



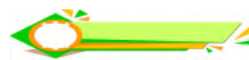
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development: SJRH)
Vol. 4 No. 1 : January - March 2025

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2568



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ



(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2568 : Vol. 4 No. 1 : January - March 2025

เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุข และคุณภาพชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไปในประเทศและนานาชาติได้แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และพัฒนาคุณภาพวิชาการให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษานักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

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

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 3 เดือน ปีละ 4 ฉบับ

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

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมากกว่ากำหนด อาจพิจารณาเผยแพร่วารสาร เพิ่มเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่รูปเล่มและผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะ กรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุน การวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ที่ตั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษณ์ ตำบลโพธิ์ข่า อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045 616041-6 ต่อ 312 E-mail : baokamk@gmail.com Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามกำหนด
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมิใช่ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิกับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

1. นพ.ทงษ์ วีระแสงพงษ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นพ.ประวิทย์ อ่ำพันธ์ุ	คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข
4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ	อดีตสาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 11 กระทรวงสาธารณสุข
5. ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช	นายแพทย์เชี่ยวชาญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
6. นพ.พิเชฐ จงเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
8. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
9. นายสุรินทร์ หล้าคำ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
10. ภก.ไพฑูรย์ แก้วภมร	เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
11. นายวิสิฐศักดิ์ พิทยานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ
12. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

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

นายแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

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

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. นางจริยา เตชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. นางสาวกมลชนก สมรักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการ

1. รศ.ดร.อนุพันธ์ ประจำ	อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ และผู้ทรงคุณวุฒิ
2. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
3. ผศ.ดร.กิตติ เหลาสุภาพ	อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
4. ผศ.ดร.กัลลัณรงค์ วงศ์พิทักษ์	อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
5. ผศ.ดร.วรกร วิชัยโย	อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
6. ผศ.ดร.วิลาวัลย์ ขาดา	อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
7. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์	อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
8. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
9. ดร.สุนทรทิพย์ อรุณกมลพัฒน์	อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
10. ดร.สมัย ลาประวัตติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
11. ดร.ณัฐฐานันท์ กมลฤกษ์	อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
12. ดร.พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
13. Dr. Le Ke Nghiep	Lecturer of the Department of Health, Vinh Long Province, Vietnam
14. ดร.สุระพล นามวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
15. ดร.ธีระวุธ คำโสภา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
16. ดร.วิเชียร ศรีหนาง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
17. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ	อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
18. ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ
19. ดร.ประวิทย์ บุตรวงศ์	นักวิจัยอิสระ
20. นพ.ชำนาญ สมรมิตร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
21. นพ.อัครเดช บุญเย็น	นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ
22. ภก.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
23. ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ
24. นายสมัย คำเหลื่อ	สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
25. นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
26. นายอนุสร การเกษ	โรงพยาบาลราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ
27. นางสาวขวัญจิตร เชิงชวน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
28. นางกุสุมา มีศิลป์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ฉบับนี้เป็นปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - มีนาคม 2568 วารสารเปิดรับบทความวิชาการผ่านการลงทะเบียนส่งบทความทางเว็บไซต์ของระบบ ThaiJO รับรองคุณภาพผลงาน บทความวิชาการที่ส่งโดยมีกระบวนการและการดำเนินการตามขั้นตอน ผ่านการพิจารณาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งจากภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 3 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นก่อนอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและ ผลงานวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุข เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไป ถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยและบทความวิชาการ จากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งใน สังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และจากการศึกษาวิจัยของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา ที่ส่งมาเผยแพร่เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการตระหนักดี ได้มีการพัฒนา ปรับปรุง และยกระดับคุณภาพของผลการศึกษาวิจัย บทความผลงานวิชาการ เพื่อตีพิมพ์ เผยแพร่ในวารสารนี้ให้สอดคล้องหลักเกณฑ์และการนำไปใช้ประโยชน์ต่อ ของเจ้าของผลงานการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งมั่นธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพมาตรฐานของวารสาร รวมถึงให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นกับผู้สนใจที่ส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับการ สืบค้นข้อมูลทางวิชาการจากวารสาร

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย บทความกรณีศึกษา มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและ องค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความที่ส่งมาจะได้รับ การกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพ บทความวิชาการ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมีมาตรฐาน กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้าน สุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้หลากหลายอย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
1. ผลของการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลต่อความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ ชัยญาพัทธ์ เล็กมาก พย.บ.	1-15
2. การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษ ชนัชชา อุปฮาด, พย.ม., วันชัย รวีวรกาญจน์, สุปรียา พันธุ์รัมย์, วีระวุธ เฟื่องซำ, ดวงอนุชา บุตรชาติ	16-28
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ภัสธีรา ธรรมฤทัย, พ.บ.	29-41
4. การพัฒนาแนวทางการสังเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ วัฒนา แก้วแยม, ประด.	42-56
5. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลรังแร้ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประภัสสราพร พิมณวงศ์, ส.ม.	57-69
6. SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ กนกวิภา ประกอบศรี, ภ.บ.	70-84
7. ประสิทธิภาพโปรแกรมการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเซียงพูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ วารุณี เป็งทอง	85-99
8. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ เสนาะศักดิ์ เขตจ่อหอ, สมัย ลาประวีติ, ส.ด.	100-114
9. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ธนชน จันทร์หมื่น, สมัย ลาประวีติ, ส.ด.	115-129
10. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ พิทักษ์พงษ์ จันทศรี, สมัย ลาประวีติ, ส.ด.	130-144
11. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ กรรณิกา ทองเกลียว, พ.บ.	145-156

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
12. ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิต ของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี <i>พิจิตร แก้วสิงห์, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, พร.ด.</i>	157-171
13. ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัว มีส่วนร่วม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ <i>จริยาพร จำรัสสนสาร, พย.บ.</i>	172-183
14. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา <i>ประวิทย์ ไชยคุณ, พ.บ., พิชสดา ไชยสัตย์, พย.บ.</i>	184-195
15. การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ <i>ณิศา ประสารคิมัย, พ.บ.</i>	196-206
16. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองฉลอง อำเภออุษันต์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>พีรภา จันทาทุม, พย.บ.</i>	207-218
17. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อในผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัด แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ <i>ศิริขวัญ คำแพง, พ.บ.</i>	219-226
18. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ <i>ศุภกร แสงขาวาทิธร, ส.บ.</i>	227-241
19. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ <i>สุเพียบ ศรีวิลล, ส.บ.</i>	242-256
20. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>บัญชา เอกศิริ, วท.บ., สมัย ลาประวีติ, ส.ด.</i>	257-271
21. การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการ มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลตู อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ <i>พรรณวณิ บุญปัญญา, ส.ม.</i>	272-286

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย	หน้า
22. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ <i>กัญญ์ณวัณฐชนก เผ่าพันธ์, ศศ.บ., ก้าวพล เข้มทอง, ส.ด., ฉัตรปวีณ์ เมษะพงศ์ศรี, วท.บ.</i>	287-300
23. ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอยุทธยา จังหวัดศรีสะเกษ <i>สายสมร ศรีคราม, สุนทรทิพย์ อรุณกมลพัฒน์. ประด.</i>	301-315
24. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล(QA) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ <i>จริยา เตชะสุข, พย.บ., อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, วท.ด.</i>	316-327
25. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์วาสน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี <i>นวลนิตย์ ไชยเพชร, ปัญจณีย์ ดิณฑาดีอารักษ์, มยุรี คชนาม</i>	328-339
26. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่ตับประเมนโดยวิธีแบบไม่รุกรานในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในโรงพยาบาลศรีสะเกษ <i>รัชศักดิ์ พลับพลึง, วท.บ.</i>	340-347
27. Pattern of Uveitis in Sisaket Hospital ,Thailand <i>Waraporn Chuenchaem, M.D.</i>	348-352
28. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยุทธยา จังหวัดศรีสะเกษ <i>หนูเวียง ต้นสกุล, ส.บ.</i>	353-363
กรณีศึกษา	
1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย <i>จุฬพร ดีสุข, พย.บ., สุธิดา หล้าเลิศ พย.ม., สุนทรทิพย์ อรุณกมลพัฒน์.ประด.</i>	364-378
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย <i>ธิดิยา เนตรสุวรรณ, พย.บ.</i>	379-390
3. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย <i>อุทิศ สุชาติ, พย.บ.</i>	391-406
4. การพยาบาลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ Acinetobacter baumannii ต่อด้านจุลชีพหลายชนิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย <i>อำไพ กันยวิมล, พย.บ.</i>	407-418
5. การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย	419-433

สุนิสา มุขพันธ์, พย.บ.

สารบัญ (ต่อ)

กรณีศึกษา	หน้า
6. การพยาบาลมารดาและทารกที่มีผลเลือด VDRL เป็นบวก : กรณีศึกษา 2 ราย	434-442
บุญญลักษณ์ น้อยแสง, พย.บ.	

ผลของการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ต่อความรู้และการปฏิบัติตามแนวทางของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ

ชญญาพัทธ์ เล็กมาก พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ที่วัดผลก่อนและหลังได้รับกิจกรรมให้ความรู้การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ร่วมกับการนิเทศทางโรงพยาบาล วัดดูประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) คะแนนความรู้ 2) คะแนนการปฏิบัติตามแนวทาง และ 3) การตรวจพบเชื้อดื้อยา จากอุปกรณ์การแพทย์ในหอผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา กลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับจำนวน 20 คน และรายงานผลการเพาะเชื้อของหอผู้ป่วยในที่เก็บจากอุปกรณ์การแพทย์ ก่อนและหลังการทดลองจำนวน 20 ตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน ได้แก่ ได้แก่จำนวน ร้อยละ Chi-square และ Pair samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ระดับความรู้ และ 2) การปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.001$) 3) การตรวจพบเชื้อดื้อยาหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($p < 0.05$)

สรุปผล การใช้แนวทางทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และการนิเทศทางโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้น เกิดการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการสัมผัสเพาะเชื้อพบเชื้อดื้อยาลดลง

คำสำคัญ : แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำทับ อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ E-mail:chanyapat.lm@gmail.com

Guidelines Implementation for the Prevention and Control of Multidrug Resistant in hospital on the knowledge and practice according to the guidelines of patient personnel in patient Department at Lamthap Hospital

Chanyapat Lekmak Ph.D.

Abstract

Drug-Resistant Infections in Hospitals: A Critical Issue Requiring Vigilance. This quasi-experimental study involved a single-group pretest-posttest design to evaluate the impact of educational interventions on preventing and controlling the spread of drug-resistant infections. The study combined knowledge dissemination activities with nursing supervision to achieve its objectives, which were to compare: Knowledge scores, Adherence scores to infection prevention and control guidelines, and Detection rates of drug-resistant organisms from medical equipment in inpatient wards before and after implementing the guidelines.

The sample consisted of 20 healthcare personnel from inpatient wards at Lam Thap Hospital and 20 medical equipment specimens collected pre- and post-intervention for microbial culture reports. Data analysis employed descriptive and inferential statistics, including frequencies, percentages, Chi-square tests, and paired samples t-tests.

Results: Knowledge levels, and Adherence to infection prevention and control guidelines were significantly higher post-intervention compared to pre-intervention ($p < 0.001$). Detection rates of drug-resistant organisms were significantly lower post-intervention compared to pre-intervention ($p < 0.05$).

Conclusion: The implementation of infection prevention and control guidelines, combined with nursing supervision, significantly improved healthcare personnel's knowledge and adherence to recommended practices. This resulted in enhanced compliance with infection prevention measures and a reduction in the detection rates of drug-resistant organisms from medical equipment in inpatient wards.

Keywords: Guidelines for prevention and control of the spread of drug-resistant bacteria

¹Registered Nurse, Professional level, Lamthap Hospital, Krabi Province; Email: chanyapat.lm@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาลถือเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ปี 2557 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาทั่วโลก พบว่า อาจมากกว่า 700,000 รายต่อปี และคาดว่าใน ปี พ.ศ. 2593 จะมีผู้เสียชีวิตถึงปีละ 10 ล้านคน ทั้งนี้การเสียชีวิตส่วนใหญ่จะเกิด ที่ทวีปเอเชียและแอฟริกา รวมกันถึงเกือบ 9 ล้านราย (CDC, 2019) สำหรับประเทศไทยคาดว่าจะมีการติดเชื้อดื้อยาประมาณ ปีละ 88,000 ครั้ง เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 38,000 ราย อยู่รักษา ตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 3.24 ล้านวัน มูลค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาคิด เป็น 2,539-6,084 ล้านบาท ประมาณ ร้อยละ 0.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (NRST, 2023) แผนปฏิบัติการด้านการดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2566-2570 ที่คณะกรรมการนโยบายการดื้อยาต้านจุลชีพ ได้มีมติเห็นชอบเพื่อให้มีการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างต่อเนื่องจากแผนฉบับแรกประเทศไทย โดยปฏิบัติตามปฏิญญาทางการเมืองเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ ที่นายกรัฐมนตรีได้ร่วมปฏิญญาดังกล่าวทั้งในเวที UNGA และ ASEAN โดยประเทศไทยได้รับ การจัดอันดับเป็นลำดับที่ 9 จาก 114 ประเทศด้านการบริหารจัดการแผนการดื้อยาต้านจุลชีพที่ดี (นิธินา, 2023)

โรงพยาบาลลำทับได้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในเรื่องของการพัฒนาระบบควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล โดยโรงพยาบาลลำทับได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่5 ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เรื่อง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในกลุ่มจำเพาะ มีกระบวนการในการจัดการเชื้อที่ดื้อยาตามองค์ประกอบหลัก และมีการติดตามประเมินผล การดำเนินการ โดยมุ่งเน้นการควบคุมเชื้อดื้อยาที่มีผลกระทบสูงต่อภาวะ

สุขภาพและผลการรักษา เช่น เชื้อดื้อยาที่พบบ่อย มีอัตราตายสูง และนโยบายความปลอดภัย 2 P safety ซึ่งการติดเชื้อดื้อยาเป็นหนึ่งในข้อสำคัญอยู่ในหมวด I: Infection Prevention and Control ข้อ I 4 Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms (MDRO) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและเป็นหนึ่งในจุดเน้นของทีมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากการเก็บข้อมูลพบว่าอัตราการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับในปี 2562-2566 พบมีอัตราการติดเชื้อ 0.23, 0.13, 0.35, 0.07 และ 0.19 ต่อพันวันนอนตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าตึกผู้ป่วยในได้มีการรับ ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจากโรงพยาบาลอื่นมารับการรักษาต่อ ซึ่งเชื้อที่พบมากที่สุด 3 ลำดับคือ *Pseudomonas aeruginosa*, *E.Coli ESBL*, *Klebsiella pneumonia* และ *Acinetobacter baumannii* จากข้อมูลส่งตรวจเพาะเชื้อจากสิ่งส่งตรวจในโรงพยาบาลลำทับ ในปี 2562 -2565 พบว่า มีการตรวจพบเชื้อดื้อยา ในสิ่งตรวจ ปี 2562-2565 พบเชื้อ ดื้อยา คิดเป็นร้อยละ 55, 64, 57, 39 ตามลำดับที่ต้องเฝ้าระวัง ปี 2566 ในสิ่งส่งตรวจทุกชนิด มีการตรวจพบเชื้อดื้อยาคิดเป็นร้อยละ 76จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าสถานการณ์มีแนวโน้ม พบสูงขึ้น ซึ่งงาน เฝ้าระวังและควบคุม ได้มีการปรับปรุงแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตามแนวทางที่ พัฒนาจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2019) แนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และแนวทางการเฝ้าระวังและ

สอบสวนเชื้อมือด้านจุลชีพ (กรมควบคุมโรค, 2565)ครอบคลุมหัวข้อ การเฝ้าระวังเชื้อมือ การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์ การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์และสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารภายในสำหรับบุคลากร โรงพยาบาลควรดำเนินการเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรยังไม่เข้าใจในบางหัวข้อ และจากการสังเกตยังพบว่า บุคลากรยังไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัดและไม่เป็นไปในทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าจากข้อมูลการประเมินการทำความสะอาดมือของบุคลากรในตึกผู้ป่วยในพบว่า ล้างมือไม่ครบ 7 ขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 62.4และปฏิบัติไม่ครบตามหลัก my 5 moment for hand hygiene คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งจะทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือในโรงพยาบาล ต่อ ความรู้และการปฏิบัติ ตามแนวทาง ของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ ตามแนวทางที่ประยุกต์จากองค์การอนามัยโลกศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา(CDC, 2019) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือด้านจุลชีพ (สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเชื้อมือด้านจุลชีพ (กรมควบคุมโรค, 2565)ทั้งหมด 9 กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในตึกผู้ป่วยใน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ
- 2.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือก่อนและหลังใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ
- 3.เพื่อเปรียบเทียบการตรวจพบเชื้อมือจากเตียงผู้ป่วย เครื่องวัดความดันโลหิต ก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ

สมมติฐานการวิจัย

- 1.ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือสูงกว่าก่อนใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ
- 2.ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือสูงกว่าก่อนใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ
- 3.การตรวจพบเชื้อมือหลังการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อมือต่ำกว่าก่อนใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือ

วิธีการดำเนินวิจัย

รูปแบบของการวิจัย(Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียว (one-group design) โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อมือในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ (pretest-posttest)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือบุคลากรผู้ป่วยในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในตั้งแต่เดือน เมษายน - กรกฎาคม 2567 จำนวน 67 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 47 คน 2) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 10 คน และ 3) แม่บ้าน จำนวน 10 คน

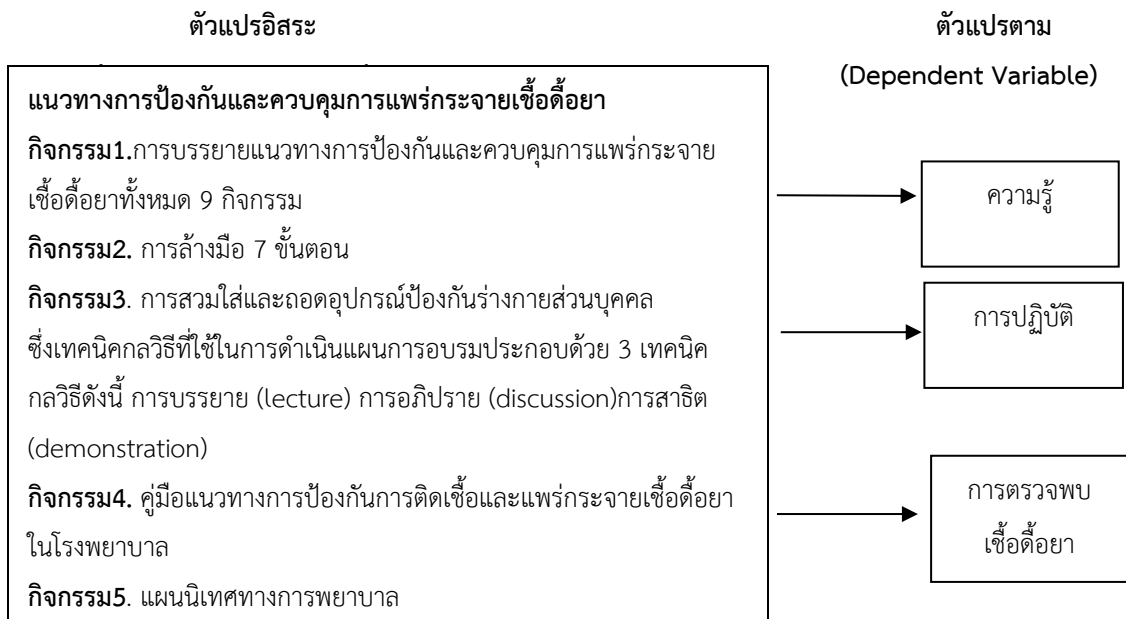
กลุ่มตัวอย่าง คือ

1.บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำทับ จำนวน 20 คน โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Cohen (1977) ยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบทดลอง โดยกำหนดระดับของ Effect size=0.8 ระดับนัยสำคัญ (α)=0.05 และกำลังการทดสอบ (power, $1 - \beta$)=0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ (Total sample size) 19 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลด้วยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน 2) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน และ 3) แม่บ้าน 3 คน รวมทั้งหมดจำนวน 20 คน

2. สิ่งตัวอย่างส่งตรวจการเพาะเชื้อดื้อยา ที่เก็บจากเตียงผู้ป่วย จำนวน 3 ตัวอย่าง อุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน และ stethoscope) จำนวน 3 ตัวอย่าง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (ตู้ข้างเตียง เสาน้ำเกลือ ผ้า màn และ ลูกบิดประตู) จำนวน 4 ตัวอย่าง รวมทั้งหมวกก่อน-หลังการทดลองจำนวน 20 ตัวอย่างในตึกผู้ป่วยใน ทางห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาลลำทับ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การเลือกแบบเจาะจง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลตามแนวทางที่ประยุกต์จากองค์การอนามัยโลกศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006) แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ (สถาบันบำราศนราดูรกรมควบคุมโรค, 2563) และแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ (กรมควบคุมโรค, 2565) ทั้งหมด 9 กิจกรรม การล้างมือ 7 ขั้นตอน การสวมใส่และถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล (PPE) และ เป็นการนำรูปแบบการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลลำทับที่พัฒนาขึ้นจากแนวความคิดของพรอคเตอร์ ปี 2011 ประกอบด้วย 1) การนิเทศเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติ 2) การนิเทศเพื่อการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน และ 3) การนิเทศเพื่อสนับสนุนด้านจิตใจ จากนั้นวัดความรู้ ของพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ แม่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ



เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากร

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรในโรงพยาบาล คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสุขภาพ ดังนี้ ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่งการ ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ให้การพยาบาล ผู้ป่วย การเคยได้รับการอบรม และการ เข้าร่วมประชุม เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของบุคลากรใน ตึกผู้ป่วยใน เรื่องแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ในโรงพยาบาล ทั้งหมด 9 กิจกรรม ประกอบด้วย การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การ

แยกอุปกรณ์ทางการแพทย์ การทำลายเชื้อในอุปกรณ์ การแพทย์และสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารภายในสำหรับ บุคลากร รวมทั้งหมด 36 ข้อ คำถาม โดยการให้ตอบ คำถามว่าใช่หรือไม่ใช่ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 36 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นแบบให้ ตอบคำถามว่าใช่หรือไม่ใช่ มี คำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้การแบ่ง ระดับคะแนนโดยการอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1971)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากร ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกการสังเกต เพื่อใช้ในการ กระบวนการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา มีลักษณะเป็น แบบตรวจสอบรายการ (check list) ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ วันเวลาที่สังเกต หอผู้ป่วย ประเภทของบุคลากร พยาบาลผู้ที่ถูกสังเกต ช่วงเวลาที่สังเกต และ กิจกรรมในการสังเกต ซึ่งสังเกตทั้งหมด 8 กิจกรรม ประกอบด้วย การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์

การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์และสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ และการสื่อสารภายในสำหรับบุคลากร รวมทั้งหมด 36 ข้อ การแปลผลคะแนน โดยใช้การแบ่งระดับคะแนนโดยการอิงเกณฑ์ ของ Bloom (1971)การแปลผล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำเครื่องมือมาตรวจหาประสิทธิภาพ โดยนำคู่มือแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล แผนการอบรมและแผนการนิเทศทางการพยาบาล ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา มีจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย นายแพทย์ประธานทิมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านเครื่องมือและงานวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรร และ ผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อม สาขาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสุขภาพสิ่งแวดล้อม ให้ทำการตรวจสอบรายละเอียดและพิจารณาความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา สอดคล้องกับงานวิจัย และจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

นำเครื่องมือมาตรวจหาประสิทธิภาพ โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง จากนั้นรวบรวมข้อมูล ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยค่า IOC โดยใช้สูตรของ IOC ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ได้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.33 ถึง 1 และได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.87 จากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เมื่อได้รับการตรวจที่ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว นำเครื่องมือไปทดลองใช้ ได้นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง

เนื้อหาตรวจสอบความตรง ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มประชากร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ ประกอบด้วย

1. เลือกประเด็นในการศึกษาและพัฒนาเลือกปัญหาที่คิดเชื่อคือเป็นประเด็นในการพัฒนา

2. หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หัวหน้าตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลำทับ ประชุมร่วมกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำทับ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้บุคลากรที่ตกลงเข้าร่วมการวิจัยลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมตามความสมัครใจ

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลของการทำวิจัยกับเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เพื่อขอความร่วมมือในการสุ่มเก็บเพาะเชื้อส่งตรวจก่อนและหลังการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

4. ประเมินความรู้ การปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากร ก่อนการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

5. เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เข้ามาสุ่มเก็บเพาะเชื้อส่งตรวจก่อนการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

6 จัดทำแผนการอบรมบรรยายให้ความรู้ คู่มือแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและจัดทำแผนนิเทศทางการพยาบาลตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001)

ขั้นที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1. การอบรมบรรยายให้ความรู้บุคลากรในตึกผู้ป่วยใน ประกอบการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแผนการอบรม ซึ่งประกอบด้วยทั้งหมด 9 หมวดกิจกรรม จำนวน 1 วัน
2. การนิเทศทางการพยาบาลทางคลินิก ตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2001) ประกอบด้วย
3. ขั้นตอนได้แก่ การเตรียมการนิเทศ การปฏิบัติการนิเทศ และการประเมินผล
4. ดำเนินการใช้นโยบายการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล

ขั้นที่ 3 ระยะหลังดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยดำเนินการวัดและประเมินผล โดยประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาทั้งหมด 9 กิจกรรม
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินการพัฒนา

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำมาตรวจสอบความถูกต้อง บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของของบุคลากรสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา คือจำนวน และร้อยละ

ส่วนที่ 2 ระดับคะแนน แบบสอบถามความรู้ของบุคลากรในตึกผู้ป่วยใน เรื่องแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์เปรียบเทียบ การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Pair samples t-test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 ระดับคะแนน การปฏิบัติแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โดยใช้สถิติการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ก่อนและหลังการ

ทดลอง โดยใช้การทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Pair samples t-test) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการตรวจพบเชื้อดื้อยาจากการเพาะเชื้อ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Chi-square โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) ผู้วิจัยได้นำโครงการวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรม SCPHYLIB-2567/191 รับรองวันที่ 17 พฤษภาคม 2567 วันหมดอายุ 17 พฤษภาคม 2568 และผู้วิจัยได้นำเรียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับจำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยดำเนินการเพียงผู้เดียว และมีการกำหนดรหัสผ่านการใช้งานคอมพิวเตอร์ และเข้าถึงข้อมูล และมีเสร็จสิ้นการวิจัยมีการทำลายไฟล์ข้อมูลเมื่อพ้นระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูล 1 ปี โดยการลบทิ้ง

2. หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลและเป็นแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย และบุคลากรในโรงพยาบาลลำทับ หน่วยบริการสามารถนำความรู้และข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาไปปรับปรุงประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ให้มีคุณภาพการ และสามารถติดต่อหัวหน้าทีมวิจัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม ด้านข้อมูลส่วนการเก็บรักษาข้อมูลที่ใช้งานวิจัยมีการบันทึกใน

ระบบคอมพิวเตอร์ โดยผู้วิจัยดำเนินการเพียงผู้เดียว และมีการกำหนดรหัสผ่านการใช้งานคอมพิวเตอร์และเข้าถึงข้อมูล และมีเสรีจลิน์การวิจัยมีการทำลายไฟล์ ข้อมูลเมื่อพ้นระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูล 1 ปี โดยการลบทิ้ง

3.หลักความยุติธรรม (Justice) การวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มตัวอย่าง และกำหนดเกณฑ์การยอมรับกลุ่มตัวอย่างและเกณฑ์การปฏิเสธกลุ่มตัวอย่างถูกต้องตามหลักการ และมีแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำทับ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 18 คน ร้อยละ 90 รองลงมาเพศชาย จำนวน 2 คน ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31 – 40 ปี และ 41 -50 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 40 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุระหว่าง < 30 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 15 ต่ำสุดอยู่ในช่วงอายุ > 51 ปี จำนวน 1 คน ร้อยละ 5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 14 คน ร้อยละ 70 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. จำนวน 6 คน ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน ร้อยละ 65 รองลงมาผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 4 คน ร้อยละ 20 ต่ำสุดแม่บ้าน จำนวน 3 คน ร้อยละ 15 ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ > 16 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 35 รองลงมาระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ < 1 – 5 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 25 ต่ำสุดระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ 6 – 10 ปี และ 11 – 15 ปี

จำนวน 4 คน ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่เคยให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา จำนวน 19 คน ร้อยละ 95 รองลงมาไม่เคยให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา จำนวน 1 คน ร้อยละ 5 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา จำนวน 12 คน ร้อยละ 60 รองลงมาเคยเข้ารับการอบรมประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา 1 ครั้ง จำนวน 7 คน ร้อยละ 35 ต่ำสุดเคยเข้ารับการอบรมประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา 3 ครั้ง ร้อยละ 5 ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับ การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากสื่อคู่มือ จำนวน 13 คน ร้อยละ 65 รองลงมาเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 4 คน ร้อยละ 20 ต่ำสุดไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลจากสื่อ จำนวน 2 คน ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่การปฏิบัติตาม Flow chart แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาของโรงพยาบาล ปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน 13 คน ร้อยละ 65 รองลงมาการปฏิบัติตาม Flow chart แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาของโรงพยาบาล ปฏิบัติบางครั้ง จำนวน 4 คน ร้อยละ 20 ต่ำสุดการปฏิบัติตาม Flow chart แนวทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยาของโรงพยาบาล ไม่ปฏิบัติ จำนวน 3 คน ร้อยละ 35

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมทั้ง 9 กิจกรรม รวมทั้งหมด 36 ข้อคำถาม รายละเอียดนำเสนอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (29 - 36 คะแนน)	3	15	18	90
ปานกลาง (22 - 28 คะแนน)	2	10	2	10
ต่ำ (0 - 21 คะแนน)	15	75	0	0.0
รวม	20	100.0	20	100.0

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ก่อนการทดลองใช้แนวทาง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ต่ำ จำนวน 15 คน ร้อยละ 75 รองลงมาอยู่ในระดับความรู้ดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 15 ต่ำสุดอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 2 คน

ร้อยละ 10 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ดี จำนวน 18 คน ร้อยละ 90 รองลงมาอยู่ในระดับความรู้ปานกลาง จำนวน 2 คน ร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้	N	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	20	17.00	7.793	11.708	< 0.001
หลังการทดลอง	20	31.80	3.548		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำทับ มีระดับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 31.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.548 และมีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.793 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ผลการวิเคราะห์การปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งสังเกตทั้งหมด 8 กิจกรรม ประกอบด้วย การแยกผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย การแยกอุปกรณ์ทางการแพทย์ การทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์และสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและญาติ การสื่อสารภายในสำหรับบุคลากร รวมทั้งหมด 36 ข้อ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามระดับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (29 - 36 คะแนน)	1	5	17	85
ปานกลาง (22 - 28 คะแนน)	2	10	3	15
ต่ำ (0 - 21 คะแนน)	17	85	0	0.0
รวม	20	100.0	20	100.0

จากตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการปฏิบัติต่ำ จำนวน 17 คน ร้อยละ 85 รองลงมาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง จำนวน 2 คน ร้อยละ 10 ต่ำสุดอยู่ในระดับการปฏิบัติดี จำนวน 1 คน ร้อยละ 5 หลังการ

ทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับการปฏิบัติดี จำนวน 17 คน ร้อยละ 85 รองลงมาอยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง จำนวน 3 คน ร้อยละ 15

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของกลุ่มพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 20$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของกลุ่มพยาบาล ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติ	N	$\bar{X}$	S.D.	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	20	13.65	6.84	15.14	<0.001
หลังการทดลอง	20	31.45	3.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำทับ มีระดับผลการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 31.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.34 และมีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 13.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.84ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การเพาะเชื้อดื้อยา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจพบเชื้อดื้อยาจากการเพาะเชื้อจากเตียงผู้ป่วย อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมในตึกผู้ป่วยใน ที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลลำทับ การเก็บสิ่งตัวอย่างส่งตรวจเพาะเชื้อดื้อยาได้แก่ เตียงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จำนวน 3 ตัวอย่าง อุปกรณ์การแพทย์ (ปรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดัน และ stethoscope) จำนวน 3 ตัวอย่าง และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย (ตู้ข้างเตียง เสาน้ำเกลือ ผ้า màn และลูกบิดประตู) จำนวน 4 ตัวอย่าง รวมทั้งหมดก่อน-หลังการทดลองจำนวน 20 ตัวอย่าง

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละ การสู่มพะเชื้อดื้อยา ก่อนและหลังการทดลอง

การสู่มพะเชื้อดื้อยา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ	2	20.0	0	0
ไม่พบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ	8	80.0	10	100
รวม	10	100	10	100

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ข้อมูลการสู่มพะเชื้อดื้อยา ก่อนการทดลองใช้แนวทาง ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 ไม่พบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ และร้อยละ 20.0 พบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ หลังการทดลองพบว่า ไม่พบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสู่มพะเชื้อดื้อยา ก่อนและหลังการทดลอง ($n = 10$)

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบอัตราการพบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการสู่มพะเชื้อดื้อยา	สู่มพะเชื้อดื้อยา		Chi-Square (Sig.)
	ก่อนทดลอง ($n=10$)	หลังทดลอง ($n=10$)	
สู่มพะเชื้อดื้อยา			
พบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ	20.0	0	8.909
ไม่พบเชื้อดื้อยาจากการสู่มพะเชื้อ	80.0	100	(0.003)

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พบว่า ผลการสู่มพะเชื้อดื้อยาอัตราการตรวจพบเชื้อดื้อยาโดยการเพาะเชื้อจากเตียงผู้ป่วย อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อม ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา เรื่อง ผลของการใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลลำทับ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานของการศึกษาได้ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

ก่อนการทดลองใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา บุคลากรที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำทับ มีระดับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันและควบคุมการการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง เท่ากับ 31.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.548 และมีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.793 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กกับการศึกษาของ นาดยา ปริกัทสึล ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษต่อความรู้และการ

ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพ โดยอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้และสร้างทักษะเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกัน การแยกผู้ป่วย การแยกอุปกรณ์ของผู้ป่วยการทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม พบว่า ความรู้ของบุคลากรสุขภาพได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลหลังได้รับโปรแกรมมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ ของประภัสสร เดชศรีศึกษา ผลของกลยุทธ์หลากหลายวิธีต่อความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล หลังได้รับกลยุทธ์หลากหลายวิธี ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การใช้โปสเตอร์เตือนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการจัดหากล่องบรรจุอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนได้รับกลยุทธ์หลากหลายวิธี จาก 14.85 คะแนน สูงขึ้นเป็น 18.08 คะแนน ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.005$) และสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้อง มากกว่าก่อนได้รับกลยุทธ์หลากหลายวิธี จากร้อยละ 62.42 เป็นร้อยละ 87.13 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาก่อนการทดลองใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา บุคลากรที่ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำทับ มีระดับการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) มีคะแนนเฉลี่ยหลัง

การทดลอง เท่ากับ 31.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.34 และมีค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง เท่ากับ 13.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.84 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ สมถวิล อัมพรอารีกุล ศึกษา ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา สถาบันบำราศนราดูร พบว่า สถาบันบำราศนราดูร มีแนวทางปฏิบัติที่ใช้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ CPM caring MDR เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ ซึ่งข้อมูล ด้าน Hand Hygiene และ Staff education ปฏิบัติได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราการติดเชื้อดื้อยา มีแนวโน้มลดลง และการศึกษาของ ปัมมา ชัยชุมภู ศึกษา ประสิทธิภาพของกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลแม่สาย ภายหลังการสร้างแนวทางการพยาบาลและนำลงสู่การปฏิบัติประกอบด้วย การให้การพยาบาล 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง การแยกผู้ป่วย การทำลายเชื้อประจำวัน และการทำลายเชื้อเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า การปฏิบัติตามหลังการทดลองร้อยละ 86.75 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ร้อยละ 63.96 อย่างมีนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่าการตรวจพบเชื้อดื้อยาหลังการอบรมบรรยายให้ความรู้ การนิเทศทางการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ต่ำกว่าก่อนใช้แนวทางการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า หลังดำเนินการโดยการอบรมบรรยายให้ความรู้ การใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติ และการนิเทศทางการพยาบาล ทำให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเพิ่มขึ้น เกิดการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการสัมผัสเชื้อพบเชื้อดื้อ

ยาลดลง และไม่พบการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในเด็กผู้ป่วย
ใน โรงพยาบาลลำทับ สอดคล้องกับการศึกษา ของรพีพร
ศรีจุม อัตราการตรวจพบเชื้อดื้อยาโดยการเพาะเชื้อ ก่อน
และหลังดำเนินการ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการสัมผัสเพาะ
เชื้อดื้อยาก่อนและหลังการทดลอง พบว่าผลการสัมผัสเพาะ
เชื้อดื้อยาอัตราการตรวจพบเชื้อดื้อยาลดลงกว่าก่อนการ
ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

- 1) โรงพยาบาลควรมีการส่งเสริม และ
สร้างความร่วมมือ ทุกหน่วยงาน ให้ครอบคลุมทั้ง
โรงพยาบาล โดยกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาล
เพื่อให้บุคลากรมีการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
- 2) โรงพยาบาลควรมีการพัฒนาระบบ
Alert system ระบบแจ้งเตือนจาก LAB , IPD , ER ,
OPD และ IC
- 3) โรงพยาบาลควรมีการส่งเสริม การให้
ความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

และแพร่กระจายเชื้อดื้อยา เช่นการจัดการขยะติดเชื้อ แก่
ผู้ดูแลผู้ป่วย บุคคลในครอบครัว และ กลุ่ม อสม.

