนที่ 6 ติดตามผล

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทีละ 1 คน โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยในวันที่ได้รับการวางแผนให้เข้าโปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดร่วมกับใช้แบบประเมินความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจประเมินกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลใน

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานและแบบประเมินแบบประเมินความผ่อนคลายจากการสังเกตพฤติกรรมและแบบประเมินความผ่อนคลายจากความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ติดตามผลการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยภายหลังจากเข้าโปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกความสำเร็จการหยาเครื่องช่วยหายใจ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การทดสอบความความแปรปรวน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการเสนอขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โดยโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พักสิทธิผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัย การถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาเป็นความลับ โดยนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางคุณลักษณะของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

คุณลักษณะ	จำนวนผู้ป่วย (n=30)	ร้อยละ
อายุ(ปี)		
18-30	2	6.7
31-50	3	10
51-70	15	50
71 ขึ้นไป	10	33.3
เพศ		
ชาย	18	60
หญิง	12	40
ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ(วัน)		
1-7	18	60
8-14	8	26.6
15-30	2	6.7
มากกว่า 30	2	6.7
สาเหตุที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ		
ภาวะหายใจล้มเหลว	12	40
การติดเชื้อในปอด	8	26.7
หลังผ่าตัดใหญ่	4	13.3
ภาวะหัวใจล้มเหลว	6	20

ตารางที่ 2 ตารางปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

รายการปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การติดเชื้อในปอด (VAP)	0.50	0.51
ความเครียด	0.83	0.38
ความวิตกกังวล	0.93	0.25

ตารางที่ 3 ตารางคุณลักษณะของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

คุณลักษณะของการพยาบาล	จำนวน (n=30)	ร้อยละ
การประเมินสภาพร่างกาย	30	100
การประเมินความพร้อมทางจิตใจ	25	83.3
การฝึกการหายใจลึกและช้า	30	100
การสนับสนุนทางจิตใจ	25	83.3
การเตรียมตัวและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย	30	100
การใช้ดนตรีบำบัด	30	100
การสังเกตและติดตามผล	30	100
การพยาบาล		
การสนับสนุนจากครอบครัว	20	66.7
รวม	220	91.66

ตารางที่ 4 ปัญหาของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

รายการ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
1. ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ	0.67	0.48
2. ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจ	0.73	0.45
3. การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล	0.93	0.25
4. การขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วย	0.83	0.38
5. การสนับสนุนจากครอบครัว	0.50	0.50

ตารางที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดโดยผู้วิจัย
ได้จากความรู้สึกของผู้ป่วยจากการสังเกตพฤติกรรม มีจำนวน 30 ราย

ลักษณะการผ่อนคลายที่เกิดขึ้น	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการหายใจสม่ำเสมอ	25	83.3	5	16.7
ใบหน้าและริมฝีปากผ่อนคลาย	27	90	3	10.0
ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างตั้งใจ	28	93.3	2	6.7
ไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียน	26	86.7	4	13.6
ไม่มีเสียงหรือคำพูดออกจากปาก	24	80	6	20.0
หนังตาถูกปิดเบาๆ	26	86.7	4	13.3
ปากเผยอเล็กน้อย ฟันแยกห่างออกจากกัน	25	83.3	5	16.7
หัวไหล่ตกลงและผ่อนคลาย	28	93.3	2	6.7
มือได้พักปล่อยสบาย	29	96.7	1	3.3
นิ้วมืองอเล็กน้อย	27	90	3	10.0

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยมีการแสดงพฤติกรรม ที่แสดงถึงความผ่อนคลายมากที่สุด คือ การที่มือได้พักปล่อยสบาย โดยมีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนี้ 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 และมีผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมนี้เพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 พฤติกรรมที่มีการแสดงออกสูงรองลงมาคือการไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างตั้งใจและการที่หัวไหล่ตกลงและผ่อนคลาย โดยมีผู้ป่วยแสดง

พฤติกรรมเหล่านี้ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 และมีผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมนี้เพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมที่มีการแสดงออกน้อยที่สุดคือ การไม่มีเสียงหรือคำพูดออกจากปาก โดยมีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมนี้ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.0 และมีผู้ป่วยที่ไม่แสดงพฤติกรรมนี้ 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0

ตารางที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด มีจำนวน 30 ราย

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD
หลังจากใช้โปรแกรมสมาธิบำบัด/ดนตรีบำบัด ท่านรู้สึกผ่อนคลายเพียงใด?	8.5	0.5
ในช่วงเวลาที่ใช้โปรแกรม ท่านรู้สึกว่าความวิตกกังวลในร่างกายลดลงหรือไม่?	8.2	0.6
ท่านรู้สึกว่าสามารถหายใจได้ลึกและสม่ำเสมอมากขึ้นหรือไม่?	8.4	0.4
ท่านรู้สึกว่าสามารถผ่อนคลายกล้ามเนื้อได้ดีขึ้นหรือไม่?	8.3	0.5
ท่านรู้สึกว่าความวิตกกังวลลดลงหรือไม่?	8.1	0.7
ท่านรู้สึกว่าสามารถนอนหลับได้ดีขึ้นหรือไม่?	8.0	0.6

ตารางที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกผ่อนคลายของผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัด มีจำนวน 30 ราย (ต่อ)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	SD
ท่านรู้สึกว่ามีสมาธิและมีสติสัมปชัญญะมากขึ้นหรือไม่?	8.3	0.5
ท่านรู้สึกว่าการจิตใจสงบและรู้สึกสบายใจมากขึ้นหรือไม่?	8.4	0.5

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีความรู้สึกผ่อนคลายและมีการลดความวิตกกังวลหลังการใช้โปรแกรมดนตรีบำบัดและสมาธิบำบัดอย่างเห็นได้ชัด ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย มีความพึงพอใจในโปรแกรมนี้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านของความรู้สึกผ่อนคลายและการหายใจได้ลึกและสม่ำเสมอที่มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 8.5 และ 8.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยภาวะความวิตกกังวลขณะใส่เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน มีจำนวน 30 ราย

ช่วงเวลา	X	SD
ระยะก่อน	35.6	4.5
ทดลอง		
ระยะหลังทดลอง	28.4	3.9
ติดตามผล	22.7	3.2

จากตารางที่ 7 พบว่า ก่อนทดลอง: ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะความวิตกกังวลอยู่ที่ 65.4 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 7.8 แสดงถึงความแปรปรวนของคะแนนในระดับปานกลาง หลังทดลอง: หลังจาก que ผู้ป่วยได้เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด คะแนนเฉลี่ยภาวะความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ที่ 42.7 โดยมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 6.4 ซึ่งแสดงถึงการลดลงของ

ความวิตกกังวลในระดับที่มีนัยสำคัญติดตามผล เมื่อทำการติดตามผลหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะ ความวิตกกังวลลดลงมาอยู่ที่ 38.2 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ 5.9 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความคงที่ของการลดลงของความวิตกกังวลในระยะยาว ผลการทดลองแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีผลลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวังและเป็นไปได้ว่าการใช้โปรแกรมเหล่านี้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 8 สรุปผลการหยาเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จำนวน 30 ราย

ผลลัพธ์	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
ผู้ป่วยถอดท่อสำเร็จ	21	70
ผู้ป่วยถอดท่อไม่สำเร็จ	9	30

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจอยู่ที่ 70% โดยมีผู้ป่วยจำนวน 21 รายที่สามารถถอดท่อช่วย

หายใจได้สำเร็จ ซึ่งเป็นผลดีในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ในขณะที่เดียวกันยังพบว่าผู้ป่วยจำนวน 9 ราย หรือ คิดเป็น 30% ที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

1.1 คุณลักษณะของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีคุณลักษณะดังนี้ : ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือผู้ป่วยอายุ 71 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.3 เพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 40 ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่คือ 1-7 วัน คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาคือ 8-14 วัน คิดเป็นร้อยละ 26.6 สาเหตุที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหายใจล้มเหลว คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคือการติดเชื้อในปอด คิดเป็น ร้อยละ 26.7

1.2 ปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีปัญหาต่างๆ ดังนี้ : การติดเชื้อในปอด (VAP): ผู้ป่วย มีการติดเชื้อในปอดในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.50 และความแตกต่างในการเกิดขึ้นของการติดเชื้ออยู่ในระดับที่มีนัยสำคัญ (S.D. = 0.51) ความเครียด: ผู้ป่วย

มีความเครียดในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 และความแตกต่างในระดับความเครียดน้อย (S.D. = 0.38) ความวิตกกังวล: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.93 และความแตกต่างในระดับความวิตกกังวลน้อย (S.D. = 0.25)

1.3 คุณลักษณะของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ :

พบว่า : ทุกด้านของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจมีการดำเนินการอย่างครบถ้วนในผู้ป่วยทั้งหมด ยกเว้นการประเมินความพร้อมทางจิตใจและการสนับสนุนทางจิตใจที่มีการดำเนินการในร้อยละ 83.3 และการสนับสนุนจากครอบครัวที่มีการดำเนินการในร้อยละ 66.7 การประเมินสภาพร่างกาย, การฝึกการหายใจลึกและช้า, การเตรียมตัวและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย, การใช้ดนตรีบำบัด, และการสังเกตและติดตามผล การพยาบาล ได้รับการดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบในผู้ป่วยทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100

1.4 ปัญหาของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหย่าเครื่องช่วยหายใจ

พบว่า: การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล เป็นปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุดและมีความสำคัญสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 0.93, S.D. 0.25) การขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วย เป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญสูง (ค่าเฉลี่ย 0.83, S.D. 0.38) ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจ ก็เป็นปัญหาที่พบบ่อย และมีความสำคัญสูงเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 0.73, S.D. 0.45) ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ พบบ่อยแต่มีความสำคัญปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.67, S.D. 0.48) การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยปานกลางและมีความสำคัญปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 0.50, S.D. 0.50)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยากเพื่อป้องกันการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจอยู่ที่ 70% โดยมีผู้ป่วยจำนวน 21 รายที่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งเป็นผลดีในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในปอดจากการใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 9 ราย หรือคิดเป็น 30% ที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จมากขึ้น

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า คุณลักษณะ ของผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 51-70 ปี คิดเป็น 50% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยอายุ 71 ปีขึ้นไป คิดเป็น 33.3% ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็น 60% ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-7 วัน คิดเป็น 60% ของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Journal of Intensive Care พบว่าผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 65 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 51-70 ปี และมีอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะสั้นสูง โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นกัน

ปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงมาก โดยมีความแตกต่างในระดับความวิตกกังวลน้อย ความวิตกกังวลที่สูงในผู้ป่วยเหล่านี้ อาจเกิดจากความกลัวต่อการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Johansson, A., & Bergbom, I. (2017) เรื่องความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีความวิตกกังวลสูงเนื่องจากความกลัวต่อการพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ

คุณลักษณะของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจมีการดำเนินการที่สำคัญดังนี้: การประเมินสภาพร่างกาย: การตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อมของปอดและระบบหายใจ เป็นการเตรียมความพร้อมที่จำเป็นก่อนการหยาเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เองโดยไม่มีปัญหา การฝึกการหายใจลึกและช้า: เป็นวิธีการฝึกฝนเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ และช่วยลดความวิตกกังวลในการหายใจ การเตรียมตัวและการสอนเทคนิคการผ่อนคลาย: การสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียด การใช้ดนตรีบำบัด: การฟังเพลงสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น การสังเกตและติดตามผลการพยาบาล: การติดตามอาการและความก้าวหน้าของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม แม้จะมีการดำเนินการในด้านต่างๆ อย่างครบถ้วน แต่การประเมินและการสนับสนุนทางจิตใจ รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวยังไม่ครบถ้วน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย การสนับสนุนทาง

จิตใจและครอบครัวสามารถช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

ปัญหาของการพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลผู้ป่วยก่อนหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมพยาบาลหลายปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญสูงได้รับการประเมินและจัดการอย่างเป็นระบบ ดังนี้: การจัดการความเครียดและความวิตกกังวล

ความเครียดและความวิตกกังวลเป็นปัญหา ที่พบบ่อยมากที่สุดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การจัดการความเครียดและความวิตกกังวลเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การให้คำปรึกษา และการใช้ดนตรีบำบัดสามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้

การขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วยผู้ป่วยที่ขาดความรู้และความมั่นใจในการหยาเครื่องช่วยหายใจอาจมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น การให้ข้อมูลที่เพียงพอและการสอนเทคนิคการผ่อนคลายสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจในผู้ป่วยได้ ความอ่อนแอของกล้ามเนื้อหายใจ กล้ามเนื้อหายใจที่อ่อนแอเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความสำคัญสูง การฝึกการหายใจลึกและช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพ

ภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพเป็นปัญหาที่พบบ่อยแต่มีความสำคัญปานกลาง เช่น การติดเชื้อ การสังเกตและติดตามผลการพยาบาลอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัญหาที่พบบ่อยปานกลางและมีความสำคัญปานกลาง การมีครอบครัวอยู่ข้างๆสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและได้รับ

กำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Powers, S. K., et al. (2016) พบว่า การฝึกการหายใจลึกและช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจและลดความเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแอ

ด้านการจัดการความเครียดและความวิตกกังวล: การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดมีการลดระดับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chlan et al. (2013) ที่พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (ICU)

ด้านการขาดความรู้และความมั่นใจในผู้ป่วย: การให้ความรู้และการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวล การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกหายใจและการสอนเทคนิคการผ่อนคลายมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ t al. (2014) ที่พบว่าการให้ความรู้และการฝึกหายใจช่วยเพิ่มความมั่นใจและ ลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ต้องการหยาเครื่องช่วยหายใจ

ผลการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด ช่วยลดความเครียดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญและพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง จากการผ่อนคลายทำหยาผู้ป่วยสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chlan et al. (2013) พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) พบว่าการใช้ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับความวิตกกังวลและอัตราการเต้นของหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งช่วยให้การหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นไปได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจยาก พบว่าโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเพิ่มอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ แต่อย่างไรก็ตามยังมีส่วนที่ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะดังนี้:

1. การปรับปรุงโปรแกรมบำบัด : เพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายเพิ่มเติม: ควรเพิ่มการฝึกอบรมเกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายเพิ่มเติมเช่น การฝึกหายใจแบบมีการกำหนดจังหวะ การฝึกสมาธิ และการฝึกโยคะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพิ่มการสนับสนุนทางจิตใจ : ควรเพิ่มการสนับสนุนทางจิตใจโดยใช้การให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา หรือการสร้างกลุ่มสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

2. การประเมินและปรับปรุงกระบวนการพยาบาล : การประเมินความพร้อมของผู้ป่วย: ควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการถอดท่อช่วยหายใจที่ละเอียดและครอบคลุมมากขึ้น เช่น การประเมินภาวะทางจิตใจ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหายใจ และสภาพร่างกายโดยรวม การติดตามและประเมินผล : ควรมีการติดตามและประเมินผลการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

3. การสนับสนุนจากครอบครัว: เพิ่มการสนับสนุนจากครอบครัว: ควรมีการให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการสนับสนุนผู้ป่วยในช่วงการหยาเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้

ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

4. การวิจัยเพิ่มเติม: การศึกษาเพิ่มเติม : ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตใจที่ซับซ้อน เพื่อพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. การฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากร: การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์: ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการใช้เทคนิคการบำบัดทางจิตวิทยา เช่น สมาธิบำบัดและดนตรีบำบัด เพื่อให้สามารถนำเทคนิคเหล่านี้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยก่อนถอดท่อเครื่องช่วยหายใจโดยใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดและดนตรีบำบัดนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเพิ่มอัตราความสำเร็จในการถอดท่อช่วยหายใจ ดังนั้น ควรมีการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). รายงานสถานการณ์การใช้เครื่องช่วยหายใจในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.
- ธารทิพย์ วิเศษธาร, สายใจ พรหมชื่น, และอภิชัย แสงทอง. (2562). การใช้เครื่องช่วยหายใจในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง.
- David, M., Brown, L., & Smith, J. (2011). Mechanical Ventilation in Acute Respiratory Failure: Principles and Practice. New York: Springer.

- Burns, S. M. (1999). Ventilator-associated pneumonia: Preventive strategies and clinical outcomes. *Journal of Critical Care*, 14(3), 145-155.
[https://doi.org/10.1016/S0883-9441\(99\)00005-0](https://doi.org/10.1016/S0883-9441(99)00005-0).
- Tobin, M. J. (1994). Mechanical ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 150(4), 1023-1032. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.150.4.7968245>.
- Myers, C. E., & Smith, M. K. (2012). Psychological Factors Affecting the Success of Weaning from Mechanical Ventilation. *Journal of Critical Care*, 27(4), 399-405.
- Rose, L., Belyea, M., & Schuller, J. (2013). The Impact of Anxiety and Stress on the Weaning Process from Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(6), 700-706.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Nursing interventions for pain management*. St. Louis, MO: Mosby.
- McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Nursing Interventions: A Collaborative Approach*. St. Louis, MO: Mosby.
- Chlan, L., Tracy, M. F., & Kram, D. (2013). The Effect of Music Therapy on Anxiety in Patients Receiving Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 58-64.
- Wu, C., Chang, S., & Hsu, H. (2019). The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction on Anxiety and Stress in Patients on Mechanical Ventilation. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 1021-1030.
- Chlan, L., Haverkamp, S., & Tracy, M. F. (2013). The Effect of Music Therapy on Anxiety in Patients Receiving Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 22(1), 58-64.
- Boles, J. M., Malhotra, A., & Voduc, N. (2007). Weaning from Mechanical Ventilation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175(3), 258-263.
- Rungtip Darayont. (2551). การหยาเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยวิกฤติ.

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ชัชวาล ศรีเมือง, สม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่ในเขตตำบลกระแซงตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 334 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.2 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ คือ การรับรู้สภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัจจัยด้านจิตวิทยา คือ ความว่าเหว่ ความผาสุกทางใจ และปัจจัยด้านสังคม คือ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและการเกื้อหนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือ ความว่าเหว่ รองลงมา คือ การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความผาสุกทางใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพอเพียงของรายได้ตามลำดับ โดยสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 26.9 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้วางแผนในการดูแลและรักษาผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวาสันรินทร์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
Email: chatchawansrimuang159@gmail.com

Factors affecting depression in the elderly in Krachaeng Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province

Chatchawan Srimuang, *M.P.H.*¹

Abstract

This study is a reflective research aimed at examining the prevalence of depression among the elderly and analyzing predictive factors for depression in the elderly in Krachaeng Subdistrict, Kantaralak District, Sisaket Province. The sample group consists of individuals aged 60 and above, who are registered residents and have been residing in Krachaeng Subdistrict for at least 6 months. The sample size is 334 individuals obtained through simple random sampling. The tools used include questionnaires for data collection, and the data is analyzed using inferential statistics, including percentages, means, standard deviations, and multiple regression analysis.

The study on the prevalence of depression in elderly individuals in KraChang Subdistrict found that 10.2% of the elderly population experienced depression, with 0.3% having severe depression. Factors correlated with depression in the elderly included personal factors such as marital status, occupation, income, and economic sufficiency. Health-related factors included perception of health status, exercise habits, and ability to perform daily activities. Psychological factors included feelings of hopelessness and emotional resilience, while social factors encompassed life crises and social support. The most statistically significant predictors of depression in the elderly were feelings of hopelessness, followed by perception of health status, emotional resilience, ability to perform daily activities, and income sufficiency, respectively. This study's findings can be utilized to plan for the care and treatment of the elderly to prevent depression and improve their quality of life.

Keyword : Depression, Elderly

¹ Public Health Technical Officer, Health Promoting Hospital, Kantaraluk District, Si Sa Ket Province,
Email: chatchawansrimuang159@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติคาดการณ์อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มเป็นร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และในประเทศไทยจัดเป็นประเทศหนึ่งที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์ (WHO,2017) และองค์การอนามัยโลกร่วมกับมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และธนาคารโลกคาดการณ์ว่า ในปี 2563 จะมีอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้คนทั่วโลกมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปี 2560 มีผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วโลก 322 ล้าน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน อายุ 25-59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเยาวชนอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 11.5 ผู้หญิงเสี่ยงป่วยซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า (WHO,2008) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุประมาณ 65 ถึง 68 ปี โดยที่ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุมักพบภาวะความทรมานจากการป่วยด้วยโรคภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความบกพร่องทั้งด้านสุขภาพกาย การทำหน้าที่และการเข้าสังคม (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,2560) นอกจากนั้นยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกทรมานมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง เพิ่มอัตราการตายและลดระดับคุณภาพชีวิตลง ภาวะซึมเศร้านั้นมีสาเหตุจากการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและในทางกลับกันเมื่อ

ความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าลดลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี,2566) จากงานวิจัยของ Ulrich Orth และคณะที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าคนที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (Ulrich Orth,2009) องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับของภาวะซึมเศร้ามารวมอยู่ในระดับความทุพพลภาพที่รุนแรงที่สุด โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรงมาก สามารถส่งผลที่สำคัญคือการฆ่าตัวตาย ผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) พบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และเป็นอันดับ 1 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) คิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ (WHO,2017) ในประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบความสูญเสียจากการบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่าปัญหาภาวะซึมเศร่าก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 4 ในเพศหญิง และเป็นอันดับที่ 9 ในเพศชาย สำหรับในผู้สูงอายุไทยพบภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับที่ 10 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ,2566)

จังหวัดศรีสะเกษ ได้เข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" เนื่องจากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 14.59 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยคาดว่าอีก 12 ปีข้างหน้าจังหวัดศรีสะเกษ จะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete aged Society) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 59.06 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ,2566) สำหรับตำบลกระแซง ถือเป็นตำบลที่ใหญ่ที่สุดของอำเภอกันทรลักษณ์ มีหมู่บ้าน ทั้งหมด 20 หมู่บ้าน ประชากร 17,305 คน

มีประชากรผู้สูงอายุ 2,505 คน คิดเป็นร้อยละ 6.9 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2563 จากร้อยละ 6.2 ของประชากร (สำนักทะเบียนอำเภอกันทรลักษณ์, 2566) จากการประเมินคัดกรองความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) ปี พ.ศ. 2566 พบผู้สูงอายุที่คะแนนต่ำกว่า 11 คะแนน (กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง) จำนวน 301 คน คิดเป็นร้อยละ 8.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (กองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวตำบลกระแซง, 2566) ซึ่งกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จะส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ เช่น พฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การดำเนินโรคที่เป็นอยู่ไม่ดีขึ้นหรือรุนแรงยิ่งขึ้น ร่างกายเสื่อมถอยเร็วยิ่งขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง (สมศักดิ์ ชุมหรรณ, 2511) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะแสดงออกถึงความผิดปกติในแต่ละด้าน โดยด้านอารมณ์จะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า ด้านพฤติกรรมแสดงออกโดยมีท่าทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านความคิดมีความคิดหลงผิด คิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ คิดร้ายต่อตนเอง ด้านสรีรวิทยา เบื่ออาหาร น้ำหนักลดนอนไม่หลับ หากมีอาการเป็นอยู่นานอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองได้ในที่สุด ผลกระทบจากโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปัญหาคุณภาพชีวิตลดต่ำลงในกลุ่มผู้สูงอายุ และยังส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียด ความยากลำบากในการดูแล มีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ครอบครัวที่รับภาระไม่ไหวส่งผลให้ทอดทิ้งผู้สูงอายุ นอกจากนั้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การใช้สุราหรือยาเสพติดนำไปสู่ความคิดเกี่ยวกับการตาย พบว่าร้อยละ 60-90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564) ดังนั้นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ

ปัญหาหนึ่งที่ควรเฝ้าระวังและดูแลอย่างเร่งด่วน ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของสุขภาพ ความคิดความจำและความสามารถทางสังคม รวมทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตายทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านสังคมที่มีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังมีการศึกษาน้อยมากและยังไม่ครอบคลุม เช่น ด้านความหวาดหวั ความผาสุกทางใจ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการเกื้อหนุนทางสังคม เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยทางด้านบุคคล ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม และทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษณ์ เพื่อเป็นองค์ความรู้ให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การหาแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและพัฒนาแนวทางในการดูแล การให้การพยาบาลและการรักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมต่อไป อันจะเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์
จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา และปัจจัยทางสังคม ซึ่งทำการศึกษาผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาในการศึกษา คือ ตุลาคม 2566 – เมษายน 2567 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตตำบลกระแซง มีจำนวน 2,505 คน (สำนักทะเบียนอำเภอกันทรลักษ์, 2566)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตตำบลกระแซงตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ

1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่จำกัดภาวะการเจ็บป่วย

2) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาในการฟังและการพูด โดยฟังได้ดี และพูดเข้าใจ

3) ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้

1) การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + x^2P(1-P)}$$

$$n = \frac{(3.841) \times 2,505 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (2,505-1) + (3.841) \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

$$n = 333.14$$

$$n = 334 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 334 คน

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (ความแตกต่างของค่าสัดส่วนในประชากรและค่าที่ประมาณกำหนดที่ 5% ค่า $e = 0.05$)

x^2 = ค่าไครสแคว์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา $p=0.5$

2) การสุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในตำบลกระแซง โดยสุ่มตัวอย่างจากทุกหมู่บ้าน ทั้ง 20 หมู่บ้าน โดยใช้การคำนวณตัวอย่างตามขนาดสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) ได้ร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุที่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก (Lottery method) และการสุ่มตัวอย่างแบบไม่คืนที่ (Sample without replacement) สำหรับการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบสอบถาม เพื่อใช้สอบถามผู้สูงอายุ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วย ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลดังนี้ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การรับรู้สภาวะสุขภาพ การอยู่อาศัย การดูแลของคนในครอบครัว และการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งแปลผลการประเมินได้ดังนี้

0 - 4 คะแนน หมายถึง พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ

5 - 11 คะแนน หมายถึง ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

ส่วนที่ 3 แบบวัด ความว่าเหว่ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย = 1 คะแนน, นานๆครั้ง = 2 คะแนน, บ่อยครั้ง = 3 คะแนน โดยมีคะแนนรวมที่ 3 - 9 คะแนน แปลผลดังนี้

1-3 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหว่ต่ำ

4-6 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหว่ปานกลาง

7-9 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหว่สูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางใจ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง = 1 คะแนน, จริง บางครั้ง = 2 คะแนน, ค่อนข้างจริง = 3 คะแนน, จริง ตลอดเวลา = 4 คะแนน โดยมีคะแนนรวมที่ 15-60 คะแนน แปลผลดังนี้

1-20 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางใจต่ำ

21-40 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางใจปานกลาง

41-60 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางใจสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความเดือดร้อน ประกอบด้วยคำถามจำนวน 14 ข้อ และมีตัวเลือก 2 ข้อ คือ มี = 1 คะแนน, ไม่มี = 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมที่ 0-15 คะแนน แปลผลดังนี้

0 คะแนน หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต

1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต

ส่วนที่ 6 แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคม ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ โอยแต่ละข้อคำถามจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มครอบครัว/ญาติ พี่น้อง และกลุ่มเพื่อน/เพื่อนบ้าน โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย = 1 คะแนน, เป็นบางครั้ง = 2 คะแนน, ค่อนข้างบ่อย = 3 คะแนน, เป็นประจำ = 4 คะแนน โดยมีคะแนนรวมที่ 1 - 44 คะแนน แปลผลได้ดังนี้

1-26 คะแนน หมายถึง การเกื้อหนุนทางสังคมต่ำ

27-35 คะแนน หมายถึง การเกื้อหนุนทางสังคมปานกลาง

36-44 คะแนน หมายถึง การเกื้อหนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 7 แบบวัด ความซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 ข้อ มี 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ซึ่งข้อคำถามมี 2 ลักษณะคือ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 และข้อ ความเชิงลบ จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2,3,4,6,8,10,11,12,13,14, 16,17,18,20,22,23,24,25,26,28 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ถ้าตอบว่า ใช่ = 0 คะแนน ถ้าตอบว่า ไม่ใช่ = 1 คะแนน แต่ถ้าเป็นข้อ

คำถามเชิงลบ ถ้าตอบว่า ใช่ = 1 คะแนน ถ้าตอบว่า
ไม่ใช่ = 0 คะแนน โดยมีคะแนนรวมที่ 0 - 30 คะแนน
แปลผลได้ดังนี้

0-12 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะ
ซึมเศร้า

13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะ
ซึมเศร้าเล็กน้อย

19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะ
ซึมเศร้าปานกลาง

25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะ
ซึมเศร้าสูง

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วตรวจสอบความ
เที่ยงตรงของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน
เพื่อตรวจสอบจำนวนความถูกต้องจากนั้นวิเคราะห์
และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม แล้วทดสอบเครื่องมือ
โดยไปทดลองใช้กับหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอใกล้เคียงกับ
พื้นที่การศึกษาจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มา
คำนวณความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's
Coefficient Alpha) ได้ค่าดังนี้

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน เท่ากับ 0.89

แบบวัดความหวาดเหว่ เท่ากับ 0.93

แบบวัดความผาสุกทางใจ เท่ากับ 0.90

แบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความ
เดือดร้อน เท่ากับ 0.88

แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคม เท่ากับ 0.96

แบบวัดความซึมเศร้า เท่ากับ 0.93

การเก็บข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยผู้วิจัย
ประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็น
ผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจ
ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกชุด จากนั้น

ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS
(Statistical Package for Social sciences) for
Windows โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบาย
คุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์
หาความสัมพันธ์และการทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้ Pearson
Correlation และ Point Biserial Correlation เพื่อ
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและการ
เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์การ
ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยวิธี
Stepwise เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่
SPPH 2023-189 ลงวันที่ 22/11/2566

ผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง พบว่า
ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.8 มีระดับความ
ซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 6.3 รองลงมาซึมเศร้าปาน
กลาง ร้อยละ 4.2 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.3

2. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน สุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคม

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.5 รองลงมา
คือ เพศชาย ร้อยละ 42.5 อายุเฉลี่ย 69.08 ปี ช่วงอายุ
ที่มีมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 60-65 ปี ร้อยละ 35.3
รองลงมาคือช่วงอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 29.6 การนับถือ
ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.7 ด้าน

สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 62.9 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาที่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 78.1 ด้านการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.1 รองลงมาคือ ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.9 ส่วนด้านรายได้ มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดอยู่ระหว่าง 500-1,000 บาท/เดือน ร้อยละ 32.0 รองลงมาอยู่ระหว่าง 1,001-2,000 บาท/เดือน ร้อยละ 22.8 ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 90.7 รองลงมาเป็นรายได้จากบุตร/หลาน ร้อยละ 64.1 ด้านความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ร้อยละ 60.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	142	42.5
หญิง	192	57.5
2. อายุ		
60 - 65 ปี	118	35.3
66 - 70 ปี	99	29.6
71 - 75 ปี	58	17.4
76 - 80 ปี	31	9.3
81 ปี ขึ้นไป	28	8.4
Mean = 69.08 S.D. = 6.911		
Min = 60 Max = 92		
3. ศาสนา		
พุทธ	333	99.7
คริสต์	1	0.3
4. สถานภาพสมรส		
โสด	10	3.0
แต่งงาน	210	62.9
หม้าย	106	31.7
หย่าร้าง	8	2.4

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	46	13.8
ประถมศึกษาปีที่ 4	261	78.1
ประถมศึกษาปีที่ 6	18	5.4
มัธยมศึกษาปีที่ 3	5	1.5
มัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช.	2	0.6
ปริญญาตรี	2	0.6
6. อาชีพ		
เกษตรกร	184	55.1
รับจ้าง	28	8.4
รับราชการ/ข้าราชการ	2	0.6
บำนาญ		
ค้าขาย	7	2.1
ธุรกิจส่วนตัว	3	0.9
ไม่มีอาชีพ	110	32.9
7. รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	10	3.0
500 - 1,000 บาท	107	32.0
1,001 - 2,000 บาท	76	22.8
2,001 - 2,000 บาท	71	21.3
5,001 - 10,000 บาท	36	10.8
10,001 - 20,000 บาท	24	7.2
20,001 - 50,000 บาท	4	1.2
50,000 บาทขึ้นไป		
8. ความพอเพียงของรายได้		
ไม่เพียงพอ	202	60.5
เพียงพอกับรายจ่าย	110	32.9
เพียงพอกับรายจ่าย และมีเหลือเก็บ	22	6.6

2.2. ปัจจัยด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.3 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.2 รองลงมา คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.8 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 16.9 ด้านการรับรู้สถานะสุขภาพ

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.9 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 30.2 รูปแบบการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรที่สมรสแล้ว ร้อยละ 39.8 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 32.0 ด้านการดูแลของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นบุตร/บุตรเขย/บุตรสะใภ้ ร้อยละ 42.2 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 30.8 ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง/ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 69.5 ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ ร้อยละ 90.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคประจำตัว		
ไม่มี	156	46.7
มี	178	53.3
2. การรับรู้สถานะสุขภาพ		
แย่มาก	2	0.6
แย่	22	6.6
ปานกลาง	200	59.9
ดี	101	30.2
ดีมาก	9	2.7
3. รูปแบบการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	19	5.7
อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	99	29.6
อยู่กับบุตรโสด	30	9.0
อยู่กับบุตรที่สมรสแล้ว	103	30.8
อยู่กับญาติพี่น้อง	74	22.2
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	9	2.7
4. การดูแลของคนในครอบครัว		
ดูแลตัวเอง	76	22.8
คู่สมรส	103	30.8
บุตร/บุตรเขย/สะใภ้	141	42.2
ญาติพี่น้อง	12	3.6
คนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	2	0.6

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
5.การออกกำลังกาย		
ไม่เคย	57	17.1
เป็นบางครั้ง/ไม่สม่ำเสมอ	232	69.5
เป็นประจำ/สม่ำเสมอ	45	13.5
6. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)		
พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (12 คะแนนขึ้นไป)	303	90.7
ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)	31	9.3
พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการ หรือ ทุพพลภาพ (0-4 คะแนน)	0	0
Mean = 19.5 , S.D.=1.187, Min=6 , Max= 20		

2.3. ปัจจัยทางจิตวิทยา

ผลการศึกษาปัจจัยทางจิตวิทยา พบว่า มีความว่าเหว่มากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.2 ด้านการประเมินความผาสุกทางใจ พบว่า มีความผาสุกทางใจมากที่สุดในระดับสูง ร้อยละ 78.4 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยทางจิตวิทยา

ปัจจัยทางจิตวิทยา	จำนวน	ร้อยละ
1. ความว่าเหว่		
ต่ำ (1-3 คะแนน)	221	66.2
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	100	29.9
สูง (7-9 คะแนน)	13	3.9
Mean = 3.69 , S.D.=1.224 , Min=3 , Max=9		

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยทางจิตวิทยา (ต่อ)

ปัจจัยทางจิตวิทยา	จำนวน	ร้อยละ
2. ความผาสุกทางใจ		
สูง (41-60 คะแนน)	262	78.4
ปานกลาง (21-40 คะแนน)	72	21.6
ต่ำ (1-20 คะแนน)	0	0
Mean = 47.87 ,		
S.D.=8.517, Min=21 ,		
Max= 60		