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรพัฒนาแนวทางการป้องกันและ
ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ไปใช้ในระดับ
โรงพยาบาลทุกหน่วยงาน
- 2) ควรพัฒนารูปแบบนิเทศทางคลินิกเพื่อการ
ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
- 3) ควรพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุม
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา นำไปใช้ในระดับชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร. ไพจิตร พุทธรอด
อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร
นายแพทย์ประเสริฐ หาญประสานกิจ ผู้อำนวยการโรง
พยาบาลลำทับ นายแพทย์ยุทธนา พรหมรักษา นายแพทย์
ประจำโรงพยาบาลลำทับ นางจันทวรรณ เหล็นเรือง
หัวหน้าพยาบาล นางอรกัญญา ดำพอม หัวหน้าหอผู้ป่วย
ใน นายวัฒนา แก้วแยม หัวหน้างานชันสูตร นาย
ปรียวัฒน์ คงนิล หัวหน้างานยุทธศาสตร์โรงพยาบาลลำทับ

เอกสารอ้างอิง

- กำธร มาลาธรรม, และศิริลักษณ์ อภิวนิชย์. (2560). การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567. <https://med.mahidol.ac.th/ic/th/download>
- กำธร มาลาธรรม, และสุสันต์ อาศนะเสน. (2556). คู่มือปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล. โรงพิมพ์ ชุมชุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- กำธร มาลาธรรม, และ สุสันต์ อาศนะเสน. (2556). วิธีการให้ความรู้แก่บุคลากร. ใน กำธร มาลาธรรม, คู่มือปฏิบัติการป้องกันและ
ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 2556. ชมรมควบคุมโรคติดเชื้อและสถาบันบำราศนราดูร.
- กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ. CANNA GRAPHIC.
- ดุขฤ์ใหญ่เรืองศรี, และ สมจิตต์ สุขสง. (2566). รูปแบบการควบคุมและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลสงฆ์. กอง
การพยาบาล, 50(3), 98-113.
- ธมลวรรณ คณานิตย์, ประจักษ์ บัวผัน, และ ชลการ ทรงศรี. (2564). การพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุล
ชีพ โรงพยาบาลเพ็ญ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(2), 232-248.
- นุชนารถ สีสุกใส, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, และ อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (ปีที่ 48 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564). ผลของการให้
ความรู้และข้อมูลย้อนกลับต่อการปฏิบัติการป้องกันเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล. พยาบาลสาร, 48(3), 141-153.

- นิธิตา สุ่มประดิษฐ์, สิริมา ปุณณันท์, และนันทยา สมเจตนากุล.(2566)แผนปฏิบัติการด้านการต่อต้านจุลชีพแห่งชาติ(ฉบับที่ 2)พ.ศ. 2566-2570.ยาวิพากษ์ จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา,15(53),19-22.
- นิตยา ปริกัมศีล, ศุภา เพ็งเลา, และ สมใจ สายลม. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อรังยาควบคุมพิเศษต่อความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียที่เรื้อรังยาควบคุมพิเศษของบุคลากรสุขภาพผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลโพธาราม. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล, 3(2), 49-57.
- บัวจันทร์ ธงเชื้อ , ปัทมา คำฟู, และ สุทธิพันธ์ วัฒนจันทร์. (2560). ผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุมผลของโปรแกรมการล้างมือต่อความรู้ และการปฏิบัติด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อของบุคลากรทางการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติในแผนกศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลนครพิงค์. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคเหนือ, 23(2), 12-24.
- ปิยะฉัตร สวัสดิ์รักษ์, อะเคื่อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2015) การพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรพยาบาลแผนกการุกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. พยาบาลสาร, 42(3), 119-134
- ปราณี มีหาญพงษ์และ กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 9(1), 9-15
- ประภัสสร เดชศรี, นงเยาว์ เกษตรภิบาล, และ นงค์ธราญ วิเศษกุล. (2564). ผลของกลยุทธ์หลากหลายวิธีต่อความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ . พยาบาลสาร, 48(3), 154-166.
- ปัทมา ชัยชุมภู. (2564). ประสิทธิภาพของกระบวนการพยาบาลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพ โรงพยาบาลแม่สาย. สาธารณสุขเพื่อการพัฒนา , 1(1), 47-62.
- ปาริชาติ ใจดี, และ พิมพ์สุภา ดิตตม. (2563)). การพัฒนาและการประเมินผลแนวทางป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรทางการพยาบาล ดิษฐ์ผู้ป่วยอายุรกรรมและตึกศัลยกรรม โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ . วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 1(3), 53-61.
- วรรณภา ชื่นนอก, นงค์ธราญ วิเศษกุล, และ นงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2566). ผลของการเฝ้าระวังความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี , 34(2), 96-111.
- วิไลลักษณ์ วงศ์จุลชาติ. (2560). การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต.วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(3), 441- 456.
- รพีพร ศรีจุม. (2564). ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อต่อต้านจุลชีพของบุคลากรในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลพรเจริญ.
- สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 Patient Safety Goals:SIMPLE Thailand 2018. พิมพ์ครั้งที่ 5. เพมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- Centers for Disease Control and Prevention. Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings(2006).สืบค้นเมื่อวันที่2 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/index.html>.PageLast
- National Antimicrobial Resistance Surveillance Center.สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย(2023)).สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567 จาก <http://nih.dmsc.moph.go.th>
- Proctor, B. (2001). *Contracting in supervision. Contracts in Counselling and Psychotherapy*, 161-170.

การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษ

ชนัชชา อุปฮาด¹, วันชัย วรรณกาญจน์², สุปรียา พันธรัณย์³, วีระวุธ เพ็งสี⁴, ดวงอนุชา บุตรชาติ⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลมารดาในระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดจังหวัดศรีสะเกษ ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ที่ดูแลผู้คลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 109 คน ซึ่งถูกสุ่มโดยวิธีแบ่งชั้นตามสัดส่วน และการสุ่มอย่างมีระบบ กลุ่มเวชระเบียนผู้คลอดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ฉบับ และกลุ่มควบคุม 30 ฉบับ สุ่มโดยวิธีคัดเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการดูแลมารดาในระยะคลอด ที่มีค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 และแบบบันทึกผลลัพธ์ วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบ t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดประกอบด้วย ชุดความรู้ในการดูแล และรูปแบบการดูแลผู้คลอด ดังนี้ 1) นโยบาย 2) บุคลากร 3) เครื่องมือและเวชภัณฑ์ 4) แผนการดูแล 5) ระบบส่งต่อ 6) Tele-health 7) บริหารความเสี่ยง 8) ควบคุม กำกับ ติดตาม ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระดับสูงร้อยละ 84.15 เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษา และปริมาณการเสียเลือดหลังคลอดของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.71, p < .01$; $t = -3.15, p = .04$) ตามลำดับ อัตราตายของมารดา และลักษณะทั่วไปของทารกหลังคลอดพบว่าไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลมีจำกัด ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อย่างไรก็ตามควรศึกษาว่ารูปแบบที่พัฒนาสามารถลดการตายของมารดาในระยะยาวได้หรือไม่และปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ เพื่อความมั่นใจในการนำไปใช้

คำสำคัญ: ผู้คลอด, รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด, การวิจัยและพัฒนา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, Email: Tum00021@hotmail.com

²นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลศรีสะเกษ; ³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลศรีสะเกษ

⁴นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

⁵เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน, โรงพยาบาลศรีสะเกษ

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Email: Tum00021@hotmail.com Tel: 087-6528695

Development of a Maternal Care Program During Childbirth in Sisaket Province

Chanatcha Ubahad¹, Wanchai Rawiworakan², Supreeya Panram³, Weerawut Pengchai⁴, Duanganucha Bootchat⁵

Abstract

This research and development aimed to develop and study the outcomes of maternal care during childbirth in Si Sa Ket Province. The study was divided into 3 phases: Phase 1 was an environmental analysis, Phase 2 was a model development, and Phase 3 was an outcome evaluation. The sample consisted of 109 professional nurses/physicians who cared for maternity care in hospitals under the Si Sa Ket Provincial Public Health Office. They were randomly selected by proportional stratification and systematic sampling. The maternity medical records of 60 copies were divided into an experimental group of 30 copies and a control group of 30 copies. They were randomly selected continuously according to the specified criteria. The research instrument was a maternity care model in Si Sa Ket Province. Data were collected using a maternal care record form during childbirth, which had a validity and reliability of 1, and an outcome record form. The results were analyzed using descriptive statistics and a t-test comparative statistics.

The results of the study found that the maternity care model during labor consisted of a set of knowledge in care and a care model as follows: 1) Policy 2) Provider 3) Materials & medical supplies 4) Revise CPG 5) Referral system 5) Tele-health 6) Risk management 8) Monitoring, which had a content validity and reliability of 1. It was possible to be used at a high level of 84.15 percent. When comparing the treatment costs and the amount of blood loss after childbirth in the group receiving care according to the developed model, it was significantly lower than the group receiving care according to the original model ($t = -1.71$, $p < .01$; $t = -3.15$, $p = .04$), respectively. The maternal mortality rate and general characteristics of the infants after birth were not different, which may be due to the limited time for data collection. Therefore, it is possible to be used in practice. However, before using it, it should be adjusted to be appropriate for one's own context or the service unit.

Keywords: Parturient, maternity care patterns during labor, research and development

¹ Registered Nurse (Professional level), Sisaket Provincial Public Health Office.

² Doctor (Senior Professional level), Sisaket Hospital;

³ Registered Nurse (Senior Professional level), Sisaket Hospital

⁴ Plan and Policy Analyst (Senior Professional level), Sisaket Provincial Public Health Office.

⁵ Public Health Officer (Expertise level), Sisaket Hospital

¹Corresponding Author Email: Tum00021@hotmail.com Tel: 087-6528695

บทนำ

การตายของมารดา หมายถึงการตายของมารดา ตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุใดก็ตามแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม¹ ซึ่งอัตราส่วนการตายของมารดาเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงความเป็นอยู่ของสตรีและเป็นเครื่องบ่งชี้สุขภาพอนามัยของประชาชนซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศนั้น ๆ¹ และสหประชาชาติกำหนดเป้าหมายที่ 3 ตัวชี้วัดที่ 3.1 ลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลกให้ต่ำกว่า 70 ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคนภายในปี 2573² จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2020 พบการตายมารดาทั่วโลก 287,000 ราย คิดเป็นอัตรา 80 ต่อแสนการเกิดมีชีพ¹ สำหรับประเทศไทยจากการรายงานของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบการตายของมารดาอัตรา 34.68, 25.68 และ 21.40 ต่อแสนการเกิดมีชีพ³ จังหวัดศรีสะเกษ พบการเสียชีวิตของมารดาในปี พ.ศ. 2564 - 2566 อัตรา 54.33, 0 และ 95.50 ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าค่ากลางของประเทศที่กำหนดไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ⁴ และในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดศรีสะเกษพบสาเหตุการตายของมารดาจาก 1) สาเหตุโดยตรงร้อยละ 28.57 ของการตายมารดาทั้งหมด ประกอบด้วย ตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 14.28 น้ำคร่ำเข้ากระแสเลือดร้อยละ 14.28 2) สาเหตุโดยอ้อมร้อยละ 42.85 3) ไม่ทราบสาเหตุร้อยละ 28.57⁴ การตายของมารดาถือเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม การลดการตายของมารดาประกอบด้วย การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การบริการทำแท้งอย่างปลอดภัยภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนด การดูแลอย่างมีคุณภาพในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างและหลังคลอดบุตรโดยผู้เชี่ยวชาญ การจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างทันที่¹ การเพิ่มความรู้และส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพสำหรับมารดา

ที่มีความเสี่ยงสูงในระยะตั้งครรภ์ ระยะการคลอดบุตรและระยะหลังคลอด การวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาเพื่อแก้ไขและป้องกันเหตุเกิดซ้ำ⁵ การใช้ PMMR-Health Model ประกอบด้วยด้วย 1) P: policy นโยบายและการขับเคลื่อนนโยบาย 2) M: man กำหนดและประเมินสมรรถนะ 3) M: material อุปกรณ์/ยาและเลือดพร้อมใช้ 4) R: Risk management การคัดกรองและจัดการเสี่ยง 5) Health: health communication สื่อสารความรู้และความเสี่ยงที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวสามารถลดการตายของมารดาได้⁶ การมีระบบให้คำปรึกษาภายในจังหวัดที่เข้มแข็งแบบพี่ช่วยน้อง Doctor to doctor ตลอด 24 ชั่วโมง⁷ การพัฒนาห้องคลอดเสมือนอยู่ในห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด โดยใช้ระบบ Tele-line consulting system เป็นกระบวนการจัดบริการให้แพทย์ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด ทำการส่งข้อมูล รายงานข้อมูล ปรีกษาแผนการดูแลผู้คลอดได้ตลอดเวลา สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดและลดการตายของมารดาได้⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hanson & Sherman ในปี ค.ศ. 2024⁹ พบว่าการกำหนดกลยุทธ์การทำงาน การกำหนดอาคารสถานที่สำคัญการใช้ระบบ Tele health การจัดหาวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์ให้เพียงพอพร้อมใช้ การเพิ่มศักยภาพบุคลากร เพิ่มศักยภาพการประสานงานและการส่งต่อการทบทวนเพื่อป้องกันเหตุเกิดซ้ำ สามารถเพิ่มสุขภาวะของมารดาและทารกได้

จังหวัดศรีสะเกษ มีโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 22 แห่ง มีโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 20 แห่ง มีผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม (สูติแพทย์) ในโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง จาก 22 แห่ง ดำเนินการป้องกันการตายของมารดา ประกอบด้วย การป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การบริการทำแท้งอย่างปลอดภัยภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนด การดูแลอย่างมีคุณภาพในระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอดบุตร การเพิ่มความ

ตระหนักรู้และส่งเสริมการจัดการการดูแลตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ การคัดกรองสำหรับมารดาที่มีความเสี่ยงสูงในระหว่างตั้งครรภ์การคลอดบุตร และระยะหลังคลอด การดำเนินงานโดยใช้ PMMR-Health Model การใช้ระบบ Tele-line consulting ในการให้คำปรึกษาของทุกโรงพยาบาลภายในจังหวัดโดยโรงพยาบาลศูนย์แม่ข่าย การวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาเพื่อแก้ไขและป้องกันเหตุเกิดซ้ำ การจัดการระบบส่งต่อ แต่ยังคงพบว่ามีมารดาตายสูงกว่าค่ากลางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจากการวิเคราะห์สาเหตุพบข้อจำกัดในด้านบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการภาวะแทรกซ้อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรมในโรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง จาก 22 แห่ง ทำให้ไม่สามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดได้อย่างทันทั่วที่เกิดการตายของมารดาตามมา แต่จากสืบค้นพบว่าการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ขึ้นอยู่ภายใต้บริบทของหน่วยงานแต่ละแห่ง ก่อนนำไปใช้ต้องมีการประยุกต์ปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานอนามัยมารดาและทารกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงได้นำกระบวนการต่าง ๆ ที่ค้นพบในการป้องกันมารดาตาย มาพัฒนาเพื่อใช้ภายใต้บริบทของจังหวัดศรีสะเกษ โดยนำแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Nobelius ในปี ค.ศ.2002¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการทำงานเป็นทีม¹¹ มาประยุกต์ใช้ภายใต้บริบทของจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเกิดภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลตามมา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดจังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบการตายของมารดาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นหรือ

กลุ่มทดลอง และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมหรือกลุ่มควบคุม

- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนลักษณะทั่วไปของทารกแรกเกิด (Apgar score) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- 2.4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์เรื่องการดูแลมารดาในระยะคลอด ก่อน - หลังได้รับการอบรม

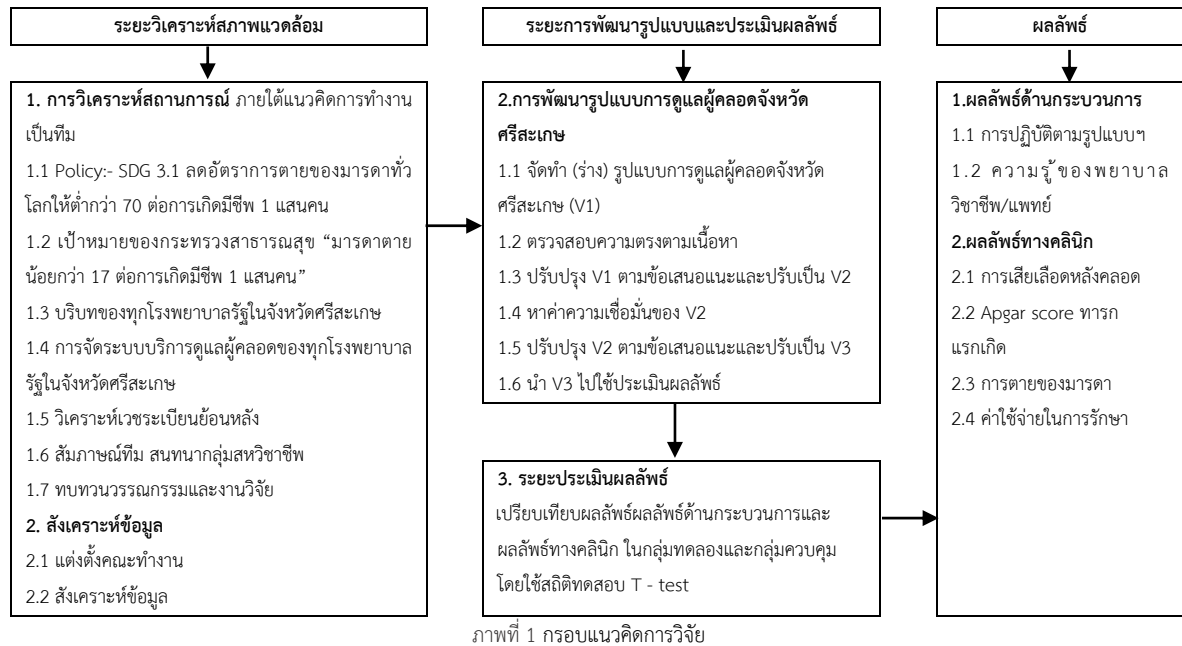
- 2.5 เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดจังหวัดศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐาน

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง
2. ลักษณะทั่วไปของทารกแรกเกิด (Apgar score) ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม การตายของมารดา ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดจังหวัดศรีสะเกษ โดยนำแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของ Nobelius ในปี ค.ศ.2002¹⁰ ร่วมกับแนวคิดการทำงานเป็นทีม¹¹ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ โดยวิธีเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม นำเสนอเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดจังหวัดศรีสะเกษ ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2567 เก็บข้อมูลหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้คลอดของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและเวชระเบียนผู้ป่วย ดำเนินการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพแวดล้อม ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567 เป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมต่าง ๆ และทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหาสาเหตุการตายของมารดา การป้องกันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ

1.1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้คลอด จำนวน 24 คน ประกอบด้วยสูติแพทย์ แพทย์พยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้คลอด 1 ปี ขึ้นไป

1.2 เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ สหวิชาชีพและแบบบันทึกข้อมูลการทบทวนเวชระเบียนผู้คลอดที่บันทึกโดยผู้วิจัย

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนนโยบาย ตัวชี้วัด ระบบบริการ ทบทวนเวชระเบียนสัมภาษณ์บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ทบทวนวรรณกรรมเพื่อค้นหารูปแบบการการดูแลมารดาในระยะคลอด - ทำการสืบค้น โดยใช้ PICO frame work กำหนดให้ Population = Maternal morbidity and mortality , intervention = Prevention of maternal mortality, Comparison = standard of care, Outcome = Clinical improve รวมทั้ง Medical term ซึ่งสืบค้นจากแหล่งข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ จากฐานข้อมูล CINAHL, ProQuest, Scopus, Cochrane, PubMed, Google Scholar ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของประเทศไทยที่ผ่านการรับรอง Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) ที่ตีพิมพ์ระหว่าง ปี ค.ศ. 2018 – 2022 , Full text และทุกระเบียบวิธีวิจัย สรุปผลการสืบค้นและแต่งตั้งทีมพัฒนา

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2567

2.1 **กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์** ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้คลอดของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ขุนันท์กันทรลักษณ์ อุทุมพรพิสัย ภูสิงห์ จำนวน 10 คน ที่ถูกคัดเลือกมาแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ ที่ดูแลผู้คลอดในช่วงที่ทำการศึกษา 2) ได้รับความรู้จากทีมวิจัยในการดูแลผู้คลอดตามแนวทางที่พัฒนาขึ้น 3) มีประสบการณ์ดูแลผู้คลอด 1 ปีขึ้นไป **กลุ่มตัวอย่างเวชระเบียนผู้คลอด** จำนวน 20 ฉบับ ถูกคัดเลือกมาแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นเวชระเบียนของผู้คลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา 2) ได้รับการดูแลในระยะคลอดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา 3) มีข้อมูลในระบบการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้น

2.2 เครื่องมือวิจัย เป็นรูปแบบการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ (V2) ที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลผู้คลอด และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้คลอด ซึ่งได้เสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยสูติแพทย์ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการผดุงครรภ์ จำนวน 1 คน หัวหน้างานห้องคลอด จำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ตรวจสอบเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index : CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อระหว่าง .80 – 1 ทั้งฉบับ (Scale level content validity index: S-CVI) เท่ากับ .96 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด (V2) และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่า CVI ทั้งรายข้อและทั้งฉบับเท่ากับ 1 กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาเท่ากับ .80 ขึ้นไป¹²

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระดับ ประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอด การฝึกอบรม 4 เดือนขึ้นไป **ส่วนที่ 2** คือ ความรู้การดูแลมารดาในระยะคลอด เป็นคำถามชนิดให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดจำนวน 1 คำตอบ จาก 4 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ **ส่วนที่ 3** ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด จำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบ 5 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท¹³ **ส่วนที่ 4** การปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะคลอด จำนวน 82 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบ 5 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็น Rating scale การให้คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท¹³ ได้เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบเพื่อหาความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุ ประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC รายข้อระหว่าง .60 - 1 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง ได้ค่า IOC ในแต่ละข้อเท่ากับ 1 กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณารายข้อเท่ากับ .50 ขึ้นไป¹² และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้หาความเที่ยงตรง โดยได้เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ในการหาค่า IOC ได้ค่า IOC ทุกข้อเท่ากับ 1

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด (V2) ไปให้กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ทดลองใช้กับผู้คลอดจำนวน 20 คน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ และแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ

2.5 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของครอนบาค¹⁴ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) ซึ่งเป็นการวัดข้อมูลในลักษณะ Rating scale การแปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .00 – 1.00 ยิ่งใกล้ 1.00

ยังมีความเชื่อมั่นสูง กำหนดเกณฑ์สำหรับพิจารณาค่าความเชื่อมั่น .80 ขึ้นไป¹²

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้คลอด 2) เวชระเบียนของผู้คลอด

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้คลอดของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 109 คน 2) เวชระเบียนผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 30 ฉบับ และเวชระเบียนผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม จำนวน 30 ฉบับ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ ที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด 2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดไม่น้อยกว่า 1 ปี **กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้คลอด** 1) เป็นเวชระเบียนของผู้คลอดที่มาคลอดในโรงพยาบาลที่ทำการการศึกษา 2) ได้รับการดูแลในระยะคลอดในช่วงเวลาที่ทำการการศึกษา 3) มีข้อมูลในระบบการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) **กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์** 1) มีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นฉับพลัน 2) ย้ายหน่วยงานในระหว่างที่ทำการการศึกษา **กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วย** 1) บันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ 2) เวชระเบียนของผู้ป่วยทางคดีที่อยู่ในระยะฟ้องร้อง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) **กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์** ใช้สูตรคำนวณของ Krejcie and Morgan ในปี ค.ศ.1970¹⁵ โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ .50 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95.00 แทนค่าลงในสูตรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 109 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนที่ 1 โดยวิธีการสุ่มอย่างมีสัดส่วน

(Proportional stratified random sampling) ระหว่างพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้คลอดของทุกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้กลุ่มตัวอย่างพยาบาล 86 คน แพทย์ 23 คน รวมทั้งหมด 109 คน ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systemic random sampling) โดยเรียงชื่อ ก-ฮ ในแต่ละวิชาชีพจนกว่าจะครบตามจำนวนที่ต้องการ **กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเวชระเบียนผู้ป่วย** คำนวณเปรียบเทียบขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis¹⁶ กำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 ($\alpha=.05$) อำนาจในการทดสอบที่ระดับ (Power analysis: $1-\beta$) = .80 และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาลักษณะคล้ายกันที่หาขนาดอิทธิพลได้ ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่เท่ากับ .80 เนื่องจากเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ที่ Cohen¹⁷ ได้แนะนำไว้และใช้สมมติฐานทางเดียว เนื่องจากผลการศึกษาของ จารุวรรณ เียนเสมอ⁸ ได้พัฒนาระบบบริการเครือข่ายแบบห้องคลอดเดียวกันเพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมที่พัฒนาจะมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายและการไม่ครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบต่อเนื่องตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 60 ฉบับ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 ฉบับ กลุ่มควบคุม 30 ฉบับ

3.2 เครื่องมือวิจัย

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นรูปแบบการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ (V3) ที่มีค่า CVI เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

3.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกการปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่พัฒนาขึ้นในระยะพัฒนารูปแบบฯ ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระดับ ประสบการณ์ในการ

ดูแลผู้คลอด การฝึกอบรม 4 เดือนขึ้นไป **ส่วนที่ 2** ความรู้การดูแลมารดาในระยะคลอด เป็นคำถามชนิดให้ เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุดจำนวน 1 คำตอบ จาก 4 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิด ของบลูม¹⁸ ดังนี้ ระดับสูงเท่ากับคะแนน 16 – 20 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางเท่ากับ คะแนน 12 -15 คะแนน หรือร้อยละ 60 – 79 ระดับต่ำ เท่ากับ คะแนน 0 - 12 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60 **ส่วนที่ 3** ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแลมารดาใน ระยะคลอด จำนวน 7 ข้อ เป็นชนิดเลือกคำตอบ 5 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Rating scale การให้ คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท¹³ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ โดยให้ ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วย ระดับการวัดที่ต้องการ ตามแนวคิดของเบสท์¹⁹ ดังนี้ ระดับสูงสุดเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 ระดับ ปานกลางเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 และระดับ ต่ำเท่ากับค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 **ส่วนที่ 4** การ ปฏิบัติการดูแลมารดาในระยะคลอด จำนวน 82 ข้อ เป็น ชนิดเลือกคำตอบ 5 ตัวเลือก คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Rating scale การให้คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท¹³ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับ ปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิดของบลูม¹⁸ โดย แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับสูงเท่ากับคะแนน 24 – 28 คะแนน หรือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางเท่ากับ คะแนน 18 - 23 คะแนน หรือร้อยละ 60 – 79 ระดับต่ำ เท่ากับคะแนน 0 - 17 คะแนน หรือน้อยกว่าร้อยละ 60

3.2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้วิจัยคือ “รูปแบบการ ดูแลมารดาในระยะคลอด (V3)” ที่ทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้นใน ระยะที่ 2 ที่มีค่า CVI ทั้งรายข้อและทั้งฉบับเท่ากับ 1 และหาความเชื่อมั่นซ้ำหลังจากปรับปรุงในระยะที่ 2 กับพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ที่ดูแลผู้คลอดจำนวน 10 คน ใช้ดูแลผู้คลอดจำนวน 20 คน โดยวิธีของครอนบาค²⁰ ได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในครั้งนี้คือ แบบบันทึกการดูแลผู้คลอด ที่พัฒนาขึ้นใน ระยะที่ 2 โดยมีค่า IOC ทุกข้อเท่ากับ 1 และหาความ เชื่อมั่น (Reliability) ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง ฉบับเท่ากับ 0.982 จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ ไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป **แบบบันทึกข้อมูล ผลลัพธ์การดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ** ที่พัฒนาขึ้น ในระยะที่ 2 ได้ค่า IOC ทุกข้อเท่ากับ 1 และไม่ได้หา ความเชื่อมั่น (Reliability) เนื่องจากบันทึกข้อมูลโดย ผู้วิจัยเองทุกฉบับ

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นเตรียมการ ประกอบด้วยประชุมชี้แจงกับทีมวิจัย ทีมวิจัยเข้าพบ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าห้องคลอดของ โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ ขอความร่วมมือ และขอความยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ **ขั้นรวบรวม ข้อมูล** ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการดูแลผู้คลอด มาให้ อาสาสมัครตอบ โดยใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 15 - 20 นาที ซึ่งถ้ามีการกิจด่วนหรือเกิดเหตุฉุกเฉิน สามารถหยุดตอบแบบสอบถามและสามารถไปปฏิบัติ ก่อนได้ เมื่อตอบเสร็จอาสาสมัครสามารถส่งแบบบันทึก ได้ที่กล่องที่เตรียมไว้ จากนั้นผู้วิจัยจะนำแบบบันทึก มา ตรวจสอบและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป กลุ่ม ตัวอย่างด้านเวชระเบียนผู้คลอดผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้คลอด ที่บันทึกเอง โดยผู้วิจัย จนกว่าจะได้ข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการ และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ระดับ .05 ใช้สถิติเชิงพรรณนาอธิบายข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและ สถิติ T-test เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดูแลผู้คลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024 – 083 วันที่เริ่มรับรอง 16 พฤษภาคม 2567 วันที่หมดอายุ 15 พฤษภาคม 2568 และได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดหลัก 1) หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) โดยเคารพการตัดสินใจ ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อการวิจัย ในเท่านั้น 2) หลักผลประโยชน์ (benefit) หรือก่อให้เกิดอันตรายน้อยที่สุด (minimal harm) 3) หลักความยุติธรรม (justice) โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสรับการคัดเลือกอย่างเท่าเทียมกันตามข้อมูลทางคลินิก (Clinical data) จากการสุ่มข้างต้น

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพแวดล้อม จังหวัดศรีสะเกษพบอัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน สูงกว่าค่ากลางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ซึ่งเกิดจากในกระบวนการดูแลผู้ป่วยไม่มีผู้เชี่ยวชาญ (สูติแพทย์) ที่เพียงพอในโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถจัดการภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดได้อย่างทันท่วงที เกิดการตายของมารดาตามมา และจากการสืบค้นพบว่า การพัฒนาเครือข่ายเสมือนห้องคลอดเดียวกันทั้งจังหวัด โดยใช้ระบบ Tele – health ร่วมกับการทำงานเป็นทีม มาประยุกต์ใช้ สามารถลดการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาการดูแลมารดาในระยะคลอด ทีมพัฒนาได้พัฒนาและกำหนดรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอดประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลมารดาในระยะคลอด และแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาในระยะคลอด ได้พัฒนาและปรับปรุงจำนวน 3 ครั้ง ประกอบด้วย 1) นโยบาย (Policy) 2) บุคลากร (Provider) 3) เครื่องมือและเวชภัณฑ์ (Materials & medical supplies) 4) แผนการรักษา (Revise CPG) 5) ระบบส่งต่อ (Refer) 5) เครือข่าย (Tele-health) 6) การบริหารความเสี่ยง (Risk management) 8) เฝ้าติดตาม (Monitoring) ดังภาพที่ 2

ประเด็น	คำอธิบาย
1. Policy	การรับนโยบาย การกำหนดนโยบายและการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
2. Provider	การเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร ให้ความเหมาะสมกับงาน และเพียงพอ
3. Materials and medical supplies	จัดหาวัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้
4. Revise CPG	ปรับปรุงแผนการรักษาให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันในทุกหน่วยบริการ
5. Refer/ Fast tract	เพิ่มศักยภาพระบบส่งต่อ
6. Risk management	การค้นหาและจัดการ ความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ
7. Monitoring	ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล
8. Tele-health	ใช้ระบบ Tele-health ในการดูแลให้คำปรึกษาและการส่งต่อ ภายใต้แนวคิดที่เรียกว่า "One Province One labour room"
หมายเหตุ	รายละเอียดสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โทรศัพท์ 087-6528695

ระบบ Tele-health เป็นระบบในการดูแลให้คำปรึกษาและการส่งต่อ ภายใต้แนวคิดที่เรียกว่า **"One Province One labour room"** โดยเมื่อมีผู้คลอดมารับบริการคลอดในทุกโรงพยาบาลของจังหวัดศรีสะเกษ โรงพยาบาลหรือแพทย์ที่ดูแลผู้คลอดจะบันทึกข้อมูลผู้คลอดในระบบบริการของโรงพยาบาล (Hospital information system: HIS) ข้อมูลที่ถูกบันทึกจะไหลเข้าสู่ระบบ "One Province One labour" ที่ทำงานผ่าน Web app. และแจ้งเตือนสูติแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ (Staff) โดย Line notify เพื่อเข้าสู่ข้อมูลและวางแผนการดูแลรักษาในเมนู Consult /Treatment ซึ่งสูติแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์สามารถประเมินผู้คลอดผ่านระบบ "One Province One labour room" วางแผนการดูแล ให้คำแนะนำแก่แพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดทุกอำเภอ ตลอด 24 ชั่วโมง เสมือนมีห้องคลอดเดียวทั้งจังหวัด และมี line alert เตือนความเสี่ยงสำคัญ

ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษ (SISAKET One province one labour room)

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ เป็นการนำรูปแบบการดูแลมารดาในระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษ (V3) ไปใช้และประเมินผลลัพธ์พบว่า **ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์** เมื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องการดูแลมารดาในระยะคลอดของพยาบาลวิชาชีพ/

แพทย์ ก่อน – หลังได้รับการอบรมโดยใช้สถิติ paired t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.78, p < .001$) ดังตารางที่ 1 **ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบฯ** พบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 90 **ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้** พบว่าอยู่ในระดับสูง

ร้อยละ 84.15 การปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 100 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ χ^2 พบว่าไม่แตกต่างกัน ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด (Total blood loss) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 229.33 มิลลิลิตร กลุ่มทดลองเฉลี่ย 148.33 มิลลิลิตร เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.15$, $p = .04$) ดังตารางที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่า

กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 15,602.48 บาท กลุ่มทดลองเฉลี่ย 12,988.44 บาท เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t – test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.71$, $p < .01$) ลักษณะทั่วไปของทารกแรกคลอด (Apgar score) นาทีที่ 1 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มควบคุมเฉลี่ย 8.65 คะแนน กลุ่มทดลองเฉลี่ย 8.86 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t – test พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2 และไม่พบการเสียชีวิตของมารดาด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ในทั้ง 2 กลุ่ม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลมารดาในระยะคลอด ก่อน- หลัง ได้รับความรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Pair t-test, $n = 109$)

ความรู้	จำนวน (ร้อยละ)		t	P - value	95% CI (lower – upper)
	ก่อนอบรม	หลังอบรม			
ระดับสูง (16-20 คะแนน)	3(10)	30(10)	18.78	<.01	2.27 – 5.32
ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	21(70)				
ระดับต่ำ (0-11 คะแนน)	6(20)				
ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	14.27(1.48)	19.06(.82)			
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	14(10 – 18)	19 (17-20)			

กำหนด $\alpha = .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น(กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม(กลุ่มควบคุม) (Independent t- test, $n = 30$)

ผลลัพธ์ ด้านผู้รับบริการ	Mean(SD)		t	P - value	95% CI (lower – upper)
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม			
Apgar score 1 min	8.86(.43)	8.66(.54)	1.56	.06	-.05 - .45
Total blood loss (ml)	144.33(80)	229.33(21.43)	-3.15	.04	-132.32- (-29.67)
Cost (Baht)	12,988.44(5,785)	15,602.48(6,042)	-1.71	< .01	-5671.50-443.42

กำหนด $\alpha = .05$

สรุปและอภิปรายผล

ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ รูปแบบการดูแลมารดาระยะคลอด จังหวัดศรีสะเกษ (SISAKET-OPOLr) ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) Policy 2) Provider 3) Materials & medical supplies 4) Revise CPG 5) Refer 5) Tele-health 6) Risk management 8) Monitoring ภายใต้นโยบายที่สอดคล้องกันทั้งจังหวัด ผ่านการตรวจสอบความความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า CVI เท่ากับ .89 และทำการทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 1 มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้สูง เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการดูแลผู้คลอดของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565²¹ และจากรวบรวมกรณีต่าง ๆ พบว่าเป็นในทิศทางเดียวกันในการพัฒนาแต่ละขั้นตอนสามารถตรวจสอบได้โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanson & Sherman ในปี ค.ศ. 2024⁹ พบว่าการกำหนดกลยุทธ์การทำงาน การกำหนดอาการเตือนที่สำคัญการใช้ระบบ Tele health การจัดทาสตูดอุปกรณ์เวชภัณฑ์ให้เพียงพอพร้อมใช้ การเพิ่มศักยภาพบุคลากร เพิ่มศักยภาพการประสานงาน และการส่งต่อ การทบทวนเพื่อป้องกันเหตุเกิดซ้ำ สามารถเพิ่มสุขภาวะของมารดาและทารกได้

ผลลัพธ์ด้านผู้คลอด ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิมเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาเมื่อเข้ารับบริการจะมีผู้เชี่ยวชาญที่คอยบริหารจัดการความเสี่ยงต่างๆ ในขณะที่มาคลอดตลอดเวลา ทำให้ได้รับการแก้ไขหรือป้องกันความเสี่ยงได้ทันเวลาที่ ผ่านระบบ Tele-health ภายใต้นโยบายที่สอดคล้องกันทั้งจังหวัด ทำให้ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Braveman ในปี ค.ศ. 2023²² ที่ระบุว่าผู้คลอดที่ได้รับการดูแลจาก

ผู้เชี่ยวชาญอย่างทัน่วงที่สามารถลดการตายของมารดาได้ร้อยละ 60-70

แต่จากการศึกษาพบว่ามารดาที่ตายของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเกิดเนื่องจากระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองมีระยะสั้น ทำให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ไม่ชัดเจนดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในระยะยาวว่าสามารถลดการตายของมารดาได้จริงหรือไม่ ในด้านลักษณะทั่วไปของทารกแรกเกิด (Apgar score) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้จากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มควบคุมในขณะที่ผู้คลอดมีอาการผิดปกติของการเต้นของหัวใจทารก (Fetal heart sound abnormal) แพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลผู้คลอดจะโทรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทันที เพื่อการป้องกันความเสี่ยงที่ตามมา ทำให้ Apgar score ของทารกแรกเกิดไม่แตกต่างกัน

ดังนั้นรูปแบบการดูแลมารดาระยะคลอดจังหวัดศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้น จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในการดูแลมารดาในระยะคลอด อย่างไรก็ตามควรมีการประเมินความแม่นยำของรูปแบบการดูแลในระยะยาวว่าสามารถลดการตายของมารดาได้จริงหรือไม่ และก่อนนำไปประยุกต์ใช้ ควรปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองหรือของหน่วยบริการ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการนำไปใช้ สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้คลอดจังหวัดศรีสะเกษ ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการได้ เพราะจากการศึกษารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความน่าเชื่อถือและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับสูง และผลลัพธ์ของการพัฒนาทำให้ปริมาณการเสียเลือดหลังคลอด ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนา น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ควรปรับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตนเองหรือของหน่วยบริการในแต่ละกิจกรรม

2. ด้านองค์กร องค์กรควรสนับสนุนให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดมีทักษะเฉพาะทางด้าน การ ผดุงครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงและภาวะวิกฤติทุกคน (4 เดือน) และควรให้มีการฟื้นฟูความรู้ทุกปีในกิจกรรม 1) การใช้แบบฟอร์มมาตรฐาน กราฟ การดูแลการคลอดแบบประเมิน EFM และ Guidclinc ในห้องคลอด 2) การฟื้นคืนชีพของมารดาและทารกแรกเกิด 3) ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ (การคลอดไหล่, ตกเลือด, ชัก/ Eclampsia, Prolapsed cord, คลอดท่าก้น) และ 4) การดูแลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต (Respiratory distress, hypoglycemia) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพราะจากการเก็บข้อมูลพบว่าพยาบาลวิชาชีพ/แพทย์ที่มีทักษะเฉพาะด้านดังกล่าวจะเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในระดับสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณภาพ ปลอดภัย

3. ด้านการวิจัยและการพัฒนาในครั้งต่อไป จากการศึกษาพบว่าการตายของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองมีระยะสั้น ทำให้การเปรียบเทียบผลลัพธ์ไม่ชัดเจนดังนั้น การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามการใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในระยะยาวว่าสามารถลดการตายของมารดาได้จริงหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organizing. Maternal deaths [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 11]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. Sustainable Development Goals (SDGs) [Internet]. 2567 [cited 2024 Feb 11]. Available from <https://www.sdgmovement.com/intro-to-sdgs/>
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การตายมารดาไทย [Internet]. 2567 [cited 2024 Feb 11]. Available from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr/index?year=2023>
4. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2565.
5. Collier AY, Molina RL. Maternal Mortality in the United States: Updates on Trends, Causes, and Solutions. Neoreviews. 2019 ;20(10):561-574.

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาภายใต้บริบทของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเท่านั้น ควรมีการทดลองก่อนนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมฤกษ์ จิงสมาน ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 10 ที่อนุวัติงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง นายแพทย์ทง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นายแพทย์ชลวิทย์ หลาวทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่อำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการดำเนินงาน นายแพทย์ประวิทย์ เสรีขจรจารุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ที่ช่วยสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในระยะพัฒนา นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 และทีมงาน ที่ช่วยผลักดันนโยบายให้เกิดเป็นรูปธรรม และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

6. มลฤดี แสนใจ และ วิภาวดี พิพัฒน์กุล. ผลการใช้รูปแบบ PMMR – Health Model เพื่อลดปัญหามารดาตาย เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564: 30(2);S242-S255.
7. ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์ และ เกษม เวชสุนทรานนท์. สาเหตุการตายมารดาในเขตสุขภาพที่ 4 ปีงบประมาณ 2557-2559. 2560: สระบุรี.
8. จารุวรรณ เย็นเสมอ. การพัฒนาระบบบริการแบบเครือข่ายห้องคลอดห้องเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการตายของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ จังหวัดสุรินทร์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564: 15(36);143-159.
9. Hanson P, Sherman K. What It Really Takes to Succeed: Practical Tips for Maternal Health Collaboration. J Public Health Manag Pract. 2024 ;30(3):454-456.
10. Nobelius D. Managing R&D processes-focusing on technology development, product development, and their interplay [Dissertation]. Göteborg: Department of Operations Management and Work Organization School of Technology Management and Economics, Chalmers University of Technology; 2020.
11. ญัตติพันธ์ เขจรนันท์. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท. 2545.
12. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
13. Likert R. “The Method of Constructing and Attitude Scale,” in Attitude Theory and Measurement. New York: Wiley & Son;1967.
14. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal structure of tests. Psychometrika; 1951, 334 – 297.
15. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970: 30(3); 607-610.
16. วีระศักดิ์ ปัญญาพรวิทยา. (2563). การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power สำหรับงานวิจัยที่มีการใช้สัตว์ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2566]. จาก<https://rid.psu.ac.th/animal/th/assets/document/GPower5-7.pdf>.
17. Cohen, J. and Uphoff. Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. London : Rural Development Center : Cornell University.1977.
18. Bloom BS, Madaus GF, and Hasting JT. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill;1971.
19. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
20. Cronbach LJ. Coefficient Alpha and the Internal structure of tests. Psychometrika; 1951,334 – 297.
21. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. RCOG Clinical practice guideline: 50th Anniversary Edition of the Royal College of Obstetricians and Gynecologists of Thailand. Bangkok: RCOG; 2022.
22. Braveman P. Preventing Maternal Mortality. Med Care. 2023; 61(5):255-257.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค ในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

ภัสสิรา ธรรมฤทัย, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค และเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ประชากร คือ ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า สัมผัสรวมบ้านผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับสูง ในเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.76 การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.99 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.82 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.29 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.25 และพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสรวมบ้านกับผู้ป่วยโรคปอดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 83.76 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว ความพันธุกับผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 15.6 (Constant = 3.687 R = .394, R² = .156, R²adj = .067, SE est = .35776, F = 1.758 p < 0.001) ดังนั้น ผู้ที่สนใจจะนำผลการวิจัยไปใช้ควรนำไปพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรม สำหรับการพัฒนาศักยภาพของระบบบริการหรือผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมีความรู้ ความตระหนัก จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

คำสำคัญ: วัณโรค, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย; E-mail: wirat.art@gmail.com

Factors Influencing Tuberculosis For Behavior Prevention Among People with Tuberculosis Contact in Nonkhun District, Sisaket Province

Patthira Thammarutai, M.D.¹

Abstract

This research was a cross-sectional descriptive research. The objective was to study tuberculosis prevention behavior and the factors affecting tuberculosis prevention behavior among those who have contact with tuberculosis patients in Nonkhun, Sisaket. The population was people who had contact with tuberculosis patients in NonKhun District, Sisaket Province. Analysed data using descriptive statistical analysis: numbers, means, percentages, and standard deviations. Analyzed inferential data using stepwise multiple linear regression statistics.

Research results found that most of the households with tuberculosis patients had a high level of awareness about tuberculosis. In terms of awareness of the risk of tuberculosis infection, the most were at a high level, 83.76 percent. The perception of the severity of tuberculosis disease was mostly high at 52.99 percent. The perception of the benefits of tuberculosis prevention practices was mostly high at 59.82 percent. The perception of barriers to tuberculosis prevention practices was mostly high at 98.29 percent. The factors that motivate people to practice tuberculosis prevention behaviors were mostly at a high level, 63.25 percent. And the tuberculosis prevention behavior of the household contacts of most pulmonary tuberculosis patients was at a moderate level of 83.76. The variables that influence tuberculosis prevention behavior among people in contact with tuberculosis patients in NonKhun District, Sisaket Province were: gender, age, education, underlying diseases, relationship with the patient, perceived risk of tuberculosis infection, benefits of tuberculosis prevention, barriers to tuberculosis prevention, perceived severity of tuberculosis and inducers of tuberculosis prevention behaviors. These variables could predict tuberculosis prevention behavior among those who had contact with tuberculosis patients in NonKhun District, Sisaket Province at 15.6 percent (Constant =3.687 R = .394, R² = .156, R²adj = .067, SE est= .35776, F = 1.758 p < 0.001)

Therefore, those who were interested in applying the research results should develop models or programs for developing the potential of service systems or people who came into contact with tuberculosis patients.

KEYWORDS: Tuberculosis, Tuberculosis prevention behavior, Contacts of tuberculosis patients

¹ Medical Doctor, Nonkhun Hospital, Sisaket province Thailand; E-mail: wirat.art@gmail.com

บทนำ

วัณโรค เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก และสาเหตุที่ทำให้วัณโรคกลับมาเป็นปัญหาใหม่ทั่วโลก เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ปัญหา ความยากจน การอพยพถิ่นฐาน และการเคลื่อนย้ายแรงงาน ตลอดจนการละเลยปัญหาวัณโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของวัณโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลก ได้จัดอันดับกลุ่มประเทศที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท คือ วัณโรค วัณโรคดื้อยา และวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปี พ.ศ. 2564 – 2568 (ค.ศ.2021 – 2525) ประเทศไทยไม่จัดอยู่ในกลุ่ม 30 ประเทศ ที่มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้พ้นจาก 14 ประเทศ ที่มีภาระด้านวัณโรคสูงทั้ง 3 ประเภท แต่ยังคงอยู่ในกลุ่มของประเทศที่มีภาระวัณโรคและวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และในปี พ.ศ.2564 คาดว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์วัณโรค (ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวมกัน) ประมาณ 103,000 ราย (143 ต่อประชากรแสนคน) โดยเป็นวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) 8,900 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานหรือดื้อยาริฟามปีซิน (MDR/RR-TB) 2,400 ราย (สำนักวัณโรค, 2564)

วัณโรค เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยในอากาศเมื่อผู้ป่วยไอหรือจาม (เกศินี อินทร์อักษร และคณะ, 2564). แม้วัณโรคจะสามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาต้านวัณโรค แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากความสามารถของเชื้อในการพัฒนาเป็นวัณโรคดื้อยา (นวลนิตย์ แก้วนวล, 2556). องค์การอนามัยโลก รายงานในปี 2565 มีผู้ป่วย

วัณโรคใหม่ทั่วโลกประมาณ 10.6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.6 ล้านคน สำหรับประเทศไทย มีอัตราความชุกของวัณโรคประมาณ 149 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 14 ของโลก (สำนักวัณโรค, 2566) กองวัณโรค กรมควบคุมโรค ได้รวบรวมรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุข ของหน่วยงานอื่นๆ พบว่าในปี พ.ศ.2564 คิดเป็นอัตราครอบคลุมของการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษา ร้อยละ 70 (71,488/103,000) ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ HIV 5,313 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.8 ของผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 844 ราย (โดยในจำนวนนี้ได้รับการรักษา 838 ราย) ซึ่งข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มีผลการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยเทคโนโลยีอนุญาชีววิทยา เพียงร้อยละ 52 ในปี พ.ศ. 2564 มีผลสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เท่ากับร้อยละ 70 ทั้งนี้มีผู้ป่วยวัณโรคอีกส่วนหนึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชนและมีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis information Program NTIP)

จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ในปี พ.ศ.2562 – 2566 จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 65.24, 89.72, 85.25, 84.12 และ 86.30 ตามลำดับ ซึ่งปี พ.ศ.2563 และ 2564 มีผลการดำเนินผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้คือมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 82.5 และ 85.0 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เข้ารับการรักษารายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวน 2,141, 2,236, 1,937,

1,707 และ 1,934 รายตามลำดับ ทุกปีคิดเป็นอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาร้อยละ 88.67, 93.77, 87.69, 78.1 และ 92.8 ตามลำดับ โดยจังหวัดศรีสะเกษ ต้องมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเท่ากับ 2,084 รายต่อปี (143 ต่อประชากรแสนคน) ข้อมูลปี พ.ศ.2566 (ปี พ.ศ.2562=156 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ.2563=153 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ.2564 - 2565=150 ต่อแสนประชากร, ปี พ.ศ.2566 143 ต่อแสนประชากร) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) เขตอำเภอโนนคูณ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2566 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 25, 31, 35, 30 และ 29 รายตามลำดับ ซึ่งยังพบผู้ป่วยวัณโรคที่มีเสมหะบวกอย่างต่อเนื่องและกระจายไปในพื้นที่ต่างๆ ในเขตอำเภอโนนคูณ โดยผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ที่พบคือ ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.33 ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ (ที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง) ร้อยละ 20.0 ผู้ที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 14.0 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 12.66 ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 8.66 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 7.33 ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 6.0 (ข้อมูลการคัดกรองผู้สัมผัสวัณโรคปอด ปี พ.ศ.2562 คัดกรอง 46 ราย พบวัณโรค 5 ราย , ปี พ.ศ. 2563 คัดกรอง 229 ราย พบวัณโรค 1 ราย, ปี พ.ศ.2564 คัดกรอง 208 ราย พบ 0 ราย, ปี พ.ศ.2565 คัดกรอง 145 ราย พบวัณโรค 1 ราย, ปี พ.ศ. 2566 คัดกรอง 148 ราย พบวัณโรค 2 ราย) และผู้ที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราร้อยละ 2.66 และผู้ป่วยวัณโรคที่กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 6.0 (โรงพยาบาลอำเภอโนนคูณ, 2565)

จากอุบัติการณ์ของวัณโรค มีผู้สัมผัสร่วมบ้านที่พบในหลายการศึกษาที่ผ่านมา ทำให้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยวัณโรค ซึ่งพบหลายปัจจัยด้วยกัน สรุปได้เป็นปัจจัยที่มาจากตัวของผู้ป่วยวัณโรคเอง และปัจจัยที่มาจากตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค สำหรับปัจจัยด้านตัวของผู้ป่วยเอง ได้แก่ การที่ผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระยะแพร่เชื้อและมีอาการไอบ่อย ทำให้เชื้อวัณโรคมีการฟุ้งกระจายมากขึ้น

ส่งผลทำให้ผู้ที่สัมผัสร่วมบ้านมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นได้ (Jones-López et al., 2014) นอกจากนี้ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะแพร่เชื้อและยังไม่ได้รับการรักษาสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคสู่บุคคลรอบข้างได้ประมาณ 10-15 คนต่อปี (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561) ปัจจัยที่มาจากตัวของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการได้แก่ระยะเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยพบว่า ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค 8 ชั่วโมงต่อวันหรือ 120 ชั่วโมงต่อเดือนติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไปจะมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคปอด ได้ประมาณร้อยละ 50 และหากสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคปอดตลอด 24 ชั่วโมงเป็นเวลาประมาณ 2 เดือน ขึ้นไปมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้ประมาณร้อยละ 50 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคได้แก่ ภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (Department of Disease Control, 2023) นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมที่แออัด การขาดสุขอนามัย และภาวะทุพโภชนาการก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อและแพร่กระจายของวัณโรคได้ง่ายขึ้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคม เช่น การเข้าถึงข้อมูลและการสนับสนุนจากครอบครัว และปัจจัยด้านระบบสุขภาพ เช่น การเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและการให้คำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ วิธีการแก้ปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองวัณโรค และการสนับสนุนให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค เช่น การสวมหน้ากากอนามัยและการรักษาสุขอนามัยที่ดี (Sisaket Provincial Public Health Office, 2023).

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสามารถช่วยให้หน่วยงาน

สาธารณสุขเข้าใจถึงอุปสรรคและปัจจัยที่ส่งเสริมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงข้อมูลจากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายและมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการแพร่ระบาดของวัณโรคลดอัตราการติดเชื้อใหม่ และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว ดังนั้น การศึกษานี้จึงเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมวัณโรคอย่างยั่งยืนในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงพยากรณ์ (Predictive descriptive research)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสำรวจในช่วง พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 148 คน (โรงพยาบาลโนนคูณ, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอโนนคูณ

จังหวัดศรีสะเกษ จากทะเบียนกลุ่มผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลอำเภอโนนคูณ สุ่มโดยการวิจัยโดยการคัดเลือกเข้าวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจำนวน 117 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) ด้วยสูตรคำนวณกรณี ทราบประชากรมีจำนวนแน่นอน (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ทราบจำนวนประชากรที่ต้องการศึกษาในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ที่เป็นผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคจำนวน 138 คน

สูตรคำนวณ

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

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรคือ 148 คน

P = สัดส่วนประชากรที่ผู้วิจัย

กำหนดสุ่ม (ใช้สัดส่วน 50% หรือ 0.50)

e = สัดส่วนของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ ระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วน

ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

Z = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติซึ่ง

มีค่าสอดคล้องกับระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เท่ากับ 1.96

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{0.5(1 - 0.5)}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{0.5(1 - 0.5)}{148}}$$
$$n = 106.84$$

เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (บุญญพัฒน์ ไชเมล์, 2556) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 117 คน เลือกการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลโนนคูณ ในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยนำรายชื่อผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค มาจับสลากโดยหยิบขึ้นมาครั้งละ 1 ใบ จนครบตามต้องการโดยไม่ใส่สลากกลับคืน จากนั้นผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากตัวอย่างทุกรายที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 117 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป และเป็นผู้สัมผัส ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป

3. อาศัยอยู่ในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

4. สามารถอ่านออก และเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร

5. มีสติปัญญาและการรับรู้สมบูรณ์

6. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

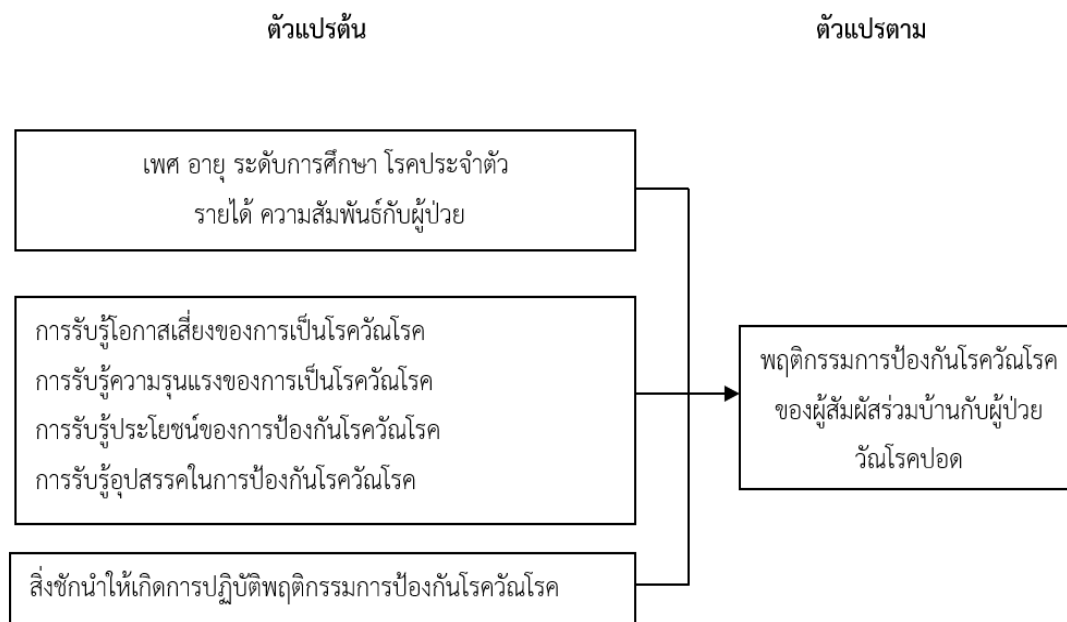
เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีการติดเชื้อวัณโรคขณะดำเนินการวิจัย

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยย้ายที่อยู่ไปอาศัยนอกพื้นที่ก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย

3. มีความประสงค์ขอยกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กรอบแนวคิด



การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการอบรมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 9 ท่าน คือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันวัณโรคโรงพยาบาลโนนคูณ และผู้รับผิดชอบ

งานควบคุมป้องกันโรคในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ตามเกณฑ์คัดเข้า

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือนัดกลุ่มตัวอย่างมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ไม่พบกลุ่มตัวอย่างตาม เกณฑ์คัดออก

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวม โดยใช้การสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ในสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทีละตำบล

6. ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูล แบบแบบสัมภาษณ์นี้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัยซึ่งการยกเลิกหรือถอนตัวครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเรียบร้อยแล้วจึงนครบ 117 ราย แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์บันทึกเข้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 6 ข้อ 2) แบบสอบถามการรับรู้โดยการประยุกต์ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ จำนวน 69 ข้อ

ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรควัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรควัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรควัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรควัณโรค 3) แบบสอบถามสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรค จำนวน 8 ข้อ และ 4) พฤติกรรมการป้องกันโรควัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 19 ข้อ จากนั้นได้นำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาแล้วนำมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งค่าที่ได้ คือ 0.82 จากนั้น นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของ ครอ บ บาด (Cronbach's alpha coefficient) รายด้านเท่ากับ .87, .82, .091, .81, .80, .84 และ .88 ตามลำดับ โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ คือ 0.93

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน การประกอบอาชีพ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย ประวัติการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค โดยใช้สถิติ จำนวน และร้อยละ

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 2) คะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 3) ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 4) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันวัณโรค เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ โดยใช้สถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-003 เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 8 มกราคม 2568 โดยผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญจึงได้พิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย ซึ่งการยกเลิกหรือถอนตัวครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม และนำเสนอผลการวิจัยไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกัน

โรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้จากแบบทดสอบและแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค โดยวิเคราะห์เบื้องต้นที่ละปัจจัยระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ใช้สถิติการถดถอยพหุตัวแปรโลจิสติก (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมป้องกันโรค ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ตารางประกอบคำอธิบาย ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

การศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สัมผัสรวมบ้านผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.10 ช่วงอายุ 35-59 ปี ร้อยละ 41.88 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 15-34 ปี ร้อยละ 40.17 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ประถมศึกษา ร้อยละ 51.28 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.61 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.21 มีรายได้เฉลี่ย 6,643 บาทต่อเดือน มีความเพียงพอในการใช้ร้อยละ 64.96 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตารางที่ 1 ปัจจัยนำในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค

ปัจจัย	Mean	SD	ระดับ		
			สูง	ปานกลาง	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค	2.49	0.28	98(83.76)	17(14.53)	2(1.71)
การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค	2.38	0.14	62(52.99)	55(47.01)	
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรควัณโรค	2.37	0.24	70(59.82)	45(38.46)	2(1.71)
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค	2.59	0.15	115(98.29)	2(1.71)	

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับวัณโรค อยู่ในระดับสูง ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.76 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 14.53 และระดับต่ำ 1.71 เรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.99 รองลงมาในระดับปาน

กลาง 47.01 การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัวป้องกันโรควัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 59.82 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง 38.46 และระดับต่ำ 1.71 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรควัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 98.29 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 1.71

ตารางที่ 2 ปัจจัยเอื้อ

ปัจจัย	Mean	SD	ระดับ		
			สูง	ปานกลาง	ต่ำ
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค	2.43	0.37	74(63.25)	43(36.75)	0
พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด	2.82	0.34	19(16.24)	98(83.76)	0

ตารางที่ 2 พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.25 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง 36.75 และ

พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง 83.76 รองลงมาอยู่ในระดับสูง 16.24

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุและค่าอำนาจการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของของตัวแปรที่ศึกษา

ปัจจัยทำนาย	b	S.E	β	t	p-value
เพศ	-.052	.074	-.067	-.699	.486
อายุ	-.049	.058	-.098	-.851	.397
ระดับการศึกษา	.119	.041	.280	2.929	.004
โรคประจำตัว	.017	.113	.020	.148	.882
รายได้	-.034	.075	-.044	-.450	.654
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	-.017	.035	-.062	-.481	.631
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคไวรัส	.117	.082	.135	1.416	.160
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคไวรัส	-.037	.070	-.050	-.524	.602
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคไวรัส	-.104	.067	-.148	-1.546	.125
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคไวรัส	-.510	.285	-.179	-1.792	.076
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัส	.034	.075	.045	.458	.648
Constant = 3.687 R = .394, R ² = .156, R ² adj = .067, SE est= .35776 , F = 1.758 p < 0.001					

จากตารางที่ 3 พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยไวรัส ในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยไวรัสในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 15.6 (Adjusted R² = .067, p < 0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยไวรัสในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์

ถดถอยพหุคูณพบว่า ปัจจัยเพศและอายุไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ขณะที่ระดับการศึกษามีผลอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.004$) โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มนต์ไอศูรย์ และคณะ (2560) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรค (มนต์ไอศูรย์ และคณะ, 2560)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส

การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้านในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง (ร้อยละ 83.76) อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ($p = 0.160$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เกศินี และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ($r = 0.246$, $p < 0.05$) (เกศินี และคณะ, 2564)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 52.99 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิดในระดับสูง อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ถดถอยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ($p = 0.602$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นวลนิตย์ (2556) ที่พบว่า แม้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะอยู่ในระดับสูง แต่ไม่ได้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกัน (นวลนิตย์, 2556)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน

ผู้สัมผัสร่วมบ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคในระดับสูง (ร้อยละ 59.82) แต่ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ($p = 0.125$) ซึ่งคล้ายกับผลการศึกษาของ เกศินี และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค แต่มีขนาดเล็ก ($r = 0.169$) (เกศินี และคณะ, 2564)

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.29) และ มีผลในเชิงลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ($\beta = -0.179$, $p = 0.076$) แม้ว่าการรับรู้จะมากกว่า 0.05 เล็กน้อย แต่ยังไม่แสดงให้เห็นว่าผู้ที่รับรู้อุปสรรคมากขึ้น มักมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณัฐจิตรา (2562) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่ลดโอกาสในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค (ณัฐจิตรา, 2562)

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

สิ่งชักนำ เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และการรณรงค์ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันโรค อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่า สิ่งชักนำไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ($p =$

0.648) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ มนต์ไศสุรย์ และคณะ (2560) ที่พบว่า สิ่งชักนำมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.137$, $p < 0.05$) (มนต์ไศสุรย์ และคณะ, 2560)

สรุปผลอภิปราย

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การศึกษา ($p = 0.004$) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($p = 0.076$) ในขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ เช่น เพศ อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และสิ่งชักนำ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การเพิ่มระดับการศึกษาของประชาชน และลดอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลและอุปกรณ์ป้องกัน เป็นแนวทางที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- นำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมสำหรับการพัฒนาศักยภาพของระบบบริการ หรือผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมีความรู้ความตระหนัก จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

- บุคลากรทางสาธารณสุข หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรค ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สัมผัสผู้ป่วยโรค และผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค หรือผู้ดูแลเกิดความรู้ในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งในการป้องกันตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา เพื่อให้ทราบผลการวิจัยที่ชัดเจนขึ้นในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค

- ควรศึกษาเพื่อค้นหาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เช่น ทฤษฎีความสามารถตนเอง

การตลาดเชิงสังคม เป็นต้น ที่สามารถทำนายพฤติกรรม
การป้องกันวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค
ปอด

3. ควรศึกษาในพื้นที่อื่นๆให้มากขึ้น
เช่นในภูมิภาคอื่น

4. การศึกษาแบบ Longitudinal
Study เพื่อติดตามพฤติกรรมในการป้องกันในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- เกศินี อินทร์อักษร, พิมกมล อินสุวรรณ, ปริมประภา ก้อนแก้ว, & กัญเกียรติ ก้อนแก้ว. (2564). พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สัมผัสร่วมบ้านในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารควบคุมโรค*, 47(ฉบับเพิ่มเติม 1), 714-715.
- กรมควบคุมโรค (2568). สถานการณ์วัณโรค โปรแกรม NTIP สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/oTJi3>.
- ณัฐจิตร ทอญ. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลหนองธง อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นวลนิตย์ แก้วนวล. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรผู้ส่งมอบยาวัณโรค. มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุญญพัฒน์ ไชยมะ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ ปีที่ 16 ฉบับที่ 2.
- มนต์ไธสุรีย์ คำมับทร์, จิราภรณ์ คำมับทร์, & วราพร ทองใบ. (2560). ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสโรควัณโรคในพื้นที่กรุงเทพฯ และปริมณฑล. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 306-314.
- โรงพยาบาลอำเภอโนนคูณ, (2565). รายงานสถานการณ์วัณโรคโรงพยาบาลโนนคูณ กลุ่มงานวัณโรค.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2565).เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน
กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ปี 2565. ศรีสะเกษ : สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ
พ.ศ.2564. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2564
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค
ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566 - 2570). พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2566
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Tuberculosis (TB): Drug-resistant TB*. Atlanta: CDC.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health Thailand. (2023). *TB situation in Thailand*. Bangkok: MOPH
- Jones-López, E. C., Kim, S., Fregona, G., Marques-Rodrigues, P., Hadad, D. J., Molina, L. P. D., Chakravorty, S. (2014). Importance of cough and M. tuberculosis strain type as risks for increased transmission within households. *PloS one*, 9 (7) , e100984.

Sisaket Provincial Public Health Office. (2023). *TB situation report 2023*. Sisaket: SPPHO.

Uplekar, M., Weil, D., Lönnroth, K., Jaramillo, E., Lienhardt, C., et al. (2015). WHO's new end TB strategy. *The Lancet*, 385(9979), 1799-1801.

World Health Organization. (2022). *Global tuberculosis report 2022*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2022). *Tuberculosis key facts*. Geneva: WHO.

การพัฒนาแนวทางการสังเกตวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

วัฒนา แก้วแย้ม, ประด.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทาง และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการสังเกตวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ปี 2566-2567 และวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มร่วมกับทีมนำด้านคลินิกของโรงพยาบาลลำทับ

ผลการวิจัย (1) แนวทางการสังเกตวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ ได้แก่ กลุ่มตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มโรคติดเชื้อ และกลุ่มโรคเบาหวาน (2) ภายหลังการใช้แนวทางปี 2567 พบว่าตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A_{1c} เข้าภายใน 90 วัน ได้ร้อยละ 1.56 ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 70.62 ตามลำดับ และตัวชี้วัดที่ 3 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล และสามารถลดรายจ่ายการสังเกตวิเคราะห์ระดับไขมันในเลือดและการทำงานของไตในกลุ่มตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรปี 2567 จำนวน 13,358 บาท (ร้อยละ 52.84) และมูลค่ารายรับจากการสังเกตวิเคราะห์ HbA_{1c} ของกลุ่มโรคเบาหวานที่ครบตามเกณฑ์จำนวน 110,700 บาท (ร้อยละ 39.64)

คำสำคัญ: การสังเกตวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล

¹นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่, Email: mtwattana@gmail.com

Development of a Rational Laboratory Test Ordering Approach at Lam Thap Hospital, Krabi Province

Wattana Kaeoyaem, Ph.D.¹

Abstract

This study is an action research project comprising planning, action, observation, and reflection. The objective is to develop guidelines and evaluate the implementation outcomes based on the criteria for hospital development in rational laboratory test ordering. A mixed-method research approach was employed, including a quantitative study of patient data from laboratory test orders during 2023–2024 and a qualitative study using focus group discussions with the clinical leadership team at Lam Thap Hospital.

The results of the study are as follows: (1) The developed guidelines for rational laboratory test ordering at Lam Thap Hospital include three key patient groups: annual health check-ups, infectious diseases, and diabetes mellitus. (2) Following the implementation of the guidelines in 2024, the first indicator— the percentage of diabetic patients undergoing repeat HbA_{1c} testing within 90 days (1.56%). The second indicator—the percentage of diabetic patients undergoing at least one HbA_{1c} test per year (70.62%). The third indicator demonstrated that the hospital met the criteria for rational laboratory test ordering and achieved cost savings of 13,358 THB (52.84%) in lipid profile and renal function tests for annual health check-ups among hospital personnel. Additionally, the hospital generated a revenue increase of 110,700 THB (39.64%) from HbA_{1c} tests conducted according to the established guidelines for diabetic patients.