2.4. ปัจจัยทางสังคม

ผลการศึกษาปัจจัยทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุเคยเจอเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ร้อยละ 15.9 และเหตุการณ์วิกฤตินั้นทำให้เดือดร้อน ร้อยละ 30.2 ด้านการเกื้อหนุนทางสังคม พบว่า การเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้อง มากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.0 และการเกื้อหนุนทางสังคมจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.1 ดังตารางที่ 4

ปัจจัยทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต		
ไม่มี (0 คะแนน)	281	84.1
มี	53	15.9
2. การเกื้อหนุนทางสังคม		
2.1 การเกื้อหนุนทางสังคม		
จากครอบครัว/ญาติพี่น้อง		
ต่ำ (1-26 คะแนน)	117	35.0
ปานกลาง (27-35 คะแนน)	113	33.8
สูง (36-44 คะแนน)	104	31.1
Mean = 30.99 ,		
S.D.=8.649, Min=11 ,		
Max= 4		

ปัจจัยทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
2.2 การเกื้อหนุนทางสังคม		
จากเพื่อน/เพื่อนบ้าน		
ต่ำ (1-26 คะแนน)	204	61.1
ปานกลาง (27-35 คะแนน)	85	25.4
สูง (36-44 คะแนน)	45	13.5
Mean = 26.07 ,		
S.D.=8.085, Min=11 ,		
Max= 44		

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และความพอเพียงของรายได้ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา และการศึกษา

ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รูปแบบการอยู่อาศัย และการดูแลของคนในครอบครัว

ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 คือความวิตกกังวล และความผาสุกทางใจ

ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการเกื้อหนุนทางสังคม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระ

	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18
Y	1																		
X ₁	.066	1																	
X ₂	.073	.093	1																
X ₃	-.026	.047	-.072	1															
X ₄	.155**	.259**	.206**	-.032	1														
X ₅	-.077	-.223**	-.277**	.000	-.126*	1													
X ₆	.133*	.167**	.454**	-.044	.231**	-.182**	1												
X ₇	-.155**	-.020	-.113*	.023	-.082	.208**	-.249**	1											
X ₈	-.185**	-.054	-.054	.048	-.048	.129*	-.100	.360**	1										
X ₉	.086	.081	.101	-.059	.087	.018	.129*	-.136*	-.147**	1									
X ₁₀	-.316**	-.135*	-.109*	-.023	-.138*	.086	-.201**	.167**	.255**	-.328**	1								
X ₁₁	.017	.034	.001	-.052	-.112*	.072	-.126*	.094	.112*	-.075	.104	1							
X ₁₂	-.023	.123*	.256**	-.083	.178**	-.126*	.198**	-.156**	-.108*	.159**	-.085	.040	1						
X ₁₃	-.189**	-.133*	-.062	.004	-.047	.032	-.245**	.154**	.260**	-.126*	.320**	.042	-.085	1					
X ₁₄	-.203**	-.047	-.095	.003	-.063	.081	-.075	.015	-.048	.059	.108*	-.005	-.054	.096	1				
X ₁₅	.406**	.060	.098	.061	.193**	.006	.142**	-.068	-.122*	.074	-.157**	-.120*	-.059	-.131*	-.159**	1			
X ₁₆	-.262**	.079	-.019	-.105	-.049	.039	-.112*	.042	-.009	-.097	.146**	-.017	.076	.204**	.105	-.271**	1		
X ₁₇	.219**	.042	-.004	-.024	.017	-.093	.005	-.111*	-.205**	.078	-.224**	-.057	-.085	-.105	-.126*	.264**	-.151**	1	
X ₁₈	-.143**	.063	-.077	.003	-.119*	.049	.006	-.166**	.102	-.104	.009	.047	.082	.037	-.070	-.119*	.315**	-.020	1

ตัวแปร

Y = ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ X₁ = เพศ X₂ = อายุ X₃ = ศาสนา X₄ = สถานภาพสมรส
X₅ = การศึกษา X₆ = อาชีพ X₇ = รายได้ X₈ = ความพอเพียงของรายได้ X₉ = โรคประจำตัว
X₁₀ = การรับรู้สภาวะสุขภาพ X₁₁ = รูปแบบการอยู่อาศัย X₁₂ = การดูแลของคนในครอบครัว X₁₃ = การออกกำลังกาย
X₁₄ = ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน X₁₅ = ความหว้าเหว่ X₁₆ = ความผาสุกทางใจ
X₁₇ = เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต X₁₈ = การเกื้อหนุนทางสังคม

4. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของสมการทำนายผลการวิเคราะห์จะพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) คือความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระ มีค่า .519 ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ส่วนค่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม (R²) มีค่า.269 ซึ่งก็คือ ตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 26.9 ส่วนผลการทดสอบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับชุดของตัวแปรอิสระโดยใช้สถิติ F ทดสอบ พบว่าตัวแปรตามสามารถทำนายด้วยชุดของตัวแปรอิสระได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร เมื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression) ด้วยวิธี Stepwise พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความหว้าเหว่ ($\beta=0.304, p<0.01$) การรับรู้สภาวะสุขภาพ ($\beta=-0.209, p<0.01$) ความผาสุกทางใจ ($\beta=-0.137, p<0.01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($\beta=-0.122, p<0.05$) และความพอเพียงของรายได้ ($\beta=-0.101, p<0.05$) โดยสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 26.9 (Adjusted R² = 0.29) ดังตารางที่ 6

ตาราง 5 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ค่าสถิติทดสอบ F และ t Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
5 (Constant)	48.645	14.090		3.453	.001
ความว้าเหว่	2.870	.473	.304	6.069	.000
การรับรู้สภาวะสุขภาพ	-1.696	.405	-.209	-4.192	.000
ความผาสุกทางใจ	-1.755	.635	-.137	-2.763	.006
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-11.809	4.658	-.122	-2.535	.012
ความพอเพียงของรายได้	-.867	.422	-.101	-2.054	.041

F(df, df) = 24.140 p-value= 0.05 r=0.519 R²= 0.269 Adjusted R²= 0.258

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ความว้าเหว่ รองลงมา คือ การรับรู้สภาวะสุขภาพ, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ความผาสุกทางใจและความพอเพียงของรายได้ตามลำดับ ดังสมการพยากรณ์ต่อไปนี้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ = 0.304(ความว้าเหว่) – 0.209(การรับรู้สภาวะสุขภาพ) - 0.137(ความผาสุกทางใจ) - 0.122(ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) - 0.101(ความพอเพียงของรายได้)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลกระแซง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.8 มีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 6.3 รองลงมาซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 4.2 และซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 0.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุรเดช ขวเดช (2562) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่ร้อยละ 10.94 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 0.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.5 และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

ร้อยละ 21.5 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรพรรณ ลือบุญวัชชัยและสุชาติ พันธุ์ลาภ(2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชนเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 36.20

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และความพอเพียงของรายได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบัณฑิตนกร(2559) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุคือระดับการศึกษา อาชีพ และระดับรายได้และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุจรรยา แสงเขียวงาม(2560) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชัดเจน จันทรพัฒน์(2547) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล การมีสัมพันธ์ทางกับครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยากับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความว่าเหว และความผาสุกทางใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของโสภณ แสงอ่อน (2550) ที่พบว่า จำนวนปัญหาสุขภาพและความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) ที่ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานคือความว่าเหวและความผาสุกทางใจ

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และการเกื้อหนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประอรทิพย์ สุทธิสาร(2550) ที่พบว่า เหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า

และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความว่าเหว การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความผาสุกทางใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพอเพียงของรายได้ โดยสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.9 ซึ่งสอดคล้องกับผกามาศ เพชรพงศ์(2562) ที่พบว่าปัจจัยทำนายต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

คือความว่าเหว จำนวนเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 21.9และสอดคล้องกับสุรเดช ชะเดช(2562) โดยพบว่าตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน มีทั้งหมด 3 ตัวแปรคือ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและปัจจัยทางจิตวิทยา โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอห้วยทับทัน ได้ร้อยละ 18.10 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) ที่ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ ความว่าเหว การรับรู้สภาวะสุขภาพ เหตุการณ์วิกฤติความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และความผาสุกทางใจ โดยสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 39.2

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีบริการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุในชุมชนและที่บ้าน โดยอาศัยเครือข่ายในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายทางศาสนา เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ
2. องค์กรในชุมชนและสถานบริการสุขภาพควรนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเศร้าระดับเล็กน้อยและปานกลาง เพื่อลดความรุนแรงของโรค และหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเศร้าในระดับรุนแรงโดยเร็วที่สุด และมีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น การวางแผนแก้ปัญหาความว่าเหว การสร้างความรับรู้สภาวะสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เป็นต้น
3. ควรมีการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง ให้การช่วยเหลือและติดตามประเมินผล

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ตำบลกระแซง.
(2566).รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2566.
ศรีสะเกษ.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
(2566). อย่างไรก็ตามเรียกว่าโรคซึมเศร้า. สืบค้น 2 ตุลาคม
2566. จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/05282014-0857>.
- ชิตเจน จันทพัฒน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร
กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้
ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(2):80-92.
- บัณฑิต ลวรัตน์กร. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองกันทรลักษณ์
อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการ
แพทย์ เขต 11, 30(2):13-23.
- ประอรทิพย์ สุทธิสาร. (2550). ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวาน
ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลหนองคาย
(การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผกามาศ เพชรพงศ์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย
โรคเบาหวานในอำเภอขีรขามมี จังหวัดพิจิตร. วารสาร
โรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่
3 จังหวัดนครสวรรค์, 13(2):25-36.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอกันทร
ลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานควบคุมโรคที่
๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี, 19(3):36-48.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). การสำรวจสุขภาพ
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-
2563. นนทบุรี : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดไคไซน์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศน์. (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550.
กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). รายงาน
ภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2562.
นนทบุรี : บริษัท แอนดี เพรส จำกัด.
- สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. (2561). จำนวนประชากร
สูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้น 2 ตุลาคม 2566. จาก :
https://twitter.com/sisaket_nso.
- สำนักทะเบียนอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. (2566).
รายงานสถิติประชากรระดับตำบล. ศรีสะเกษ.
- สำนักทะเบียนอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. (2566).
รายงานสถิติประชากรแยกหมู่บ้าน. ศรีสะเกษ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดไคไซน์.
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงคำพร้อย อำเภอลำ
ลูกกา จังหวัดปทุมธานี. คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล
มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- สุรเดช ขวเดช. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรี
สะเกษ. วารสารการแพทย์และการสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2(3): 174-181.
- โสภณ แสงอ่อน พรเทัญ ลำภา และพรทิพย์ มาลาธรรม.
(2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธภาพ
ในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.
รามธิบดีพยาบาลสาร, 13(1):54-68.
- อรพรรณ ลีอนุธวัชชัย, สุชาติ พันธุ์ลาภ. (2559). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนชน
เมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการ
สุขภาพ, 3(3):25-36.
- Kelley K, Maxwell SE. (2003). Sample size for multiple
regression: obtaining regression coefficients that
are accurate, not simply significant. Psychol.
Methods 2003; 8(3): 305–21.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J.,
Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk
factor for depressive symptoms from young
adulthood to old age. Journal of Abnormal
Psychology 2009; 118(3),472–478.
- World Health Organization: WHO. (2017). Atlas: Mental
health resources in the world 2001. Retrieved 2
October 2023, from:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66910/WHO_NMH_MSD_MDP_01.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- World health report 2008. (2008). Child and maternal
survival. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). Depression and other
common mental disorders: global health
estimates 2017. Retrieved 2 October 2023, from
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/2546/10/WHO-MSD-MER-2017-2-eng.pdf?sequence=1>.

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

สุนทร หาญศึก, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตตำบลสูงตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 324 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple liner regression)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุตำบลสูงมีคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.7 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 14.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 43.3 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้วางแผนในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอร์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: suntorn03325@gmail.com

Predictive Factors for the quality of life of the elderly among in Rung Subdistrict, Kantharalak District, Sisaket Province

Suntorn Harnsuk, *M.P.H.*¹

Abstract

This study is a descriptive research aimed at investigating the quality of life of elderly individuals and analyzing the predictive factors of the quality of life of elderly individuals in Rung Sub-district, Kantharalak District, Sisaket Province. The sample group consists of individuals aged 60 and above, who are registered residents and have been residing in Rung Sub-district for at least 6 months. The sample size is 324 people, selected through simple random sampling. The research tool used is a questionnaire to collect data, which is then analyzed using inferential statistics, including percentages, means, standard deviations, and inferential statistics such as multiple linear regression analysis.

The study found that the majority of elderly individuals in Rung Sub-district have a moderate level of quality of life, accounting for 78.7%. The next level down is categorized as good, representing 14.8%. Statistically significant factors related to the quality of life of the elderly at a .05 level include occupation, income sufficiency, chronic illnesses, perception of health status, ability to perform daily activities, self-esteem, social support, and community participation. The most statistically significant factors predicting the quality of life of the elderly are social support, perception of health status, income sufficiency, and self-esteem, which together can predict the quality of life of the elderly by 43.3%. This study's findings can be used to plan for improving the quality of life of the elderly in caregiving efforts.

Keyword : Quality of life, Elderly

¹ Public Health Technical Officer, Donaow Health Promoting Hospital, Kantharalak District, Si Sa Ket Province,
Email: suntorn03325@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้สังคมโลกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งองค์การสหประชาชาติ (UN) ได้ให้นิยามว่าประเทศใดที่มีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีอัตราส่วนเกินร้อยละ 10 ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) เมื่อมีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากการสำรวจสถิติประชากรโลกขององค์การสหประชาชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.90 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่า จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคนในปี พ.ศ. 2593 ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในโลก (United Nations,2022)

ในทศวรรษที่ 21 ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 และตามคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ทั้งนี้แนวโน้มของประชากรจะเป็นไปตามคาดการณ์ดังกล่าว โดยจากการสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (66 ล้านคน) ในขณะที่ประชากรไทยโดยรวมมีอัตราเพิ่มติดลบ (ประชากรลดลง) แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก และในอีก 20 ปีข้างหน้าประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรผู้สูงอายุจะ

เพิ่มขึ้นจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566)

จังหวัดศรีสะเกษได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุ" เนื่องจากมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ 14.59 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และปี พ.ศ. 2565 จังหวัดศรีสะเกษมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.68 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ,2561) และคาดว่าจะอีก 12 ปีข้างหน้าจังหวัดศรีสะเกษจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ซึ่งมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ เป็นตำบลที่อยู่ชายแดนไทยกับกัมพูชา มีหมู่บ้านทั้งหมด 10 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 8,257 คน มีประชากรผู้สูงอายุ 1,237 คน คิดเป็นร้อยละ14.98 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือว่าตำบลลุงได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และตำบลลุงได้มีการดำเนินงานกองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ซึ่งดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมดูแลสุขภาพระดับตำบล มี Care Manager และ Care Giver ให้การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการในปี 2566 จำนวนทั้งสิ้น 360 คน (กองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวตำบลลุง,2565)

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ การช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง และตกอยู่ในสภาวะพึ่งพา เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ในประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าครึ่ง คือร้อยละ 54.9 (จิราพร ทองดีและคณะ,2555) นอกจากสภาพปัญหาด้านร่างกายที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญแล้ว การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาอื่นๆตามมา เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ การที่ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ในขณะเดียวกันอัตราส่วนและจำนวนประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง ประชากรวัยแรงงานจึงต้องรับภาระการ

เกื้อหนุนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีความจำเป็นต้องอยู่ในระบบแรงงาน จึงทำให้วัยแรงงานต้องหางานเพิ่มขึ้นโดยย้ายถิ่นฐานไปทำงานในตัวเมืองทำให้เกิดปัญหาด้านสังคมตามมา ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแลเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกเหงา หดหู่ คิดว่าตนเองไร้ค่า อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (อารดา ธีระเกียรติจักร, 2554)

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆที่เป็นองค์ประกอบหลายประการ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุในสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว สวัสดิการสังคมและการรักษาพยาบาล ภาระหนี้สิน การเป็นสมาชิกชมรม/การเข้าร่วมกิจกรรมชมรม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับที่แตกต่างกัน และปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเครียด การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตัวเอง ความเพียงพอของรายได้ การได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้สามารถใช้เป็นข้อมูลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจและสังคมที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ลดการพึ่งพา ช่วยตนเองได้ มีส่วนร่วมกับสังคม และเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัย

ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะในปัจจุบันพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ สวัสดิการ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้า ซึ่งจะมีความแตกต่างกับการศึกษาคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา การศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีศักยภาพ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูงและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิตใจ และปัจจัยทางสังคม ซึ่งทำการศึกษาในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลสูง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาในการศึกษา คือ ตุลาคม 2566 – เมษายน 2567 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่ในเขตตำบลสูง จำนวน 1,237 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอว, 2566)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีชื่อในทะเบียนราษฎร์และอาศัยอยู่ในเขตตำบลสูงตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้คือ

- 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) ไม่จำกัดภาวะการเจ็บป่วย
- 3) สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาในการฟังและการพูด โดยฟังได้ดี และพูดเข้าใจ
- 4) ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + x^2P(1-P)}$$

$$n = \frac{(3.841) \times 1,237 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.05)^2 \times (1,237-1) + (3.841) \times 0.5 \times (1-0.5)}$$

$$n = 293.27$$

$$n = 294 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 294 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 324 คน

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = ขนาดของประชากร
 e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (ความแตกต่างของค่าสัดส่วนในประชากรและค่าที่ประมาณกำหนดที่ 5% ค่า $e = 0.05$)

x^2 = ค่าไครสแคว์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($x^2 = 3.841$)

P = สัดส่วนของประชากรที่สนใจศึกษา ($p = 0.5$)

การสุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในตำบลสูง โดยสุ่มตัวอย่างจากทุกหมู่บ้าน ทั้ง 10 หมู่บ้าน โดยใช้การคำนวณ ตัวอย่างตามขนาดสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) จากนั้นทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุที่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลาก (Lottery method) และการสุ่มตัวอย่างแบบไม่คืนที่ (Sample without replacement) สำหรับการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถาม เพื่อใช้สอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสูง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย การดูแลของคนในครอบครัว โรคประจำตัว การรับรู้สภาวะสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินของดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งแปลผลการประเมินได้ดังนี้

0 - 4 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ)

5 - 11 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดบ้าน (ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง)

12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง กลุ่มติดสังคม (พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ โดยคำถามที่เป็นเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,3,7,8,10 ถ้าตอบว่า “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”=1 คะแนน “ไม่เห็นด้วย”=2 คะแนน “เห็นด้วย”=3 คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”=4 คะแนน และคำถามที่เป็นเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 4,5,6,9 ถ้าตอบว่า “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”=4 คะแนน “ไม่เห็นด้วย”=3 คะแนน “เห็นด้วย”=2 คะแนน “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”=1 คะแนน โดยแปรผลจากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

0-1.33 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ

1.34-2.66 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองปานกลาง

2.67-4.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ หากตอบว่า “เห็นด้วยน้อยที่สุด”=1 คะแนน “เห็นด้วยน้อย”=2 คะแนน “เห็นด้วยปานกลาง”=3 คะแนน “เห็นด้วยมาก”=4 คะแนน “เห็นด้วยมากที่สุด”=5 คะแนน ซึ่งแปรผลจากคะแนนรวมดังนี้

1-26 คะแนน หมายถึงการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

27-36 คะแนน หมายถึงการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

37-45 คะแนน หมายถึงการสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 5 การวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตโดย องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) ของนายแพทย์สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์ และวิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล มีคำถามชี้วัดคุณภาพชีวิตจำนวน 26 ข้อ จะประกอบด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต

ใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ การให้คะแนนข้อคำถามที่เป็นเชิงบวก จำนวน 23 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,3,4,5,6,7,8,10,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26 หากตอบว่า “ไม่เลย”=1 คะแนน “เล็กน้อย”=2 คะแนน “ปานกลาง”=3 คะแนน “มาก”=4 คะแนน “มากที่สุด”=5 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,9,11 หากตอบว่า “ไม่เลย”=5 คะแนน “เล็กน้อย”=4 คะแนน “ปานกลาง”=3 คะแนน “มาก”=2 คะแนน “มากที่สุด”=1 คะแนน ซึ่งแปรผลจากคะแนนรวมดังนี้

1-60 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตไม่ดี

61-95 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตปานกลาง

96-130 คะแนน หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบจำนวนความถูกต้องจากนั้นวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม แล้วทดสอบเครื่องมือ โดยไปทดลองใช้กับหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่การศึกษาจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าดังนี้

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.87

แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เท่ากับ 0.90

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.92

แบบประเมินคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลแบบสอบถามผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ (Google form)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์และการทำนายระหว่างตัวแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ Pearson Correlation และ Spearman Correlation เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยวิธี Stepwise เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-209 ลงวันที่ 19 ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลุง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.7 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 14.8 และระดับไม่ดี ร้อยละ 6.5 ส่วนการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.26 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 84.9 มีคะแนนเฉลี่ย 2.97 คะแนน คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 75.3 มีคะแนนเฉลี่ย 2.73 คะแนน ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่มีคุณภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 50.9 มีคะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 มีคะแนนเฉลี่ย 3.26 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต	X	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต		
			ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
			จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.40	.573	21(6.8)	255(78.7)	48(14.8)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	2.97	.493	31(9.6)	275(84.9)	18(5.6)
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	2.73	.502	69(21.3)	244(75.3)	11(3.4)
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.03	.713	79(24.4)	165(50.9)	80(24.7)
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	3.26	.618	19(5.9)	222(68.5)	83(25.6)

2. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิตใจ และปัจจัยด้านสังคม

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.7 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 38.3 อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 70.45 ปี อายุมากที่สุด 91 ปี และอายุน้อยสุด 60 ปี ช่วงอายุที่พบมาก

ที่สุด คือ อายุ 60-65 ปี ร้อยละ 31.5 รองลงมาช่วงอายุ 66-70 ปี ร้อยละ 26.5 ด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 54.3 รองลงมาไม่มีสถานะหม้าย ร้อยละ 37.3 ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่

จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 75.9
รองลงมาได้เรียน ร้อยละ 16.7 ด้านอาชีพส่วนใหญ่
มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือไม่มีอาชีพ
ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 500-1,000
บาท ร้อยละ 44.4

รองลงมาได้มีรายได้ 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 25.0
ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ
รายจ่าย ร้อยละ 64.5 รองลงมาได้เพียงพอกับ
รายจ่ายแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ ร้อยละ 29.3

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว

ผลการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า
ลักษณะของครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ร้อย
ละ 50.6 รองลงมา เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 44.8
ด้านรูปแบบการอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส
และบุตรที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 30.9 รองลงมาอาศัยอยู่
กับคู่สมรสเท่านั้น ร้อยละ 22.5 ส่วนการดูแลของคนใน
ครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะเป็นบุตร/หลาน/บุตรเขย/
บุตรสะใภ้ ร้อยละ 46.0 รองลงมาจะเป็นคู่สมรส ร้อยละ
29.3

2.3 ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิตใจ

ผลการศึกษาด้านสุขภาพกายและจิตใจ พบว่า
ส่วนใหญ่มิโรคประจำตัว ร้อยละ 54.6 การรับรู้สภาวะ
สุขภาพ ส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 63.3
รองลงมามีสภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 23.5 ด้านการเข้าถึง
ระบบบริการสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการ
สุขภาพได้ง่าย ร้อยละ 92.9 รองลงมาเข้าถึงได้ยาก ร้อย
ละ 6.5 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ส่วนใหญ่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้
ร้อยละ 95.7 รองลงมาดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเอง
ได้บ้าง ร้อยละ 3.1 และด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง
ส่วนใหญ่รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองระดับสูง ร้อยละ 60.5
รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.5

2.4 ปัจจัยทางสังคม

ผลการศึกษาปัจจัยทางสังคม พบว่า การ
สนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทาง
สังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 รองลงมาอยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 42.0 ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของ

ผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่เข้าร่วมเป็นบางครั้ง ร้อยละ
62.7 รองลงมาไม่เคยร่วมเลย ร้อยละ 18.8 ดังตารางที่ 2
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วน
บุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพกายและ
จิตใจ และปัจจัยทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
1. เพศ		
ชาย	124	38.3
หญิง	200	61.7
2. อายุ		
60 - 65 ปี	102	31.5
66 - 70 ปี	86	26.5
71 - 75 ปี	47	14.5
76 - 80 ปี	50	15.4
81 ปี ขึ้นไป	39	12.1
Mean = 70.45 S.D. =		
7.601 Min = 60		
Max = 91		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	22	6.8
แต่งงาน	176	54.3
หม้าย	121	37.3
หย่าร้าง	5	1.5
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	54	16.7
ประถมศึกษาปีที่ 4	246	75.9
ประถมศึกษาปีที่ 6	12	3.7
มัธยมศึกษาปีที่ 3	5	1.5
มัธยมศึกษาปีที่ 6/ปวช.	4	1.2
อนุปริญญา/ปวส	1	0.3
ปริญญาตรี	1	.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3
5. อาชีพ		
เกษตรกร	162	50.0
รับจ้าง	33	10.2
รับราชการ/ข้าราชการ	1	0.3
บำนาญ		
ค้าขาย	9	2.8
ธุรกิจส่วนตัว	3	0.9
ไม่มีอาชีพ	116	35.8

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิตใจ และปัจจัยทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)		
6. รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	3	0.9
500 – 1,000 บาท	144	44.4
1,001 – 2,000 บาท	81	25.0
2,001 – 2,000 บาท	51	15.7
5,001 – 10,000 บาท	34	10.5
10,001 – 20,000 บาท	8	2.5
20,001 – 50,000 บาท	3	0.9
7. ความพอเพียงของรายได้		
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	209	64.5
เพียงพอกับรายจ่าย	95	95
เพียงพอกับรายจ่ายและมีเหลือเก็บ	20	20
ปัจจัยด้านครอบครัว		
1.ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	145	44.8
ครอบครัวขยาย	164	50.6
อยู่คนเดียว	15	4.6
2.รูปแบบการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	29	9.0
อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	73	22.5
อยู่กับบุตรโสด	38	11.7
อยู่กับบุตรที่สมรสแล้ว	100	30.9
อยู่กับญาติพี่น้อง	27	8.3
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.3
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	56	17.3
3.การดูแลของคนในครอบครัว		
ดูแลตัวเอง	63	19.4
คู่สมรส	95	29.3
บุตร/หลาน/บุตรเขย/บุตรสะใภ้	149	46.0
ญาติ/พี่น้อง	16	4.9
คนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	1	0.3

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิตใจ		
1.โรคประจำตัว	147	45.4
ไม่มี	177	54.6
2.การรับรู้สภาวะสุขภาพ		
แย่มาก	10	3.1
แย่	24	7.4
ปานกลาง	205	63.3
ดี	76	23.5
ดีมาก	9	2.8
ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิตใจ(ต่อ)		
3.การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ		
เข้าถึงได้ง่าย	301	92.9
เข้าถึงได้ค่อนข้างยาก	21	6.5
เข้าถึงได้ยากลำบาก	2	0.6
4.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ดีเยี่ยม (0 - 4 คะแนน)	4	1.2
ดีปาน (5 - 11 คะแนน)	10	3.1
ดีสังคม (12-20 คะแนน)	310	95.7
5.ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง		
ต่ำ (0-1.33 คะแนน)	0	0
ปานกลาง (1.34-2.66 คะแนน)	128	39.5
สูง (2.67-4.00 คะแนน)	196	60.5
Mean=2.60, S.D.=.489, Min=1.90, Max=3.60		
ปัจจัยทางสังคม		
1. การสนับสนุนทางสังคม		
ต่ำ (0-26 คะแนน)	162	50.0
ปานกลาง (27-36 คะแนน)	136	42.0
ปานกลาง (37-45 คะแนน)	26	8.0
2.การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ		
ไม่เคยเข้าร่วมเลย	61	18.8
เข้าร่วมเป็นบางครั้ง	203	62.7
เข้าร่วมเป็นประจำ	60	18.5

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ อาชีพ และความพอเพียงของรายได้ ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ลักษณะของครอบครัว รูปแบบการอยู่อาศัย และการดูแลของคนในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$)

ปัจจัยด้านสุขภาพกายและจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ โรคประจำตัว การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

ปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระ

	Y	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	X ₆	X ₇	X ₈	X ₉	X ₁₀	X ₁₁	X ₁₂	X ₁₃	X ₁₄	X ₁₅	X ₁₆	X ₁₇
Y	1																	
X ₁	-.105	1																
X ₂	-.102	.037	1															
X ₃	-.060	.262	.282	1														
X ₄	.049	-.151	-.140	-.148	1													
X ₅	-.113	.231	.435	.221	-.233	1												
X ₆	.089	-.059	.273	-.119	.247	-.256	1											
X ₇	.197	-.024	-.128	-.110	.130	-.100	.392	1										
X ₈	-.026	-.041	.020	-.079	.054	.061	.013	-.025	1									
X ₉	-.032	.006	.073	-.064	.014	.072	.024	-.067	.001	1								
X ₁₀	-.028	.187	.242	.300	-.072	.176	.009	.057	.022	.180	1							
X ₁₁	-.149	.150	.161	.054	.001	.050	-.040	-.069	-.021	.062	.071	1						
X ₁₂	.415	-.175	-.197	-.170	.031	-.177	.173	.277	-.089	-.059	-.113	-.347	1					
X ₁₃	.078	-.009	.008	-.007	-.135	.113	-.120	-.060	.038	-.048	-.091	.050	-.102	1				
X ₁₄	.244	-.112	-.284	-.141	.068	-.185	-.114	.138	-.062	-.025	-.159	-.182	.397	.015	1			
X ₁₅	.147	-.134	-.142	-.148	.047	-.113	-.170	.107	.052	.058	-.040	-.094	.195	-.056	.156	1		
X ₁₆	.602	-.050	-.066	.006	.140	-.145	.069	.094	-.047	.026	.061	-.095	.222	-.025	.148	.067	1	
X ₁₇	.144	-.066	-.288	-.102	.069	-.302	.080	.104	-.065	.035	-.180	-.035	.218	-.086	.235	.071	.171	1

ตัวแปร

Y = คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

X₃ = สถานภาพสมรส

X₆ = รายได้

X₉ = รูปแบบการอยู่อาศัย

X₁₂ = การรับรู้สภาวะสุขภาพ

X₁₅ = ความรู้สึกมีคุณค่าตัวเอง

X₁ = เพศ

X₄ = ระดับการศึกษา

X₇ = ความพอเพียงของรายได้

X₁₀ = การดูแลของคนในครอบครัว

X₁₃ = การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

X₁₆ = การสนับสนุนทางสังคม

X₂ = อายุ

X₅ = อาชีพ

X₈ = ลักษณะของครอบครัว

X₁₁ = โรคประจำตัว

X₁₄ = ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

X₁₇ = การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยทำนายคุณภาพของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของสมการทำนาย ผลการวิเคราะห์จะพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) คือความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับตัวแปรอิสระ มีค่า 0.658 ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ส่วนค่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม (R^2) มีค่า 0.433 ซึ่งก็คือ ตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 43.3 ส่วนผลการทดสอบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับชุดของตัวแปรอิสระโดยใช้สถิติ F ทดสอบ พบว่าตัวแปรตามสามารถทำนายด้วยชุดของตัวแปรอิสระได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปร เมื่อวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงเส้น (Linear Regression) ด้วยวิธี Stepwise พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta=0.549$, $p<0.01$) การรับรู้สภาวะสุขภาพ($\beta=0.185$, $p<0.01$) ความพอเพียงของรายได้($\beta=0.132$, $p<0.01$) และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง($\beta=0.095$, $p<0.05$) โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 43.3 (Adjusted $R^2= 0.433$) ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย ค่าสถิติทดสอบ F และ t Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.
	B	Std. Error	Beta			
4 (Constant)	45.423	4.166			10.904	.000
การสนับสนุนทางสังคม	11.864	.930	.549		12.758	.000
การรับรู้สภาวะสุขภาพ	8.296	1.940	.185		4.275	.000
ความพอเพียงของรายได้	3.802	1.225	.132		3.105	.002
ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง	3.125	1.416	.095		2.206	.028

F(df, df) = 60.815 p-value= 0.05 r=0.658 $R^2= 0.433$ Adjusted $R^2= 0.426$

ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม รองลงมา คือ การรับรู้สภาวะสุขภาพ, ความพอเพียงของรายได้ และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง ตามลำดับ ดังสมการพยากรณ์ต่อไปนี้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ = 11.864 (การสนับสนุนทางสังคม) + 8.296(การรับรู้สภาวะสุขภาพ) + 3.802(ความพอเพียงของรายได้) + 3.125 (ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลลุง อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 3.40 (S.D.=.573) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.7 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 14.8 และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของวาสนา หลวงพิทักษ์และคณะ(2562) ที่ได้ศึกษา

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรีส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.33 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของวุฒิมาน ห้วยทราย (2566) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงครามพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.78

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นรายด้าน จะพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ 3.26 คะแนน รองลงมาด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 3.03 คะแนน ด้านสุขภาพกาย มีคะแนนเฉลี่ย 2.97 คะแนน และด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.73 คะแนน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำรงชีวิตที่ดีจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (2018) ที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตการรับรู้ของแต่ละคนเกี่ยวกับสถานะในชีวิต และองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีลักษณะซับซ้อนเป็นผลจากความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมด้วย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐกัญย์ อ่องเอื้อ (2564) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่าโดยภาพรวมระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน อยู่ในระดับดีมาก แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นอันดับ 1 รองลงมาคือ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และลำดับสุดท้ายคือ ด้านร่างกาย

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อาชีพ ความพอเพียงของรายได้ โรคประจำตัว การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาสนา หลวงพิทักษ์ และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ รายได้ การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความพอเพียงของรายได้ การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ถ้ามีความพอเพียงของรายได้สูง จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเองในผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองสูงกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต กล่าวคือคนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวชี้วัดด้านร่างกายซึ่งจะมีผลต่อชีวิตประจำวัน และยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุไรวรรณ ทศนีย์ สุวรรณ (2564) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าอายุ การไม่ได้ทำงาน การมีภาวะสุขภาพปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต การมีภาวะสุขภาพดี และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต การมีอาชีพเป็นเกษตรกร ความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนอาชีพ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะเห็นว่าผู้ที่ไม่มีอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่ากับคนที่ไม่มีอาชีพ ส่วนโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีโรคประจำตัว จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเท่ากับคนที่ไม่มีโรคประจำตัว

3. ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้และความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้ ร้อยละ 43.3

ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนิสา วิลาศรี (2563) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการระยะยาว กรุงเทพมหานคร ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพอเพียงของรายได้ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับวาสนา หลวงพิทักษ์และคณะ (2562) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการส่งเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคม ให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งจากหน่วยงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการในพื้นที่ เพราะการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้
2. ควรมีการส่งเสริมการสร้างรายได้ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่พอเพียงต่อการดำรงชีพ
3. สร้างความเห็นคุณค่าในตัวเองให้มากขึ้น โดยเป็นการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่ามากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ
4. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเพิ่มขึ้น เช่น กิจกรรมทางศาสนา เพื่อจะช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุสงบลง ไม่เครียด ไม่หดหู่ และสามารถแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีเหตุผล การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบล เพื่อที่จะได้รูปแบบหรือแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองทุนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ตำบลสูง.
(2566). สรุปรายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. ศรีสะเกษ.
- จิราพร ทองดี และคณะ. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญธานี, 22(3):88-99.
- ณัฐกัญย์ อ่องเอื้อ. (2564). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์คอร์เปอร์เรชั่นส์ จำกัด มหาชน.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนเอว. (2566). โปรแกรมระบบงานสถานีอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ(JHCIS). ศรีสะเกษ.
- วาสนา หลวงพิทักษ์ และคณะ. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 20(38):67-81.
- วุฒิฉาน ห้วยทรายและศรายุทธ ชุสทน. (2566). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1):63-72.
- สำนักงานสถิติจังหวัดศรีสะเกษ. (2561). จำนวนประชากรสูงอายุจังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้น 4 พฤศจิกายน 2566. จาก : https://twitter.com/sisaket_nso;2561.
- สุนิสา วิลาศรี และคณะ. (2563). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบบริการระยะยาว กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(2):164-176.