Keywords: Rational Laboratory Test Ordering

¹ Senior Medical Technologist, Lam Thap Hospital, Krabi Province, Email: mtwattana@gmail.com

บทนำ

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์นับว่ามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยความผิดปกติ และติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยเพื่อให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว และแม่นยำ นอกจากนี้ยังใช้ประโยชน์ในการตรวจเพื่อส่งเสริม และป้องกันสุขภาพของประชาชน การตรวจวิเคราะห์ ทางห้องปฏิบัติการที่มากเกินไปอาจนำไปสู่การสิ้นเปลืองที่ไม่จำเป็น ในขณะที่การตรวจที่น้อยเกินไปอาจนำไปสู่การวินิจฉัยที่ผิดพลาด หรือเกิดผลเสียหายต่อการรักษาผู้ป่วย จากข้อมูลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการมีมูลค่าสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2561 มีมูลค่า 7,589,296,438 บาท เพิ่มขึ้นเป็น 8,072,128,996 บาท ในปีงบประมาณ 2562 และเพิ่มเป็น 8,136,210,250 บาท ในปีงบประมาณ 2563 ตามลำดับ และในภาพรวมของโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีค่าใช้จ่ายเฉพาะทางด้านห้องปฏิบัติการปีละประมาณ 15,000 ล้านบาท ซึ่งหากมีการดำเนินการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลอาจทำให้ลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงไม่น้อยกว่า 3,000 ล้านบาทต่อปี (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2567)

กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดมาตรการและตัวชี้วัดต่าง ๆ เพื่อบรรเทาภาระค่าใช้จ่าย หนึ่งในนั้นคือการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2554 มีเจตนารมณ์เพื่อให้ทุกหน่วยบริการได้มีการศึกษาและรู้ต้นทุนของตนเอง เพื่อประโยชน์ต่อหน่วยบริหารส่วนกลางคือจะใช้เป็น ข้อมูลประกอบการกำหนดนโยบายการจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการในอนาคตอันใกล้ (สุกิจ พึ่งเกศสุนทร, 2555) จากข้อมูลดังกล่าวสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2566) จึงได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงาน

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้มีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ และถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2568 ได้แก่ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A1C เข้าภายใน 90 วัน ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุผล

ข้อมูลการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการและในบริบทของโรงพยาบาลลำทับ พบว่าปีงบประมาณ 2563-2565 มีค่าใช้จ่ายจำนวน 6,099,246.25 บาท , 8,344,191.15 บาท และ 9,295,292.65 บาท ตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูงสุด คือการตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก มีค่าใช้จ่ายจำนวน 3,575,645 บาท, 3,986,210 บาท และ 4,095,657 บาท ตามลำดับ โดยกลุ่มรายการที่มีการส่งตรวจวิเคราะห์มูลค่าสูงสุด 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลลำทับ ได้แก่ 1) การตรวจระดับ Electrolyte (Na, K⁺, Cl⁻, CO₂) จำนวน 2,956,100 บาท 2) การตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile (Cholesterol Triglyceride HDL-Cholesterol และ LDL Cholesterol) จำนวน 4,598,560 บาท 3) การตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine) จำนวน 2,345,218 บาท 4) การตรวจการทำงานของตับ (TP, ALB, ALT, AST, ALP, T. bilirubin, D. bilirubin) จำนวน 4,019,020 บาท และ 5) การตรวจวิเคราะห์ Hemoculture จำนวน 1,670,100 บาท จากแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) (สำนักมาตรฐาน

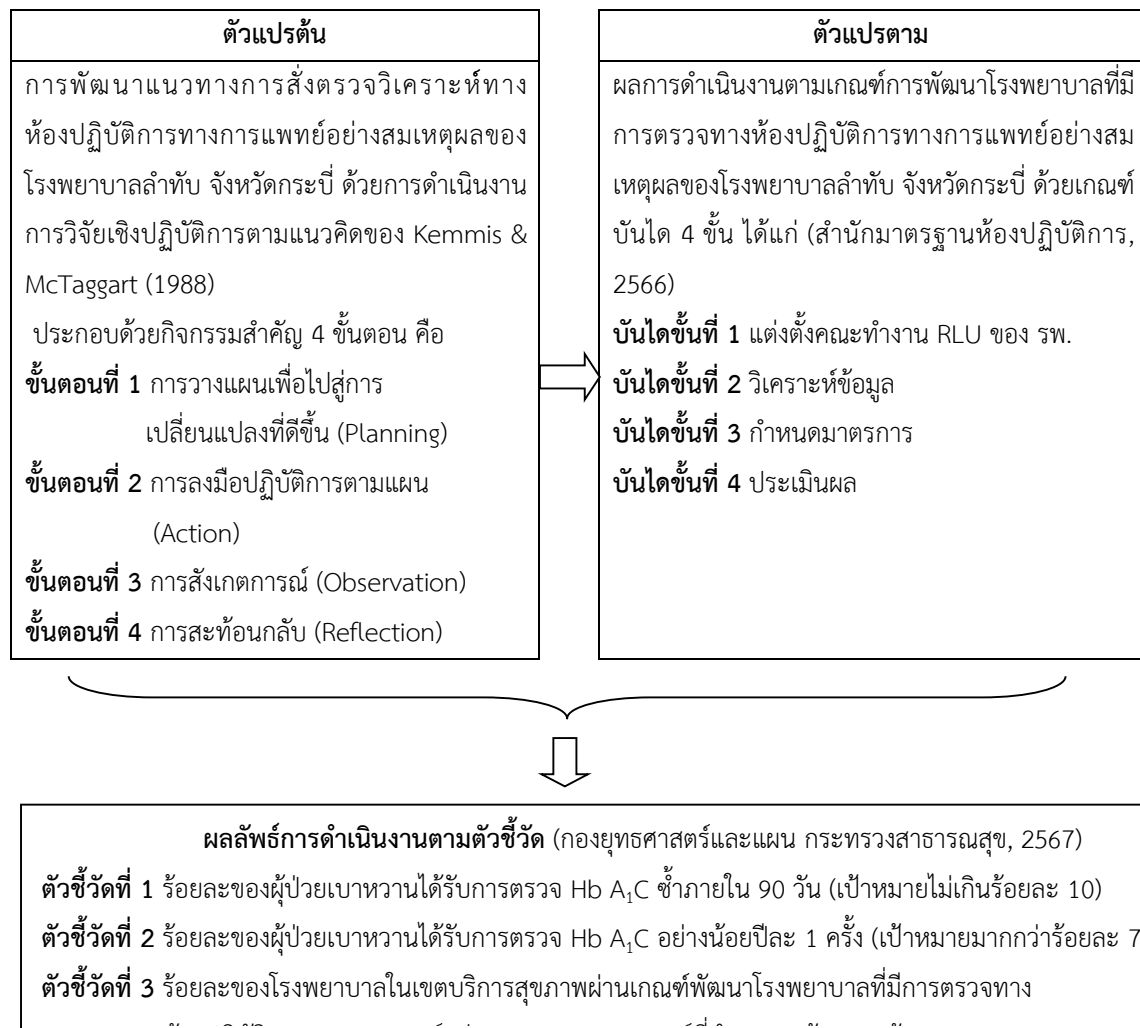
ห้องปฏิบัติการ, 2566) ได้ให้คำนิยามในการตรวจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนั้น โรงพยาบาลลำทับจึงได้มีการประกาศนโยบายคุณภาพด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุผลคุณภาพด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุผล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนามีความรู้ความเข้าใจ ในระบบคุณภาพและควบคุมกับการส่งตรวจที่สมเหตุผลต่าง ๆ ของกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ และนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับงานที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งคณะทำงานประกอบด้วยองค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล ทีมดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient care team: PCT) และกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ ในการวางแผนแนวทางการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 เป็นต้นมา โดยการประชุมทบทวนการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่น้อยเกินไป (Underutilization) และมีการส่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) โดยในปี 2566-2567 ได้ดำเนินการในส่วนของ 2 กลุ่มโรค จากทั้งหมด 7 กลุ่ม ตามแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) คือ 1) กลุ่ม Checkup คือการตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile (Cholesterol Triglyceride HDL-Cholesterol และ LDL-Cholesterol) และการตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine) และ 2) กลุ่มโรคติดเชื้อ (Sepsis) คือการตรวจ Hemoculture และ Blood lactase โดยจัดกลุ่มเป็น 1) การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่น้อยเกินไป (Underutilization)

ได้แก่กลุ่มโรคติดเชื้อ (Sepsis) คือการตรวจ Hemoculture และ Blood lactase และ 2) การส่งตรวจที่มากเกินไป (Overutilization) ได้แก่กลุ่ม Checkup คือการตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile (Cholesterol Triglyceride HDL-Cholesterol และ LDL-Cholesterol) และการตรวจการทำงานของไต (BUN, Creatinine) จากประเด็นปัญหาและข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย และสามารถตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งด้านบริหารจัดการส่งผลให้โรงพยาบาลสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้บรรลุตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ที่กำหนดของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ประกอบด้วย

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการสังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ทั้งหมดตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566-2567 โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 คือผู้ป่วยกลุ่ม Checkup ที่มีการสังเกตตรวจระดับไขมันในเลือด (Lipid profile) ประกอบด้วย 1) Cholesterol

2) Triglyceride 3) HDL-Cholesterol และ 4) LDL Cholesterol

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 คือผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าเกณฑ์ของโรคติดเชื้อ (Sepsis) และมีการสังเกตตรวจ ประกอบด้วย 1) Hemoculture และ 2) Blood lactase

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 3 คือผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานที่มีการสังเกตตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การยอมรับกลุ่มตัวอย่างและปฏิเสธกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

(1.1) ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม Checkup ที่มีสิ่งตรวจระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย 1) Cholesterol 2) Triglyceride 3) HDL-Cholesterol และ 4) LDL Cholesterol ที่ครบหรือไม่ครบทั้ง 4 รายการ (1.2) ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม Checkup ที่มีการส่งตรวจการทำงานของ BUN และ Creatinine ที่ครบหรือไม่ครบทั้ง 2 รายการ (1.3) ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis ที่มีการส่งตรวจ Hemoculture และ Blood lactase ที่ครบหรือไม่ครบทั้ง 2 รายการ (1.4) ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานมีการส่งตรวจตรวจ HbA_{1c}

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่

(2.1) ข้อมูลการส่งตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile ประกอบด้วย 1) Cholesterol 2) Triglyceride 3) HDL-Cholesterol และ 4) LDL Cholesterol ที่ครบหรือไม่ครบทั้ง 4 รายการของผู้ป่วยที่ไม่ใช้กลุ่ม Checkup หรือนำผลการตรวจมาจาก รพ.อื่น ๆ (2.2) ข้อมูลการส่งตรวจการทำงานของไตคือ BUN และ Creatinine ที่ครบหรือไม่ครบทั้ง 2 รายการของผู้ป่วยที่ไม่ใช้กลุ่ม Checkup หรือนำผลการตรวจมาจาก รพ.อื่น ๆ (2.3) ข้อมูลการส่งตรวจกลุ่ม Sepsis ประกอบด้วย Hemoculture และ Blood lactase ที่ครบหรือไม่ครบทั้ง 2 รายการ หรือนำผลการตรวจมาจาก รพ.อื่น ๆ (2.4) ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานที่ไม่มีการส่งตรวจตรวจ HbA_{1c} หรือมีผลตรวจจาก รพ.อื่น ๆ

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 8 คน ได้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ หัวหน้างานผู้ป่วยใน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน หัวหน้างานห้องคลอด หัวหน้างานตรวจไม่ติดต่อเรื้อรัง และเลขาทีม PCT ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้วยเกณฑ์บันได 4 ขั้น ได้แก่ (แนวทางการส่ง

ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล, 2566)

2. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่สร้างขึ้นมีการประกันคุณภาพด้วยการขอรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตามเกณฑ์ที่กำหนดประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ คือแบบบันทึกการเก็บข้อมูลจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลลำทับ โดยมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์หลักของเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC เฉลี่ยที่ 0.90-0.95 ทุกข้อ

2.2 เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ คือแบบบันทึกการเก็บข้อมูลจากการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ป่วยและผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลลำทับ โดยมีการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา วัตถุประสงค์ และประเด็นที่เกี่ยวข้องในการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนานำเสนอด้วยค่าจำนวน และร้อยละ และการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา จากกระบวนการกลุ่มเพื่อนำมาสู่การออกแบบแนวทางทางการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุข สุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสเลขที่ SCPHYLIB-2567/439 วันที่ 16 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

(1988) ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) พบว่าสามารถพัฒนาแนวทางการสังเคราะห์วิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ดังนี้

1. กลุ่มตรวจสุขภาพประจำปี (Checkup) กำหนดไว้เป็น 2 แบบ ได้แก่ (1.1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีการสังเคราะห์ระดับไขมันในเลือด Lipid profile ครบทั้ง 4 รายการ ประกอบด้วย 1) Cholesterol 2) Triglyceride 3) HDL-Cholesterol และ 4) LDL Cholesterol และการสังเคราะห์การทำงานของไต ประกอบด้วย 1) BUN และ 2) Creatinine ครบทั้ง 2 รายการ (1.2) ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีการสังเคราะห์ระดับไขมันในเลือด Lipid profile ครบทั้ง 3 รายการ ประกอบด้วย 1) Cholesterol 2) Triglyceride และ 3) HDL-Cholesterol และการสังเคราะห์การทำงานของไต คือ Creatinine เท่านั้น

2. กลุ่มโรคติดเชื้อ (Sepsis) เมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อจะต้องได้รับการตรวจ 1) Hemoculture และ 2) Blood lactase ควบคู่กันทุกรายตามแนวทาง

3. กลุ่มโรคเบาหวานขึ้นเป็นเป็นผู้ป่วยที่คลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรังของโรงพยาบาลลำทับ ทุกรายจะได้รับการสังเคราะห์ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) อย่างน้อยปีละ 1 และการตรวจ Hb A_{1c} ต้องไม่ซ้ำภายใน 90 วัน

การวิจัยเชิงปริมาณ ผลของการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ที่กำหนดของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

ตอนที่ 1 การสังเคราะห์ด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของบุคลากรโรงพยาบาลลำทับที่รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี 1) ปี 2566 มีการสังเคราะห์ระดับ

ไขมันในเลือด Lipid profile ครบทั้ง 4 รายการ ประกอบด้วย 1) Cholesterol 2) Triglyceride 3) HDL-Cholesterol และ 4) LDL Cholesterol จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 100) และมีการสังเคราะห์การทำงานของไตครบทุกรายการ ประกอบด้วย 1) BUN 2) Creatinine จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 100) และ 2) ปี 2567 มีการสังเคราะห์ระดับไขมันในเลือด Lipid profile แยกแต่ละรายการ ดังนี้ รายการ 1) Cholesterol 2) Triglyceride 3) HDL-Cholesterol จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 55.10) เหมือนกันทุกรายการ และ 4) LDL Cholesterol จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 39.33) และมีการสังเคราะห์เฉพาะ Creatinine จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 39.33) (ตารางที่ 1)

ตอนที่ 2 การสังเคราะห์ด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการกลุ่มโรคติดเชื้อโรงพยาบาลลำทับ ปีงบประมาณ 2566-2567 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตจำนวน 145 และ 156 ราย ตามลำดับ และได้รับการสังเคราะห์ 1) Hemoculture อย่างเดียว จำนวน 59 ราย (ร้อยละ 40.69) และ 24 ราย (ร้อยละ 15.38) ตามลำดับ 2) Hemoculture ร่วมกับ Blood lactase จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 53.79) และ 121 ราย (ร้อยละ 77.50) และ 3) Blood lactase อย่างเดียวจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 5.52) และ 11 ราย (ร้อยละ 7.05) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตอนที่ 3 การสังเคราะห์ HbA_{1c} ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานของโรงพยาบาลลำทับ 1) ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปี 2566 และ 2567 จำนวน 891 ราย (ร้อยละ 73.51) และจำนวน 738 ราย (ร้อยละ 70.62) ตามลำดับ และ 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} ซ้ำภายใน 90 วัน จำนวน 115 ราย (ร้อยละ 7.61) และจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 1.56) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละการส่งตรวจด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของบุคลากรโรงพยาบาลลำทับที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี (Checkup) ปีงบประมาณ 2566-2567

รายการ	ปีงบประมาณ	
	2566	2567
	การส่งตรวจตามแนวทาง เดิมของ รพ.ลำทับ จำนวน (ร้อยละ)	การส่งตรวจตามแนวทาง RLU ของ รพ.ลำทับ จำนวน (ร้อยละ)
1. กลุ่ม Checkup	178	178
1.1 การส่งตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile		
1.1.1 Cholesterol	178 (100)	108 (60.67)
1.1.2 Triglyceride	178 (100)	108 (60.67)
1.1.3 HDL- Cholesterol	178 (100)	108 (60.67)
1.1.4 LDL- Cholesterol	178 (100)	70 (39.33)
1.2 การส่งตรวจการทำงานของไต		
1.2.1 BUN	178 (100)	-
1.2.2 Creatinine	178 (100)	70 (39.33)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละการส่งตรวจด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของผู้ป่วย กลุ่มโรคติดเชื้อ (Sepsis) โรงพยาบาลลำทับ ปีงบประมาณ 2566-2567

รายการ	ปีงบประมาณ	
	2566	2567
	การส่งตรวจตามแนวทางเดิม ของ รพ.ลำทับ จำนวน (ร้อยละ)	การส่งตรวจตามแนวทาง RLU ของ รพ.ลำทับ จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มโรคติดเชื้อ (Sepsis)	145	156
1. Hemoculture อย่างเดียว	59 (40.69)	24 (15.38)
2. Blood lactase อย่างเดียว	8 (5.52)	11 (7.05)
3. Hemoculture ร่วมกับ Blood lactase	78 (53.79)	121 (77.56)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละการส่งตรวจ HbA_{1c} ด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานของโรงพยาบาลลำทับ ปีงบประมาณ 2566-2567

รายการ	ปีงบประมาณ	
	2566	2567
	การส่งตรวจตามแนวทางเดิม ของ รพ.ลำทับ	การส่งตรวจตามแนวทาง RLU ของ รพ.ลำทับ
	จำนวนที่ตรวจ / จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)	จำนวนที่ตรวจ / จำนวนทั้งหมด (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยที่รับบริการส่งตรวจซ้ำภายใน 90 วัน	115 / 1,505 (7.61)	17 / 1,092 (1.56)
2. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A1C อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	891 / 1,212 (73.51)	738 / 1,045 (70.62)
ตอนที่ 4 มูลค่าการส่งตรวจด้านห้องปฏิบัติการ ทางการแพทย์ของบุคลากรโรงพยาบาลลำทับที่เข้ารับ บริการตรวจสุขภาพประจำปี ปีงบประมาณ 2566 - 2567 จำนวน 178 ราย	1) การส่งตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile มูลค่า 20,648 บาท และ 11,008 บาท ตามลำดับ 2) การส่งตรวจการทำงานของไต มูลค่า 4,628 บาท และ 910 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 4)	

ตารางที่ 4 มูลค่าการส่งตรวจด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของบุคลากรโรงพยาบาลลำทับที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี (Checkup) ปีงบประมาณ 2566-2567

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2566			2567		
	การส่งตรวจตามแนวทาง เดิมของ รพ.ลำทับ			การส่งตรวจตามแนวทาง RLU ของ รพ.ลำทับ		
	ราคา / Test (บาท)	จำนวน (Test)	มูลค่า (บาท)	ราคา / Test (บาท)	จำนวน (Test)	มูลค่า (บาท)
1. กลุ่ม Checkup		178			178	
1.1 การส่งตรวจระดับไขมันในเลือด						
1.1.1 Cholesterol	15	178	2,670	15	108	1,620
1.1.2 Triglyceride	16	178	2,848	16	108	1,728
1.1.3 HDL-Cholesterol	45	178	8,010	45	108	4,860
1.1.4 LDL- Cholesterol	40	178	7,120	40	70	2,800
รวม	116	178	20,648	76	178	11,008
1.2 การส่งตรวจการทำงานของไต						
1.2.1 BUN	13	178	2,314	13	-	-
1.2.2 Creatinine	13	178	2,314	13	70	910
รวม	26	178	4,628	13	70	910

ตอนที่ 5 มูลค่าการส่งตรวจ HbA_{1c} ปีงบประมาณ 2566-2567 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ 1) ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 891 ราย มูลค่า 93,555 บาท และ 738 ราย มูลค่า 77,490 บาท ตามลำดับ และ 2)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} เข้าภายใน 90 ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 115 ราย มูลค่า 12,075 บาท และ 17 ราย มูลค่า 1,785 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 มูลค่าการส่งตรวจ HbA_{1c} ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานโรงพยาบาลลำทับ ปีงบประมาณ 2566-2567

รายการการส่งตรวจ HbA _{1c}	ปีงบประมาณ					
	2566			2567		
	การส่งตรวจตามแนวทางเดิมของ รพ.ลำทับ			การส่งตรวจตามแนวทาง RLU ของ รพ.ลำทับ		
	ราคา / Test (บาท)	จำนวน (Test)	มูลค่า (บาท)	ราคา / Test (บาท)	จำนวน (Test)	มูลค่า (บาท)
1. ส่งตรวจเข้าภายใน 90 วัน	105	115	12,075	105	17	1,785
2. ส่งตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	105	891	93,555	105	738	77,490

ตอนที่ 6 มูลค่ารายรับ-รายจ่าย จากการจ่ายชดเชยค่าบริการของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA_{1c} โรงพยาบาลลำทับ ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขการจ่ายชดเชย ค่าบริการ, 2566) กำหนดการจ่ายค่าบริการแบบ Fee Schedule 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : ค่าตรวจ HbA_{1c} จำนวน 2 ครั้ง/คน/ปี ตรวจห่างกันอย่างน้อย 3 เดือน จ่ายในอัตรา 150 บาท ต่อครั้ง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการและขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลลำทับและได้รับการตรวจ Hb A_{1c} ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 891 ราย มูลค่า 133,650 บาท และ 738 ราย มูลค่า 110,700 บาท ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตอนที่ 7 ผลการดำเนินงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และ ตัวชี้วัดโรงพยาบาลลำทับ ปีงบประมาณ 2568 ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A_{1c} เข้าภายใน 90 วัน ผล

การดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในปี 2566 และ 2567 จำนวน 1,505 ราย และ 1,092 ราย ตามลำดับ และได้การตรวจจำนวน 115 ราย (ร้อยละ 7.61) และจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 1.56) ตามลำดับ ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในปี 2566 และ 2567 จำนวน 1,212 ราย และ 1,045 ราย ตามลำดับ ได้รับการตรวจจำนวน 891 ราย (ร้อยละ 73.51) และจำนวน 738 ราย (ร้อยละ 70.62) ตามลำดับ และ ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางพบว่าโรงพยาบาลลำทับจึงได้มีการประกาศนโยบายคุณภาพด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุผลคุณภาพด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุผลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 และมีการปรับปรุงระบบการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 มูลค่ารายรับจากการจ่ายชดเชยค่าบริการของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA_{1c} โรงพยาบาลลำ
ทับ ปีงบประมาณ 2566-2567

รายการ	ปีงบประมาณ					
	2566			2567		
	การส่งตรวจตามแนวทาง			การส่งตรวจตามแนวทาง		
	เดิมของ รพ.ลำทับ			RLU ของ รพ.ลำทับ		
	ราคา / Test (บาท)	จำนวน (Test)	มูลค่า (บาท)	ราคา / Test (บาท)	จำนวน (Test)	มูลค่า (บาท)
1. มูลค่ารายจ่ายการส่งตรวจ HbA _{1c}						
1.1 ส่งตรวจซ้ำภายใน 90 วัน	105	115	12,075	105	17	1,785
1.2 ส่งตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	105	891	93,555	105	738	77,490
สรุปมูลค่ารายจ่าย			105,630			79,275
2. มูลค่ารายรับการส่งตรวจ HbA _{1c}	150	891	133,650	150	738	110,700
ครบตามเกณฑ์						
สรุปมูลค่าส่วนต่าง			28,020			31,425
3. สรุปมูลลค่ารายรับ/รายจ่าย (ร้อยละ)			26.53			39.64

ตารางที่ 7 ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสม
เหตุผลด้วยเกณฑ์บันได 4 ขั้น RLU ของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

เกณฑ์บันได 4 ขั้น (Check list)	ปีงบประมาณ	
	ผลการดำเนินงาน	
	2566	2567
บันไดขั้นที่ 1 แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU		
- แต่งตั้งคณะกรรมการ R L U และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก	มีการดำเนินงาน	มีการดำเนินงาน
- จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารสูงสุด	มีการดำเนินงาน	มีการดำเนินงาน
บันไดขั้นที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูล		
- วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือ รายการตรวจ ที่เป็นปัญหาในการส่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	ไม่มีการดำเนินงาน	มีการดำเนินงาน
บันไดขั้นที่ 3 กำหนดมาตรการ		
- กำหนดมาตรการ หรือ แนวทางปฏิบัติเพื่อลด	ไม่มีการดำเนินงาน	มีการดำเนินงาน

ตารางที่ 7 (ต่อ)

เกณฑ์บันได 4 ขั้น (Check list)	ปีงบประมาณ	
	ผลการดำเนินงาน	
	2566	2567
บันไดขั้นที่ 4 ประเมินผล		
- มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	ไม่มีการดำเนินงาน	มีการดำเนินงาน
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A _{1c} เข้าภายใน 90 วัน (จำนวน/ร้อยละ)	115 (7.61)	17 (1.56)
- ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ Hb A _{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (จำนวน/ร้อยละ)	891 (73.51)	738 (70.62)

สรุปผลการวิจัย

จากการพัฒนาแนวทางการสังเกตตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) มีการร่วมกันวางแผนการพัฒนาแนวทางการสังเกตตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ โดยการศึกษารายละเอียดของแนวทางพัฒนาแนวทางการสังเกตตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของกระทรวงสาธารณสุข มาปรับตามบริบทขององค์กร

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) RLU ตามเกณฑ์บันได 4 ขั้น ดังนี้

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักจัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital

2. วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสังเกตตรวจ (overutilization และ / หรือ underutilization)

กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization และการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization ผลการดำเนินงานพบว่า

2.1 รายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสังเกตตรวจ (overutilization) (1) กลุ่มตรวจสุขภาพประจำปี (Checkup) กำหนดไว้เป็น 2 แนวทาง ได้แก่ 1) กลุ่มอายุตั้ง 35 ปี ขึ้นไป และกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี มีการและการสังเกตตรวจการทำงานของไตเฉพาะ Creatinine เท่านั้น (2) กลุ่มโรคเบาหวานได้รับการสังเกตตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) เข้าภายใน 90 วัน

2.2 รายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสังเกตตรวจ (underutilization) (1) กลุ่มโรคติดเชื้อกำหนดคือ ผู้ป่วยที่มีอาการ และได้วินิจฉัยโรคติดเชื้อจะต้องได้รับการตรวจ Hemoculture และ Blood lactase ควบคู่กันทุกราย (2) กลุ่มโรคเบาหวานได้รับการสังเกตตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) อย่างน้อยปีละ 1

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ เพื่อ

วิเคราะห์ประสิทธิภาพของแนวทางการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ (1) ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} ซ้ำภายใน 90 วัน ปี 2566 และ 2567 ร้อยละ 7.61 และ ร้อยละ 1.56 ตามลำดับ ซึ่งผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10 (2) ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ปี 2566 และ 2567 ร้อยละ 73.51 และร้อยละ 70.62 ตามลำดับ ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70 (3) ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง โดยโรงพยาบาลลำทับมีการประกาศนโยบายคุณภาพด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุผลคุณภาพด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุผลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2566 และมีการปรับปรุงระบบการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ด้วยเกณฑ์บันได 4 ขั้น มาวิเคราะห์และนำเสนอแก่ผู้บริหาร และทีมคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง พบว่ามูลค่าการส่งตรวจด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ดังนี้

1. บุคลากรโรงพยาบาลลำทับที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี (Checkup) ปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 178 ราย 1) การส่งตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile มูลค่า 20,648 บาท และ 11,008 บาท ตามลำดับ 2) การส่งตรวจการทำงานของไต มูลค่า 4,628 บาท และ 910 บาท ตามลำดับ

2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการและขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลลำทับและได้รับการตรวจ Hb A_{1c} ที่ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 891 ราย

มูลค่า 93,555 บาท และ 738 ราย มูลค่า 77,490 บาท ตามลำดับ และ 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Hb A_{1c} ซ้ำภายใน 90 จำนวน 115 ราย มูลค่า 12,075 บาท และ 17 ราย มูลค่า 1,785 บาท จากการจ่ายชดเชยค่าบริการของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA_{1c} โรงพยาบาลลำทับ ปีงบประมาณ 2566-2567 ตามเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 : การตรวจ HbA_{1c} จำนวน 2 ครั้ง/คน/ปี ในปีงบประมาณ 2566-2567 จำนวน 891 ราย มูลค่า 133,650 บาท และ 738 ราย มูลค่า 110,700 บาท

อภิปรายผล

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use: RLU) ตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้มีการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ และถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นสำคัญ โรงพยาบาลลำทับสามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ที่กำหนดของโรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ จากการศึกษาในนี้ได้สอดคล้องกับผลการวิจัยและผลงานทางวิจัยของกุศลาลัย สุระอามาตย์ (2567) เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่ารูปแบบเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน 1) วิเคราะห์สถานการณ์และบริบท 3 ด้าน 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ตั้งคณะกรรมการ RLU 4) การประกาศนโยบาย RLU (ตัวชี้วัด ด้าน overutilization และ / หรือ

underutilization) 5) พัฒนาระบบ IT Support Pop up 6) ติดตาม นิเทศ ปะระเมินผลกิจกรรมลงหน้างานเชิงรุก 7) ประเมินผลลัพธ์หลังการพัฒนา 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) ถอดบทเรียน สอดคล้องกับผลการวิจัยและผลงานทางวิจัยของตุลาพร อินทนิเวศน์ (2567) ศึกษาการพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผลตามแนวทาง RLU ของโรงพยาบาลลำพูน ตามแนวทาง Rational Laboratory Use (RLU) 5 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นปฏิบัติการ ขั้นแก้ไขปัญหาพบทวนการทำงาน และขั้นติดตามวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน จากนั้นเปรียบเทียบข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะผู้ป่วยนอก (outpatient department; OPD) เท่านั้น ระหว่างปี พ.ศ. 2565 (ก่อนการดำเนินงาน) กับปี พ.ศ. 2566 (หลังการดำเนินงาน) ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายจากการส่งตรวจรวมทั้งสิ้น 1.1 ล้านบาท ภายในระยะเวลา 7 เดือน โดยจำนวนการส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกมีสัดส่วนลดลงมากที่สุด (p -value = 0.01) จากร้อยละ 44.3 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ. 2566 นอกจากนั้นสามารถแก้ปัญหาการส่งตรวจที่ต่ำกว่ามาตรฐานของการตรวจค่าน้ำตาล เจลลีสสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน (p -value = 0.05) จากร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2566 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน ได้แก่ ค่าตับแบบชุดและค่าไขมันแบบชุด พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการส่งตรวจทั้งสองชุดมีผลต่อการรักษาและการปรับยาให้กับผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง ทำให้ปรับลดการส่งตรวจได้ยาก และสอดคล้องกับผลการวิจัยและผลงานทางวิจัยของ Kanwar G, et al (2022) พบว่ามีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสมเหตุสมผลร้อยละ 39.16 คนไข้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องในลำดับต่อไป ร้อยละ 60.83 มีการส่งตรวจเกินความจำเป็น หลังจากส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้วไม่มีผลต่อการรักษา

เอกสารอ้างอิง

เพิ่มเติม ซึ่งแนวทาง RLU ได้พัฒนาอย่างมากในต่างประเทศ จนสามารถวิเคราะห์ผลการส่งตรวจในวงกว้างและเป็นที่ยอมรับของ บุคคลในหน่วยงาน รวมทั้งเป็นแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกันทั้งองค์กร

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแนวทาง RLU ที่โรงพยาบาลลำทับได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องเพื่อทำให้เกิดแรงผลักดันในการขับเคลื่อนและเพื่อใช้เป็นต้นแบบของการริเริ่มโครงการให้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ RLU ให้ง่ายต่อการศึกษากระบวนการ รวมทั้งรูปแบบและผลลัพธ์ จากงานวิจัยนี้สามารถนำไปปรับประยุกต์ใช้ในแต่ละบริบทของโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำร่องเฉพาะรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการส่งตรวจ (overutilization) (1) กลุ่มตรวจสุขภาพประจำปี คือการส่งตรวจระดับไขมันในเลือด Lipid profile ครบทั้ง 4 รายการ ประกอบด้วย 1) Cholesterol 2) Triglyceride 3) HDL-Cholesterol และ 4) LDL Cholesterol การส่งตรวจการทำงานของไต ประกอบด้วย BUN และ Creatinine กลุ่มโรคเบาหวานด้วยการส่งตรวจตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA_{1c}) และกลุ่มโรคติดเชื้อ ที่ได้รับการตรวจ Hemoculture และ Blood lactase เพื่อกำหนดเป็นตัวชี้วัดเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของแนวทางการส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผลของโรงพยาบาลลำทับเท่านั้น ดังนั้นยังคงมีอีกหลากหลายรายงานตรวจที่ ผู้สนใจสามารถนำแนวทางการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ประเสริฐ หาญประสานกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำทับ และบุคลากร รพ.ลำทับ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ได้ให้คำปรึกษา ตลอดจนข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในงานวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

- กรกนกพร กระจางแสง และประสพชัย พสุนนท. (2561). แนวทางการวิจัยเชิงผสมผสานวิธีแบบคู่ขนานในงานวิจัยทางการจัดการ. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 13(1), January - April.
- กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศราชกิจจานุเบกษา เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562. (6, ตุลาคม 2567) <https://phdb.moph.go.th/main/index/detail/30381>
- กัญจนา ดิษยาธิคม วลัยพร พัทธนฤมล และวิโรจน์ตั้งเจริญเสถียร.(2544). คู่มือการวิเคราะห์ต้นทุน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- กุศลาลัย สุราอามาตย์. (2567). ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*. 5(3), กันยายน - ธันวาคม.
- กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. ม.ม.พ.
- ชุติมา ฐิมา, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และนฤมล ปทุมรักษ์. (2564). การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมการจัดการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 32(2), กรกฎาคม - ธันวาคม.
- ตุลาพร อินทนิเวศน์. (2567). การพัฒนาระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างสมเหตุผลตามแนวทาง RLU ของโรงพยาบาลลำพูน. *วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 66(3), กรกฎาคม - กันยายน.
- นวลอนงค์ บุญฤทธิ์พงศ์. (2556). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการศึกษา*. จุฑาทอง.
- นฤทัย คุ่มยา (2562) การพัฒนาต้นแบบระบบบันทึกข้อมูลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการบริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาบุรีพาเวชสาร. 6(2), กรกฎาคม - ธันวาคม.
- วีระยุทธ ชาดะกาญจน์. (2553). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 29(1), มกราคม - มิถุนายน 2553.
- วิไลวรรณ ศรีราชา, รัตนภรณ์ ยศศรี, บุศรา สาขา และปวีณา กมลรักษ์. (2565). ศึกษาเรื่องการประเมินต้นทุนต่อหน่วยการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรคสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 29(3), กันยายน - ธันวาคม.
- สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU)*. ม.ม.พ.
- Kanwar G, Rathore S, Khandelwal A, Khandelwal D, Khandelwal A, Meena R, et al. (2022). A study of “rational use of investigations” in a tertiary hospital. *Asian J Med Sci* 13(10): 121-25
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planer*. (3rd ed.). Victoria : Deakin University.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลวังแฉ่ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

ประภัสสร์ ภูมิวงศ์, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลวังแฉ่ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชาชนอายุระหว่าง 15-59 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 50 คน โดยให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมให้สุขศึกษา สื่อในการจัดการความรู้ การประเมินอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ หลังการทดลองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($p\text{-value} < 0.001$) และอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองลดลงน้อยกว่าร้อยละ 5 ดังนั้นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงควรให้มีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ, Email : prakritdbg@gmail.com

The effect of health literacy promotion program to prevent liver fluke disease, Rang Raeng Sub-district, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province

Prakritsadaphon Phimnuwong, *M.P.H.*¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a health literacy promotion program for the prevention of liver fluke disease in Rang Rang Subdistrict, Uthumphon Phisai District, Sisaket Province. A simple random sampling method was used to select participants aged 15-59 years, dividing them into an experimental group and a control group, with 50 participants in each group. The experimental group participated in the health literacy promotion program for 12 weeks. Research tools included a health education activity plan, knowledge management media, and an assessment of liver fluke disease incidence. Data was collected before and after the intervention using questionnaires. Data analysis was performed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values) and inferential statistics (paired t-test and independent t-test).

The results showed that the experimental group had significantly higher average scores in health knowledge, health information access, health communication skills, self-management skills, media and information literacy, and decision-making skills after the intervention compared to the control group (p -value < 0.001). Furthermore, the incidence of liver fluke disease in the experimental group decreased by less than 5%. To promote effective and sustainable prevention behaviors for liver fluke disease, continuous health literacy promotion for the public is recommended.

KEYWORDS : Health literacy promotion program, liver fluke disease prevention

¹Public Health Technical Officer, Professional level, Muangchan District Public Health Office, Sisaket Province
Email : prakritdbg@gmail.com

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย และยังเป็นโรคที่ระบาดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทั่วโลกคาดว่ามีคนติดเชื้อมากกว่า 40 ล้านคน และกว่า 600 ล้านคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ คนไทยกว่า 6 ล้านคนมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (บรรจบ ศรีภา, 2550) องค์การอนามัยโลกได้จัดอันดับให้โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นโรคที่สำคัญและยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการก่อมะเร็งท่อน้ำดี พยาธิใบไม้ตับในคนที่สำคัญมีอยู่ 3 ชนิด ได้แก่ *Clonorchis Sinensis* พบระบาดแถบจีน ญี่ปุ่น ฮองกง เกาหลี ไต้หวัน และเวียดนาม *Opisthorchis felinus* พบระบาดแถบยุโรปตะวันออก เช่น ไซบีเรีย *Opisthorchis viverrini* พบระบาดแถบประเทศไทย ลาว กัมพูชา และเวียดนาม มะเร็งตับที่สำคัญมี 2 ชนิด ได้แก่ มะเร็งเซลล์ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีเซลล์ท่อน้ำดี (ฉัตรฐิติ แก้วพินทุลย์, สรญา แก้วพินทุลย์, 2553) จากรายงานการศึกษาระบาดวิทยาของโรคหนอนพยาธิระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2565 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวมของประเทศ เฉลี่ยร้อยละ 5.1 โดยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 18.6 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สูงขึ้นเช่นกัน โรคมะเร็งท่อน้ำดี พบได้บ่อยทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทยยังสูงมาก โดยเป็นประเทศที่มีมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก และยังไม่มีแนวโน้มว่าโรคนี้อาจลดลง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุด โดยพบผู้ป่วยชายเท่ากับ 100 คนจากประชากรแสนคน พบผู้ป่วยหญิง 50 คนต่อประชากรแสนคน (บรรจบ ศรีภา, 2550)

ประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด และมีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลกเมื่อเปรียบเทียบกับอุบัติการณ์ในประเทศอเมริกาซึ่งมีเพียง 0.5-2 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานสูงสุดถึง 113.4 และ 49.8 คนต่อประชากรแสนคน ในผู้ชายและผู้หญิง พยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งพบ

ระบาดมากในประเทศไทยและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็งและองค์การอนามัยโลก ยังจัดพยาธิใบไม้ตับชนิดนี้ว่าเป็นตัวก่อมะเร็งชีวภาพ ตั้งแต่ปี 2537 และถูกยืนยันอีกครั้งในปี 2552 จากรายงานการเสียชีวิตจากสาเหตุโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี การระบาดของพยาธิใบไม้ตับครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง แต่ไม่พบอัตราการป่วยในภาคใต้

จังหวัดศรีสะเกษ พบอัตราการความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงเกินเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของจังหวัด จากการสำรวจอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2566 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 5.54, 6.30, 2.07, 2.53 และ 2.10 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับของอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2562 – 2566 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 4.51, 2.73, 1.80, 1.03 และ 2.16 ตามลำดับ ในปี 2566 ตำบลที่พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ตำบลวังแร่ ตำบลทุ่งไชย และตำบลก้านเหลือง โดยพบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 10.22, 9.80 และ 9.20 ตามลำดับ ในส่วนสถานการณ์โรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ ปี พ.ศ. 2562 – 2566 พบว่า ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีมากกว่า 40 ต่อประชากรแสนคนมาตลอด ซึ่งเป้าหมายของอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ. 2578 อัตราตายต้องลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษาในพื้นที่ตำบลวังแร่ เนื่องจากยังคงเป็นพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับที่สูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยในปี พ.ศ. 2564 – 2566 พบอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.42, 2.19 และ 10.22 ตามลำดับ และจากการตรวจอวัยวะหาพยาธิ ในปี พ.ศ. 2567 พบหมู่บ้านที่มีอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ บ้านเพ็ก หมู่ที่ 7, บ้านฝั่ง หมู่ที่ 2 และ บ้านชำ หมู่ที่ 5 โดยมีอัตราความชุก

ของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 10.00, 9.78, และ 9.09 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรังแร้ง, 2567) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ไม่เกินร้อยละ 5 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากการสำรวจบริบทของตำบลรังแร้ง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การทำเกษตรกรรม และเพาะปลูก มีแหล่งน้ำสำคัญ คือ ลำน้ำมูลไหลผ่าน ทำให้ประชาชนอาศัยแหล่งน้ำสายหลักของชุมชนในการหาอาหารเลี้ยงชีพเป็นระยะเวลายาวนาน และเก็บข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีผลตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มอายุตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 45-54 ปี ร้อยละ 38.5 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 55-64 ปี ร้อยละ 34.6 ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ และอาหารที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 โดยอาหารที่ส่วนใหญ่ชอบรับประทานเป็นประจำ คือ ปลาแรดดิบ ร้อยละ 31.0 รองลงมาคือ ส้มตำใส่ปลาแรดดิบ ร้อยละ 27.0 และก้อยปลาดิบ ร้อยละ 11.0 ด้านพฤติกรรมการใช้ส้วม พบว่า มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระนอกส้วม โดยถ่ายอุจจาระบนพื้นดินเมื่ออยู่ที่ทุ่งนา ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ร้อยละ 23.0 รองลงมาไม่เคยปฏิบัติ ร้อยละ 64.0 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรังแร้ง, 2567)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆดิบๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นการส่งเสริมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงเป็นแนวทางที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ “ลดพยาธิใบไม้ตับ กำจัดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” ปี พ.ศ. 2555 ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหนึ่งในเป้าหมายของยุทธศาสตร์นั้น คือ การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ (ลักขณา หลายทวีวัฒน์, 2555) นอกจากนี้ยังมีประเด็นทางยุทธศาสตร์ที่นำไปสู่การพัฒนา

และขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านกลไก และเครื่องมือต่างๆ แล้วหลายประเด็น โดยมีประเด็นความรู้ด้านสุขภาพรวมอยู่ด้วย ดังนั้น ประเด็นความรู้ด้านสุขภาพถือเป็นประเด็นด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ประเด็นหนึ่งเนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานในการลดความกลัวเกี่ยวกับโรคระบาด และโรคอุบัติใหม่ต่างๆ ที่เกิดขึ้น และเป็นการสร้างให้ประชาชนถึงพร้อมด้วยสุขภาพและพละกำลังที่สมบูรณ์แข็งแรง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เป็นผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และได้นำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ จิราธรันต์ สิงทองทัศน์ (2564) มาปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุด มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลรังแร้งลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และช่วยลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับอันเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยเป็นมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง

3. เพื่อศึกษาผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ
ใบไม้ดิบในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความ
รอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่า ก่อนการทดลองและ
มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-
experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยสอง
กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-post
test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ ประชาชนที่
อาศัยอยู่ในตำบลวังยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ
อายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน
1,740 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15-59 ปี ที่
อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ
พบไข่พยาธิใบไม้ดิบมากกว่าร้อยละ 10 จำนวน 4
หมู่บ้านทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple
Random Sampling) โดยวิธีจับสลากรายชื่อจำนวน 50
คน กลุ่มควบคุมเป็นประชาชนอายุ 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่
ในหมู่บ้านที่มีผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ พบไข่พยาธิ
ใบไม้ดิบ น้อยกว่าร้อยละ 10 จำนวน 50 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) มีอายุ 15-59 ปี
- 2) มีประวัติรับประทานปลาน้ำจืดดิบๆ หรือ
สุกๆ ดิบๆ
- 3) เป็นผู้ที่ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ดิบ
- 4) เป็นผู้ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหา
ด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น

5) เป็นผู้ให้การยินยอมและให้ความร่วมมือเข้าร่วมการ
วิจัยทุกครั้ง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยโรคกระเพาะและโรคกระเพาะปัสสาวะ
- 2) ผู้ที่ป่วยหรือเสียชีวิตจากเหตุอื่นๆ ใน
ระหว่างการทดลอง
- 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention)
ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาผลของโปรแกรมการ
ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้
ดิบ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ของ
จิรารัตน์ สิงทองทัศน (2564) ดังนี้

1) แผนการจัดกิจกรรมให้สุขศึกษา ระยะ
ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 6
กิจกรรม ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 “รู้ รับ ปรับ เปลี่ยน”

เป็นกิจกรรมที่สร้างการรับรู้ในเรื่องโรค
พยาธิใบไม้ดิบและสร้างความเข้าใจทางด้านสุขภาพ โดย
การทำกิจกรรมกลุ่ม ระดมความคิด อภิปรายในกลุ่มและ
ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ กำหนดทำกิจกรรม 1 วัน

- กิจกรรมที่ 2 “4ป. 1 ข. ป.เป็นโรคพยาธิ
ใบไม้ดิบ”

เป็นกิจกรรมที่แนะนำแนวทางการปฏิบัติ
ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพโดย
หลัก 4ป. 1 ข. ซึ่งได้แก่ ป.1 คือ การปรุงอาหารให้สุก
สะอาด การล้างมือให้สะอาดก่อนปรุงอาหาร ก่อน
รับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย ป.2 คือ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด
แบบดิบหรือสุกๆดิบๆ ป.3 ต้องไปตรวจอุจจาระหาไข่
พยาธิใบไม้ดิบ ป.4 คือ ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 1ข. คือ ต้องขับถ่ายลงใน
ส้วมทุกครั้ง และมีการฝึกปฏิบัติในการล้างมืออย่างถูกวิธี
แลกเปลี่ยนเรียนรู้และอภิปรายในกลุ่ม กำหนดทำ
กิจกรรม 1 วัน

- กิจกรรมที่ 3 “ครัวปรุงสุก รสชาติแซ่บนัว ปกั้วพยาธิใบไม้ตับ”

เป็นกิจกรรมชี้แจงแนวทางในการปฏิบัติ ในการประกอบอาหารปรุงสุก การใช้ปลาร้าสุกในการ ปรุงอาหาร สุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ประกอบอาหาร การอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสาธิตการ ประกอบอาหารด้วยปลาร้าสุก กำหนดทำกิจกรรม 1 วัน

- กิจกรรมที่ 4 “เยี่ยมยกครัว”

เป็นกิจกรรมให้ความรู้ในการประกอบ อาหารเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้สื่อ ประชาสัมพันธ์ ประกอบด้วย แผ่นพับ วิดีทัศน์ เอกสารความรู้ และเยี่ยมกลุ่มทดลอง

- กิจกรรมที่ 5 “ชาววังแร้ง กินปลาร้าสุกทุก ครัวเรือน”

เป็นกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน ในการปรุง อาหารด้วยปลาร้าสุก รณรงค์ในชุมชนไม่รับประทานปลา มีเกล็ดแบบสุกๆดิบๆ และประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจาย ข่าว สื่อแผ่นพับ ทุกสัปดาห์

- กิจกรรมที่ 6 “เวทีชุมชน คนปลอดโรค พยาธิใบไม้ตับ”

เป็นกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคืน ข้อมูลผลการดำเนินการสู่ชุมชน กำหนดทำกิจกรรม 1 วัน

- แบบบันทึกตนเองในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง แบบบันทึกผลการเยี่ยมบ้าน และพันธสัญญาไม่กินปลาดิบ ปลาร้าดิบ

- สื่อที่ใช้ในการสร้างความรอบรู้ และการ แนะนำแนวทางการปฏิบัติตัว ได้แก่ Power Point แผ่น พับ ภาพนิ่ง คู่มือการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ภาพพอลิสำหรับการจัดกระบวนการเรียนรู้

- เครื่องมือในการประเมินอัตราป่วยด้วยโรค พยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ และแบบ บันทึกผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน การมีใช้ส้วม การตรวจ อุจจาระหาไข่พยาธิ ผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมาเรียมและโรคมาเรียม ระดับ ส่วนที่ 2 ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ ตับ มีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยคำถามเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษาและการป้องกันโรค คำถามเป็นแบบ เลือกตอบ ถูก ผิด โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบ เดียวที่คิดว่าถูกต้องที่สุด คะแนนเต็ม 12 คะแนน เกณฑ์การ ให้คะแนน ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติ บ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะ ด้านบวกและด้านลบ ส่วนที่ 4 ด้านทักษะการสื่อสาร สุขภาพ จำนวน 6 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมี วิจารณญาณในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปฏิบัติ ทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อ คำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ ส่วนที่ 5 ด้าน ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ โดยการใช้การคิด อย่างมีวิจารณญาณ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ ส่วนที่ 6 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 6 ข้อ โดย การใช้การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติ บ้างครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยผู้ตอบ เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อคำถามมีลักษณะด้านบวก และด้านลบ และส่วนที่ 7 ด้านทักษะการตัดสินใจเลือก ปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ โดยการใช้การคิดอย่างมี วิจารณญาณ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือ ปฏิบัติ ทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ โดยผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ข้อ คำถามมีลักษณะด้านบวกและด้านลบ โดยผ่านการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จาก

ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่ได้จำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

- 1) ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เท่ากับ 0.78
- 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.84
- 3) การสื่อสารสุขภาพ เท่ากับ 0.79
- 4) การจัดการตนเอง เท่ากับ 0.86
- 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เท่ากับ 0.81
- 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เท่ากับ 0.77

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แล้ว ดังนี้

กลุ่มทดลอง

- 1) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยนำกลุ่มทดลองเข้าอบรม พร้อมทั้งทำแบบสอบถามก่อนการอบรม และตรวจจูงจาะหาไขพยาธิใบไม้ตับ
- 2) หลังจากเก็บข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนด
- 3) เก็บข้อมูลหลังการทดลอง(Post-test) สัปดาห์ที่ 12 โดยนัดหมายกลุ่มทดลองมารวมกันและใช้แบบสอบถามชุดเดิมที่ใช้เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- 4) ติดตามกลุ่มทดลองมาตรวจจูงจาะหาไขพยาธิใบไม้ตับ ในสัปดาห์ที่ 16 หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ และสรุปผลตรวจจูงจาะหาไขพยาธิใบไม้ตับ

กลุ่มควบคุม

- 1) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) และตรวจจูงจาะหาไขพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม

3) เก็บข้อมูลหลังการทดลอง(Post-test) สัปดาห์ที่ 12 โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมที่ใช้เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

4) ติดตามกลุ่มควบคุมมาตรวจจูงจาะหาไขพยาธิใบไม้ตับ ในสัปดาห์ที่ 16 หลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ และสรุปผลตรวจจูงจาะหาไขพยาธิใบไม้ตับ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และ Independent t-test, กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าความเชื่อมั่น 95%CI

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-140 โครงการวิจัยรับรองตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2567 ถึงวันที่ 12 สิงหาคม 2568

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะในการศึกษาเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างและการเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งเป็น

รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลวังแครง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 50 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
1. ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	8.12	1.13	0.90	0.370
กลุ่มควบคุม		7.92	1.08		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	9.52	1.23	6.57	<0.001
กลุ่มควบคุม		8.02	1.04		
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	12.16	4.23	0.87	0.383
กลุ่มควบคุม		11.40	4.44		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	16.48	4.07	5.28	<0.001
กลุ่มควบคุม		11.98	4.43		
3. การสื่อสารสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	13.70	4.63	1.44	0.153
กลุ่มควบคุม		12.40	4.37		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	20.70	5.22	6.91	<0.001
กลุ่มควบคุม		13.88	4.62		
4. การจัดการตนเอง					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	10.94	4.24	0.43	0.666
กลุ่มควบคุม		10.56	4.53		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	19.28	2.72	8.84	<0.001
กลุ่มควบคุม		12.42	4.76		

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	12.96	4.32	-0.02	0.983
กลุ่มควบคุม		12.98	4.75		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	21.36	4.89	7.29	<0.001
กลุ่มควบคุม		14.50	4.49		
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ					
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	15.68	7.35	-0.11	0.910
กลุ่มควบคุม		15.84	6.81		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	50	25.54	4.81	7.91	<0.001
กลุ่มควบคุม		16.46	6.52		

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

ก่อนการทดลอง

ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 6 ด้าน จะพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ (P-value > 0.05)

ตารางที่ 2 ผลการตรวจจูงจาะหาไข่พยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง n = 50 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n = 50 จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนการทดลอง		
พบไข่พยาธิใบไม้ตับ	5 (10.00)	7 (14.00)
ไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ	45 (90.00)	43 (86.00)
หลังการทดลอง		
พบไข่พยาธิใบไม้ตับ	0 (0.00)	3 (6.00)
ไม่พบไข่พยาธิใบไม้ตับ	50 (100.00)	47 (94.00)

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า จากผลการตรวจ
อุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลอง ก่อนการ
ทดลองพบอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ
10.00 และหลังการทดลองไม่พบผู้ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ
รายใหม่และผลการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิใบไม้ตับใน
กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิ
ใบไม้ตับ ร้อยละ 14.00 และหลังการทดลองพบอัตรา
ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับรายใหม่ ร้อยละ 6.00

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริม
ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
ตำบลวังแสง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดย
การประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ จัดเป็นโปรแกรม
การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิ
ใบไม้ตับ ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้าน
สุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

หลังการทดลอง ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่อง
โรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการ
ตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหลังการ
ทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 6 ด้าน
จะพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม
ซึ่งสอดคล้องกับ ทักษิณัย พัสตุ (2562) ทำการศึกษา
กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชน ตำบลยอดแก อำเภอนามน
จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ
ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ
55.51 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 และหลังการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.91 ค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 2.30 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ(p-value = 0.003) จะเห็นได้ว่า จากกิจกรรมที่ได้
ดำเนินการสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับ

กลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งเนื่องจากแต่ละกิจกรรมสามารถพัฒนา
แต่ละทักษะของความรู้ด้านสุขภาพได้

2. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่ม
ทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและ
หลังการทดลอง

ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ
หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้
ความเข้าใจเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการ
ทดลอง ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 8.12 ,S.D. = 1.13) หลัง
การทดลอง ($\bar{X}$ = 9.52 ,S.D. = 1.23) และเพิ่มขึ้นสูงกว่า
กลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 8.02 ,S.D. = 1.04)
กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 9.52 ,S.D. = 1.23)

ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ กลุ่ม
ทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ
สุขภาพ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง ก่อนการทดลอง
($\bar{X}$ = 12.16 ,S.D. = 4.23) หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 16.48
,S.D. = 4.07) และเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่ม
ควบคุม ($\bar{X}$ = 11.98 ,S.D. = 1.04) กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =
16.48 ,S.D. = 4.07)

ด้านการสื่อสารสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่า
คะแนนเฉลี่ยด้านการสื่อสารสุขภาพ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อน
การทดลอง ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 13.70 ,S.D. = 4.63)
หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 20.70 ,S.D. = 5.22) และเพิ่มขึ้น
สูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 13.88 ,S.D. =
4.62) กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 20.70 ,S.D. = 5.22)

ด้านการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่า
คะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตนเอง เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อน
การทดลอง ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 10.94 ,S.D. = 4.24)
หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 19.28 ,S.D. = 2.72) และเพิ่มขึ้น
สูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 12.42 ,S.D. =
4.76) กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 19.28 ,S.D. = 2.72)

ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ กลุ่ม
ทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรู้เท่าทันสื่อและ
สารสนเทศ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง ก่อนการทดลอง
($\bar{X}$ = 12.96 ,S.D. = 4.32) หลังการทดลอง ($\bar{X}$ =

21.36 ,S.D. = 4.89) และเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 14.50 ,S.D. = 4.49) กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 21.36 ,S.D. = 4.89)

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 15.686 ,S.D. = 7.35) หลังการทดลอง ($\bar{X}$ = 25.54 ,S.D. = 4.81) และเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ = 16.46 ,S.D. = 6.52) กลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ = 25.54 ,S.D. = 4.81)

โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทั้ง 6 ด้าน จึงอธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกิจกรรม ที่สร้างการรับรู้ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและสร้างความเข้าใจทางด้านสุขภาพ การทำกิจกรรมกลุ่ม ระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ อภิปรายในกลุ่ม การแนะนำแนวทางการปฏิบัติในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวทางในการปฏิบัติในการประกอบอาหารปรุงสุก สุविทยาส่วนบุคคล การให้ความรู้และแนะนำผ่านสื่อที่เข้าใจง่าย การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชนรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้ กลุ่มทดลองเห็นความสำคัญที่ได้จากการเรียนรู้ อย่างแท้จริง และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการสอดแทรกความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับไปในตัวกิจกรรม โดยมีการกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้จากการทำกิจกรรมเกี่ยวกับประเด็นปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยน และยอมรับฟังเหตุผลของกันและกัน มีความนึกคิดถึงเหตุและผล ซึ่งส่งผลทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ได้อย่างแท้จริง เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย บุญตะวัน (2567) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านไทย อำเภอลือชัย จังหวัดยโสธร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้า

ร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของพลอยไพลิน ทับทิม และจุริรา ดวงสงค์ (2557) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอลำปาก จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรารัตน์ สิงทองทัศน์และคณะ (2564) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งพบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ ประครองใจ และคณะ (2564) ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอดุสิต จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มเป้าหมายมีค่าเฉลี่ยระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวและการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001)

3. ผลการตรวจอูจจะหาไขพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

จากผลการตรวจอูจจะหาไขพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองมีอัตราป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ น้อยกว่าร้อยละ 5 และไม่พบผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับรายใหม่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ควรมีการศึกษาปฏิทินชุมชนในการจัดกิจกรรม การนัดกลุ่มเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามที่กำหนด
2. เพื่อให้การจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนประสบความสำเร็จ ควรเน้นกิจกรรมในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองได้ให้ความสนใจในการฝึกปฏิบัติมากกว่าการนั่งฟังบรรยายทั่วไป
3. เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงควรให้มีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงาน ผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิ ปี 2567. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป.
- กิตติศักดิ์ ประครองใจและคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(4), 87-100.
- จิราวัฒน์ สิงทองทัศน์, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, & พัดชา หิรัญวัฒน์กุล. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(3), 131-142.
- ณัฏฐวุฒิ แก้วพิบูลย์, &สรญา แก้วพิบูลย์. (2553). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 12(1), 49-63.
- ทักษิณ พัสตุ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, & นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. (2562). กระบวนการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของชุมชนตำบลยอดแก อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด.
- บรรจบ ศรีภา. (2550). อุบัติการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. วารสารสำนักบริหารการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(3), 5-13.
- พลอยไพลิน ทับทิม, & รุจิรา ดวงสงค์. (2557). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ตำบลมหาชัย อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 7(1), 25-34.
- ลักขณา หลายทวีวัฒน์, รุจิรา ดวงสงค์, สุพรรณิ พรหมเทศ, พรณิ บัญชรหัตถกิจ, เกสร แฉวโนนจัว, &

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มอื่นๆ
2. ควรทำการวิจัยในรูปแบบเดียวกัน โดยนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับกลุ่มโรคอื่นๆที่สามารถควบคุมโรคได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. ควรทำการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา การเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืนต่อไป

- ศศิธร ตั้งสวัสดิ์. (2555). การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดขอนแก่น ปี 2552. ใน *บทความวิจัยการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติประจำปี 2555*. (หน้า 79). นนทบุรี: สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สมชาย บุญตะวัน. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลบ้านไทย อำเภอลือชัย จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 4(2), 1-15. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น. (2566).
- สรุปรายงานการตรวจจําการหาพยาธิ. รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำเย็น. (2567). สรุปรายงานพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิในประชาชนทั่วไป. รายงานต่อสำนักงานสาธารณสุข อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ.

SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ

กนกวิภา ประกอบศรี, ก.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ 2) ประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ 3) ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรได้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในจังหวัดศรีสะเกษที่ผ่านหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานอาหารในปี 2567 จำนวน 100 คน กลุ่มตัวอย่าง 50 คน ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้งานที่มีต่อแอปพลิเคชัน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ หน้าแรกของแอปพลิเคชัน หน้าเมนูการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ หน้าเมนูการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร หน้าเมนู Learning & Testing 2) ผลการประเมินประสิทธิภาพ SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.84$) โดยพบว่าด้านความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.59$) 3) ผลการประเมินความพึงพอใจของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในจังหวัดศรีสะเกษที่ผ่านหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานอาหารในปี 2567 จำนวน 50 คน ที่มีต่อแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้ประกอบการพลัดภัย จังหวัดศรีสะเกษ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะด้านความสามารถของระบบในการแปลงข้อมูล ($\bar{x} = 4.67$) และด้านความน่าใช้ของระบบในภาพรวม ($\bar{x} = 4.59$)

คำสำคัญ : FDA, แอปพลิเคชัน, สถานที่ผลิตอาหาร, การอนุญาต

¹ เกษตรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเกษตรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

SMART FDA SISAKET APPLICATION for Convenient, Fast Food Licensing with Consumer Safety in Sisaket Province

Kanokwipha prakobsri, *B.pharm.*¹

Abstract

The objectives of this research were to: 1) develop the SMART FDA SISAKET APPLICATION for convenient, fast food licensing that ensures consumer safety in Sisaket Province; 2) evaluate the efficiency of the SMART FDA SISAKET APPLICATION for convenient, fast food licensing that ensures consumer safety in Sisaket Province; and 3) assess user satisfaction with the SMART FDA SISAKET APPLICATION for convenient, fast food licensing that ensures consumer safety in Sisaket Province. The population consisted of 100 food officials under the Food Act B.E. 2522 (1979) in Sisaket Province who completed the food officer capacity development training course in 2024. The sample group included 50 participants, studied between March and June 2024. Research instruments comprised the SMART FDA SISAKET APPLICATION for convenient, fast food licensing that ensures consumer safety in Sisaket Province and a user satisfaction questionnaire. Statistical analysis utilized means and standard deviations.

The research findings revealed that: 1) The SMART FDA SISAKET APPLICATION consists of four primary sections: application homepage, product analysis menu, food production facility inspection menu, and Learning & Testing menu; 2) The efficiency evaluation by experts showed an overall high performance level ($\bar{x} = 3.84$), with the highest mean score in convenience and ease of use ($\bar{x} = 4.59$); 3) The satisfaction assessment from 50 food officials under the Food Act B.E. 2522 (1979) in Sisaket Province who completed the food officer capacity development training course in 2024 demonstrated the highest level of satisfaction, particularly regarding the system's data interpretation capabilities ($\bar{x} = 4.67$) and overall system usability ($\bar{x} = 4.59$).

Keywords: FDA, Application, Food Production Facility, Licensing

¹ Pharmacist, Professional Level. Department of Consumer Protection and Public Health Pharmacy, Sisaket Province.
E-mail kanokwipha@gmail.com

บทนำ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชีวิตประจำวันของคนไทย ผลิตภัณฑ์สุขภาพในประเทศไทยมีการเติบโตอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์อาหาร และอาหารเสริมมีมูลค่าสูงกว่า 1 แสนล้านบาทต่อปี และมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยประมาณ 7-10% ต่อปี (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2566) การคุ้มครองผู้บริโภคในด้านนี้จึงเป็นภารกิจสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในส่วนภูมิภาค (1) สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีภารกิจหลักในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านกระบวนการอนุมัติ อนุญาต และการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และเครื่องมือแพทย์ ก่อนออกสู่ท้องตลาดและควบคุมกำกับหลังออกสู่ท้องตลาด

จังหวัดศรีสะเกษมีการควบคุมกำกับและเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยา อาหาร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ก่อนและหลังออกสู่ท้องตลาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลิตภัณฑ์อาหาร จังหวัดศรีสะเกษมีสถานที่ผลิตอาหารที่ผ่านมาตรฐานหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (GMP) และได้รับอนุญาตจำนวน 473 แห่ง มีผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับอนุญาตเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) กว่า 5,200 รายการ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การกำกับดูแลสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์จำนวนมากเหล่านี้จึงเป็นความท้าทายสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามมาตรฐานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องภายใต้ทรัพยากรอันจำกัด เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคและส่งเสริมศักยภาพของผู้ประกอบการในพื้นที่ที่สามารถแข่งขันทางการค้าเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจแก่จังหวัดและ

ประเทศ แต่อย่างไรก็ตามในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลให้เกิดความปกติใหม่ หรือ new normal ทำให้ประชาชนต้องเว้นระยะห่างทางสังคมและหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า (3) และปัญหาการเกิดอุทกภัยในจังหวัดศรีสะเกษ ส่งผลกระทบอย่างมากต่อกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค โดยเฉพาะการอนุมัติ อนุญาต ด้านการตรวจมาตรฐานสถานประกอบการที่เกิดความล่าช้า มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการเดินทาง ผู้ประกอบการเสียโอกาสในการดำเนินธุรกิจ และเมื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2566 พบว่า ประชาชนผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ อยู่ที่ร้อยละ 70 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่กำหนดไว้ พบปัญหาอนุมัติอนุญาตเกินเวลาที่คู่มือประชาชนกำหนดร้อยละ 60 ประกอบกับแนวโน้มการขออนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารเพิ่มมากขึ้น ในปี 2564, 2565, 2566 มีจำนวน 325, 398 และ 452 รายการ นอกจากนี้ยังพบปัญหาสำคัญเรื่องระบบฐานข้อมูลที่ใช้ในการจัดเก็บและติดตามสถานะคำขออนุญาตยังไม่เป็นปัจจุบัน และการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (ทุกแห่งทั่วประเทศ) รายงานค่าโดยไม่แปลผล ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการแปลผลของเจ้าหน้าที่ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ รวมไปถึงผู้ประกอบการที่ได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ ซึ่งการแปลผลรายงานผลการตรวจวิเคราะห์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ไม่มีการระบุผลอย่างชัดเจนว่าผ่านหรือไม่ผ่านมาตรฐาน ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐานจะถูกนำมาวางจำหน่ายในท้องตลาด เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค

การวิจัยนี้จึงนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ด้วยการพัฒนานวัตกรรม Smart FDA Sisaket Application ในการตรวจประเมินและการแปลผลจากห้องปฏิบัติการ รวมถึงเสริมสร้างความรู้เจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการเพื่อการอนุมัติอนุญาตผลิตภัณฑ์อาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษอย่างเป็นระบบ อันจะเป็น

การส่งเสริมการแข่งขันทางการค้าของผู้ประกอบการ และกระตุ้นเศรษฐกิจของจังหวัดและประเทศ สามารถ พัฒนาและขยายผลไปใช้กับผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

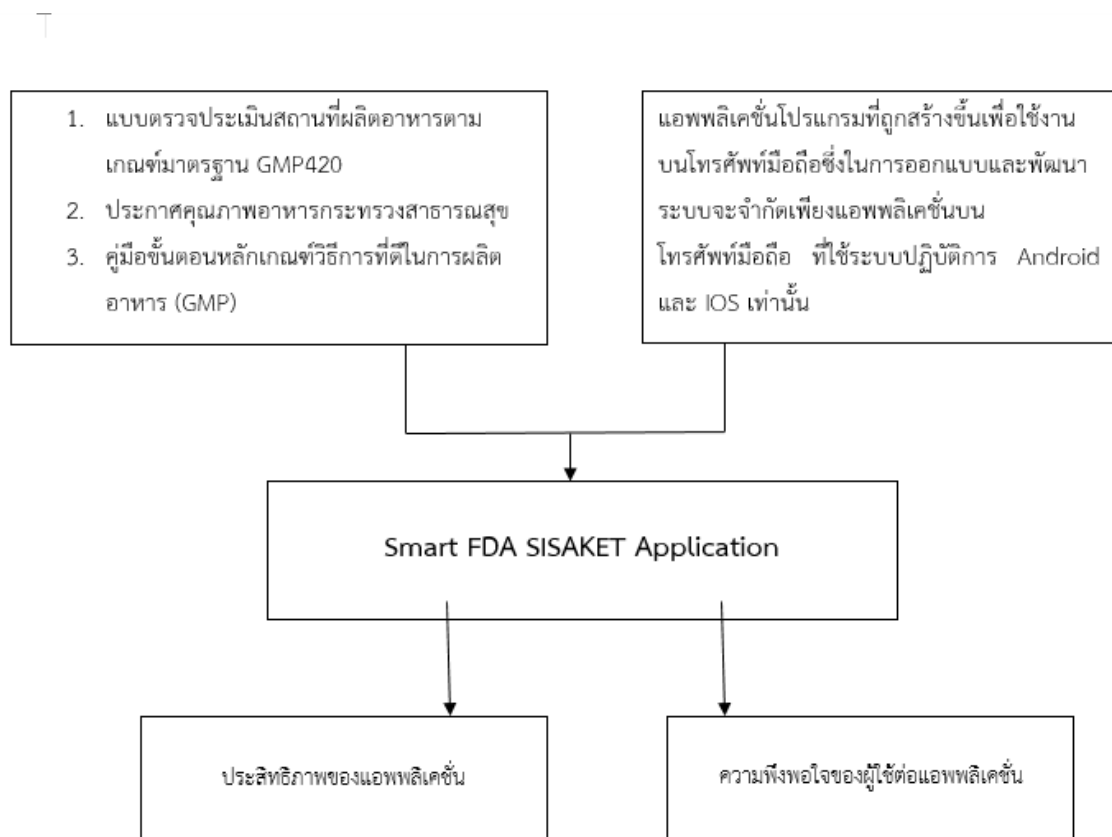
1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อ การ อนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งาน แอปพลิเคชันแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ

สมมุติฐาน

1. แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ มี ประสิทธิภาพในระดับมากขึ้นไป
2. ผู้ใช้มีความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อ การ อนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีระบบ (Theory system) และ แนวคิดวงจรการปรับปรุงคุณภาพ PDCA ของ Deming ในการพัฒนาแอปพลิเคชัน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัย SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย ส่วนของการสร้างแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION เพื่อการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว ผู้บริโภคปลอดภัย จังหวัดศรีสะเกษ การวางแผน (Plan) - ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของระบบการอนุญาตด้านอาหาร

2. การดำเนินการ (Do) - พัฒนาแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION

3. การตรวจสอบ (Check) - ประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

4. การปรับปรุง (Act) - ปรับปรุงแอปพลิเคชันตามผลการประเมิน

โดยศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 30 มิถุนายน 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

ประชากร ได้แก่ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานอาหารในปี 2567 จำนวน 100 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่ผ่านหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานอาหารในปี 2567 จำนวน 50 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารและการออกใบอนุญาตด้านอาหาร การศึกษานี้ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2567

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) สร้างและประเมินแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET เพื่อพัฒนากระบวนการอนุญาตและตรวจสอบความปลอดภัยด้านอาหารในจังหวัดศรีสะเกษ โดยดำเนินการวิจัยใน 3 ระยะหลัก:

1. ระยะศึกษาความต้องการ

- 1.1. สำรวจกระบวนการอนุญาตด้านอาหารและความพึงพอใจของผู้มารับบริการ
- 1.2. วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบและอนุมัติ
- 1.3. กำหนดรูปแบบและขอบเขตการพัฒนานวัตกรรมเทคโนโลยี

2. ระยะพัฒนาแอปพลิเคชัน

1. ออกแบบแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET ด้วยฟังก์ชันหลัก:

- 1.1. ระบบการวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหาร
- 1.2. ระบบการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร
- 1.3. ระบบความรู้ (E-Testing)

2. ประมวลผลและเรียกข้อมูลแบบเรียลไทม์

3. ระยะประเมินผล

ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของแอปพลิเคชัน ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้งาน

เครื่องมือการวิจัย

1. แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION ที่พัฒนาขึ้น

2. แบบประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชัน ซึ่งประเมินใน 5 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการทำงานของระบบ ความถูกต้องในการทำงานของระบบ ความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน ความรวดเร็วในการทำงานของระบบ และความปลอดภัยของระบบ

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้งาน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert Scale)

การแปลผล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยความพึงพอใจและประสิทธิภาพดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด
- ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มาก
- ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง ปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง น้อย
- ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบประเมินประสิทธิภาพและแบบสอบถามความพึงพอใจได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ได้ค่า IOC = 0.91 ซึ่งอยู่ในระดับมีความเที่ยงตรงใช้ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามเอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2024-038 โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษา และให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาลงนามแสดงเจตนาในการยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. อบรมกลุ่มตัวอย่างให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้งานแอปพลิเคชัน
2. ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้แอปพลิเคชันในการปฏิบัติงานจริง
3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินประสิทธิภาพและแบบสอบถามความพึงพอใจ
4. รวบรวมแบบประเมินและแบบสอบถามตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2024-038 เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาแอปพลิเคชัน SMART FDA

SISAKET APPLICATION

แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 ส่วนหลัก ดังนี้

1.1 หน้าแรกของแอปพลิเคชัน

เป็นส่วนแสดงเมนูหลักและข้อมูลทั่วไปของระบบ รวมถึงข้อมูลการติดต่อและลิงก์ไปยังส่วนต่างๆ ของแอปพลิเคชัน



ภาพที่ 2 หน้าแรกแสดงแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET

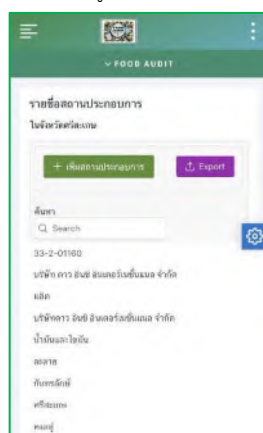


ภาพที่ 3 หน้าแรกแสดงเมนูของแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET ในการเชื่อมโยงไปยังส่วนต่างๆ ของการทำงาน

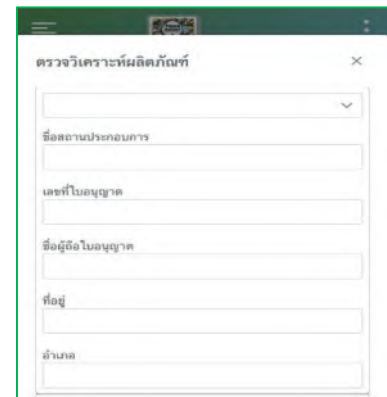
1.2 ส่วนการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์