อารดา ชีระเกียรติกำจร. (2554). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน
เขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
(วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่:
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาล
หัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช.
วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 8(1):293-311.

Kelley K, Maxwell SE. (2003). Sample size for
multiple regression: obtaining regression
coefficients that are accurate, not simply
significant. Psychol. Methods, 8(3): 305–21.

United Nations. (2022). World population
prospects 2022. Retrieved 4 November 2023,
from : <http://www.population.un.org/wpp/>

WHO. (2018). Quality of life. 4 November 2023,
from
<http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ชนิตา พานจันทร์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตัว อาการกำเริบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกจิตเวช โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ 0.617 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำแบบสอบถาม ระหว่างเดือนกันยายน 2566-ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired t test และ McNemar test

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 12.10 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 16.20 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.00) ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ยเท่ากับ 25.40 คะแนน หลังการทดลองคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย เท่ากับ 33.43 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.000) ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบร้อยละ 100.00 หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช พบผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ร้อยละ 10.00 สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช มีประสิทธิผลดีในด้านการเพิ่มระดับความรู้ การปฏิบัติตัว และลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิจัยนี้สรุปว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทควรมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การปฏิบัติตัว การป้องกันอาการกำเริบของโรคจิตเวช โดยพยาบาลควรจัดให้มีการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชในคลินิกจิตเวช พร้อมแจกเอกสารความรู้ และช่องทางการบริการจิตเวชฉุกเฉิน

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, ผู้ป่วยจิตเภท, ผู้ป่วยจิตเภท

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ Email: chanita_boongee@hotmail.com

Effectiveness of using the educational program for psychiatric patients, Khun Han District, Sisaket Province

Chanita Parnjun, *B.N.S.*¹

Abstract

This study is pre-experimental research aimed at comparing knowledge and conducting relapse symptoms before and after using the psychiatric patient education program. The sample group is caregivers for schizophrenia patients and schizophrenia patients who come to the psychiatric department for services at Khun Han Hospital, Khun Han District, Sisaket Province. By choosing specifically Number of people: 30 people. The research tools used were questionnaires. It consists of 3 parts of information: general information and a knowledge test about psychiatric disorders. and patient behavior psychiatry, which has been validated by experts and tested confidence using Cronbach's alpha method. The reliability of the measure was 0.617. Data were collected by questionnaire. Between September 2023 and December 2023, data were analyzed using descriptive statistics including number, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics including paired t-test and McNemar test.

These results were as follows: before the experiment, the sample group had an average knowledge score of 12.10 points. After the experiment, the average knowledge score was 16.20 points, a statistically significant increase ($p\text{-value} = 0.00$). Before the experiment, the sample group had an average performance score of 25.40 points. After the experiment, the average performance score of schizophrenia patients was 33.43 points, a statistically significant increase ($p\text{-value} 0.000$). Before the experiment, 100.00% of schizophrenia patients had relapsed after giving the psychiatric patient education program. It was found that 10.00% of patients had relapse symptoms. It was concluded that the psychiatric patient education program. It is very effective in increasing knowledge levels. conduct and reduce relapses in schizophrenia patients Suggestions from this research include: caregivers of schizophrenia patients and patients with schizophrenia should know the causes. conduct Preventing relapse of psychiatric disorders Nurses should provide training to provide additional knowledge.

Among caregivers of psychiatric patients and psychiatric patients in psychiatric clinics Ready to distribute knowledge documents and service channels for emergency psychiatry.

Keywords: Educational programs, Schizophrenia patient, Schizophrenic patient

¹ Registered Nurse, Professional level, Khunhan Hospital, Si Sa Ket province, Email: chanita_boongee@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นโรคที่เจ็บป่วย มากที่สุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด และยังพบว่ามียาอัตราการเกิดโรคประมาณ 1.4 – 1.6 : 1,000 คน ต่อปี ได้กล่าวถึง ลักษณะทั่วไปของโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และลักษณะอารมณ์เป็น แบบไม่เหมาะสม (บัวลอย แสนละมุลและ, ปิตพงษ์ เกษสมบุญ 2557)

จากข้อมูลของ National Survey on Drug Use and Health ปี ค.ศ. 2012 ความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรค SMIV นั้น คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมดที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยพบมากที่สุด ในช่วงอายุ 26-49 ปี รองลงมาคืออายุ 18-25 ปี พบมากในผู้ป่วยคดีด้านนิติจิตเวชถึง 3 เท่า ในกลุ่มของผู้ป่วยโรค SMIV นั้น พบว่ามีร้อยละ 5-15 ที่สามารถก่อเหตุรุนแรงกับชุมชนได้อีก การศึกษาพบผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง Serious Mental Illness With High Risk to Violence) ได้ถึงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจิตเวชปัจจัยที่ทำให้ก่อการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงเพิ่มต่อการก่อความรุนแรง

จากสถานการณ์ ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุม และการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น(www.skph.go.th)ในประเทศไทย พบผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งหมด 388,779

ราย ซึ่งจะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากภาวะกดดันทางสังคม หรือปัญหาจากครอบครัวแตกแยก ปัญหาจากการใช้สารเสพติด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนแต่จะส่งผลให้เจ็บป่วยทางจิตใจ ตามมา (บัวลอย แสนละมุลและ, ปิตพงษ์ เกษสมบุญ 2557)

ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2566 มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,711 ราย แบ่งเป็นประเภทสีเขียว(ญาติติ ยาติ) จำนวน 1,072 คน คิดเป็นร้อยละ 62.62 ประเภทสีเหลือง(ญาติติ ยาไม่ติ/ญาติไม่ติ ยาติ) 627 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67 ประเภทสีแดง(ญาติไม่ติ ยาไม่ติ) 12 คน คิดเป็นร้อยละ 0.71 ซึ่งผู้ป่วยประเภทสีแดง อาจกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนได้ จึงได้มีการจัดทำวิจัยประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ขึ้น เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายและครอบครัวผู้ป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ลดการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดการบาปให้กับสังคม และใช้ชีวิตในชุมชนได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์

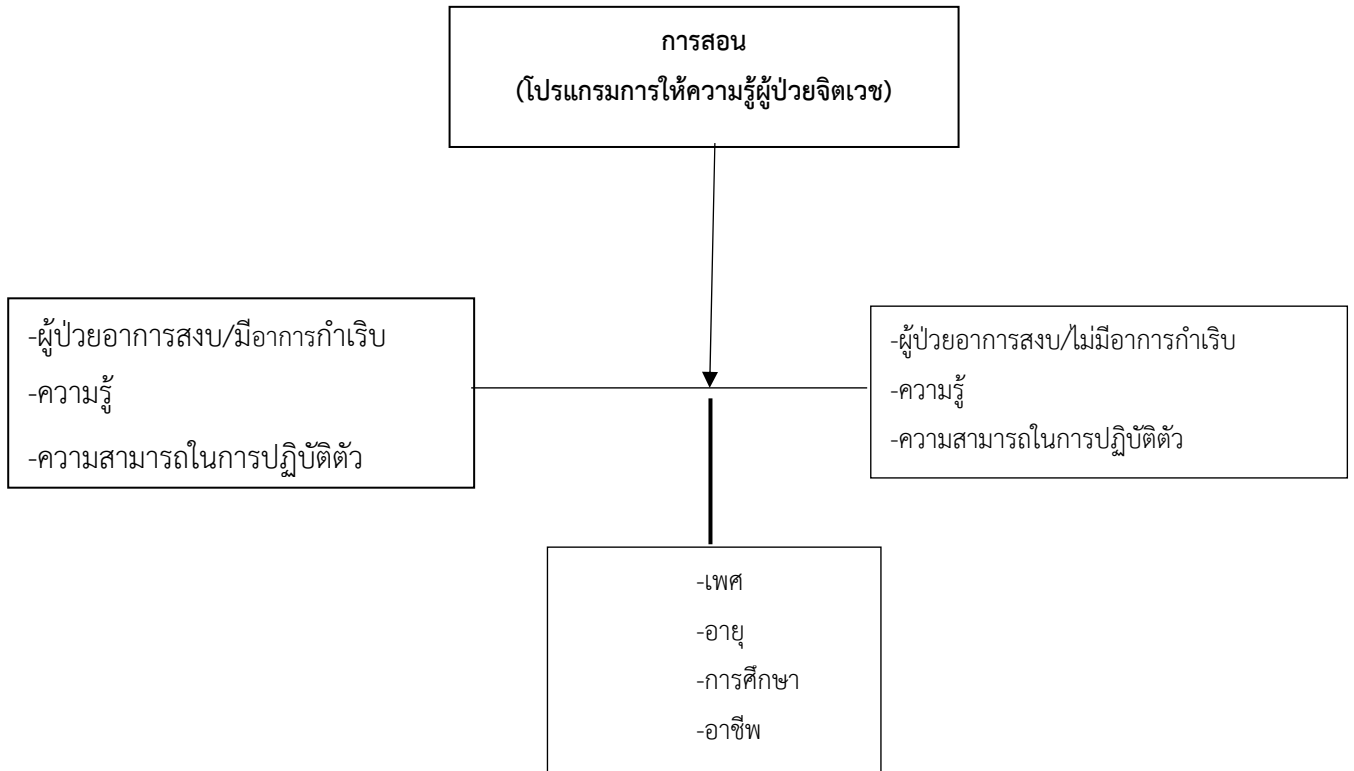
- 1.เพื่อเปรียบเทียบอาการกำเริบก่อนหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช
- 2.เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช
- 3.เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติตัวก่อนหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

สมมุติฐานการวิจัย

- 1.ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบลดลงหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช
- 2.ความรู้หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น

3.การปฏิบัติตัวหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง

เบื้องต้น(Pre-experiment Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอ

ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่งคำนวณหาโดยใช้สูตร two dependent means ของ App N4studies

ผลต่างคะแนนความรู้(เฉลี่ย) = 5.7

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

Standard deviation(σ) = 6.70
Differenced data between 2 group (Δ) = 5.7

Alpha (α) = 0.05
Beta (β) = 0.2
n = 11

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
คำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช
มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกคำตอบ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่
ไม่ทราบ จำนวน 18 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

ถูก ให้ 1 คะแนน

ผิด ให้ 0 คะแนน

ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวช
จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน
ประเมินค่า(Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิร์ต
(Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละค่ามี
ความหมายดังนี้คือ

เป็นประจำ 3 คะแนน

บางครั้ง 2 คะแนน

ไม่เคย 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 อาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช
จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกคำตอบ มี 2
ตัวเลือก มีและไม่มี จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้
คะแนน ดังนี้

มี ให้ 0 คะแนน

ไม่มี ให้ 1 คะแนน

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ได้แก่เอกสาร
ความรู้เรื่องการโรคจิตเวช

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับ
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบ
ความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา
(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถาม ตามที่
ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา
อีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา
แล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out)
กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้
คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณ
จากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient
+Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์
ค่าความเชื่อมั่น ด้านความรู้ เท่ากับ 0.617

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ตามแผนการให้บริการ
ของโรงพยาบาลขุนหาญ ตำบลสี อำเภอกันทรารมย์
จังหวัดศรีสะเกษ

2. รับสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ โดยมี
คุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก โดยจัด
ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา
เทคนิคและขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

3. จัดทำแบบบันทึกการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพ
ของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

4.ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำแบบ
สอบถามความรู้และการปฏิบัติตัวก่อนการทดลอง

4.2 ดำเนินการให้โปรแกรมการให้ความรู้
ผู้ป่วยจิตเวช เรื่องการความรู้และการปฏิบัติตัว
เกี่ยวกับโรคจิตเวช ระยะเวลา 90 นาที

4.3 ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำแบบ
สอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช หลังการทดลอง

4.4 ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนำความรู้และ
การปฏิบัติตัวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลา
1 เดือน

4.5 ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำแบบ
สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโรคจิตเวช หลังการ
ทดลอง

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว
ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและ
ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test และ McNemar test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-207 วันที่รับรอง :19 ธันวาคม 2566 วันหมดอายุ : 18 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment Research)ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การปฏิบัติตัว อาการกำเริบก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการแผนกจิตเวช โรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันยา จังหวัดศรีสะเกษ โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรง โดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดเท่ากับ 0.617 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทำแบบสอบถาม ระหว่างเดือน กันยายน 2566-ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ

อนุมาน ได้แก่ Paired t test และ McNemar test ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 12.10 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 16.20 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.00)

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวเฉลี่ยเท่ากับ 25.40 คะแนน หลังการทดลองคะแนนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ยเท่ากับ 33.43 คะแนน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.000)

ก่อนการทดลองผู้ป่วยจิตเวชมีอาการกำเริบร้อยละ 100.00 หลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช พบผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ร้อยละ 10.00 สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช มีประสิทธิผลดีในด้านการเพิ่มระดับความรู้ การปฏิบัติตัว และลดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอกันยา จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ และรับยาจากโรงพยาบาลขุนหาญ อำเภอกันยา จังหวัดศรีสะเกษ ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 4 ส่วนได้แก่

- 1.ข้อมูลทั่วไป
- 2.ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช
- 3.การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวช
- 4.การเปรียบเทียบอาการกำเริบ

ก่อนและหลังการให้โปรแกรมให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

1.ข้อมูลทั่วไป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.30, มีอายุในช่วง 40-49 ปี มากถึงร้อยละ 40, มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.30, ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 53.30, มีอาการกำเริบ

ร้อยละ 100.00 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อาการกำเริบ		
มี	30	100
-นอนไม่หลับ	22	73.30
-หงุดหงิด	21	70.00
-มีความคิด	7	23.30
แปลกๆ		
-พฤติกรรม	4	13.30
ก้าวร้าว		
-ฉุนเฉียวง่าย	8	26.70

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ก่อนการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิต

เวช มีความรู้มากที่สุด ได้แก่

ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว อาละวาด ทำลายข้าว
ของ ทำร้ายผู้อื่น ควรรีบมาพบแพทย์ ได้ร้อยละ
100.00,ครอบครัวควรเข้าใจ ไม่ทอดทิ้ง ให้กำลังใจ
ผู้ป่วยจิตเวช ได้ร้อยละ 100.00,หากผู้ป่วยจิตเวชกินยา
สม่ำเสมอ จะสามารถทำงานและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ได้
ร้อยละ 100.00 และตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก
ได้แก่ หากมีผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่ง อาละวาด เราควรรีบ
เข้าไปหาผู้ป่วยเพื่อให้ความช่วยเหลือ ได้ร้อยละ 16.70
,โรคจิตเวชเป็นโรคที่เกิดจากสารเคมีในสมอง ได้ร้อยละ
26.70,การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโรคจิตเวช ได้
ร้อยละ 26.70,ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาเอง
ได้ร้อยละ 26.70

หลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิต

เวชในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้มากที่สุด ได้แก่ โรค
จิตเวชเป็นโรคที่เกิดจากสารเคมีในสมอง ได้ร้อยละ
100.00,โรคจิตเวชเกิดจากกรรมพันธุ์ ได้ร้อยละ
100.00,อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอนมีความคิดแปลกๆ
เป็นอาการของโรคจิตเวช ได้ร้อยละ 100.00,อาการ
ทางจิตกำเริบ คือ อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด มี
ความคิดแปลกๆ พฤติกรรมก้าวร้าว หวาดกลัว ฉุนเฉียว

ง่าย ได้ร้อยละ 100.00,ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ
อาละวาด ทำลายข้าวของทำร้ายผู้อื่น ควรรับพามาพ.
ได้ร้อยละ 100.00,การเสพยาบ้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการ
ทางจิตกำเริบได้ร้อยละ 100.00,ผู้ป่วยมีพฤติกรรม
นอนไม่หลับ หงุดหงิด มีความคิดแปลกๆ พฤติกรรม
กำเริบ หวาดกลัว ฉุนเฉียวง่าย ควรรับพามาพ.ได้
ร้อยละ 100.00 และตอบถูกน้อยที่สุด 3 อันดับแรก

ได้แก่ ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา
เอง ได้ร้อยละ 43.30,หากกินยาแล้ว มีอาการง่วงนอน
ควรงดการกินยา เพื่อให้ทำงานได้ตามปกติ
ได้ร้อยละ 50.00,เมื่อผู้ป่วยถามถึงอาการปัจจุบันของ
ตนเอง ท่านไม่ควรบอกข้อมูลเพราะจะทำให้อาการแย
ลง ได้ร้อยละ 73.30