เป็นส่วนที่ใช้สำหรับการตรวจแปลผลวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหาร
มีความสามารถดังนี้

- บันทึกข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ
- แปลผลการตรวจวิเคราะห์ว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
- แสดงผลการแปลผลเป็นสัญลักษณ์สีเขียว (ผ่าน) และสีแดง (ไม่ผ่าน) ได้ทันที
- จัดเก็บประวัติผลการตรวจวิเคราะห์และสามารถสืบค้นย้อนหลังได้
- แสดงข้อมูลสถิติและรายงานสรุปผล



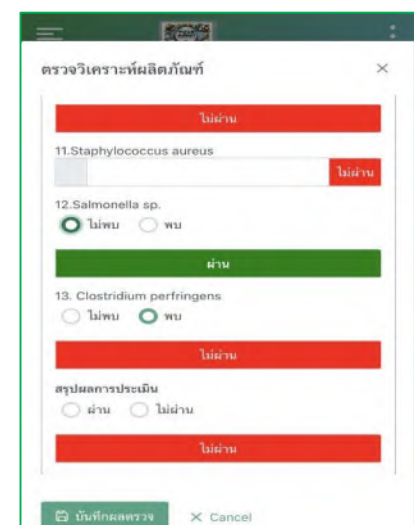
ภาพที่ 4 เมนูตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ในส่วนการเพิ่มสถานประกอบการรายใหม่เข้าสู่ระบบก่อนการตรวจวิเคราะห์



ภาพที่ 5 เมนูตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ส่วนแรก กดเลือกสถานประกอบการก่อนการตรวจวิเคราะห์



ภาพที่ 5 เมนูตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ส่วนการตรวจแปลผลวิเคราะห์ทางด้านเคมี

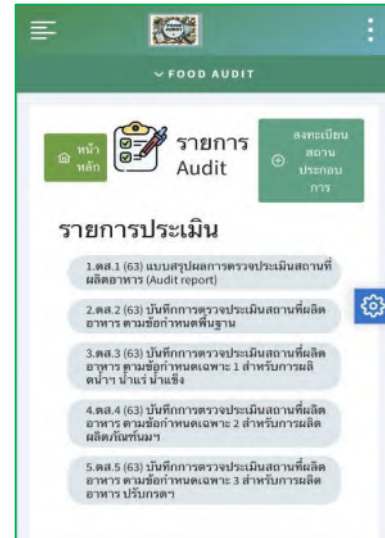


ภาพที่ 6 เมนูตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ส่วนการตรวจแปลผลวิเคราะห์ทางด้านจุลินทรีย์



ชื่อสถานประกอบการ	เลขที่ใบอนุญาต	ความเป็นกรด-ด่าง (pH)	ปริมาณสารทั้งหมด (Total solid)
ซุสเจริญทรัพย์น้ำดื่ม	33-2-01151	8.2	230
น้ำดื่มทิพรพรรณ	33-2-01056	6.1	300
น้ำดื่มกลลขี	33-2-01054	8.5	80
น้ำดื่มรณกนิย	33-2-01255	7.7	65
ทวทองน้ำดื่ม	33-2-00559	8.9	4
น้ำดื่มไทยคิว	33-2-00146	6.1	120
น้ำดื่มดีวอเตอร์	33-2-04360	7.2	100
ร้านเจริญวิทย์ น้ำดื่มสราวิทย์	33-2-00762	8.5	500
มิอไทยวอเตอร์	33-2-01856	6.8	100

ภาพที่ 7 เมนูตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ ส่วนการสรุปและประมวลผลการตรวจวิเคราะห์สถานประกอบการทุกแห่ง



ภาพที่ 9 เมนูตรวจสอบสถานประกอบการตามแบบประเมินGMP

1.3 ส่วนการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหาร

เป็นส่วนที่ใช้สำหรับการตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน GMP มีความสามารถดังนี้

- คำนวณคะแนนการตรวจประเมินโดยอัตโนมัติ
- แสดงผลการประเมินทันทีพร้อมสรุปข้อบกพร่องที่พบ
- บันทึกภาพถ่ายประกอบการตรวจประเมินได้
- จัดทำรายงานการตรวจประเมิน (Audit Report) โดยอัตโนมัติ
- แสดงข้อมูลสถิติและรายงานสรุปผลการตรวจประเมินในรูปแบบกราฟและแผนภูมิ



ลงทะเบียนตรวจประเมินสถานประกอบการ

ชื่อสถานประกอบการ

เลขที่ใบอนุญาต

ชื่อผู้ถือใบอนุญาต

ที่อยู่

อำเภอ

บันทึก Cancel

ภาพที่ 8 เมนูตรวจสอบสถานประกอบการตามแบบประเมินGMP ส่วนแรกการเพิ่มสถานประกอบการรายใหม่



SmartFDASisaket 0.4

1.คส.1 (63) 2.คส.2 (63) 3.คส.3 (63) 4.คส.4 (63) 5.คส.5 (63)

ข้อบกพร่อง	ผลการตรวจประเมิน	ผลการประเมิน	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1.1 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.2 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.3 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.4 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.5 สถานที่ผลิตอาหาร				

ภาพที่ 10 เมนูตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดพื้นฐาน



SmartFDASisaket 0.4

1.คส.1 (63) 2.คส.2 (63) 3.คส.3 (63) 4.คส.4 (63) 5.คส.5 (63)

ข้อบกพร่อง	ผลการตรวจประเมิน	ผลการประเมิน	ผลการประเมิน	หมายเหตุ
	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	
1.1 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.2 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.3 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.4 สถานที่ผลิตอาหาร				
1.5 สถานที่ผลิตอาหาร				

ภาพที่ 11 เมนูตรวจสอบสถานที่ผลิตอาหารตามข้อกำหนดเฉพาะ ประเภท น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท



ภาพที่ 12 เมนูสรุปผลการตรวจประเมินแต่ละประเภท



ภาพที่ 13 เมนูกราฟสรุปผลการตรวจประเมินแต่ละประเภท

1.4 ส่วน Learning & Testing

เป็นส่วนที่รวบรวมข้อมูลความรู้และแบบทดสอบสำหรับ
ผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย

- ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน GMP และการตรวจประเมิน
- แบบทดสอบความรู้ด้านการตรวจประเมินสถานที่ผลิตและการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์
- สื่อการเรียนรู้รูปแบบวิดีโอและบทเรียนออนไลน์
- การประเมินผลการเรียนรู้และการทดสอบ



ภาพที่ 13 เมนูความรู้และแบบทดสอบสำหรับผู้ประกอบการหรือเจ้าหน้าที่



ภาพที่ 14 เมนูแบบทดสอบสำหรับผู้ประกอบการหรือเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระยะเวลาในการดำเนินการระหว่างระบบเดิมกับแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION

รายการตรวจ	SMART		
	ระบบเดิม (นาที)	FDA SISAKET APP. (นาที)	ระยะเวลาที่ลดลง (%)
ตรวจสอบเอกสารตามแบบตรวจสอบคำขอและบันทึกข้อบกพร่อง (Checklist)	30	10	66.67
ตรวจประเมินสถานที่ผลิตและเก็บอาหารตามแบบตรวจ พร้อมคำนวณคะแนน แจ้งผู้ประกอบการ บันทึกคะแนน ข้อมูลการตรวจ ประวัติการตรวจ	20	ทันที	100.00
ตรวจแปลผลวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ แจ้งผู้ประกอบการ คั่นคว่ำ/แนะนำแนวทางแก้ไขกรณีพบผลิตภัณฑ์ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด	30	ทันที	100.00
บันทึกผลวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์	30	ทันที	100.00
ระยะเวลารวม	190	10	94.74

จากตารางที่ 1 พบว่า การใช้แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION สามารถลดระยะเวลาในการดำเนินการโดยรวมจาก 190 นาที เหลือเพียง 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 94.74 โดยสามารถลดระยะเวลาในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยเฉพาะในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการคำนวณคะแนนการบันทึกข้อมูล และการแปลผล ซึ่งสามารถดำเนินการได้ทันทีเมื่อใช้แอปพลิเคชัน เนื่องจากระบบสามารถประมวลผลและแสดงผลได้โดยอัตโนมัติ

2. ผลการประเมินประสิทธิภาพ SMART FDA SISAKET APPLICATION

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.55 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 68.8 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70 ประสบการณ์ทำงานทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 90

ตารางที่ 2 ผลการประเมินประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION โดยผู้เชี่ยวชาญ (N=10)

ด้านการประเมิน	ส่วนค่าเฉลี่ย	ระดับเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ประสิทธิภาพ
1. ความสามารถในการทำงานของระบบ	3.50	0.55	มาก
2. ความถูกต้องในการทำงานของระบบ	3.80	0.48	มาก
3. ความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน	4.59	0.43	มากที่สุด

ส่วน	ระดับ
ด้านการประเมิน ค่าเฉลี่ย เบี่ยงเบน	ประสิทธิภาพ
มาตรฐาน	
4. ความรวดเร็ว	
ในการทำงานของ 3.90 0.53	มาก
ระบบ	
5. ความปลอดภัย	
ของระบบ 3.59 0.49	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม 3.84 0.50	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.84, S.D. = 0.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือ ด้านความสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน (ค่าเฉลี่ย = 4.59, S.D. = 0.43) อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านความรวดเร็วในการทำงานของระบบ (ค่าเฉลี่ย = 3.90, S.D. = 0.53) ด้านความถูกต้องในการทำงานของระบบ (ค่าเฉลี่ย = 3.80, S.D. = 0.48) ด้านความปลอดภัยของระบบ (ค่าเฉลี่ย = 3.59, S.D. = 0.49) และด้านความสามารถในการทำงานของระบบ (ค่าเฉลี่ย = 3.50, S.D. = 0.55) ตามลำดับ

3. ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้ SMART FDA SISAKET APPLICATION

จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 54 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37.55 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 56

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION (N=50)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจ			
ด้านตรงตามความต้องการ (Function Requirement)			
1. ความครอบคลุมตรงตามของระบบ	3.43	0.72	มาก
2. ความสามารถของระบบในการเพิ่มข้อมูล	4.25	0.63	มากที่สุด
3. ความสามารถของระบบในการปรับปรุงข้อมูล	4.25	0.89	มากที่สุด
4. ความสามารถของระบบในแปลผลข้อมูล	4.67	0.95	มากที่สุด
5. ระบบฐานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน	4.42	0.59	มากที่สุด
ด้านความง่ายต่อการใช้งาน (Usability)			
1. ความง่ายในการเรียกใช้ระบบ	4.56	0.72	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมในการออกแบบหน้าจอโดยภาพรวม	4.16	0.76	มาก
3. ความสวยงาม นำใช้งาน	4.55	0.66	มากที่สุด
4. ความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ	4.56	0.76	มากที่สุด
5. ความน่าใช้ของระบบในภาพรวม	4.59	0.53	มากที่สุด

ด้านประสิทธิภาพ (Performance)

รายการประเมิน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. ความเร็วในการแสดงผลหน้าจอ	4.34	0.63	มากที่สุด
2. ความเร็วในการบันทึกปรับปรุงข้อมูล	4.21	0.49	มากที่สุด
3. ความเร็วในการนำเสนอข้อมูล/แปลผล	4.59	0.50	มากที่สุด
ด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Security)			
1. การกำหนดรหัสผู้ใช้และรหัสผ่าน	4.38	0.57	มากที่สุด
2. การตรวจสอบสิทธิ์ก่อนการใช้งาน	4.40	0.54	มากที่สุด
3. การควบคุมการเข้าถึงข้อมูลตามระดับสิทธิ์	4.45	0.61	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้ประโยชน์			
1. ช่วยลดขั้นตอนการทำงาน	4.85	0.36	มากที่สุด
2. ช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน	4.87	0.33	มากที่สุด
3. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานโดยรวม	4.83	0.38	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน	4.47	0.60	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ความพึงพอใจในการใช้งาน แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET APPLICATION โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.47, S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะในเรื่องช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน (ค่าเฉลี่ย = 4.87, S.D. = 0.33) และช่วยลดขั้นตอน

การทำงาน (ค่าเฉลี่ย = 4.85, S.D. = 0.36) ในด้านตรงตามความต้องการ ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องความสามารถของระบบในแปลผลข้อมูล (ค่าเฉลี่ย = 4.67, S.D. = 0.95) แต่มีความพึงพอใจระดับปานกลางในเรื่องความครอบคลุมตรงตามของระบบ (ค่าเฉลี่ย = 3.43, S.D. = 0.72) ในด้านความง่ายต่อการใช้งาน ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องความน่าใช้ของระบบในภาพรวม (ค่าเฉลี่ย = 4.59, S.D. = 0.53) รองลงมาคือ ความง่ายในการเรียกใช้ระบบและความสะดวกในการเข้าใช้ระบบ (ค่าเฉลี่ย = 4.56, S.D. = 0.72 และ 0.76 ตามลำดับ) ในด้านประสิทธิภาพ ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องความเร็วในการนำเสนอข้อมูล/แปลผล (ค่าเฉลี่ย = 4.59, S.D. = 0.50) และในด้านการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ผู้ใช้งานมีความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องการควบคุมการเข้าถึงข้อมูลตามระดับสิทธิ์ (ค่าเฉลี่ย = 4.45, S.D. = 0.61)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET สำหรับการอนุญาตด้านอาหารที่สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย

1. ประสิทธิภาพของระบบ

ผลการประเมินประสิทธิภาพแอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET พบว่ามีประสิทธิภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.84) โดยเฉพาะด้านความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานซึ่งได้คะแนนสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.59) สอดคล้องกับงานวิจัยของอภิณพร ภูจิระ และณัฐพงศ์ พลสม (2560) ที่ชี้ให้เห็นว่าแอปพลิเคชันที่ดีควรมีคุณภาพในการนำเสนอที่สะดวก สวยงาม และง่ายต่อการใช้งาน

2. ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน

ระบบสามารถลดระยะเวลาการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะขั้นตอนการตรวจประเมินเอกสารที่ใช้เวลาเพียง 10 นาที จากเดิม 30 นาที และการตรวจสอบสถานที่ผลิตสามารถดำเนินการได้ทันที

ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนากระบวนการทำงานแบบ PAPERLESS ที่มีประสิทธิภาพ

3. การยอมรับเทคโนโลยี

ผลการศึกษาพบว่าผู้ใช้งานมีความพึงพอใจและการยอมรับเทคโนโลยีในระดับมาก โดยเฉพาะด้านความสามารถของระบบในการแปลผลข้อมูล ความรวดเร็วในการนำเสนอข้อมูล และความน่าใช้ของระบบในภาพรวม สอดคล้องกับงานวิจัยของพิชัย ระเบียบวัน (2562) ที่เน้นความสำคัญของความชัดเจน ความถูกต้อง และความรวดเร็วในการเข้าถึงข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

แอปพลิเคชัน SMART FDA SISAKET เป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการอนุญาตด้านอาหาร โดยนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในกระบวนการทำงานแบบ PAPERLESS ช่วยอำนวยความสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1.1 ด้านการพัฒนาระบบ

- ควรมีการปรับปรุงฟังก์ชันการทำงานของแอปพลิเคชันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในส่วนที่มีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพต่ำกว่าเกณฑ์ เช่น ความสามารถในการทำงานของระบบ
- เพิ่มระบบความปลอดภัยของข้อมูลและการเข้าถึงระบบให้มีความรัดกุมมากยิ่งขึ้น

1.2 ด้านการใช้งาน

- จัดอบรมและให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่และผู้ประกอบการอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานแอปพลิเคชัน
- สร้างคู่มือการใช้งานที่ละเอียดและเข้าใจง่าย
- พัฒนาระบบสนับสนุนและให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ใช้งาน

1.3 ด้านการขยายผล

- นำแอปพลิเคชันไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานอื่นในจังหวัดศรีสะเกษ
- เผยแพร่นวัตกรรมนี้ให้กับหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อเป็นต้นแบบการพัฒนาแบบดิจิทัล

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ด้านการพัฒนาระบบ

- ขยายขอบเขตของแอปพลิเคชันให้ครอบคลุมผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทอื่นๆ เช่น ยา เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย
- พัฒนาระบบการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูงโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อช่วยในการประเมินและตรวจสอบ
- เพิ่มความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยงานอื่นๆ อย่างเป็นระบบ

2.2 ด้านการวิจัย

- ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของระบบในบริบทพื้นที่และหน่วยงานที่แตกต่างกัน
- วิจัยผลกระทบระยะยาวของการใช้แอปพลิเคชันต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค
- พัฒนาต่อยอดโดยเพิ่มระบบการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย

2.3 ด้านเทคโนโลยี

- ศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาแอปพลิเคชันให้รองรับการใช้งานบนอุปกรณ์เคลื่อนที่หลากหลายแพลตฟอร์ม
- พัฒนาระบบให้รองรับภาษาอื่นเพื่อขยายการใช้งานสู่ระดับสากล
- เพิ่มความสามารถของระบบในการประมวลผลข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data)

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนจากหลายท่าน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นพ.ทง วีระแสงพงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ให้โอกาสพัฒนาและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ภก.ไพฑูรย์ แก้วอมร รองนายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ ภญ.มัลลิกา สุพล หัวหน้ากลุ่มงาน
คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ภญ.จันทร์จรัส
จงสุขวิโรจน์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่
ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่าต่อการ
พัฒนางานวิจัย ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.อนุพันธ์
สุวรรณพันธ์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ ที่ให้
คำแนะนำด้านระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบคุณ เกสัชกรหญิงณัฐธิดา ถาวรฤทธิการต์
หัวหน้าศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ

ตลอดจนบุคลากรกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช
สาธารณสุข พนักงานเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ร่วมทดลองใช้
งานแอปพลิเคชันและมอบข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อ
การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัย

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจสำคัญ
คอยสนับสนุนการทำงานเสมอมา รวมถึงผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอื้อนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งล้วนมีส่วน
สำคัญให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://moph.go.th/consumer-protection/>
2. ศูนย์บริหารกฎหมาย กรมอนามัย. รายงานการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการปฏิบัติในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-guidelines/>
4. พระราชบัญญัติการอำนวยความสะดวกในการพิจารณาอนุญาตของทางราชการ พ.ศ. 2558. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 132, ตอนที่ 4 ก (22 ม.ค. 2558).
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานผลการดำเนินงานการตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำปีงบประมาณ 2564. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2564.
6. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. แผนพัฒนาระบบราชการ 4.0 (พ.ศ. 2565-2570). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2565.
7. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง การตรวจประเมินสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายเพื่อใช้เป็นหลักฐานประกอบการพิจารณาอนุญาตหรือต่ออายุใบอนุญาตผลิตอาหาร หรือออกหนังสือรับรองมาตรฐานระบบการผลิตอาหาร ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พ.ศ. 2565. ประกาศ ณ วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2565.
8. Deming WE. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 2000.
9. อภิณพร ภูจิระ, ณัฐพงศ์ พลสม. การพัฒนาแอปพลิเคชันคำศัพท์ภาษาไทยพื้นฐานสำหรับเด็กชั้นอนุบาล 1 บนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์. วารสารวิชาการการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม 2560;4(1):172-80.

10. พิชัย ระวังวัน. การพัฒนาแอปพลิเคชันเสริมทักษะการเรียนรู้พยัญชนะภาษาไทยและภาษาอังกฤษของเด็กปฐมวัยบนระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์. วารสารวิชาการการจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม 2562;6(1):140-9.
11. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. MIS Quarterly 1989;13(3):319-40.
12. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แผนยุทธศาสตร์สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา; 2565.

ประสิทธิผลโปรแกรมการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ

วารุณี เป็งทอง¹

บทคัดย่อ

การวิจัย เรื่อง ประสิทธิผลโปรแกรมการควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะดำเนินการตามวิธีที่ผู้ศึกษากำหนดให้ กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในด้านดำเนินการตามแผนงานของโปรแกรม โดยรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้เรื่องเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ ความตระหนัก ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติ การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากร 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองกลุ่มละ ได้ 20 คน กลุ่มทดลอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงบ้านเพ็ก กลุ่มควบคุม ประชากรกลุ่มเสี่ยง บ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้านของประชากรกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ปัจจัยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วม หลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส สูงขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส และผลการวิเคราะห์กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 11.50, t = 6.22$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 12 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($\bar{d} = 11.35, t = 6.36$) สามารถนำโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสไปเป็นเครื่องมือในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในกลุ่มเสี่ยงต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรม, เลปโตสไปโรซิส, ปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส, พฤติกรรม

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: wawa2072@gmail.com

The effectiveness of the Leptospirosis control program for people at risk in in Ban Khammad Health Promoting Hospital, Nong Chiang Thun Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province

Warunee Pengtong¹

Abstracts

The research on the effectiveness of the leptospirosis prevention and control program for the risk group at Ban Kham Mad Sub-district Health Promoting Hospital, Nong Chiang Thun Sub-district, Prang Ku District, Si Sa Ket Province aims to study the results of the leptospirosis prevention and control project for the risk group at Ban Kham Mad Sub-district Health Promoting Hospital, Nong Chiang Thun Sub-district, Prang Ku District, Si Sa Ket Province. This research is a quasi-experimental research by comparing the results before and after the leptospirosis prevention and control program for the risk group. It will be conducted according to the researcher's method by having the experimental group participate in the implementation according to the plan. 2. Implement the plan by collecting data using a questionnaire to measure knowledge about leptospirosis, information perception, motivation, awareness, health beliefs, attitudes, participation, and behaviors in preventing and controlling leptospirosis. The sample consists of 2 groups of population: 1 control group and 1 experimental group, 20 people per group. The experimental group is the risk group of people in Ban Pek, and the control group is the risk group of people in Ban Kham Mad. Nong Chiang Thun Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province.

The research results found that the 7 factors in preventing and controlling leptospirosis of the experimental group were significantly different at the .05 level, namely, knowledge, information perception, motivation, awareness, health beliefs, attitudes, and participation. After receiving the leptospirosis prevention and control program, it was higher than before receiving the leptospirosis prevention and control program. The analysis of leptospirosis prevention and control behaviors of the experimental group before and after receiving the program and the control group found that the leptospirosis prevention and control behaviors of the experimental group after receiving the program were significantly different at the .05 level ($\bar{d} = 11.50$, $t = 6.22$) when comparing the experimental and control groups. After receiving the 12-week leptospirosis prevention and control program, there was a statistically significant difference at the .05 level ($\bar{d} = 11.35$, $t = 6.36$) The leptospirosis prevention and control program could be used as a tool for leptospirosis prevention and control in risk groups in the future.

Keywords: Program, leptospirosis, factors in preventing and controlling leptospirosis, behavior

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) หรือโรคฉี่หนู เป็นโรคติดต่อของสัตว์ที่ติดต่อมาถึงคน (Zoonosis) มีการกระจายมากที่สุดในโลก (Duane J. Gubler, Paul Reiter, Kristie L. Ebi, 2001) มีรายงานการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสครั้งแรก โดยวินิจฉัยจากอาการทางคลินิกของผู้ป่วย เมื่อปี ค.ศ. 1886 (พ.ศ. 2429) ที่เมือง Heidelberg ประเทศเยอรมัน โดยนายแพทย์ Adolf Weil ได้พบผู้ป่วย 4 ราย มีอาการไข้สูง ตาเหลือง และไตวายเฉียบพลัน หลังจากนั้นก็มีผู้รายงานโรคนี้อย่างแพร่หลาย โดยเรียกชื่อโรคว่า Weil's disease แต่ยังไม่พบสาเหตุหรือเชื้อก่อโรค ต่อมาได้มีการเรียกชื่อนี้ตามพื้นที่ที่พบผู้ป่วยตามสภาพแวดล้อมหรือฤดูกาล เช่น ในประเทศจีนเรียก Wei ni (Rice harvest Jaundice) ในประเทศญี่ปุ่นเรียก Nanukayami หรือ Nanokayami หรือ Akiyami (7 days or autumn fever) ชาวยุโรปเรียกผู้ป่วยโรคนี้ว่า โรคคอกหมู (Swineherd's disease) หรือโรคน้ำท่วม (Swam fever) หรือโรคลุยโคลน (Mud fever) ในยุโรปและออสเตรเลีย และที่อื่น ๆ อีกหลายแห่ง ได้เรียกชื่อตามอาชีพ และการสัมผัสโรคกับสิ่งสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรค เช่น Cane-cutter disease แพทย์บางคนก็ตั้งโรคนี้ตามอาการของผู้ป่วย เช่น Hemorrhagic jaundice หรือ Infectious jaundice หรือ โรคไข้หวัดคนงานรับจ้างล้างท่อ (Sewerman's flu) ในประเทศไทยเรียก "โรคฉี่หนู" และในประเทศไทยเป็นโรคที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อประชาชนที่มีอาชีพเกษตรกร ไม่ว่าจะเป็นทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือประมงทางน้ำ เป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มว่าเปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล การติดเชื้อมักเกี่ยวข้องกับ การสัมผัสน้ำ โคลน ดินที่เปียกชื้น ที่ปนเปื้อนเชื้อเลปโตสไปโรซิสไปรา ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรีย อินทอโรแกนส์ โดยมีหนู เป็นพาหะแหล่งเชื้อโรคหลัก นอกจากนี้ยังมีสัตว์เลี้ยงต่างๆที่เป็นแหล่งของเชื้อโรคด้วย เช่น สุุนัข หมู วัว ควาย โดยเชื้อโรคจะออกมากับปัสสาวะของสัตว์แล้วปนเปื้อนอยู่ในน้ำท่วมขัง หรือดินโคลน หรือ

พืช ผัก เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผลและรอยขีดข่วน และเยื่อของปาก ตา จมูก นอกจากนี้ยังสามารถไชเข้าทางผิวหนังปกติที่อ่อนนุ่มเนื่องจากแช่น้ำอยู่นาน คนมักติดเชื้อโดยอ้อมขณะย่ำดินโคลน แช่น้ำท่วมหรือว่ายน้ำ หรืออาจติดโรคโดยตรงจากการสัมผัสเชื้อในปัสสาวะสัตว์หรือเนื้อสัตว์ที่ปนเปื้อนเชื้อ โดยเฉพาะผู้ที่มีบาดแผลและไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันตัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ จากการที่โลกร้อนขึ้น การเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำฝนและทำให้เกิดน้ำท่วม มีผลต่อเชื้อเลปโตสไปรา กล่าวคือ ทำให้เชื้อมีโอกาสรอดในสิ่งแวดล้อมได้นานขึ้น โอกาสที่คนจะสัมผัสเชื้อก่อโรคที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม หรือมีโอกาสสัมผัสสัตว์ที่เป็นรังโรคซึ่งอพยพจากภาวะน้ำท่วม เข้ามาในพื้นที่ที่คนอาศัยอยู่ ซึ่งส่งผลให้มีการระบาดของเลปโตสไปโรซิสมากขึ้น

นอกจากการควบคุมโรคทางสิ่งแวดล้อมแล้ว การป้องกันและควบคุมโรค โดยการดูแลตนเองของประชาชนถือเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงของการดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วรวมถึงการเกิดความเสียหายต่อชีวิตหรือเกิดจากความพิการต่อไป หลังจากการหายของโรค การใช้หลักระบาดวิทยาเพื่อให้ผู้ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ทางด้านสาธารณสุขและปศุสัตว์ อาศัยการเข้าใจถึงธรรมชาติวิทยาของการเกิดโรค ซึ่งการควบคุมจะทำได้ต้องสามารถประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติวิทยาเชื่อมโยงปัจจัยที่สำคัญ เพื่ออธิบายโยงใยแห่งสาเหตุในการเกิดระบาดของโรค การเข้าใจถึงการตรวจวินิจฉัยและการตรวจจับโรคในระดับบุคคล เนื่องจากการดำเนินของโรคในคนทำให้เกิดอาการของโรคอาการในคนอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นกับชนิดและปริมาณของเชื้อ อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะรุนแรง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง (มักปวดที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อหลังและน่อง) ตาแดง อาจมีไข้ติดต่อกันหลายวันสลับกับระยะไข้ลด (biphasic) และมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีผื่นที่เพดานปาก (palatal

exanthema) โลหิตจาง มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อ ติบและไตวาย ดีซ่าน อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ทำให้รู้สึกสับสน เพ้อ ซึม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ไอมีเสมหะ อาจมีเลือดปน (hemoptysis) และเจ็บหน้าอก อาการปอดอักเสบรูปแบบไม่แน่ชัด (Atypical pneumonia syndrome) พบได้ในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส เยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบ ปราศจากเชื้อ (Aseptic meningoencephalitis) อาจเกิดได้จากเชื้อเลปโตสไปราทุกชนิด แต่มักพบมากจากเชื้อ *Canicola*, *Icterohaemorrhagiae* และ *Pomona* (กรมควบคุมโรค, 2566)

สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ในประเทศไทย ปี 2563 พบผู้ป่วย 1,603 ราย เสียชีวิต 21 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2.41 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย 1.31% กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 45-54 ปี (18.90 %) 35-44 ปี (18.03 %) 25-34 ปี (16.28 %) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรร้อยละ 39.1 รับจ้างร้อยละ 25.5 และนักเรียนร้อยละ 14.2 ภาคที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงที่สุด คือ ภาคใต้ (9.47 ต่อแสนประชากร) โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ระนอง ยะลา พังงา พัทลุง และ สงขลา ตามลำดับ ซึ่งช่วงต้นเดือนพฤศจิกายน เป็นต้นมา เป็นช่วงเวลาที่ภาคใต้เข้าสู่ฤดูมรสุม ฝนตกหนัก และเกิดภาวะน้ำท่วมในหลายจังหวัด ซึ่งน้ำจะเป็นตัวพาเชื้อมาสู่คนมากขึ้น ทำให้พบจำนวนผู้ป่วยในภาคใต้มากขึ้น ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2563 – ต้นเดือนมกราคม 2564 สำหรับปี 2564 (ข้อมูลวันที่ 1 ม.ค. – 6 ก.พ. 64) พบผู้ป่วย 105 ราย เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วย 0.16 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย 1.9% ปี 2565 มีรายงานผู้ป่วยแล้ว 2,053 ราย เสียชีวิต 16 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) และ ปี 2566 พบผู้ป่วย จำนวน 2,700 ราย มีผู้เสียชีวิต 31 ราย (กรมควบคุมโรค, 2566) เป็นปีที่มีการระบาด ข้อมูลวันที่ 6 มกราคม 2567 (กรมควบคุมโรค, 2567) พบว่าจังหวัดที่มีการระบาดมากที่สุด คือจังหวัดศรีสะเกษ

พบผู้ป่วย 15 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.03 ต่อแสนประชากร และพบจำนวนผู้เสียชีวิต 1 ราย รองลงมาคือจังหวัดตรัง อัตราป่วย 0.94

จังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2567 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) ข้อมูล 1 มกราคม – 26 สิงหาคม 2567 พบอัตราป่วย 23.39 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย โดยอำเภอที่ระบาดสูงสุด คือ อำเภอปรางค์กู่ อัตราป่วย 59.26 และมีผู้เสียชีวิต 1 ราย รองลงมาคืออำเภอกุสิงห์ อัตราป่วย 56.58 ต่อแสนประชากร และอำเภอไพรบึง อัตราป่วย 46.55 ต่อแสนประชากร และพบว่าสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส ที่กำลังระบาดอยู่นั้น อยู่ในเขตพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน โดยในปี 2565 และ 2566 ไม่พบผู้ป่วย ในปี 2567 พบผู้ป่วย 3 ราย และ ผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด, 2567)

จากสถานการณ์โรคดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขเพื่อหยุดการระบาดของโรคในพื้นที่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวทางและกลวิธีในการควบคุมโรคจากหน่วยงานราชการ ภาครัฐ และเอกชน รวมทั้งนักวิชาการในพื้นที่ที่ได้ทำการศึกษาไว้แล้ว รวบรวมรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยคาดหวังว่าสามารถป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิสได้ เพื่อให้การดำเนินบรรลุมิติดูเป้าหมาย ประชาชนเกิดความรู้ ความตระหนัก ต่อการป้องกันตนเอง สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสขึ้น เพื่อปรับปรุงให้ในพื้นที่ และเกิดประโยชน์กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ใกล้เคียงบริบทประชาชนมากที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่

1.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบแรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความตระหนักการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.5 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.6 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเจตคติในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.7 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

1.8 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่ม

เสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ

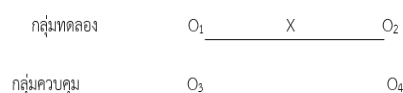
คำถามการวิจัย

ประสิทธิผลผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส มีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรารังค์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้หรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Comparison Group) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre-test Post-test Design) กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคตามที่คณะผู้วิจัยกำหนด กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการควบคุมโรค ดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เดือนตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2567 ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรโดยใช้แบบสัมภาษณ์สอบถามก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการวิจัย ดังนี้



รูปภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการวิจัย

สัปดาห์ที่	โดยกำหนดให้											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
กลุ่มทดลอง	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11	X12
O_1												O_2

สัปดาห์ที่	โดยกำหนดให้										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
กลุ่มควบคุม											
O_3											O_4

รูปภาพที่ 2 แสดงแผนภูมิการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ของการวิจัย ดังนี้

1) ประชากรศึกษา (Reference population) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิสในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็นประชากรกลุ่มทดลอง และประชากรกลุ่มควบคุม

3) ขนาดตัวอย่าง (Sample size) จากใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณจิรวัฒน์กุล, 2551) คำนวณตัวอย่าง กลุ่มละ ได้ 20 คน

4) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) โดยการใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม สุ่มเลือกพื้นที่ที่มีผู้ป่วย หรือผู้ป่วยตาย ใน 3 ปี ย้อนหลัง ประชากรกลุ่มทดลอง ได้ บ้านเพ็ก ประชากรกลุ่มควบคุม และคัดกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก จนได้จำนวนตามขนาดตัวอย่างโดยยึดแนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรมเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

5) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งเพศชายและหญิง, ยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย, อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์, อยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี

6) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) กลุ่มประชาชนที่ไม่สามารถร่วมวิจัยตลอดของช่วงการศึกษา,ป่วยไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงตามและพัฒนาจากแบบสอบถามที่มีนักวิชาการทำการศึกษาไว้แล้วบางส่วน โดยนำเครื่องมือวัดนั้นมาปรับข้อความเพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และเป็นตามแนวทางของวัตถุประสงค์ของการวิจัย ก่อนใช้เครื่องมือดังกล่าว ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามการวิจัยจากการศึกษาของ อีรารุช คำโสภา (2557) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย การเลี้ยงสัตว์ การเจ็บป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิส การมีหนูอาศัยอยู่ในบ้าน จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้าน ดังนี้ ด้านความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ คะแนนมีลักษณะเป็นข้อสอบแบบถูกผิด (True-false) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ได้คะแนน 2 คะแนน ตอบผิด ได้คะแนน 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วม 50 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา

2. โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษาของ อีรารุช คำโสภา (2557) ประกอบด้วย

1. การสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วม สร้างเจตคติทางบวก

2. กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ด้วยวิธีการของกระทรวงสาธารณสุข คู่มือการจัดทำค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม : ค่ายต้นกล้า และการเล่นเกมให้ข้อคิด
3. ประเมินผล เป็นการประเมินผลการพัฒนาการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การมีส่วนร่วมอภิปราย และการแสดงออก

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความรู้ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร 3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ 4) ปัจจัยด้านความตระหนัก และ 5) ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ตัวแปรต้นกลาง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านเจตคติ และ 2) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม

3. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ใช้แบบสอบถาม Pre-post test

- 1) ส่งหนังสือ หมู่บ้านและกลุ่มเป้าหมาย
- 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยแบบประเมินความรู้ ก่อน - หลัง

- 1.3) ผู้วิจัยประเมินข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติ ดังนี้

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

- 2) สถิติวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัย โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate)

และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significance .05)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

- 2) บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนในการวัดความรู้ของอสม.และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแบบสอบถาม แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

- 2.1) การแปลความหมายระดับความรู้เรื่องเลปโตสไปโรซิส มีจำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ 20 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการจัดระดับการเรียนรู้ตามเกณฑ์ ตามเกณฑ์ของ (Bloom,1986;60) แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับโดยคิดจากค่าคะแนนเต็ม ดังนี้

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ระดับความรู้สูง
คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ระดับความรู้ปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับความรู้ต่ำ

โดยคำนวณค่าคะแนนตามเกณฑ์ร้อยละเอ็ดจากสูตร
คะแนนอยู่ช่วงคะแนน 23.20-29.00 คะแนน ระดับความรู้สูง

คะแนนอยู่ช่วงคะแนน 17.40-23.19 คะแนนระดับความรู้ปานกลาง

คะแนนอยู่ช่วงคะแนน 0.00-17.39 คะแนน ระดับความรู้ต่ำ

- 2.2) ด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วม 50 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราวัด

ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด 5 ระดับ (Best, 1981) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก (+) เป็นระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติ ดังนี้ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก 3 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด คำถามเชิงลบ (-) เป็นระดับความคิดเห็นหรือการปฏิบัติ ดังนี้ 1 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด 2 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก 3 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง 4 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อย และ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วมเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 10-50 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 13.33 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ระดับคะแนน 10.00 - 23.33 หมายถึง มีความคิดเห็นต่ำ ระดับคะแนน 23.34 - 36.67 หมายถึง มีความคิดเห็นปานกลาง

ระดับคะแนน 36.68 - 50.00 หมายถึง มีความคิดเห็นสูง

เกณฑ์การด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 5-25 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 6.67 คะแนน

ระดับคะแนน 5.00 - 11.67 หมายถึง มีความคิดเห็นต่ำ

ระดับคะแนน 11.68 - 18.35 หมายถึง มีความคิดเห็นปานกลาง

ระดับคะแนน 18.36 - 25.00 หมายถึง มีความคิดเห็นสูง

2.3) การแปลความหมายระดับประเมินพฤติกรรม การพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด 5 ระดับ (Best, 1981) ใช้วิธีวิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และแปรผลข้อมูลที่ได้จากการศึกษาโดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด 5 ระดับ (Best, 1981) เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติในระดับมากที่สุด 4 หมายถึง ปฏิบัติในระดับมาก 3 หมายถึง ปฏิบัติในระดับปานกลาง 2 หมายถึง ปฏิบัติในระดับน้อย และ 1 หมายถึง ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ ดังนี้ 1 หมายถึง ปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด 2 หมายถึง ปฏิบัติในระดับน้อย 3 หมายถึง ปฏิบัติในระดับปานกลาง 4 หมายถึง ปฏิบัติในระดับมาก 5 หมายถึง ปฏิบัติในระดับมากที่สุดกลุ่ม

เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 15-75 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 20 คะแนน

ระดับคะแนน 15.00 - 35.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมต่ำ

ระดับคะแนน 35.01 - 55.01 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง

ระดับคะแนน 55.02 - 75.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะทั่วไป

1.1 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 60.00 มีอายุเฉลี่ย 47.65 อายุมากที่สุด 25 ปี อายุมากที่สุด 62 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 38-51 ปี และ 52-65 ปี ร้อยละ 45.00 เท่ากัน สถานะ สมรส ร้อยละ 80.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 อาชีพ เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) ร้อยละ 75.00 รายได้เฉลี่ย 4,735 รายได้

น้อยที่สุด 300 บาท มากที่สุด 30,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 299-10,199 บาท ร้อยละ 90.00 สัตว์ที่ภายในบ้าน ไก่บ้านหรือบริเวณบ้าน เรียงลำดับมากไปหาน้อย คือ สุนัข, วัว, แมว, ควาย, หมู ร้อยละ 70.00, 60.00, 10.00, 5.00, 5.00 ตามลำดับ ในหนึ่งปีที่ผ่านมาท่านหรือบุคคลในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส (ไข้ฉี่หนู) ไม่มีผู้ป่วย และ บ้านพักมีหนูอาศัยอยู่ ร้อยละ 90.00

1.2 กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 75.00 มีอายุเฉลี่ย 52.40 อายุมากที่สุด 34 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 52-65 ปี ร้อยละ 55.00 เท่ากัน สถานะ สมรส ร้อยละ 70.00 การศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 อาชีพ เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) ร้อยละ 80.00 รายได้เฉลี่ย 3,900 รายได้น้อยที่สุด 2,000 บาท มากที่สุด 10,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 299-10,199 บาท ร้อยละ 100.00 สัตว์ที่ภายในบ้าน ไก่บ้านหรือบริเวณบ้าน เรียงลำดับมากไปหาน้อย คือ สุนัข, วัว, แมว, ควาย ร้อยละ 70.00, 35.00, 10.00, 5.00 ตามลำดับ ในหนึ่งปีที่ผ่านมาท่านหรือบุคคลในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส (ไข้ฉี่หนู) ร้อยละ 5.00 และ บ้านพักมีหนูอาศัยอยู่ ร้อยละ 5.00

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

กลุ่มทดลอง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 70.00 หลังการทดลอง ระดับความรู้สูง ร้อยละ 100.00 ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 55.00 หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้สูง ร้อยละ 100.00 ด้านแรงจูงใจ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับแรงจูงใจสูง ร้อยละ 75.00 หลังการทดลอง ระดับแรงจูงใจสูง ร้อยละ 100.00 ด้านความตระหนัก ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับความตระหนักสูง ร้อยละ 70.00 หลังการทดลอง ระดับความตระหนักสูง ร้อยละ 100.00 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง ระดับความเชื่อ

ด้านสุขภาพสูง และปานกลาง เท่ากัน ร้อยละ 50.00 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับความเชื่อด้านสุขภาพสูง ร้อยละ 90.00 ด้านเจตคติ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับเจตคติสูง ร้อยละ 60.00 หลังการทดลอง ระดับเจตคติสูง ร้อยละ 95.00 ด้านการมีส่วนร่วม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับการมีส่วนร่วมสูง ร้อยละ 55.00 หลังการทดลอง ระดับการมีส่วนร่วมสูง ร้อยละ 95.00 และพบว่าพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 80.00 หลังการทดลอง ระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 100.00

กลุ่มควบคุม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 60.00 หลังการทดลอง ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 50.00 และระดับความรู้สูง ร้อยละ 45.00 ปัจจัยด้านการรับรู้ข่าวสาร ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้สูง ร้อยละ 95.00 หลังการทดลอง มีระดับการรับรู้สูง เท่ากับระดับการรับรู้ปานกลาง ร้อยละ 45.00 ด้านแรงจูงใจ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับแรงจูงใจสูง ร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ระดับแรงจูงใจสูง ร้อยละ 80.00 ด้านความตระหนัก ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับความตระหนักสูง ร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ระดับความตระหนักสูง ร้อยละ 75.00 ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง ระดับความเชื่อด้านสุขภาพสูง เท่ากัน ร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับความเชื่อด้านสุขภาพสูง ร้อยละ 60.00 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 40.00 ด้านเจตคติ ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับเจตคติสูง ร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ระดับเจตคติสูง ร้อยละ 60.00 และระดับเจตคติปานกลาง ร้อยละ 40.00 ด้านการมีส่วนร่วม ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับการมีส่วนร่วมสูง ร้อยละ 95.00 หลังการทดลอง ระดับการมีส่วนร่วมสูง ร้อยละ 55.00 และพบว่าพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่ ระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 80.00 ระดับพฤติกรรมต่ำ ร้อยละ 20.00

3. การเปรียบเทียบปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้าน ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

3.1 กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรม พบว่า ปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้านของประชากรกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ปัจจัยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วม หลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส สูงขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้าน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
-ความรู้	ก่อนการอบรม	20	8	16	13.80	2.24	3.80	2.84-4.75	8.32	19	.000*
	หลังการอบรม	20	16	20	17.60	1.23					
-การรับรู้ข่าวสาร	ก่อนการอบรม	20	21	42	33.10	7.38	12.40	8.57-16.23	6.78	19	.000*
	หลังการอบรม	20	39	50	45.50	3.30					
-แรงจูงใจ	ก่อนการอบรม	20	9	25	20.30	4.12	2.70	1.92-4.31	3.52	19	.002*
	หลังการอบรม	20	19	25	23.00	1.89					
-ความตระหนัก	ก่อนการอบรม	20	17	25	21.35	2.94	2.40	1.29-3.50	4.53	19	.000*
	หลังการอบรม	20	21	25	23.75	1.29					
-ความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนการอบรม	20	22	44	34.25	6.18	11.25	9.15-13.35	11.20	19	.000*
	หลังการอบรม	20	32	50	45.50	4.82					
-เจตคติ	ก่อนการอบรม	20	25	46	37.15	6.21	7.60	5.40-9.80	7.22	19	.000*
	หลังการอบรม	20	25	49	46.45	5.39					
-การมีส่วนร่วม	ก่อนการอบรม	20	19	48	60.10	8.53	9.30	5.39-13.21	4.97	19	.000*
	หลังการอบรม	20	34	50	71.10	4.07					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 กลุ่มควบคุม(ไม่ได้รับโปรแกรม) ก่อน-หลัง พบว่า ปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 ด้านของประชากรกลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ปัจจัยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วม หลังการได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส สูงขึ้นก่อนการได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ส่วนปัจจัยด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก กลุ่มควบคุม (ไม่ได้รับโปรแกรม) ไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้าน ของกลุ่มควบคุม(ไม่ได้รับโปรแกรม) ก่อน-หลัง

ปัจจัย	กลุ่มควบคุม	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
-ความรู้	ก่อนการอบรม	20	8	16	12.30	2.18	2.10	.80-3.41	3.37	19	.003*
	หลังการอบรม	20	8	16	14.40	2.01					
-การรับรู้ข่าวสาร	ก่อนการอบรม	20	36	45	41.75	2.43	-8.70	-12.29- -5.11	-5.67	19	.000*
	หลังการอบรม	20	21	42	33.05	7.32					
-แรงจูงใจ	ก่อนการอบรม	20	20	25	22.60	1.88	-2.10	-4.36- .16	-1.95	19	.066
	หลังการอบรม	20	9	25	20.50	3.98					

-ความตระหนัก	ก่อนการอบรม	20	19	25	22.95	1.93	-1.40	-3.05-	.25	-1.78	19	.091
	หลังการอบรม	20	17	25	21.55	2.70						
-ความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนการอบรม	20	38	50	43.80	3.41	-5.15	-8.74-	-1.56	-3.00	19	.007*
	หลังการอบรม	20	26	49	38.65	6.60						
-เจตคติ	ก่อนการอบรม	20	40	50	44.40	3.79	-6.90	-10.58-	-3.21	-3.92	19	.001*
	หลังการอบรม	20	25	46	37.50	6.19						
-การมีส่วนร่วม	ก่อนการอบรม	20	32	50	43.00	4.85	-5.70	-10.44-	-.95	-2.54	19	.021*
	หลังการอบรม	20	19	48	37.30	8.61						

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(ไม่ได้รับโปรแกรม) ก่อนการทดลอง พบว่า ปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 ด้านของประชากรกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ปฏิเสธสมมติฐานว่าจะต้องไม่แตกต่างกัน แต่ผลพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ปัจจัยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลองและควบคุม มีแตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก เป็นไปตามสมมติฐานคือไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้าน ของกลุ่มควบคุม(ไม่ได้รับโปรแกรม) ก่อนได้รับโปรแกรม

ปัจจัย	ก่อนทดลอง	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
-ความรู้	กลุ่มทดลอง	20	8	16	13.80	2.23	1.50	2.08-2.92	2.21	19	.040*
	กลุ่มควบคุม	20	8	16	12.30	2.18					
-การรับรู้ข่าวสาร	กลุ่มทดลอง	20	21	42	33.10	7.38	-8.65	-12.27- -5.03	-5.00	19	.000*
	กลุ่มควบคุม	20	36	45	41.75	2.43					
-แรงจูงใจ	กลุ่มทดลอง	20	9	25	20.30	4.12	-2.30	-4.61- .01	-2.08	19	.051
	กลุ่มควบคุม	20	20	25	22.60	1.88					
-ความตระหนัก	กลุ่มทดลอง	20	17	25	21.35	2.94	-1.60	-3.35- .15	-1.92	19	.070
	กลุ่มควบคุม	20	19	25	22.95	1.93					
-ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง	20	22	44	34.25	6.18	-9.95	-13.00- -6.10	-5.80	19	.000*
	กลุ่มควบคุม	20	38	50	43.80	3.41					
-เจตคติ	กลุ่มทดลอง	20	25	46	37.15	6.22	-6.95	-10.65- -3.25	-3.93	19	.001*
	กลุ่มควบคุม	20	40	50	44.40	3.79					
-การมีส่วนร่วม	กลุ่มทดลอง	20	19	48	37.15	8.53	-5.85	-10.66- -1.04	-2.54	19	.020*
	กลุ่มควบคุม	20	19	48	43.00	4.84					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.4 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(ไม่ได้รับโปรแกรม) หลังการทดลอง พบว่า ปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้านของประชากรกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หลังจากได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้

ปัจจัยด้านความรู้ ด้านการรับรู้ข่าวสาร ด้านแรงจูงใจ ด้านความตระหนัก ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านเจตคติ ด้านการมีส่วนร่วม ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนปัจจัยการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 7 ด้าน ของกลุ่มควบคุม(ไม่ได้รับโปรแกรม) หลังการได้รับโปรแกรม

ปัจจัย	หลังการทดลอง	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
-ความรู้	กลุ่มทดลอง	20	16	20	17.60	1.23	3.20	2.32-4.08	7.61	19	.000*
	กลุ่มควบคุม	20	8	16	14.40	2.01					
-การรับรู้	กลุ่มทดลอง	20	39	50	45.50	3.30	12.45	8.63- 16.27	6.83	19	.000*
ข่าวสาร	กลุ่มควบคุม	20	21	42	33.05	7.32					
-แรงจูงใจ	กลุ่มทดลอง	20	19	25	23.00	1.89	2.50	.96- 4.05	3.39	19	.003*
	กลุ่มควบคุม	20	9	25	20.50	3.98					
-ความ	กลุ่มทดลอง	20	21	25	23.75	1.29	2.20	1.41- 3.26	4.35	19	.000*
ตระหนัก	กลุ่มควบคุม	20	17	25	21.55	2.70					
-ความเชื่อ	กลุ่มทดลอง	20	32	50	45.50	4.81	6.85	4.56- 9.14	6.26	19	.000*
ด้าน	กลุ่มควบคุม	20	26	49	38.65	6.60					
สุขภาพ											
-เจตคติ	กลุ่มทดลอง	20	25	49	45.05	5.39	7.55	5.37- 9.73	7.24	19	.000*
	กลุ่มควบคุม	20	25	46	37.50	6.19					
-การมีส่วนร่วม	กลุ่มทดลอง	20	34	50	46.45	4.07	9.15	5.23- 13.07	4.89	19	.000*
ร่วม	กลุ่มควบคุม	20	19	48	37.30	8.61					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 12 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรม และกลุ่มควบคุม

ประชากร	ก่อน-หลัง	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
กลุ่มทดลอง	ก่อนการอบรม	20	40	72	60.10	9.76	11.50	7.63-15.37	6.22	19	.000*
	หลังการอบรม	20	60	75	71.60	3.27					
กลุ่มควบคุม	ก่อนการอบรม	20	59	74	66.85	5.33	-6.60	-12.03--1.17	-2.55	19	.000*
	หลังการอบรม	20	42	72	60.25	9.46					
ก่อน-หลัง	ประชากร	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการ	กลุ่มทดลอง	20	40	72	60.10	9.76	-6.75	-12.32- -	-2.536	19	.000*

อบรม										1.18
	กลุ่มควบคุม	20	59	74	66.85	5.33				
หลังการ	กลุ่มทดลอง	20	60	75	71.60	3.27	11.35	7.62-15.08	6.36	19 .000*
อบรม	กลุ่มควบคุม	20	42	72	60.25	9.46				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด ตำบลหนองเขิงชุม อำเภอลือเสาะ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 7 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านความรู้ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 3) ปัจจัยด้านแรงจูงใจ 4) ปัจจัยด้านความตระหนัก 4) ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ 6) ปัจจัยด้านเจตคติ 7) ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ผลการวิเคราะห์ผลหลังการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐดนัย จันทา (2553 :100-101) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าภายหลังการทดลอง พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และพบว่าพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนาพร รักวิชา, ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์ (2557) แหล่งความรู้ ความถี่ในการได้รับความรู้ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส หลังได้รับโปรแกรม มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่นัยสำคัญ

.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุวดี ลีลัคนาวีระ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของชาวนาในจังหวัดชัยนาท ผลการศึกษาพบว่า ชาวนามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ในระดับปานกลาง ($M=2.13$, $SD=0.72$, $M=2.12$, $SD=0.89$, $M=1.84$, $SD=0.99$, และ $M=2.32$, $SD=0.42$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่สัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส (Sev) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (PbnPbr) ประสบการณ์การเกิดบาดแผลจากการประกอบอาชีพทำนา (Exp) และระยะเวลาในการประกอบอาชีพทำนา (Time) แลทั้งสี่ปัจจัยนี้สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้ ร้อยละ 12 ซึ่งสามารถเขียนสมการการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ $Beh = 2.00 + 0.11 (Sev) + 0.05 (PbnPbr) - 0.004 (Exp) + 0.004 (Time)$

3. การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จึงเน้นให้สร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การจัดทำข้อมูลกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส เป็นแนวทางที่จะส่งเสริมการใช้โปรแกรมกับกลุ่มเสี่ยงผู้ที่มีพฤติกรรมสัมผัสกับแหล่งรังโรค แหล่งน้ำ

2. การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เพราะการร่วมมือกันของประชาชนจะก่อให้เกิดพลังอำนาจในการส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมและป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ทำให้ประสบผลสำเร็จบรรลุเป้าหมายได้ ซึ่งถ้าหากประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น ทำให้เกิดความ เป็นเจ้าของโครงการ เกิดความรับผิดชอบ เพราะได้ร่วมแสดงความคิดเห็นไว้ด้วยตั้งแต่เริ่มต้น เป็นปัจจัยที่อยากเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม ไปทุกขั้นตอนจนเสร็จสิ้นโครงการ

3. การสร้างความรู้ ให้กับประชาชนต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน อย่างสม่ำเสมอ เฉพาะเจาะจงให้กลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงสัมผัสแหล่งรังโรค เพราะความรู้เป็นพื้นฐานอันดับแรกที่จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรม หากประชาชนได้รับความรู้ ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่ถูกต้อง เป็นจริง จนเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสที่ถูกต้องแล้ว ก็จะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมกับการพัฒนาด้านความรู้ จึงจำเป็นต้องพัฒนาเป็นอันดับแรก และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลการศึกษาของ วรารัตน์ สังวะลี และคณะ (2558) ได้ศึกษา ความรู้ พฤติกรรม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภอลำ

รินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร และแหล่งน้ำอุปโภค บริโภค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ผู้บริหารสามารถนำผลไปกำหนดยุทธศาสตร์ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในพื้นที่ระดับอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้พื้นที่อื่น ที่มีการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส เนื่องจากการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงที่จะสัมผัสกับแหล่งรังโรค เช่นแหล่งน้ำ ดังนั้นในการจัดการสิ่งแวดล้อมจึงทำได้ยาก จึงควรกำหนดการสื่อสารข้อมูล การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ ความตระหนัก ความเชื่อด้านสุขภาพ เจตคติ การมีส่วนร่วม ให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยวิธีต่างๆ โดยผลการศึกษาของ วัชรบพิตร บังพิมาย และพรนภา ศุกรเวทย์ศิริ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การไม่สวมใส่ถุงมือยางขณะทำกิจกรรมการเกษตร ($mOR = 2.08, 95\%CI: 1.01 - 4.29$) ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงพหุโลจิสติกแบบมีเงื่อนไขพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.024$) ได้แก่ การไม่สวมใส่รองเท้าบูทขณะทำกิจกรรมทางเกษตรกรรม ($mOR_{adj} = 2.20, 95\%CI: 1.11 - 4.35$) ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรที่ไม่สวมรองเท้าบูทขณะทำกิจกรรมทางเกษตรเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis, Weil Disease). (ออนไลน์) สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2567. https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=16.

กัลยาณี ปัจจัยเก. (2557). การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.

- ธีรรุธ คำโสภา. (2558). รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัด ศรีสะเกษ. วารสาร วมรม. (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 : มกราคม – เมษายน 2558: 125-136).
- บ้านดงยาง ตำบลดงยาง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. ปริญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, 2557: 1-4.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2546). *การวิจัยเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น. พิมพ์ครั้งที่ 8.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกำแมด. (2567). รายงานสถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญ. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อที่สำคัญ ประจำปี 2567 (18 – 24 สิงหาคม 2567). เอกสารอัดสำเนา.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2557). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิทยพัฒน์.
- Best, J.W.(1981). *Research in Education*. New Jersey : Prentice – Hall.
- Bloom, B.S., et al. (1986). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York : McGraw-Hill.
- Duane J. Gubler, Paul Reiter, Kristie L. Ebi, Wendy Yap, Roger Nasci, Jonathan A. Patz. *Climate Variability and Change in the United States: Potential Impacts on Vector and Rodent Borne Diseases*. Env Health Pers 2001; 109 (2): 223-33.
- ณัฐดนัย จันทา. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในชุมชน อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ) มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วนิดา นาคศิลา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของชาวนาในจังหวัดชัยนาท. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University Vol.22 No.1 January-March, 2014.
- วัฒนาพร รักษ์ชา. (2557). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) ของประชาชนอำเภอสว่างวีระวงศ์ จังหวัดหนองบัวลำภู. Graduate Research Conference Khon Kaen University.
- วัชรบพิตร บังพิมาย และพรนภา ศุภเวทย์ศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นเลปโตสไปโรซิสในจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2560.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เสนาศักดิ์ เขตจ่อหอ¹, สมัย ลาประวัต²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบได้แก่ประชาชนในเขตอำเภอเบญจลักษ์ จำนวน 100 คนใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 1 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลัง และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน โดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “NONGHANG Model ประกอบด้วย 1) N; Network and Team มีภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันเกิดคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล อย่างชัดเจน 2) O; Organization Analysis การวิเคราะห์องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงิน ของ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน 3) N; New design การออกแบบ การวางแผนงานใหม่ที่ง่าย สะดวก รวดเร็วสอดคล้องกับบริบทชุมชน 4) G; Government Policy การทำงานให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ประชาชนและสอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐ กระทรวง 5) H&A; Holistic care & Action การนำสู่การปฏิบัติในชุมชน ครอบคลุม เข้าถึงตัวบุคคลกลุ่มเป้าหมายแบบองค์รวม 6) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดีน่าเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ จากผลการวิจัยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอ เบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วมของชุมชน ,การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ,

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: Sanorsak.tho@gmail.com

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

The Development of Prevention for Liver Fluke though Community Participation in Nong Hang Sub District, Benchallak Distric, Sisaket Province

Sanorsak Khetgotho,¹ Samai Laprawat,²

ABSTRACT

The purpose of this research was to prevent liver fluke through community participation in Nong Hang Sub District, Benchallak District, Sisaket Province, between October 2024 and February 2025, a total of 20 weeks. The sample group consisted of the Prevention for Liver Fluke Team, totaling 50 people. The

sample group for evaluation of the population by using the Nonghang Model was 100 people. The research used the quality management process (PAOR) for 1 cycle, 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 process model for prevention of liver fluke through community participation is "NONGHANG Model," consisting of 1) a 1) Network and team that have network partners to work together, form an executive committee, and define clear roles. 2) Organization Analysis: Analysis of the organization, team, community, human resources, money, and things used to drive the work. 3) N; New design: Easy new work planning. 4) G: Government Policy Work to achieve results that benefit the people and are in line with government policies. 5) H&G Holistic care & Action: Bringing practices in the community and family, and reaching out to the target group holistically. 6) N&G; Notable & Good Practice: There is a platform to draw lessons and bring good, credible, and outstanding practices to expand in other areas. From the developed research results, it enhances the potential for the implementation of prevention for Liver Fluke through Community Participation in Nong Hang Sub District, Benchallak District, Sisaket Province achieve the set goals.

Keywords : model, community participation, prevention for Liver Fluke

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคสำคัญ และโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งประชาชนในประเทศไทยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ มีประมาณ 6 ล้านคนและประชาชนกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีใน ระยะเวลาประมาณ 20-30 ปี ข้างหน้าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์โรคมะเร็ง ท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงประมาณรายละ 500,000 บาท โดยโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เกิดจากการรับประทานปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ โดยการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลา ส้มปลา ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ(*Opisthorchis Viverrini*) (กรมควบคุมโรค, 2559) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรคพยาธิใบไม้ตับ คือ บุคคลที่มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายแล้วขับถ่ายอุจจาระนอกส้วม ทำให้ไข่

พยาธิที่ปนออกมากับอุจจาระลงสู่พื้นดินและแหล่งน้ำ โดยมีหอยพาหะกึ่งกลางของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ ซึ่งเป็นการเริ่มเข้าสู่วงจรของโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไปอีก เมื่อ คน แมวหรือ สุนัข ซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้อีกทั้งพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคน และสัตว์รังโรคเมื่อมีตัวพยาธิสะสมมากๆ เป็นเวลานานจะมีการอักเสบของท่อน้ำดีด้วยหลายกลไก เช่น จากการกัดดูดของ sucker พยาธิ และสารคัดหลั่งจากตัวพยาธิทำให้เซลล์อักเสบมาตอบสนองและกระตุ้นทำให้เซลล์เยื่อท่อน้ำดีแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และสร้างสารอนุมูลอิสระจากเซลล์อักเสบออกมา นำไปสู่การทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์เยื่อท่อน้ำดี ๖(Oxidative and Nitritive DNA Damage) หากติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำบ่อยๆ ยิ่งทำให้มีการทำลายสารพันธุกรรมไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ จะมีการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมผิดปกติ แบบถาวรนำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด ซึ่งพยาธิใบไม้ตับ

ชนิดนี้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็ง (Group 1, Carcinogenic to Human) (สรญา แก้วพิบูลย์และคณะ, 2560) จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรคมะเร็งตับของประชาชนในประเทศไทยปี 2552 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมบริโภค ส้มตำใส่ปลาร้าดิบมากที่สุด ร้อยละ 20.10 รองลงมา ได้แก่ การรับประทานปลาร้าดิบๆ และน้ำพริกปลาร้าดิบ เครื่องแกงดิบๆ หรือแจ่วของปลาร้าดิบ ร้อยละ 15.20 และ 9.30 ตามลำดับ รวมทั้งพบว่าประชาชน มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมของประชาชนที่ถูกสุขลักษณะเป็นประจำเมื่ออยู่ที่บ้าน และออกไปทำงานในสวน ในไร่ หรือไปทำนา คิดเป็นร้อยละ 76.40 และ 44.70 (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2557) และเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงต้นเหตุ พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่พบโรคมะเร็งตับไม่ดับสูงยังคงรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบๆ สุกๆ เป็นประจำเหมือนเดิม เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าดิบ ร้อยละ 7 โดยรับประทานเป็น ครั้งคราว ร้อยละ 84 ร้อยละ 69 ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม โดยพบแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้นในเด็ก อาจมีสาเหตุจากผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจ โดยเฉพาะการประกอบอาหารเฉพาะสำหรับเด็ก หากพิจารณาในบริบทชาวชนบท จะพบว่าพ่อ แม่ และเด็กจะร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน ดังนั้นหากพ่อแม่รับประทานอาหารประเภทใด เด็กมักจะรับประทานอาหารชนิดนั้นๆ ด้วย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก สอดคล้องกับข้อมูลของหน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2549 ถึง 2556 ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่มารับการรักษา ในระยะท้ายของการป่วย และค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 เดือน (ณัฐ ธัญญาหาร อ้างถึงใน เกสร แถวโนนิจ และคณะ, 2557) และจากการศึกษาด้านระบาดวิทยา พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสอดคล้องกับ

การระบาดของโรคมะเร็งตับไม่ดับ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามความหนาแน่นของไข้พยาธิที่ตรวจพบ ในผู้ที่มีความหนาแน่นของไข้พยาธิมากกว่า 6,000 ต่อกรัมของอุจจาระ จะเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 14 เท่า สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น ประชาชนเป็นโรคมะเร็งตับไม่ดับจากการกินปลาน้ำจืด ดิบๆ สุกๆ หรือที่มีตัวอ่อนของพยาธิไม่ดับ ปนเปื้อนและกลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งตับไม่ดับจะพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปี ซึ่งทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายสูงประมาณ รายละ 500,000 บาท แต่ผลการรักษาไม่น่าพอใจ เนื่องจาก ผู้ป่วยมักมีอัตราการรอดชีพต่ำมาก การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาโดยการป้องกันรักษาพยาธิไม่ดับ ประสบความสำเร็จใน ระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยยังไม่เคยมีมาก่อน นอกจากนี้จากการสำรวจความชุกโรคมะเร็งตับไม่ดับของประเทศไทย ในปี 2557 จังหวัดที่มีอัตราความชุกสูงกว่าร้อยละ 10 จำนวน 12 จังหวัด ได้แก่ นครพนม (23.20) ศรีสะเกษ (17.60) ร้อยเอ็ด (15.50) น่าน (14.90) ศรีสะเกษ (14.30) สุรินทร์ (14.30) มหาสารคาม (13.10) สระแก้ว (12.70) Mukdahan (11.90) กาฬสินธุ์ (11.50) เชียงใหม่ (10.80) ลำปาง (10.50) 3 ตามลำดับ ในปี 2559 เขตสุขภาพที่10 ติดโรคมะเร็งตับไม่ดับ 6.72 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคมะเร็งตับไม่ดับยังเป็นปัญหา ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และขยายพื้นที่การตรวจคัดกรองและให้การรักษาให้ครอบคลุม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น เป็นแนวทางการควบคุมและกำจัดพยาธิไม่ดับอย่างเป็นรูปธรรม ต่อไป อย่างไรก็ตาม หลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ระดมความร่วมมือ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาโรค พยาธิไม่ดับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง มะเร็งท่อน้ำดีมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือในหลายภาคส่วนทั้งจาก หน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ภาคประชาชน ทั้งนี้เพื่อเป็น

กลไกการขับเคลื่อนให้เด็ก เยาวชน และประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศได้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ดำเนินโครงการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการตรวจคัดกรองไขพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลเสี่ยงสูง อำเภอละ 1 ตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้านเสี่ยงสูง พบแนวโน้มอัตราการความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2558 - 2560 พบอัตราการความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.28, 5.14, 8.72 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2560 เมื่อวิเคราะห์รายตำบลพบอัตราการความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดที่ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ ร้อยละ 16.98 ผู้ตรวจพบไขพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100.00 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์, 2567) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ เพื่อประเมินสภาพปัญหา พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ของตำบลหนองฮาง มีอาชีพหลักคือเกษตรกร ส่วนใหญ่ยังคงรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด มีเกล็ดดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ บ้างเป็นบางครั้ง ร้อยละ 72.00 เมื่อกินอาหารส่วนใหญ่รับประทาน ส้มตำปลาไร่ดิบ มีพฤติกรรมขับถ่ายอุจจาระนอกส้วมขณะไปทำไร่ ทำสวน หรือทำนา ร้อยละ 2.00 และพบว่าแต่ละหมู่บ้านยังไม่มีกิจกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรม เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับให้เกิดความยั่งยืนจากสภาพปัญหาและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจใน การศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่

ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาดำเนินการศึกษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาในระดับพื้นที่เป็นกลวิธีหลักเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองฮาง ในการจัดทำแผนร่วมกันและนำแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดพลังในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นรากฐานการพัฒนาที่มั่นคงและเป็นฐานการดำรงชีวิตของชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล หนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่วิจัย

อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ และสุ่มพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

หลากหลาย นับได้ว่าการตั้งคำถามเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการวิจัยที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2.2 อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การถ่ายภาพช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บภาพเป็นการช่วยเตือนความทรงจำและสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยเสริมให้เห็นภาพเชิงประจักษ์โดยถ้าเป็นภาพผู้สูงอายุที่ให้สอบถามที่เป็นกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำภาพเบลอ (Sensor) เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหาย และการบันทึกเสียง บันทึกเสียงช่วยในการเก็บข้อมูล เป็นการบันทึกข้อมูลจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลและตามกิจกรรมการวิจัยโดยทุกครั้งต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยในการบันทึกเสียง

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

2.4 การสอบถามเจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นแนวคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ต้องการความลึก ความชัดเจนและความสมบูรณ์ของปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจะทำการสอบถามเจาะลึก ตามแนวคำถามในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจัดทำคำถามสอบถามเจาะลึก ในทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้แทนคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2) ประชาชนที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

2.5 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) การสนทนากลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน วางแผนการดำเนินงาน ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งเป็นการ

ประเมินผลระหว่างที่นำแนวทางสู่การปฏิบัติ เพื่อหาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชน โดยมีประเด็นคำถามแรกคือ โรคพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร ปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบันควรเป็นอย่างไร และคิดว่าเราจะทำอย่างไรจะต้องทำอะไรบ้าง ใครทำจึงจะแก้ปัญหานั้นได้ และจะทำอย่างไร

2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการใช้รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 จัดทำหนังสือเรียนเชิญสาธารณสุขอำเภอ 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 50 ฉบับ

1.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม(Non-participation bserveation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ร่วมดำเนินการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอ เบญจลักษ์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ โดยผู้ศึกษา ดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การ

ซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการวางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมองแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1.6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการประชาคม เป็นเวทีในการแสดงความคิดเห็น การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item –Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้(Try-out) ที่ตำบลหนองงูเหลือม อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านการมีส่วนร่วมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 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)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สันนิษฐานข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมชุมชน

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง SPPH 2023-164 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอเบญจลักษ์ ประมาณ 8 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัด

ศรีสะเกษ ประมาณ 50 กิโลเมตร มีทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 2085 อำเภอกันทรลักษณ์ - อำเภอเบญจลักษ์ ตัดผ่าน ซึ่งเป็นเส้นทางสายหลัก มีพื้นที่ประมาณ 54 ตารางกิโลเมตร จำนวน 12 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 9,163 คน แบ่งเป็นเพศชาย 4,401 คน เพศหญิง 4,762 คน โดยมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหา ประชาชนยังมีพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ยังมีพฤติกรรมการรับประทานที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ การไม่แช่ถ้ำอุจจาระในส่วนที่ถูกสุกสุก 2) ด้านการป้องกันโรค รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยไม่มีได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ประชาชนไม่เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากขาดผู้นำในการดำเนินกิจกรรมการ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่บทบาทหลายด้าน ขาดความจริงจังในกาทำงาน 3) ด้านชุมชน ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ขาดการบูรณาการในภาคีเครือข่าย ยังมองว่าเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.93 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.24 มีสถานะสมรส ร้อยละ 37.78 รองลงมามีสถานะโสด ร้อยละ 51.22 อายุเฉลี่ย 57.71 ปี โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.46 รองลงมาจบปริญญาตรี ร้อยละ 29.27 ส่วน

ใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 39.02 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 19.51 แห่ลงรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.73 รายได้เฉลี่ย ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 34.15 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงร้อยละ 51.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองฮาง มากที่สุด ร้อยละ 14.63

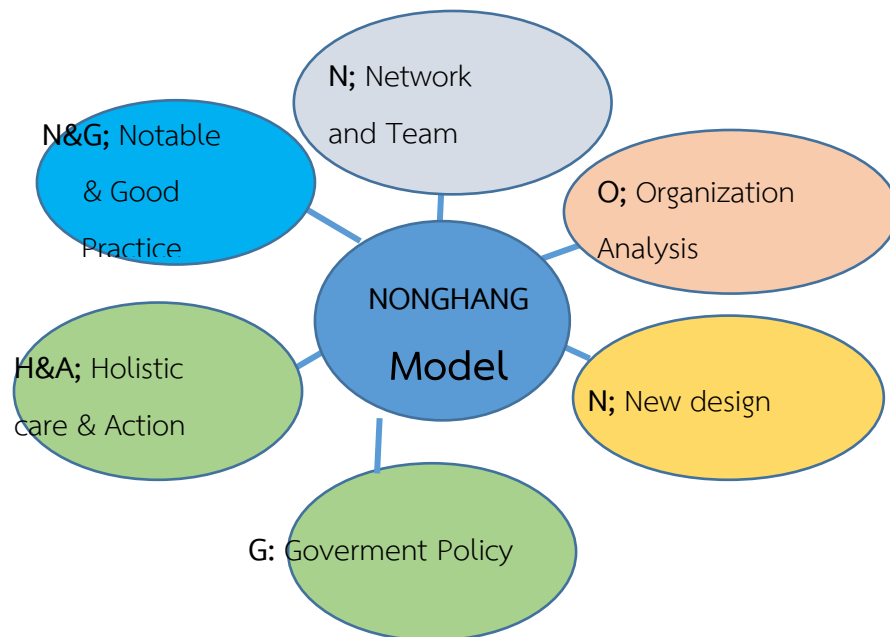
2.1.2 กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่รับการประเมินจากการเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.82 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส ร้อยละ 47.06 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.59 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.53 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 17.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.47 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.65 ประชาชนส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 55.88 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.82 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.38 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันโรคทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 54.70