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกก่อนและหลังการให้
ให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

ข้อที่	ความรู้	ก่อนการให้ โปรแกรม ให้ความรู้ผู้ป่วย จิตเวช	หลังการให้ โปรแกรม ให้ความรู้ ผู้ป่วยจิตเวช
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	โรคจิตเวชเป็นโรคที่เกิดจากสารเคมีในสมอง	26.70	100.00
2	โรคจิตเวชเกิดจากกรรมพันธุ์	56.70	100.00
3	อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน มีความคิดแปลกๆ เป็นอาการ ของโรคจิตเวช	96.70	100.00
4	อาการทางจิตกำเริบ คือ อาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด มีความคิดแปลกๆ พฤติกรรมกำเริบ หวาดกลัว ฉุนเฉียวง่าย	96.70	100.00
5	ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ อาละวาด ทำลายข้าวของทำร้ายผู้อื่น ควรรับพามาพ.	100.00	100.00
6	การเสพยาบ้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ	80.00	100.00
7	ผู้ป่วยมีพฤติกรรม นอนไม่หลับ หงุดหงิด มีความคิดแปลกๆ พฤติกรรม กำเริบ หวาดกลัว ฉุนเฉียวง่าย ควรรับพามาพ.	86.70	100.00
8	เมื่อผู้ป่วยถามถึงอาการปัจจุบันของตนเอง ท่านไม่ควรบอกข้อมูลเพราะจะ ทำให้อาการแยลง	50.00	73.30
9	หากกินยาแล้ว มีอาการง่วงนอน ควรงดการกินยา เพื่อให้ทำงานได้ ตามปกติ	50.00	50.00
10	การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโรคจิตเวช	26.70	90.00
11	ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาเอง	26.70	43.30
12	เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ลึนแข็ง ตัวแข็ง ควรมาพบแพทย์	76.70	96.70
13	เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ต้องดูแลเรื่องการรับประทานยา อย่างต่อเนื่อง	76.70	96.70

14	เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว จำเป็นต้องรักษาและไปตรวจตามแพทย์นัด	83.30	90.00
15	ครอบครัวควรเข้าใจ ไม่ทอดทิ้ง ให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเวช	100.00	100.00
16	หากผู้ป่วยจิตเวช กินยาสม่ำเสมอ จะสามารถทำงานและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ	100.00	100.00
17	หากมีผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่ง อาละวาด เราควรรีบเข้าไปหาผู้ป่วย เพื่อให้ความช่วยเหลือ	16.70	86.70
18	ความเครียด ความกดดันเป็นสาเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ	60.00	93.30

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 12.10

และหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 16.20 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช	12.10	3.10	-7.09	0.000
หลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช	16.20	1.73		

3.การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวช

ก่อนการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช มีการปฏิบัติที่ดี 3 อันดับแรก ได้แก่ จดเสพยาบ้า ร้อยละ 100.00 ,งดยาหรื ร้อยละ 76.70 ,รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 70.00 และมีการปฏิบัติตัวไม่ดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ปรีกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 73.30,เมื่อมีอาการผิดปกติทำนมาพบแพทย์ก่อนนัด ร้อยละ 63.30,ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 46.17

หลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช มีการปฏิบัติที่ดีสุด ได้แก่ รับประทานยารักษาโรคจิตเวช อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100.00,จดเสพยาบ้า ร้อยละ 100.00,นอนหลับเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชม./วัน ร้อยละ 100.00 และมีการปฏิบัติตัวไม่ดี 3 อันดับแรก ได้แก่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 83.30, รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ร้อยละ 40,เมื่อมีอาการผิดปกติทำนมาพบแพทย์ก่อนนัด ร้อยละ 36.70

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำแนกตามคะแนนการปฏิบัติตัวที่ตอบถูกต้องก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

ข้อที่	การปฏิบัติตัว	ก่อนให้โปรแกรม			หลังให้โปรแกรม		
		ร้อยละ			ร้อยละ		
		เป็น ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย	เป็น ประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1	รับประทานยารักษาโรคจิตเวชอย่างต่อเนื่อง	50.00	46.70	3.30	100.00	0.00	0.00
2	หลีกเลี่ยงการซื้อยารับประทานเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์	3.30	66.70	30.00	86.70	13.30	0.00
3	รับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.30	93.30	3.30	60.00	40.00	0.00
4	งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม	6.70	83.30	10.00	70.00	30.00	0.00
5	ปรึกษาและขอคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	3.30	23.30	73.30	76.70	23.30	0.00
6	งดสูรา	70.00	20.00	10.00	83.30	16.70	0.00
7	งดบุหรื	76.70	20.00	3.30	90.00	10.00	0.00
8	งดเสพยาบ้า	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00
9	มาพบแพทย์และรับยาต่อเนื่องตามนัด	43.30	50.00	6.70	96.70	3.30	0.00
10	เมื่อมีอาการผิดปกติท่นมาพบแพทย์ก่อนนัด	3.30	33.3	63.30	63.30	36.70	0.00
11	ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	0.00	53.3	46.70	16.70	83.30	0.00
12	นอนหลับเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชม./วัน	36.70	56.70	6.70	100.00	0.00	0.00

การเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวก่อนการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 25.40 และหลังการให้โปรแกรม

การให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 33.43 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

การปฏิบัติตัว	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช	25.40	3.51	-13.52	0.000
หลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช	33.43	2.08		

4.การเปรียบเทียบอาการกำเริบก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช
ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบก่อนการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวชเท่ากับร้อยละ 100.00 และหลังการให้โปรแกรมการให้ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบอาการกำเริบก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช

ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช พบอาการกำเริบ ร้อยละ 10.00 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าหลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช อาการกำเริบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 6

อาการกำเริบ	โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช	
	ก่อน	หลัง
มี	30(100.00)	3(10.00)
ไม่มี	0(0.00)	27(90.00)
รวม	30(100.00)	30(100.00)

$P = 0.000$ (McNemar test)

อภิปรายผล

หลังการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่รับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลขุนหาญ ตำบลลิ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช การปฏิบัติตัว และการลดอาการกำเริบเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีกระบวนการให้โปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช รายละเอียดดังนี้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช การปฏิบัติตัว และอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำแบบสอบถามก่อนการทดลอง และดำเนินการทดลองโดยการให้ความรู้ โดยมีรายละเอียดความรู้เรื่องโรคจิตเวช สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาและการป้องกันการเกิดอาการกำเริบ ซึ่งให้ความรู้เป็นระยะเวลา 60 นาที ประกอบด้วยการบรรยายประกอบแผ่นภาพ วิชยากรโดยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จากโรงพยาบาลขุนหาญ หลังสิ้นสุดกระบวนการให้ความรู้ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำแบบสอบถามความรู้หลังการให้ความรู้อีกครั้ง หลังจากนั้นประสานรพ.สต.,อสม.ในเขตรับผิดชอบให้

ร่วมดูแลผู้ป่วยตามประเภทสีของผู้ป่วยจิตเภท และให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตัว เป็นระยะเวลา 1 เดือน แล้วให้ทำแบบสอบถามการปฏิบัติตัว อาการกำเริบอีกครั้ง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ บัวลอย แสนละมุล,ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์(2557).วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.4 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.7 คะแนนความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากผลการวิจัยของบัวลอย แสนละมุล, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์(2557). วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 8.4 คะแนน หลังการทดลองคะแนนความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.1 คะแนน จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยคะแนนความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.7 คะแนนความรู้ก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สรุปได้ว่า
โปรแกรม

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวมีประสิทธิภาพดีใน
ด้านการเพิ่มระดับความรู้ของผู้ดูแล เมื่อกำหนดค่า
ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจในการ
ทดสอบ 95

ผลต่างคะแนนความรู้(เดลด้า) = 5.7

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดย
ครอบครัวมีประสิทธิภาพดีในด้านการเพิ่มระดับความรู้
ของผู้ดูแล

สอดคล้องกับผลการศึกษาของนพรัตน์ ไชยขำนิ
(2544).วิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแล
แบบองค์รวม

ต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล หลังได้รับ
โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่ำกว่าก่อนได้รับ
โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล
หลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่า
ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการทดลองของ
ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม
ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ . 05

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังการ
ทดลองของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแล
แบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ . 05

สรุปได้ว่าโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์
รวม ต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิต
เวชมีประสิทธิภาพดีในด้านการ ลดภาระและเพิ่ม
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทควรให้ผู้ป่วยดูแลเรื่อง
การรับประทานยาเอง ซึ่งไม่ถูกต้อง พยาบาลควรจัดให้
มีการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อหาการ
รับประทานยา,อาการกำเริบในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
และผู้ป่วยจิตเวชในคลินิกจิตเวช พร้อมแจกเอกสาร
ความรู้

2.ความรู้ในการปฏิบัติตัว ผู้ป่วยจิตเภทไม่
ออกกกำลังกาย ซึ่งไม่ถูกต้อง พยาบาลควรจัดให้มีการ
อบรมให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อหาความรู้ในการ
ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเวช เน้นความตระหนักถึงการ
ออกกกำลังกาย โรคทางกายที่อาจเกิดขึ้นได้ ในกลุ่ม
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเวชในคลินิกจิตเวช
พร้อมแจกเอกสารความรู้ และช่องทางการบริการจิต
เวชฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรจัดโปรแกรมการดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วยในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและ
ต่อเนื่อง ป้องกันการกำเริบ

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ ผ่องโต.(2555). วิจัยเรื่องผลของโปรแกรม

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิด

ฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย.(ออนไลน์).

สืบค้นจาก <http://cuir.car.chula.ac.th/>

handle/123456789/41985. (24 ตุลาคม

2566).

กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม.(2548). วิจัยเรื่องผลของการใช้

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อภาวะ

ซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่

พยายามฆ่าตัวตาย.(ออนไลน์).สืบค้นจาก

<http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/>

123456789/67711/1/Kanyapid_ja_

front_p.pdf. (1พฤศจิกายน 2566).

- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล RamaMental.mahidol.
ac.th(2562).โรคจิตเภทโดยละเอียด.(ออนไลน์).
สืบค้นจาก<https://med.mahidol.ac.th/ramamenthal/generalknowledge/general/09042014-0855>. (23 ตุลาคม 2566).
- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอ
เร็ม(Orem's self-care Theory). (ออนไลน์).
สืบค้นจาก(http://teacher.ssu.ac.th/thitavan_ho)(23 ตุลาคม 2566)
ทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวคิดของบลู
ม.(2554).(ออนไลน์)สืบค้นจาก
https://weblogsimple.blogspot.com/2011/08/blog-post_21.html.
(30 ตุลาคม 2566).
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง(2540).ผลของการใช้โปรแกรม
ก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเวช(ออนไลน์).สืบค้นจาก
http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/71978/1/Tantawan_ya_front_p.pdf(21 ตุลาคม 2566).
- รัชชัย กฤษณะประกรกิจและคณะ (2543).แนวการ
จัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงสำหรับการ
ดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรี
นครินทร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ.(2541).การบริหารจัดการและรักษา
ผู้ป่วยก้าวร้าวและรุนแรงกับความปลอดภัยของ
ผู้ป่วยและบุคลากร.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธงรบ เทียนสันต์(2556)วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการ
ให้คำปรึกษาครอบครัวร่วมกับการให้สุขภาพจิต
ศึกษาต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ
รักษาของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน.(ออนไลน์).
สืบค้นจาก
<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43365>. (20 ตุลาคม 2566).
- นพรัตน์ ไชยขำนิ.(2544) วิจัยเรื่องผลของการใช้
โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาวะ
และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.
(ออนไลน์).สืบค้นจากhttp://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/65187/1/Nopparat_ch_front_p.pdf(29 ตุลาคม 2566).
- แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
ก่อความรุนแรง(Serious Mental Illness
With High Risk to Violence)สำหรับสถาบัน/
โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิต.
(2555).(ออนไลน์).สืบค้นจาก
http://www.skph.go.th/newskph/News_file/mn_general_news/SeriousMentalIllness.pdf.
(29 ตุลาคม 2566).
- น้ำทิพย์ ไกรทอง(2559).วิจัยเรื่องผลของโปรแกรม
สนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแล
ตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีอาการทาง
ลบ.(ออนไลน์).สืบค้นจาก
<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/55105>. (26 ตุลาคม 2566).
- บุญเยี่ยม คำชัย(2554). วิจัยเรื่องผลของโปรแกรม
สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว(ออนไลน์).
สืบค้นจาก
<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/29375>. (26 ตุลาคม 2566).
- บัวลอย แสนละมุล,ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์(2557).ผล
ของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเวช.
(ออนไลน์).สืบค้น จาก
http://fammed.kku.ac.th/file_download/paper_18.pdf.
(3 พฤศจิกายน 2566).

พยุจิต วรมนินทร(2549).วิจัยเรื่องผลของการใช้
กระบวนการสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัวเพื่อการ
รักษาที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช
(ออนไลน์).สืบค้นจาก
[http://cuir.car.chula.ac.th/simple-
search?query](http://cuir.car.chula.ac.th/simple-search?query).(26 ตุลาคม 2566).

พรทิพย์ ไชสะอาด(2558).วิจัยเรื่องผลของโปรแกรม
การจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของ
ผู้ป่วยจิตเภท(ออนไลน์).สืบค้นจาก
[http://cuir.car.chula.ac.th/handle/
123456789/37535](http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/37535).(20 ตุลาคม 2566).

มณฑา ปิ่นวิเศษ(2558).วิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการ
จัดการอาการต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรค
จิตเภท(ออนไลน์).สืบค้นจาก
[http://cuir.car.chula.ac.th/handle/
123456789/50741](http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/50741).(21 ตุลาคม 2566).

วารุณี แสงเมฆ(2555).ผลของโปรแกรมสุขภาพจิต
ศึกษาครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว
ตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท(ออนไลน์).
สืบค้นจาก[http://cuir.car.chula.ac.th/
handle/123456789/63929](http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/63929).
(2พฤศจิกายน 2566).

สุชาดา เวชการุณา(2556).วิจัยเรื่องผลของโปรแกรม
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่เน้นการเรียนรู้แบบ
มีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ของผู้ดูแล(ออนไลน์).สืบค้นจาก
[http://cuir.car.chula.ac.th/handle/
123456789/43724](http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43724) (27 ตุลาคม 2566).

สุวิมล สมัตถะ(2541).ผลของการใช้แบบแผนการดูแล
ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถ ในการ
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.
(ออนไลน์).สืบค้นจาก [http://fammed.
kku.ac.th/file_download/paper_18.pdf](http://fammed.kku.ac.th/file_download/paper_18.pdf).
(26 ตุลาคม 2566).

สมกมล อรรถทิมากุล(2556).วิจัยเรื่องผลของโปรแกรม
การให้คำปรึกษารอบครัวต่อภาระการดูแลของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.(ออนไลน์).สืบค้นจาก
[http://cuir.car.chula.ac.th/handle/
123456789/52730](http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/52730). (21 ตุลาคม 2566).

สมลักษณ์ เขียวสดและคณะ(2555).วิจัยเรื่องผลของ
การใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท.(ออนไลน์).
สืบค้นจาก [https://he02.tci-
thaijo.org/
index.php/JPNMH/article/view/18004](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/18004)(3
พฤศจิกายน 2566).

อนิมา จันทรแสน(2558).วิจัยเรื่องผลของการให้
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของ
อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตา
มิน.(ออนไลน์).สืบค้นจาก[http://cuir.car.chula.
ac.th/handle/123456789/49938](http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/49938).
(20 ตุลาคม 2566).

ปัจจัยต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคขณะทำการรักษาในโรงพยาบาลกันทรามย์

มยุรา ฝาสุชนิตย์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

วัณโรคเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในประเทศไทย ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตโดยวัณโรค จะช่วยพัฒนาคุณภาพการรักษาวัณโรคและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ในที่สุด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิต หาสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดขณะทำการรักษาในโรงพยาบาลกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ การศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2565 โดยใช้การวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ที่ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% confidence intervals) และนำค่าความสัมพันธ์ที่ได้มาประเมินหาปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์และปัจจัยทางด้านคลินิกที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยทำการศึกษา ณ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วย 277 รายที่เข้าร่วมการศึกษา เสียชีวิต 62 ราย (ร้อยละ 22.38) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดขณะรับการรักษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุ (AOR:10.9, 95%CI:3.1-33.5, p-value=0.001) , ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ (AOR:2.8, 95%CI:4.0-34.4, p-value=0.001) , มีโรคร่วม (AOR:3.5, 95%CI: 3.8-37.4, p-value=0.001) , การติดเชื้อเอชไอวี (AOR:12.1, 95%CI:4.2-35.8, p-value=0.001) และการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบหลังจากได้รับการรักษาวัณโรค (AOR: 12.8,95%CI:1.9-81.4, p-value= 0.007)

การศึกษานี้สรุปว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาเกิดจากผู้สูงอายุ การมีโรคร่วม ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ การติดเชื้อเอชไอวี และการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบหลังจากได้รับการรักษาวัณโรค และการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดขณะทำการรักษาเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย การคัดกรอง, การวินิจฉัย และการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วม สามารถช่วยลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ได้นอกจากนี้การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาวัณโรค เช่น การเกิดภาวะตับอักเสบ ก็เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่จะช่วยลดการเสียชีวิตได้เช่นกัน

คำสำคัญ: วัณโรค, การเสียชีวิต

¹นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ Email: Mayurapht@gmail.com

Factors affecting death of tuberculosis patients while undergoing treatment at Kanthararom Hospital

Mayura Phasuknit, M.D.¹

Abstract

Tuberculosis (TB) is one of the main causes of morbidity and mortality in Thailand. Information about the predisposing factors associated with death caused by TB would allow improvements in the clinical care of TB patients and save lives. This study was aimed at determining predisposing factors of death in patients with an in-hospital diagnosis of pulmonary TB during anti-TB treatment in Kanthararom Hospital, study was a retrospective-observational study using data routinely collected at each follow-up during October 2021, and September 2023, data was analyzed with a multivariate analysis used to calculate the adjusted odds ratio (AOR) and 95% confidence intervals (CI) to estimate the independent effect on all-cause mortality of demographic and clinical characteristics.

The results found that in the sample among 277 registered pulmonary TB patients, there were 62 deaths (22.38%), it's an important risk factor to be death in the patients with pulmonary tuberculosis while receiving treatment are elderly patients (AOR:10.9, 95%CI:3.1-33.5, p-value =0.001), patients with sputum found to be infected (AOR:2.8 , 95%CI:4.0-34.4, p-value=0.001), co-morbidities (AOR:3.5, 95%CI: 3.8-37.4, p-value=0.001), HIV infection (AOR:12.1 , 95%CI:4.2-35.8, p-value=0.001), and that patients developed hepatitis after receiving tuberculosis treatment (AOR: 12.8, 95%CI:1.9-81.4, p-value=0.007).

This study's conclusion is that factors related to the patient's death during treatment include elderly patients, co-morbidities, and sputum test results that found infection. HIV infection and the fact that the patient developed hepatitis after receiving treatment for tuberculosis. and the death of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis while undergoing treatment is common. Early screening, diagnosis, and treatment, especially in patients over 60 years of age and in groups of patients with HIV infection, can help reduce death in these patients. In addition, monitoring for adverse reactions from TB drugs, such as the development of hepatitis, It is another measure that will help reduce deaths as well.

KEYWORDS: Death cause by, Tuberculosis

¹Medical Doctor, professional level, Kantararom Hospital, Si Sa Ket Province Email: Mayurapht@gmail.com

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคที่ยังเป็นปัญหาทั้งในระดับโลก และระดับประเทศอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน วัณโรคเป็นหนึ่งใน 10 ของสาเหตุการตายที่สำคัญในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยทั้ง 10 สาเหตุมีโรคติดต่อเพียง 3 โรค คือ ปอดอักเสบ วัณโรค และโรคเอดส์(World Health Orgaization. Global tuberculosis report,2020) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2558 มีผู้ป่วยวัณโรคประมาณปีละ 9.6 ล้านคน ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตประมาณปีละ 1.5 ล้านคน (ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิต 1.1 ล้านคน ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิต 4 แสนคน) สำหรับประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาภาวะวัณโรค (ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยวัณโรคอยู่ใน 22 ประเทศนี้) จากการคำนวณทางระบาดวิทยา องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประเทศไทยมีอัตราความชุกของวัณโรคประมาณ 160,000 ราย (อัตราความชุก 236 ต่อประชากรแสนคน) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 120,000 ราย (อัตราอุบัติการณ์ 171 ต่อประชากรแสนคน) จำนวนผู้เสียชีวิตที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ปีละ 7,400 ราย (อัตราตาย 11 ต่อประชากรแสนคน) และจำนวนผู้เสียชีวิตที่ติดเชื้อเอชไอวีปีละ 4,500 ราย (อัตราตาย 6.6 ต่อประชากรแสนคน) (Department of Disease Control,2562) เนื่องจากหากผู้ป่วยเหล่านี้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาอย่างถูกต้องผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสรักษาหายจากโรคถึง ร้อยละ 90 (World Health Organization Global tuberculosis report,2013) ที่นอกเหนือไปจากการเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การที่ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษาก็เป็นอีกหนึ่งภาวะคุกคามต่อระบบสาธารณสุขที่เราควรให้ความสนใจ (Horne DJ et al., 2010)

วัณโรค จัดได้ว่าเป็นโรคติดต่อที่พบได้บ่อยชนิดหนึ่ง พบได้มากในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ และมักพบในผู้ที่มีฐานะยากจนหรืออยู่กันอย่างแออัด วัณโรคถือเป็น 1 ใน 10 สาเหตุ

การเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ทั้งนี้ โดยองค์การอนามัยโลกประกาศให้วัณโรคเป็นปัญหาฉุกเฉินทางสาธารณสุขของโลก (TB As A Global Public Health Emergency) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 (พ.ศ. 2536) เนื่องจากมีผู้ที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยวัณโรคเป็นจำนวนมาก ในปี ค.ศ. 2015 (พ.ศ. 2558) ทั่วโลกยังพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 10.4 ล้านคน หรือคิดเป็น 142 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตด้วยวัณโรค 1.4 ล้านคน ส่วนผู้ติดเชื้อวัณโรคที่อยู่ในระยะแฝง ซึ่งยังไม่แสดงอาการพบว่ามีมากถึง 1 ใน 3 ของประชากรทั่วโลก หรือ เทียบเท่ากับ 2,000 ล้านคน กระจายทั่วโลก(World Health Orgaization. Global tuberculosis report,2020) ส่วนในประเทศไทย วัณโรค ก็ยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของคนไทย โดยพบได้มากและยังอยู่ในสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วง (แม้จะไม่ติด 10 อันดับสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยก็ตาม) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 30 ประเทศ ที่มีภาวะโรคของวัณโรคสูง (High – Burden Country) ซึ่งจำนวนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่ม 22 ประเทศเหล่านี้ ก็คิดเป็นกว่า 80% ของผู้ป่วยทั่วโลก (รายงานอุบัติการณ์ของการติดเชื้อวัณโรคของสำนักวัณโรคกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วย 137 ราย ต่อประชากร 100,000 คน หรือประมาณ 90,000 คน ต่อปี (ในการนี้เป็นเชื้อดื้อยาประมาณ 1,900 คน) และเสียชีวิต 16 รายต่อประชากร 100,000 คน ส่วนรายงานขององค์การอนามัยโลกในปีเดียวกันนี้ พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย ทั้งหมด 61,208 รายที่มีการลงทะเบียน ทั้งนี้ยังไม่ได้นับรวมกับผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้มีการลงทะเบียน ซึ่งเชื่อว่ายังมีอีกเป็นจำนวนมาก)(World Health Orgaization. Global tuberculosis report,2020) การควบคุมวัณโรคในประเทศไทยที่ผ่านมายังไม่บรรลุเป้าหมายอัตราการเสียชีวิตยังสูงอยู่ที่ร้อยละ 7 และ อัตราการขาดยาอยู่ที่ร้อยละ 3 จึงมีการจัดทำมาตรการสำคัญและกิจกรรมการดำเนินงานตามจุดเน้นวัณโรค ปี 2557-

2560 คือ ค้นให้พบ จบด้วยหาย ตายน้อยกว่า 5 และขาดยา เป็น 0 (Department of Disease Control, 2562) เนื่องจากหากผู้ป่วยเหล่านี้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยและรักษาด้วยยาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสหายจากโรคถึง ร้อยละ 90 (World Health Organization. Global tuberculosis report ,2020) นอกเหนือจากการเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การที่ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษา ก็เป็นอีกหนึ่งภาวะคุกคามต่อระบบสาธารณสุขที่เราควรให้ความสนใจ(Khan K et al., 2016) ในอดีตมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี, เพศชาย, การติดเชื้อเอชไอวี, การดื้อยา และการที่ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลขณะทำการรักษาเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย(Pablos-Mendez A et al., 2019; Anyama N et al., 2017; Sterling TR et al., 2019) แต่อย่างไรก็ตาม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ในปีพ.ศ.2563 กลับพบผู้ป่วยเพศหญิงทั่วโลกเสียชีวิตจำนวน 410,000 คน จากผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้หญิงจำนวน 2.9 ล้านคนนอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังรายงานว่ามีผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นเด็กจำนวน 530,000 คน และเสียชีวิตจำนวน 74,000 คน(World Health Organization Global tuberculosis report, 2013) สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ.2564 มีอัตราการป่วยเป็นวัณโรค 86.46 คน ต่อแสนประชากร และมีผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 17.31 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ,2561)

สถานการณ์วัณโรคอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราการรักษาวัณโรคสำเร็จยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายทุกปี เนื่องจากมีการเสียชีวิตในอัตราที่สูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ซึ่งค่ามัธยฐานของอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะพบเชื้อ

ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 อยู่ที่ร้อยละ 12.15 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศ เช่นกัน ดังนั้นการทราบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตจะสามารถนำไปสู่การวางระบบบริการที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ทราบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตหาสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอดขณะทำการรักษาในโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษเป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2565

ประชากรศึกษา (Reference population)

คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดยอมเสมหะพบเชื้อหรือผู้ป่วยยอมเสมหะไม่พบเชื้อแต่มีภาพรังสีทรวงอก สงสัยวัณโรคที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2563 – 30 กันยายน พ.ศ.2565 โดยจำนวนประชากรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างง Taro Yamane 1976 (Yamane, Taro, 1976) โดยให้มีความคลาดเคลื่อนที่ 0.05

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สูตร Taro Yamane คือ

$$n = N \div (1 + Ne^2)$$

$$n = 358 \div [1 + (358)(0.05)^2] \quad n = 188.92$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของงานวิจัยนี้คือ 189 ราย แต่ผู้วิจัยนำข้อมูลเฉพาะปีที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัยมาศึกษาทั้งหมดเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 277

ราย โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง
(Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า
ร่วมการวิจัย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง(Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นใครก็ได้ที่มีลักษณะตามความต้องการของผู้วิจัย โดยมีการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะเป็นการเลือกแบบเจาะจงลงไป โดยเลือกจากเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดอักเสบและพบเชื้อหรือผู้ป่วยอักเสบไม่พบเชื้อ แต่มีภาพรังสีทรวงอก สงสัยวัณโรคที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ.2563 – 30 กันยายน พ.ศ.2565

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. เวชระเบียนผู้ป่วยทุกรายที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป
2. เวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดอักเสบพบเชื้อ หรือเวชระเบียนผู้ป่วยอักเสบไม่พบเชื้อแต่มีภาพรังสีทรวงอก และสงสัยวัณโรค

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนการวินิจฉัยโรค
2. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคนานกว่า 12 เดือน
3. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ย้ายไปทำการรักษาที่อื่น
4. เวชระเบียนผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามผลการรักษา
5. เวชระเบียนผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคไวรัสตับอักเสบ

เกณฑ์การให้ผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

เวชระเบียน ข้อมูลผู้ป่วย ไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น โดยเป็นแบบเก็บข้อมูลที่จำเพาะไม่มีการบันทึกเลขประจำตัวบัตรประชาชนของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่นำมาบันทึกเพื่อใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ประวัติการเป็นวัณโรค, ผลการตรวจเสมหะ, วัณโรคของผู้ป่วย, ประเภทของวัณโรคที่ผู้ป่วยเป็น , สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับและการทำงานของตับหลังจากผู้ป่วยได้รับยาวัณโรค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาวิจัย โดยเก็บจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการบรรยายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา การเปรียบเทียบข้อมูลตัวแปรที่เป็นค่านับได้ใช้ chi-square test โดยถือว่าค่า p- valve มีค่า < 0.05 มีความสำคัญ ทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองการวิจัยโครงการเลขที่ SPPH 2023-101 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2566 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้เป็นรูปแบบรหัสที่ไม่สามารถเชื่อมโยงกับข้อมูลผู้ป่วยได้ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทั้งหมดจะต้องทำการทำลายทั้งหมด เพื่อเป็นการรักษาความลับและข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยไม่ให้

รู้ไหลและการนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการรายงานแบบจำเพาะเจาะจงผู้ป่วยโดยตรง

ผลการวิจัย

ข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย วัณโรคปอดที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล กันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ.2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ป่วย

ที่ได้รับยารักษาวัณโรคทั้งหมดจำนวน 277 ราย โดยเป็นผู้ป่วยเพศชาย จำนวน 189 คน (ร้อยละ 68.23) ผู้ป่วยเพศหญิง จำนวน 88 ราย (ร้อยละ 31.77) อายุเฉลี่ย 65.08 +18.86 ปี ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาจำนวน 62 คน (ร้อยละ 22.38) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษา ณ คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลกันทรารมย์

ปัจจัย	ผู้ป่วยทั้งหมด (277) จำนวน (ร้อยละ)	รอดชีวิต (215) จำนวน (ร้อยละ)	เสียชีวิต (62) จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มอายุ (ปี)			
< 60 ปี	145 (52.35)	129 (60)	16 (25.81)
> 60 ปี	132 (47.65)	86 (40)	46 (74.19)
เพศ			
ชาย	189 (68.23)	146 (67.91)	43 (69.35)
หญิง	88 (31.77)	69 (32.09)	19 (30.65)
ผลตรวจเสมหะก่อนรักษา			
บวก	119 (42.96)	83 (38.60)	36 (58.06)
ลบ	158 (57.04)	132 (61.40)	26 (41.94)
โรคร่วม			
มี	122 (44.04)	84 (39.07)	38 (61.29)
ไม่มี	155 (55.96)	131 (60.93)	24 (38.71)
ติดเชื้อเอชไอวี			
ใช่	71 (25.63)	66 (30.70)	5 (8.06)
ไม่ใช่	206 (74.37)	149 (69.30)	37 (91.94)
มะเร็งปอด			
ใช่	9 (3.25)	4 (1.86)	5 (8.06)
ไม่ใช่	268 (96.75)	211 (98.14)	57 (91.94)
ภาวะซีด			
ใช่	6 (2.17)	5 (2.33)	1 (1.61)
ไม่ใช่	271 (97.83)	210 (97.67)	61 (98.39)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษา ณ คลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลกันทรารมย์ (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้ป่วยทั้งหมด (277) จำนวน (ร้อยละ)	รอดชีวิต (215) จำนวน (ร้อยละ)	เสียชีวิต (62) จำนวน (ร้อยละ)
เบาหวาน			
ใช่	19 (6.86)	14 (6.51)	5 (8.06)
ไม่ใช่	258 (93.14)	201 (93.49)	57 (91.94)
เคยได้รับยาต้านวัณโรค			
ใช่	4 (1.44)	4 (1.86)	0 (0.00)
ไม่ใช่	273 (98.56)	211 (98.14)	62 (100)
สูตรยาต้านวัณโรคที่ได้รับ			
2HRZE/4HR	234 (84.48)	182 (84.65)	52 (83.87)
สูตรยาอื่นๆ	43 (15.52)	33 (15.35)	10 (16.13)
ผลสัมฤทธิ์พบเชื้อวัณโรค			
ใช่	143 (51.62)	104 (48.37)	39 (62.90)
ไม่ใช่	134 (48.38)	111 (51.63)	23 (37.10)
ภาวะตับอักเสบ			
ใช่	15 (5.42)	13 (6.05)	2 (3.23)
ไม่ใช่	262 (94.58)	202 (93.95)	60 (96.77)

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ univariate analysis การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยสูงอายุ (OR:4.8, 95%CI:1.8-9.5, p -value=0.001), ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ (OR:2.13, 95%CI: 1.54-2.92, p -value=0.001), มีโรคร่วม (OR:2.25, 95%CI: 1.63-3.10, p -value=0.001), การติดเชื้อเอชไอวี (OR:5.2, 95%CI:2.5-11.5, p -value=0.001) และการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบหลังจากได้รับยารักษาวัณโรค (OR:6.2, 95%CI: 1.7-21.4, p -value=0.001) ในขณะที่เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบ multivariate analysis พบว่า การที่

ผู้ป่วยสูงอายุ (AOR:10.9, 95%CI:3.1-33.5, p -value=0.001), ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ (AOR:2.8, 95%CI:4.0-34.4, p -value=0.001), มีโรคร่วม (AOR:3.5, 95%CI: 3.8-37.4, p -value=0.001), การติดเชื้อเอชไอวี (AOR:12.1, 95%CI:4.2-35.8, p -value=0.001) และการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบหลังจากได้รับการรักษาวัณโรค (AOR: 12.8,95%CI:1.9-81.4, p -value= 0.007) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดขณะรับการรักษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดขณะทำการรักษา

ปัจจัย	เสียชีวิต /total (%)	Crude OR(95%CI)	p-value	AOR	(95%CI)	p-value
กลุ่มอายุ (ปี)						
< 60 ปี	16 (25.81)	1.0		1.0		
> 60 ปี	46 (74.19)	4.8 (1.8-9.5)	0.001	10.9	3.1-33.5	0.001
เพศ						
ชาย	43 (69.35)	1.1 (0.5-2.2)	0.858			
หญิง	19 (30.65)	1.0				
ผลตรวจเสมหะก่อนรักษา						
บวก	36 (58.06)	2.13 (1.54-2.92)	0.001	2.8	4.0-34.4	0.001
ลบ	26 (41.94)	1.00				
โรคร่วม						
มี	38 (61.29)	2.25 (1.63-3.10)	0.001	3.5	3.8-37.4	0.001
ไม่มี	24 (38.71)	1.00				
ติดเชื้อเอชไอวี						
ใช่	5 (8.06)	5.2 (2.5-11.5)	0.001	12.1	4.2-35.8	0.001
ไม่ใช่	37 (91.94)	1.0				
มะเร็งปอด						
ใช่	5 (8.06)	4.8 (1.2-17.1)	0.089	1.0		
ไม่ใช่	57 (91.94)	1.0				
ภาวะซีด						
ใช่	1 (1.61)	1.1 (0.1-10.5)	0.931			
ไม่ใช่	61 (98.39)	1.0				
เบาหวาน						
ใช่	5 (8.06)	1.0 (1.0-1.1)	0.078			
ไม่ใช่	57 (91.94)	1.0				

ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดขณะทำการรักษา

ปัจจัย	เสียชีวิต /total (%)	Crude OR(95%CI)	p-value	AOR	(95%CI)	p-value
เคยได้รับยาต้านวัณโรค						
ใช่	0 (0.00)	1.0 (0.8-1.0)	1.000			
ไม่ใช่	62 (100)	1.0				
สูตรยาต้านวัณโรคที่ได้รับ						
2HRZE/4HR	52 (83.87)	0.9 (0.3-2.2)	0.814			
สูตรยาอื่นๆ	10 (16.13)	1.0				
ผลเสมหะพบเชื้อวัณโรค						
ใช่	39 (62.90)	1.7 (0.9-3.8)	0.108			
ไม่ใช่	23 (37.10)	1.0				
ภาวะตับอักเสบ						
ใช่	2 (3.23)	6.2 (1.7-21.4)	0.001	12.8 1.0	1.9-81.4	0.007
ไม่ใช่	60 (96.77)	1.0				

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างทำการรักษาจำนวน 62 คน (ร้อยละ 22.38) โดยสาเหตุที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ผู้ป่วยสูงอายุ, ผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อ, โรคร่วม, การติดเชื้อเอชไอวีและการเกิดภาวะตับอักเสบจากยา ขณะทำการรักษา ซึ่งจากผลการวิเคราะห์นี้ บ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการควบคุมและรักษาวัณโรค ร่วมกับการมีกลไกและ มาตรการในการจัดการปัญหาทางสาธารณสุขในด้านอื่นๆ อย่างมีคุณภาพ เพื่อที่จะลดอัตราการป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค

ในการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย 10.9 เท่า ผู้สูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการ

เสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคขณะทำการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mathew TA และ Hansel NN (Mathew TA et al, 2019; Hansel NN et al, 2019) ซึ่งปกติโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยสูงอายุมักอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตประจำวัน มีภาวะทุพโภชนาการ และมีโรคร่วม และยากต่อการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ซึ่งจะช่วยเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ ยังเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการแสดงที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับโรคส่งผลทำให้มีการวินิจฉัยและรักษาโรคล่าช้าทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราเสียชีวิตสูงในที่สุด (Perez-Guzman C et al, 2020; Doherty MJ et al, 2020) ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการรุนแรง มักจะมีภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่แสดงให้เห็นความผิดปกติ

อย่างเด่นชัด(Leung CC et al, 2019) ดังนั้น การบริหารจัดการในการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และกลยุทธ์ในการป้องกันโรคนี้ ที่เห็นผล อันประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วย การวินิจฉัย และการรักษาที่รวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

ในผู้ป่วยเสมหะพบเชื้อพบว่ามีโอกาส เสียชีวิตมากกว่ากลุ่มเสมหะไม่พบเชื้อ 1.7 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเจริญศรี แซ่ตั้ง (เจริญศรี แซ่ตั้ง, 2560) และสอดคล้องกับกิริยา ธรรมคัมภีร์ (กิริยา ธรรมคัมภีร์, 2562) พบว่าการ ตรวจหาเชื้อในเสมหะผู้ป่วยต้องมีปริมาณเชื้อ มากกว่า 10,000 ตัวในปริมาณเสมหะ 1 มิลลิกรัม จึงจะให้ผลบวก ในผู้ป่วยที่มีเชื้อวัณโรคลูกกลม มาก หรือมีโพรงแผลในปอดจะมีโอกาส ตรวจพบเชื้อได้สูง โดยผู้ป่วยที่มีรอยโรคเล็กน้อยจะตรวจ ไม่พบเชื้อ ร้อยละ 60 - 80 ถ้ามีรอยโรครุนแรง จะตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 5-10 (อัมพาพันธุ์ วรรณพงษ์และคณะ, 2560) ดังนั้นผู้ป่วยที่ตรวจ เสมหะพบเชื้อจึงมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่า เนื่องจากมีการลูกกลมและความรุนแรงของโรค มากกว่ากลุ่มตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ

การศึกษาปัจจัยโรคร่วมที่มีความสัมพันธ์ กับการเสียชีวิตในการศึกษานี้ เมื่อวิเคราะห์แยกโรค พบว่าการติดโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์ กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดซึ่งเป็นไป ในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาอื่น พบว่า โรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรค(อัมพาพันธุ์ วรรณพงษ์และคณะ , 2560) ส่วนปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไต และโรคตับ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย วัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง กับการศึกษาปัจจัยโรคร่วมที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต ของผู้ป่วยวัณโรคที่ผ่านมา(วิวรรณ มุ่งเขตกลาง

และคณะ, 2559; นิธิพัฒน์ เจียรกุล, 2561) โดยเมื่อ พิจารณารายโรค เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าผู้ป่วย เหล่านี้มีอาการทางระบบทางเดินหายใจก่อนที่จะ ได้รับการวินิจฉัยซึ่งทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยแยก โรคได้ชัดเจนและทำให้การเข้าสู่ระบบการรักษา ล่าช้า(อัจฉรา รอดเกิด, 2562) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง มีสภาวะภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ซึ่งเกิดจากเม็ดเลือด ขาวหลายชนิดในร่างกายลดลง การฟอกไต ทางกระแสเลือดที่ใช้สารบางอย่างรบกวนการทำงานของ เซลล์เม็ดเลือดขาวและการรับประทานยา กดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยไตวายและผู้ป่วย ฟอกไตมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาต้าน วัณโรคและมีอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรคที่สูงกว่า ผู้ป่วยไตที่ไม่เป็นวัณโรค(วรางคณา กิริตชนานนท์ , 2562) ในผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จะมี โอกาสติดเชื้อวัณโรคได้สูง เช่น ผู้ป่วยโรคตับวาย ไตวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยเฉพาะรายที่ได้รับ ยากลุ่มสเตียรอยด์ชนิดสูงและรับประทาน จึงทำให้ มีโอกาสเสียชีวิตสูง(อัจฉรา รอดเกิด, 2562)

จากการศึกษาในอดีตพบว่าในประเทศที่มี การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ปัจจัยเสี่ยงที่มี ความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ในขณะทำการรักษา คือ การติดเชื้อเอชไอวี (Sanguanwongse N et al, 2018) ซึ่งสอดคล้อง กับผลการศึกษาของเรา ดังนั้นผู้ป่วยวัณโรคที่มี การติดเชื้อเอชไอวีจึงควรได้รับยาต้านไวรัส ในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังเช่นที่พบจากการศึกษา ใน ประเทศไทย (Akksilp S et al., 2017; Manosuthi W et al., 2016)

ในการศึกษานี้ เราพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะ ด้ับอักเสบจากยาขณะทำการรักษามีความเสี่ยงที่จะ เสียชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ อิหร่าน (Alavi-Naini R et al., 2018) ในอดีต

มีศึกษาถึงอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอักเสบหลังได้รับยารักษาวัณโรค พบว่า ผู้ป่วยในทวีปเอเชียมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอักเสบหลังได้รับยาค่อนข้างสูง เช่น ประเทศไต้หวันมีอุบัติการณ์การเกิด ร้อยละ 26 ประเทศญี่ปุ่นมีอุบัติการณ์การเกิด ร้อยละ 36 (Ellard GA et al.,2017) ในขณะที่ประเทศทางตะวันตกมีอุบัติการณ์การเกิดน้อยกว่า เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 3 สหราชอาณาจักรมีอุบัติการณ์การเกิดร้อยละ 4 (Ellard GA et al.,2017) สำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยในทวีปเอเชียมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอักเสบที่สูงอาจเนื่องมาจากปัจจัยทางเชื้อชาติที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีค่าเอนไซม์ตับแตกต่างจากผู้ป่วยในทวีปอื่น นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการ หรือมีประวัติเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบ่อยส่งเสริมให้ผู้ป่วยในทวีปเอเชียมีอุบัติการณ์การเกิดสูงกว่าชาติตะวันตก สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอักเสบหลังจากได้รับยาวัณโรคอยู่ที่ร้อยละ 9.2 (Krittiyanant S et al.,2016) การใช้ยาต้านวัณโรคแทบทุกตัวสามารถทำให้เกิดผลแทรกซ้อนต่อตับได้ โดยเฉพาะ isoniazid, Rifampicin พบว่าลักษณะทางพยาธิวิทยาคล้ายตับอักเสบจากเชื้อไวรัส โดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดตับอักเสบจากการใช้ยาต้านวัณโรคได้แก่ อายุมาก ภาวะทุพโภชนาการ ติดสุรา ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ไวรัสเอชไอวี และโรคตับจากสาเหตุอื่นๆ (นิธิพัฒน์ เจริญกุล,2561)แสดงให้เห็นว่า นอกจากโรคร่วมจะมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคแล้ว การใช้ยารักษาวัณโรคเองอาจทำให้โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มีอาการทรุดลง หรือควบคุมไม่ได้(Saiyud Moolphate et al, 2016)

จากผลการศึกษานี้ จึงชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนทำการ

รักษาและขณะทำการรักษาเกี่ยวกับผลข้างเคียงและอาการอันไม่พึงประสงค์จากยารักษาวัณโรค เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สรุป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาเกิดจากผู้ป่วยสูงอายุ การมีโรคร่วม ผลตรวจเสมหะพบเชื้อ การติดเชื้อเอชไอวี และการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะตับอักเสบหลังจากได้รับการรักษาวัณโรค และการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด ขณะทำการรักษาเป็นสิ่งที่พบได้บ่อย การคัดกรอง, การ วินิจฉัย และการรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ เอชไอวีร่วม สามารถช่วยลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยเหล่านี้ได้ นอกจากนี้ การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาวัณโรค เช่น การเกิดภาวะตับอักเสบ ก็เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่จะช่วยลดการเสียชีวิตได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การศึกษาย้อนหลังทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และภาพรังสีปอดเก็บข้อมูลเมื่อแรกรับเข้าโรงพยาบาลเพียงครั้งเดียวอาจทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเหล่านี้ต่อการเสียชีวิต ควรจะมีการศึกษาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตและการศึกษาแบบไปข้างหน้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันการเสียชีวิตระหว่างการรักษาวัณโรคได้

ข้อจำกัดการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคขณะ ทำการรักษา ซึ่งการศึกษาแบบย้อนหลังจึงเป็นหนึ่งในข้อจำกัดของการศึกษานี้ อนึ่งข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ถูกนำมา จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ามาลงทะเบียนและทำการรักษาที่โรงพยาบาลจึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเอนเอียงจากการเลือก (Selection bias) ซึ่งเป็นข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของการศึกษา นอกจากนี้ เรายังคงยอมรับความจริงที่ว่าสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลายประการมีความคล้ายคลึงกับการเสียชีวิตจากวัณโรค ทำให้ยากต่อการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตที่แท้จริง ยิ่งไปกว่านั้นด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณ มีเพียงผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยในการศึกษานี้ที่ได้ทำการทดสอบเพื่อหาเชื้อวัณโรคดื้อยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต นอกจากนี้การศึกษาของเรายังไม่ได้ประเมินความสัมพันธ์ของการดื่มแอลกอฮอล์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วย ดังที่พบในการศึกษาอื่นว่าเป็นปัจจัยสำคัญทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ แพทย์และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอายุรกรรมทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้การสนับสนุนการทำผลงานการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงดี

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานประจำปี 2565. กริธา ธรรมคำภีร์. (2562). การตรวจวินิจฉัยวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ. ใน กริธา ธรรมคำภีร์ (บรรณาธิการ), วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 21: Pulmonary Tuberculosis in the 21th Century (หน้า 85-101). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- เจริญศรี แซ่ตั้ง. (2560). ลักษณะของผู้ป่วยวัณโรคและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในภาคเหนือตอนบน ปี 2005-2014. วารสารควบคุมโรค, 43(4), 436-447.
- นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2561). วัณโรค. ใน นธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), ตำราโรคระบบการหายใจ (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 328-347). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
- วรางคณา กิริตชนานนท์. (2562). การรักษาวัณโรคในกรณีพิเศษ. ใน กริธา ธรรมคำภีร์ (บรรณาธิการ), วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 21: Pulmonary Tuberculosis in the 21th Century (หน้า 189-217). กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง, ปวีณา จังภูเขียว, กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2559). สาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2552-2553. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 23(1), 22-34.

- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
(2561). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณ
โรคแห่งชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
อัญญา รอดเกิด. (2562). สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของ
การเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค จังหวัดสุราษฎร์
ธานี.วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 33(1),
91-102.
- อัมพาพันธุ์ วรรณพงษ์, กิตติกาญจน์ มูลพอง.
(2560). ลักษณะและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
สาเหตุการตายของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
จังหวัดลำพูน.วารสารสาธารณสุขลานนา,
13(2), 72-85.
- Akksilp S, Karnkawinpong O,
Wattanaamornkiat W, Viriyakitja D,
Monkongdee P, Sitti W, et al. (2017).
Antiretroviral therapy during
tuberculosis treatment and marked
reduction in death rate of HIV-infected
patients. Thailand Emerg Infect Dis, 13,
1001-1007.
- Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M,
Mohammadi M, Zebetian M. (2018)
Factors associated with mortality in
tuberculosis patients. J Res Med Sci,
18, 52-55.
- American Diabetes Association. (2553).
Diagnosis and Classification of
Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 33
(Suppl 1), s62- s69.
- Anyama N, Bracebridge S, Black C,
Niggebrugge A, Griffi n SJ. (2017) What
happens to people diagnosed with
tuberculosis? A population-based
cohort. Epidemiol Infect, 135(7), 1069-
1076.
- Department of Disease Control. (2562). The
important measure and activities to
control tuberculosis 2014- 2018.
Bangkok:Department of Disease
Control.
- Doherty MJ, Spence DP, Davies PD. (2020).
Trends in mortality from tuberculosis in
England and Wales: effect of age on
deaths from non-respiratory disease.
Thorax, 50, 976-979.
- Ellard GA, Mitchison DA, Girling DJ, Nunn AJ,
Fox W. (2017) The hepatic toxicity of
isoniazid among rapid and slow
acetylators of the drug. Am Rev Respir
Dis, 118, 628-629.
- Hansel NN, Meriman B, Haponik EF,
Diette GB. (2019) Hospitalizations for
tuberculosis in the United States in
2000:predictors of in-hospital
mortality. Chest, 126, 1079-1086.
- Horne DJ, Hubbard R, Narita M, Exarchos A,
Park DR, Goss CH. (2010) Factors
associated with mortality in patients
withTuberculosis.BMC Infect Dis, 10(1),
258. Availableat:URL:
[http://www.biomedcentral .com/1471-
2334/10/258](http://www.biomedcentral .com/1471-2334/10/258). Accessed Dec 28,2023.

- Khan K, Campbell A, Wallington T, Gardam M. (2016) The impact of physician training and experience on the survival of patients with active tuberculosis., 175(7), 749-753.
- Krittiyanant S, Sakulbamrungsil R, Wongwiwat-thananut S, Suthiputthanangoon W. (2016). Risk factors of antituberculosis drug-induced hepatotoxicity in Thai patients. Thai J Pharm Sci, 26:121-8.
- Leung CC, Yew WW, Chan CK, Chau CH, Tam CM, Lam CW, et al. (2019). Tuberculosis in older people: a retrospective and comparative study from Hong Kong. J Am Geriatr Soc, 50, 1219-1266.
- Manosuthi W, Chottanapad S, Thongyen S, Chaovavanish A, Sungkanuparph S. (2016). Survival rate and risk factors of mortality among HIV/tuberculosis co-infected patients with and without antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defi cSyndr;13, 42-46.
- Mathew TA, Ovsyanikova TN, Shin SS, Gelmanova I, Balbuena DA, Atwood S, et al. (2019) Cause of death during tuberculosis treatment in Tomsk Oblast, Russia. Int J Tuberc Lung Dis, 10, 542-549.
- Pablos-Mendez A, Sterling TR, Frieden TR. (2019). The relationship between delayed or incomplete treatment and all-cause mortality in patients with Tuberculosis. JAMA, 276(11), 1223-1228.
- Perez-Guzman C, Vargas MH, Torres-Cruz A, Villarreal-velarde H. (2020) Does aging modify pulmonary tuberculosis?: A meta-analytical review. Chest, 116, 96.
- Saiyud Moolphate, Myo Nyein Aung, Oranuch Nampaisan, et al. (2016). Time of highest tuberculosis death risk and associated factors: an observation of 12 years in Northern Thailand. Int J Gen Med, 4, 181–190.
- Sanguanwongse N, Cain KP, Suriya P. (2018). Antiretroviral therapy for HIV-infected tuberculosis patients saves lives but needs to be used more frequently in Thailand. J Acquir Immune Defi cSyndr; 48, 181-189.
- Sei Wan Lee, Young Ae Kang, Young Soon Yoon. (2018). The Prevalence and Evolution of Anemia Associated with Tuberculosis. J Korean Med Sci, 21, 1028-1032.
- Sterling TR, Zhao Z, Khan A, Chaisson RE, Schluger N, Mangura B, et al. (2019). Mortality in a large tuberculosis treatment trial: Modifiable and non-modifiable risk factors. Int J Tuberc Lung Dis, 10(5), 542-549.

Wang, JY, Liu, C. H. , Hu, FC, Chang, HC, Liu, JL, & Chen, JM (2018) Risk factors of hepatitis during anti-tuberculosis treatment and implications of hepatitis virus load. J Infect,62, 448-455.

World Health Organization Global tuberculosis report 2013. (2013).Available at:URL:http://who.int/tb/publications/global_report/en/. Accessed Jan 15,2014..

World Health Organization. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

Yamane, Taro. (1976). Statistic: An Introduction Analysis. 2 nd Ed.. New York : Harper and Row.



กองบรรณาธิการ วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