2.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) การปฏิบัติการตามแผน 4) การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 5) นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน 6) การสะท้อนผลการดำเนินงาน 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) ถอดบทเรียน

2.3. รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคมระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 1 รอบ ได้รูปแบบ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “NONGHANG Model ประกอบด้วย 1) N ; Network and Team มีภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันเกิดคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล อย่างชัดเจน

2) O; Organization Analysis การวิเคราะห์องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงิน ของ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน

ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ



3)N; New design การออกแบบ การวางแผนงานใหม่ที่ง่าย สะดวก รวดเร็วสอดคล้องกับบริบทชุมชน

4) G: Government Policy การทำงานให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ประชาชนและสอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐ กระทรวง

5) H&A; Holistic care & Action การนำสู่การปฏิบัติในชุมชน ครอบคลุม เข้าถึงตัวบุคคล กลุ่มเป้าหมายแบบองค์รวม

6) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดีน่าเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตามภาพประกอบที่ 1

2.4 ระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ 0.05 กล่าวคือ ประชาชนมีความพึงพอใจหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมสำหรับประชาชนก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ยของ	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p-value
ความพึงพอใจ		มาตรฐาน	ความต่าง	มาตรฐานของ		
				ความต่าง		
ก่อน	2.79	0.42	0.146	0.368	5.038	<0.001
หลัง	2.93	0.39				

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action reasearc) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนพบว่าสาเหตุที่ทำให้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการที่เกิดจากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานเฉพาะส่วน ได้แก่ ทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และสัมพันธภาพสังคม ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชาชนสนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการป้องกัน ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลผู้ที่ตรวจจุงการหาไข่พยาธิ โดยการให้ยารักษา และติดตามผู้ป่วยระยะเรื้อรังท่อน้ำดี ปีละสองครั้ง ให้ความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิ ความพึงพอใจต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ด้านผู้นำชุมชน อสม.กิจกรรมที่ดำเนินการ คือ สํารวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการตรวจจุงการหาไข่พยาธิ สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล สร้างบ่อบำบัดจุงการหาไข่พยาธิ และดูแลต่อเนื่อง ด้าน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล หนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ(Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการมีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้เข้าร่วมประชุม คณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประชาชนที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองฮาง 2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation

Influence Control : AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุม ลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วยคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประชาชนที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮาง อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองฮาง รวม 50 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยกิจกรรมการวิเคราะห์อดีต จนถึงปัจจุบันเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้มองเห็นภาพความเป็นจริงมองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในอดีตถึงปัจจุบัน คือ มีความรู้แต่ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง วัฒนธรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ขาดการจัดการคัดตรวจพยาธิจากโรคดูส่วมปล่อยอุจจาระลงในที่สาธารณะ การก่อสร้างบ่อบำบัดอุจจาระเป็นภารกิจของท้องถิ่น เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน 3) กำหนดแผนงานโครงการ หลังจากกำหนดอนาคตร่วมกัน ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไขและร่วมจัดทำแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวมเพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกัน ได้แก่ โครงการตำบลหนองฮางร่วมใจกำจัดโรคพยาธิ และโครงการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล 5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้

คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินงานต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮาง ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองฮาง ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน 6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองฮาง อสม. ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอบึงเจ็ลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “NONGHANG Model ประกอบด้วย 1) N; Network and Team มีภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันเกิดคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล อย่างชัดเจน 2) O; Organization Analysis การวิเคราะห์องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงิน ของ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน 3) N; New design การออกแบบ การวางแผนงานใหม่ที่ง่าย สะดวก รวดเร็วสอดคล้องกับบริบทชุมชน 4) G; Government Policy การทำงานให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนและสอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐ กระทรวง 5) H&A; Holistic care & Action การนำสู่การปฏิบัติในชุมชน ครอบคลุมเข้าถึงตัวบุคคลกลุ่มเป้าหมายแบบองค์รวม 6) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดีน่าเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2553) ศึกษาโครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นด้วยการศึกษาสถานการณ์ชุมชนและพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ การอบรมแกนนำ ชุมชน ผู้ปรุงอาหาร และผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผน

แบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยแกนนำชุมชน ผู้ปรุงอาหาร ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลทำให้เกิดกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประกอบด้วย การให้ความรู้ การณรงค์ประชาสัมพันธ์ การเสนอ ตัวแบบสาธิต ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภาพการให้รางวัล ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการประกวดสื่อพื้นบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556) ศึกษา รูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู โดยจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร่วมกันศึกษาสภาพปัญหาในชุมชน วางแผนการดำเนินงานป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับด้วยกระบวนการ AIC โดยแกนนำหมู่บ้าน ทำให้เกิดกิจกรรมประกอบด้วย การประชุม ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายณรงค์ประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับรณรงค์ไม่กินปลาดิบในงานบุญ การเดินรณรงค์ร้านส้มตำปรุงสุก และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของกรัณฐิ์ธน บัญช่วยธนสิทธิ์และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมโดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และสามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชนในชุมชนโดยกิจกรรมให้สุขศึกษา การใช้คู่มือประชาชน ภาพพลิกชุด คนอีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับ การกระตุ้นทางอารมณ์และพูดชักจูงการให้ประชาชนปฏิบัติตามตนเอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเป็น พยาน ละให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหารเป็น เครื่องมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของนิสร ผานคำ (2557) โดยศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคู่น้อย อำเภอจตุรจักรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดย

ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ชุมชนประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกรรมการกองทุนบทบาทสตรีประจำหมู่บ้านร่วมวิเคราะห์ ประเมิน สถานการณ์ชุมชนด้วยเทคนิควางแผนพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้แผนที่ ความคิด(Mind Map) ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการรองรับสอดคล้องกับสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยงบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน เกิดกิจกรรมการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน การสร้างทีมปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การกำหนดกติการ่วมกันการประชาสัมพันธ์ความรู้ในชุมชนให้สุขศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน สอดแทรกในการสนทนาทุกโอกาสโดยแกนนำชุมชนที่ผ่านการอบรม มีการติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการสร้าง สุขภาพระดับตำบล และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกรส แฉวโนนจิว และคณะ 2558) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยง หมู่บ้านที่มีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูง 3 แห่งจาก 3 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครูผู้นำในหมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบล ดำเนินการ 2 วงรอบ โดยการกระตุ้นให้ปฏิบัติการ โดยกระบวนการเรียนรู้จากการสะท้อนคิดด้วยตนเอง และ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา อันนำไปสู่มีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้ ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงาน จึงให้การสนับสนุนการดำเนินการในพื้นที่ เกิดการ สร้างเสริมพลังอำนาจและ มีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหาและพฤติกรรมชุมชน ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แกนนำชุมชนและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้

กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยแกนนำชุมชนแบบเคาะประตู บ้านและเชิญชวนประชาชน จัดตั้งชมรมคนไม่กินปลาดิบ กิจกรรมจัดอบรมแกนนำนักเรียนในโรงเรียน กิจกรรมค้นหาบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แกนนำชุมชนเป็นตัวอย่าง กินสุก ครอบบรม ความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับมะเร็งท่อน้ำดี แก่นักเรียนสอดคล้องกับการศึกษาของ สารีณี สีทะโน (2559) โดยศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโนนยาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยการใช้เทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทำให้เกิดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการประกอบด้วย การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายประชาสัมพันธ์และการแจกแผ่นพับ การเดินรณรงค์และกิจกรรมร้านส้มตำ ร้านค้า

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลหนองฮาง อำเภอบึงขาศึกษา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล สถานศึกษา และ อสม. ผู้นำเข้มแข็ง ใส่ใจในปัญหาการดำเนินตามกิจกรรม มีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพรียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น 3) คนในชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วม ในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบ

ผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

1.2 การกำหนดกิจกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านได้แก่ การพัฒนาทางร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมี

ประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

2.2 นำแนวทางการพัฒนารูปแบบ

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบท
ชุมชน ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัด ที่แตกต่างกัน
ศรีสะเกษ จากการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2555). ยุทธศาสตร์กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับลดภาระโรคพยาธิใบไม้ตับ วาระคนอีสาน. นนทบุรี: กรีนชาร์ต บัญชีช่วยเหลือและคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์การกำจัดพยาธิใบไม้ตับ และภาระโรคพยาธิใบไม้ตับ 2559 – 2568.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2555). ยุทธศาสตร์กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดภาระโรคพยาธิใบไม้ตับ วาระคนอีสาน. นนทบุรี: เกสร แฉกโนนจิว และคณะ. (2558). การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่เสี่ยง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6). พฤษภาคม – ตุลาคม.
- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์. (2546). พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธนวรรณ อัมสมบุรณ์และคณะ. (2546). คู่มือการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เสี่ยงสูง. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา. 2560.
- นันทพร ศรีนอก. (2556 ก). ระบบการบริหารจัดการระดับอำเภอ เพื่อสนับสนุนนโยบายการมีส่วนร่วมของประชาชน. นครปฐม:
ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจิรา ดวงสงค์. (2553). โครงการพัฒนาเครือข่ายหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลทุ่งขามอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดหนองบัวลำภู.
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สรญา แก้วพิบูลย์และคณะ. (2556). รายงานการวิจัย การตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับใน จังหวัดสุรินทร์
โดยวิธี Kato' Thick Smear. นครราชสีมา
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (2566). รายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2564-2566.
ศรีสะเกษ. งานควบคุมโรคติดต่อ.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ (2565). รายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ปี พ.ศ. 2566. ศรีสะเกษ.
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์.
- สำนักกระบวนวิทยากรมควบคุมโรค. (2560). หลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. [ออนไลน์]. ได้จาก :
<http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/soapon.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2560]. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวง
สาธารณสุข. (ม.ป.ป.). รวมบทความผลงานวิจัยโรคพยาธิใบไม้ตับ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2557). รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการป้องกัน
โรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน. [ออนไลน์]. ได้จาก:
<http://www.riskcomthai.org/th/document/search.php?q=%E0%B8%9E%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B4%E0%B9%83%E0%B8%9A%E0%B9%84%E0%B8%A1%E0%B9%89%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%9A>. [สืบค้นเมื่อ 9
กรกฎาคม 2560].
- สาริณี สีทะโน (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโนนยานาง ตำบลนาใหญ่อำเภอสวรรภูมิ
จังหวัดร้อยเอ็ด ปริญญาโท. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 359-365. . (2547). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค:
โรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ชนชน จันทน์หมื่น¹, สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 1 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “PHAYU Model” ประกอบด้วย 1) P; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับตำบล อย่างชัดเจน 2) H; Holistic care Plan: การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมและเป็นองค์รวม 3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม 4) Y; Yourself empowerment :การเสริมพลังในตัวบุคคลให้เกิดคุณค่าในการร่วมกันทำงาน 5) U; Unity Team : ทีม เครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง เป็นหนึ่งเดียว การสะท้อนผลการทำงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 76.30, S.D. =10.18) ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 83.60, S.D. =8.99) โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) มีทุนทางสังคม 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การดูแล, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง ต.พรหมสวัสดิ์ อ. พยุห์ จ. ศรีสะเกษ

E-mail: tanachon72@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: samailaprawat@gmail.com

Development of Care Model among Dependency Elderly Persons by using District health Board Phayu, Sisaket Province

Tanachon Chanmuen¹, Samai Laprawat, Dr.P.H.²

ABSTRACT

The purpose of this research is to develop a care model among dependent elderly persons by using the District Health Board of Phayu, Sisaket Province, between October 2024 and January 2025. The group that was used as a model for this study was further divided into two subgroups. The subgroups comprised 50 people who had involvement and 50 elderly people. The research used the quality management process (PAOR) for 1 cycle, 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 process model for primary care service by using the District Health Board is the "PHAYU Model," consisting of 1) P1: Policy & Structure: Structure There is an operational committee and clearly defined roles 2) H; Holistic care Plan: Preparation of participatory and holistic operational plans 3) Action : Implementation of development plans arising from participatory planning 4) Y; Yourself empowerment : Empowering individuals to create value in working together 5) U; Unity Team : A strong network team that is one. The results of the assessment included the factors of 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) importance being given to the elderly by the local administrative organizations 3) Community participation in every step of the process 4) Subdistrict healthpromoting hospitals providing support and encouragement 5) social capital 6) Network coordination.

Keyword : model development, Care Model, Dependency Elderly Persons

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ ที่กำหนดให้ประเทศที่มีผู้สูงอายุ สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศนั้น ถือว่าได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ข้อมูลการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 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 2568 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 ซึ่งในส่วน of จังหวัดที่มีจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุด พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.10 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 26.90 ภาคเหนือ ร้อยละ 20.08 ภาคใต้ ร้อยละ 11.80 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 10.40 และ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 267,070 ร้อยละ 17.58 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ, 2566) การเพิ่มของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็น

กลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี 2563 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อมร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 (สกานต์ บุณนาคและคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว อาจส่งผลกระทบต่อภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด จากดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้ ด้านผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ รักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาส ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคม ด้านเศรษฐกิจ เบียดขีฟไม่พอจ่าย ไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน และด้านสิ่งแวดล้อมบ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีเครื่องมือสื่อสารใช้ไม่เคยได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ภาครัฐควรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุห์, 2565) ภาครัฐให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรอง

สุขภาพเฉพาะรายที่สนใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนสื่อตามความเหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ซึ่งสรุปได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรูปแบบเดิม ขาดความเป็นเอกภาพ การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้แทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลที่เหมาะสม และสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ มีภาวะ

พึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และปัจจัยความสำเร็จ การใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่วิจัย

อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ และกลุ่มพื้นที่

วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง
ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

1.1 ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา
ประกอบด้วย ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล องค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย จำนวนทั้งหมด 50 คน

1.2 ผู้สูงอายุที่ได้รับผลการพัฒนา ตาม
รูปแบบ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ
ผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์
จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 50 คน

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยใช้กระบวนการของ Kammis
and McTaggart (1988) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ
ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการ
ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ระยะที่ 2 ระยะ
การพัฒนาและสร้างรูปแบบโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(PAOR) จำนวน 1 วงรอบแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4
ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน(Planning)
วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ขั้นตอนที่ 2 ขั้น ปฏิบัติการ(Action) การจัดเวที

ระดมสมองการประชุม การบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่ และการเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต(Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมิน สะท้อนผลการปฏิบัติการ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอประเด็นปัญหา นำไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยกรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย มีด้วยกัน 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 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 จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย แบบมาตราส่วนประเมินค่า (WHOQOL-OLD THAI) ระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจและความคิดเห็นระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถามการบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสอบถามเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การบันทึกภาคสนาม (Field Note) การตั้งคำถามเกิดขึ้นเพื่อแสวงหาคำตอบของปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คำตอบจะช่วยให้เกิดการสะท้อนความคิดความรู้สึกของคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบคำถามจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้และทำให้ได้ฝึกการเป็นผู้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในมุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย นับได้ว่าการตั้งคำถามเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการวิจัยที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2.2 อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การถ่ายภาพช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บภาพเป็นการช่วยเตือนความทรงจำและสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยเสริมให้เห็นภาพเชิงประจักษ์โดยถ้าเป็นภาพผู้สูงอายุที่ให้สอบถามหรือผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำภาพเบลอส (Sensor) เพื่อไม่ให้เกิด

ความเสียหาย และ การบันทึกเสียง บันทึกเสียงช่วยในการเก็บข้อมูล เป็นการบันทึกข้อมูลจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลและตามกิจกรรมการวิจัยโดยทุกครั้งต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยในการบันทึกเสียง

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

2.4 การสอบถามเจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นแนวคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ต้องการความลึกความชัดเจนและความสมบูรณ์ของปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยจะทำการสอบถามเจาะลึกตามแนวคำถามในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจะทำการสอบถามเจาะลึก ในทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (50 คน)

2.5 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) การสนทนากลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันวางแผนการดำเนินงาน ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งเป็นการประเมินผลระหว่างที่นำแนวทางสู่การปฏิบัติ เพื่อหาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีประเด็นคำถามแรกคือ ผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีกี่คน ความเป็นอยู่อย่างไร ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร และคิดว่าเราจะทำอย่างไร จะต้องทำอะไรบ้าง ใครทำจึงจะแก้ปัญหาได้ และจะทำอย่างไร

2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ พยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นเตรียมการ

1.1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการเชิญข้ากลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 จัดทำหนังสือเรียนเชิญคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ เพื่อร่วมเป็นเกียรติในการจัดกิจกรรม

1.1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.4 เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1.2.1 นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

1.2.2 ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลแบบสอบถามในกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ จำนวน 50 ฉบับ

1.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

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

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยคณะกรรมการ พชอ. อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ร่วมดำเนินการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอพยุห์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

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

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่

กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นข้อมูล เชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคณะผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2.1.6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการประชุม เป็นเวทีในการแสดงความคิดเห็น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความ

เหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ตำบลกระแซง อำเภอยุทธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 10 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

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) เพื่อให้

สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลัง เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Paired-t test

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง SPPH 2024-178 วันที่รับรอง 7 ตุลาคม 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอยุทธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอยุทธ์ ประมาณ 8 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัด ศรีสะเกษ ประมาณ 34 กิโลเมตร จำนวน 20 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 9,188 คน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสว่าง รับผิดชอบ 9 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 4,020 คน ผู้สูงอายุ 668 คนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง รับผิดชอบ 11 หมู่บ้าน มีประชากร 5,168 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2,504 คน เพศหญิง 2,664 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด

1,244 คน เพศชาย 592 คน เพศหญิง 652 คน มีติดเตียง 9 คน ติดบ้าน 20 คน ติดสังคม 1,215 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 24.07 ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้คัดเลือกตำบลพรหมสวัสดิ์ โดยเลือกเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านสำโรง ตำบลพรหมสวัสดิ์ อำเภอพยุห์ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่การวิจัยครั้งนี้เนื่องจากข้อมูลพบว่ามีความซับซ้อนด้านวัฒนธรรมด้านภาษาเนื่องจากมีชนเผ่าที่หลากหลายวัฒนธรรม โดยเฉพาะด้านภาษา มีภาษาไทย ลาว ส่วย เยอและ ในการของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจะมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาด้านสุขภาพ ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุจากการเก็บข้อมูลพบปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ด้านผู้สูงอายุมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ มีปัญหาด้านการบริโภคอาหารและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง 2) ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกาย เนื่องจากขาดผู้นำในกิจกรรมการออกกำลังกาย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเชี่ยวชาญการแปลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ 3) ด้านชุมชน ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนจึงไม่ทราบปัญหาของผู้สูงอายุ และไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.00 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 มีสถานะสมรส ร้อยละ 58.00 รองลงมา มีสถานะโสด ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย 50-59 โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 36.00 รองลงมา จบปริญญาตรี ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 32.00 รองลงมา รับจ้างทั่วไป กับค้าขาย ร้อยละ 20.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 16.00 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.00 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 28.00 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงร้อยละ 64.00 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลพรหมสวัสดิ์ มากที่สุด

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างในผู้สูงอายุที่รับการประเมินคุณภาพชีวิต จากการเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 อายุเฉลี่ย 65-69 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส ร้อยละ 60.00 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 74.00 ข้าราชการบำนาญ 8.00 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 8 รองลงมา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 4.00 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.00 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3-4 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 70.00 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแล ในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 58.00 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 62.00 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.00 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 56.00 รองลงมา ข้าราชการ ร้อยละ 24 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูล

ข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 64.00 รองลงมาโทรทัศน์ ร้อยละ 20.00

2.2 ขั้นตอนการพัฒนาแบบ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ พยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์ บริบทพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) การปฏิบัติการตามแผน 4) การสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วม 5) นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน 6) การสะท้อนผลการดำเนินงาน 7) จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) ถอดบทเรียน

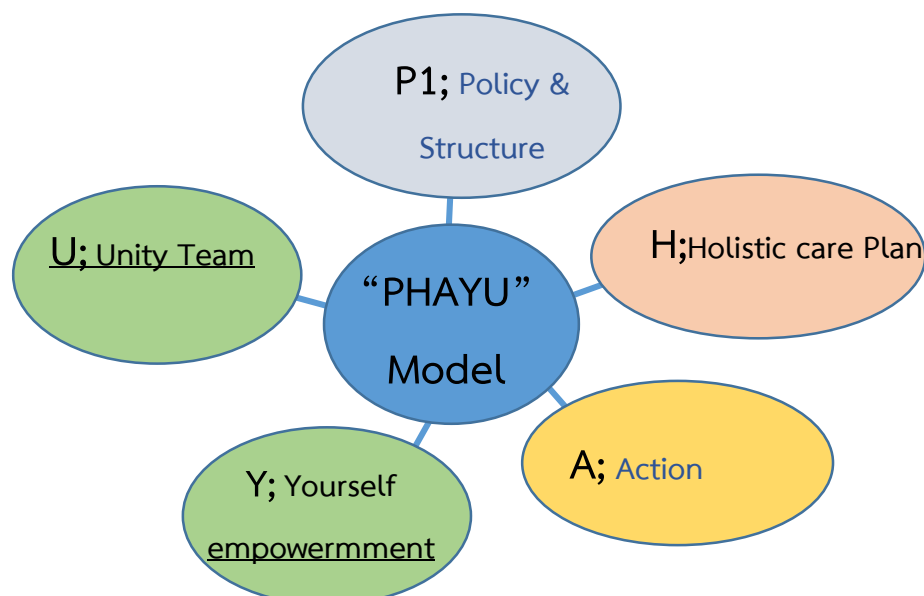
2.3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ อำเภอ พยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุม พัฒนาศักยภาพของภาคี เครือข่าย ผ่าน กระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 1 รอบ ได้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ

อำเภอ อำเภอ พยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “PHAYU Model” ประกอบด้วย

- 1) P; Policy & Structure: มีคณะกรรมการ ดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่ง แต่งตั้งคณะดูแลผู้สูงอายุ ระดับตำบล อย่างชัดเจน
- 2) H; Holistic care Plan: การจัดทำ แผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมและเป็นองค์รวม
- 3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการ พัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแบบมีส่วนร่วม
- 4) Y; Yourself empowerment : การ เสริมพลังในตัวบุคคลให้เกิดคุณค่าในการร่วมกันทำงาน
- 5) U; Unity Team : ทีม เครือข่ายที่มีความ เข้มแข็ง เป็นหนึ่งเดียว

ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและ การประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วน ร่วมของชุมชน การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนใน การวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตามภาพประกอบที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอ พยุห์จังหวัดศรีสะเกษ



2.4 ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ยของ	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p-value
คุณภาพชีวิต		มาตรฐาน	ความต่าง	มาตรฐานของ		
				ความต่าง		
ก่อน	2.79	0.42	0.146	0.368	5.038	<0.001
หลัง	2.93	0.39				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p-value
คุณภาพชีวิต		เบี่ยงเบน	ของความ	มาตรฐานของ		
		มาตรฐาน	ต่าง	ความต่าง		
ก่อน	2.37	0.417	0.108	0.018	6.098	<0.001
หลัง	3.48	0.375				

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ พยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่าสาเหตุที่ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดจากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานเฉพาะส่วน ได้แก่ ทางด้าน

สุขภาพกาย ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง ด้านจิตใจ เครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพ สังคม ครอบครัวอยู่ตามลำพัง ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุสนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพ ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้การช่วยเหลือ คือ ให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่พบ และติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุปีละสองครั้ง ไม่มีการฝึกทักษะเพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านกิจกรรมที่ดำเนินการ คือ สัมภาษณ์ข้อมูล ส่งรายชื่อผู้สูงอายุให้องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบการ

ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพรหมสวัสดิ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลพรหมสวัสดิ์ 2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุม ลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสำโรง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลพรหมสวัสดิ์ รวม 50 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรม การวิเคราะห์อดีต จนถึงปัจจุบัน

เข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้มองเห็นภาพความเป็นจริง มองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอดีตถึงปัจจุบัน คือ ไม่ได้รับการดูแล จากชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการออกกำลังกาย สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อม ขาดคนดูแลมีภาระหนี้สิน ขาดรายได้ เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน 3) กำหนดแผนงานโครงการ หลังจากกำหนดอนาคตร่วมกันผู้เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไข และร่วมจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหารวบรวมเพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกัน ได้แก่ โครงการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โครงการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และโครงการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ 4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล 5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินงานต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำบลพรหมสวัสดิ์ ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน 6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลพรหมสวัสดิ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ

พยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “PHAYU Model” ประกอบด้วย 1) P; Policy & Structure: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะดูแลผู้สูงอายุ ระดับตำบลอย่างชัดเจน 2) H; Holistic care Plan: การจัดทำแผนปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมและเป็นองค์รวม 3) Action : การ ลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม 4) Y; Yourself empowerment : การเสริมพลังในตัวบุคคลให้เกิดคุณค่าในการร่วมกันทำงาน 5) U; Unity Team : ทีม เครือข่ายที่มีความเข้มแข็ง เป็นหนึ่งเดียว

การถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ นรินทรชัย พัฒนาพงษ์ (2538) และโกวิท พวงงาม (2553) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ และขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริม ชักนำ และเปิดให้บุคคล กลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนา ตั้งแต่ต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสระภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการปรึกษาหารือร่วมกัน ร่วมคิดค้นหาประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิก กลุ่มเยาวชนและ อสม. ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความ

กระตือรือร้นในการดูแลผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพรียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น 3) คนในชุมชนเห็นพ้องและมีส่วนร่วม ในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

1.2 การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4

ด้านได้แก่ การพัฒนาทางร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้ง

เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

2.2 นำแนวทางการพัฒนารูปแบบ

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอพะเยา จังหวัดศรีสะเกษ จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น 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 พัฒนพงษ์. (2538). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิค และกรณี ตัวอย่าง. เชียงใหม่ : ศรีลักษณ์.
- พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัชฎาวัลย์ โพธิ์พันธ์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. Journal of Health Science-วารสาร วิชาการ สาธารณสุข, 29.
- ศรายุทธ ชูสุน. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. งานวิจัยปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2567 ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). จำนวนผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลัง. ศรีสะเกษ:

สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2567). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2567. นนทบุรี: กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.

สิริมา อินประเสริฐ. (2560) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลแก่งกะเจ็ด อำเภอเมือง จังหวัด
ระยอง. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์, สาขาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุวิมลรัตน์ รอดรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. Princess of Naradhiwas University
Journal.

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

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

พิทักษ์พงษ์ จันทศรี¹, สมัย ลาประวัตติ, สด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบได้แก่ประชาชนในเขตอำเภอไพรบึง จำนวน 100 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 1 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวมการจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลัง และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ คือ “DINDANG Model” ประกอบด้วย 1) D; Delvelopment มีเป้าหมายการพัฒนาสู่ตำบลดินแดงปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะกรรมการมีเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน 2) I; Infomation Analysis การวิเคราะห์ ใช้ข้อมูล องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงินทอง ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน 3)N; Network การสร้างเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) D: Disciline การสร้างความรับผิดชอบ บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายตามที่ได้รับมอบหมาย 5) A; Action การนำสู่การปฏิบัติในชุมชนครอบครัว เข้าถึงตัวบุคคล 6) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดีน่าเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ จากผลการวิจัยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, การมีส่วนร่วมของชุมชน ,การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารี ต. ดินแดง อ. ไพรบึง จ. ศรีสะเกษ

E-mail: nongaree@gmail.com

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: samailaprawat@gmail.com

The Development of Prevention for Liver Fluke through Community Participation in Din Dang Sub District, PriBung District, Sisaket Province

Pitakpong Jantasri¹, Samai Laprawat, Dr.P.H.²

ABSTRACT

The purpose of this research was to prevent liver fluke through community participation in Din Dang Sub District, PriBung District, Sisaket Province, between October 2024 and February 2025, a total of 20 weeks. The sample group consisted of the Prevention for Liver Fluke Team, totaling 50 people. The sample group for evaluation of the population by using the DINGDANG Model was 100 people. The research used the quality management process (PAOR) for 1 cycle, 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 process model for of Prevention for Liver Fluke through Community Participation is “DINDANG Model,” consisting of 1) D; development: Development Goals to Eliminate Liver Parasites by the Board of Directors 2) Information: Analysis Data Analysis Organization, Team, Community, Human Resources, Money, and Supplies Used to Drive Work 3) N; Network : Building a network to participate in operations 4) D: Discipline: Creating Responsibility 5) A; Action : Bringing practices to the community, family, and individuals. 6) N&G; Notable & Good Practice : There is a platform to draw lessons and apply good, credible, and distinctive practices to expand the results in other areas. From the developed research results, it enhances the potential for the implementation of prevention for liver fluke through community participation in DinDang Sub District, PriBung District, Sisaket Province, to achieve the set goals.

Keywords : Model, Community Participation, Prevention for Liver Fluke

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคสำคัญ และโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งประชาชนในประเทศไทยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีประมาณ 6 ล้านคนและประชาชนกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปี ข้างหน้าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งมีการค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงประมาณรายละ 500,000 บาท โดยโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เกิดจากการรับประทานปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ โดยการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลา ส้มปลา ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis Viverrini) (กรมควบคุมโรค, 2559) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรคพยาธิใบไม้ตับ คือ บุคคลที่มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายแล้วขับถ่ายอุจจาระนอกส้วม ทำให้ไข่พยาธิที่ปนออกมากับอุจจาระลงสู่พื้นดินและแหล่งน้ำ โดยมีหอยพาหะกึ่งกลางของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ ซึ่งเป็นการเริ่มเข้าสู่วงจรของโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไปอีก เมื่อ คน แมวหรือ สุนัข ซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้อีกทั้งพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคน และสัตว์รังโรคเมื่อมีตัวพยาธิสะสมมากๆ เป็นเวลานานจะมีการอักเสบของท่อน้ำดีด้วยหลายกลไก เช่น จากการกัดดูดของ sucker พยาธิ และสารคัดหลั่งจากตัวพยาธิทำให้เซลล์อักเสบมาตอบสนองและกระตุ้นทำให้เซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และสร้างสารอนุมูลอิสระจากเซลล์อักเสบออกมา นำไปสู่การทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี (Oxidative and Nitritive DNA Damage) หากติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำบ่อยๆ ยิ่งทำให้มี การทำลายสารพันธุกรรมไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ จะมีการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมผิดปกติ แบบถาวร นำไปสู่

การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด ซึ่งพยาธิใบไม้ตับชนิดนี้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิก่อมะเร็ง (Group 1, Carcinogenic to Human) (สรุณา แก้วพิบูลย์และคณะ, 2560) จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในประเทศไทยปี 2552 พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภค สัมผัสปลาร้าดิบมากที่สุด ร้อยละ 20.10 รองลงมา ได้แก่ การรับประทานปลาร้าดิบๆ และน้ำพริกปลาร้าสับ เครื่องแกงดิบๆ หรือแจ่วของปลาร้าดิบ ร้อยละ 15.20 และ 9.30 ตามลำดับ รวมทั้งพบว่าประชาชน มีพฤติกรรมกรรมการถ่ายอุจจาระในส้วมของประชาชนที่ถูกสุขลักษณะเป็นประจำเมื่ออยู่ที่บ้านและออกไปทำงานในสวน ในไร่ หรือไปทำนา คิดเป็นร้อยละ 76.40 และ 44.70 (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2557) และเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงต้นเหตุ พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่พบโรคพยาธิใบไม้ตับสูงยังคงรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบๆ สุกๆ เป็นประจำเหมือนเดิม เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าดิบ ร้อยละ 7 โดยรับประทานเป็น ครั้งคราว ร้อยละ 84 ร้อยละ 69 ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม โดยพบแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้นในเด็ก อาจมีสาเหตุจากผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจ โดยเฉพาะการประกอบอาหารเฉพาะสำหรับเด็ก หากพิจารณาในบริบทชาวชนบท จะพบว่าพ่อ แม่ และเด็กจะร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน ดังนั้นหากพ่อแม่รับประทานอาหารประเภทใด เด็กมักจะรับประทานอาหารชนิดนั้นๆ ด้วย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก สอดคล้องกับข้อมูลของหน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2549 ถึง 2556 ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่มารับการรักษา ในระยะท้ายของการป่วยและคำมัยฐานระยะเวลารอดชีพหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 เดือน (ณัฐ ธิญญาหาร อ่างถึงใน เกสร แถวโนนัง และคณะ, 2557) และจากการศึกษาด้านระบาด

วิทยา พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสอดคล้องกับการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามความหนาแน่นของพยาธิที่ตรวจพบ ในผู้ที่มีความหนาแน่นของพยาธิมากกว่า 6,000 ต่อกรัมของอุจจาระ จะเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 14 เท่า สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น ประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจากการกินปลาน้ำจืด ดิบๆ สุกๆ หรือที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ ปนเปื้อนและกลุ่มที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจะพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปี ซึ่งทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายสูงประมาณ ร้อยละ 500,000 บาท แต่ผลการรักษาไม่น่าพอใจ เนื่องจาก ผู้ป่วยมักมีอัตราการรอดชีพต่ำมาก การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาโดยการป้องกันรักษาพยาธิใบไม้ตับ ประสบความสำเร็จใน ระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยยังไม่เคยมีมาก่อน นอกจากนี้จากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย ในปี 2557 จังหวัดที่มีอัตราความชุกสูงกว่าร้อยละ 10 จำนวน 12 จังหวัด ได้แก่ นครพนม (23.20) ศรีสะเกษ (17.60) ร้อยเอ็ด (15.50) น่าน (14.90) ศรีสะเกษ (14.30) สุรินทร์ (14.30) มหาสารคาม (13.10) สระแก้ว (12.70) Mukdahan (11.90) กาฬสินธุ์ (11.50) เชียงใหม่ (10.80) ลำปาง (10.50) 3 ตามลำดับ ในปี 2559 เขตสุขภาพที่ 10 ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 6.72 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังเป็นปัญหา ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และขยายพื้นที่การตรวจคัดกรองและให้ยารักษาให้ครอบคลุม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น เป็นแนวทางการควบคุมและกำจัดพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นรูปธรรม ต่อไป อย่างไรก็ตาม หลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ระดมความร่วมมือ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาโรค พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง มะเร็งท่อน้ำดีมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือในหลายภาคส่วนทั้งจาก หน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์การปกครองส่วน

ท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ภาคประชาชน ทั้งนี้เพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนให้เด็ก เยาวชน และประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่ว ประเทศได้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดศรีสะเกษ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ดำเนินโครงการป้องกันควบคุม โรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยงและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลเสี่ยงสูง อำเภอละ 1 ตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้านเสี่ยงสูง พบแนวโน้มอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2558 - 2560 พบอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.28, 5.14, 8.72 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2560 เมื่อวิเคราะห์รายตำบลพบอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดที่ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงร้อยละ 16.98 ผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100.00 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง, 2567) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง เพื่อประเมินสภาพปัญหา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของตำบลดินแดง มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม ส่วนใหญ่ยังคงรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด มีเกล็ดดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ บ้างเป็นบางครั้ง ร้อยละ 72.00 เมื่อบริโภคอาหารส่วนใหญ่รับประทาน ส้มตำปลา ร้าดิบ มีพฤติกรรมขับถ่ายอุจจาระนอกส้วมขยะไปทำไร่ ทำสวน หรือทำนา ร้อยละ 2.00 และพบว่าแต่ละหมู่บ้านยังไม่มีกิจกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรม เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับให้เกิดความยั่งยืนจากสภาพปัญหาและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจใน การศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การ

วิจัยเชิงปฏิบัติการมาดำเนินการศึกษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาในระดับพื้นที่เป็นกลวิธีหลักเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลดินแดง ในการจัดทำแผนร่วมกันและนำไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดพลังในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นรากฐานการพัฒนาที่มั่นคงและเป็นฐานการดำรงชีวิตของชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568

พื้นที่วิจัย

อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ และ สุ่มพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร
 - 1.1 ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาประกอบด้วย 2 ภาคส่วน ได้แก่ (1) คณะกรรมการ

ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (2) ประชากรที่เคยตรวจพบพยาธิใบไม้ในตับ จำนวนทั้งหมด 50 คน

1.2 ผู้ได้รับผลการพัฒนา ประกอบด้วยประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 100 คน

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยใช้กระบวนการของ Kammis and McTaggart (1988) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาและสร้างรูปแบบโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAOR)) จำนวน 1 วงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งขั้นตอนนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) ใช้การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ(Action) การจัดเวทีระดมสมอง การประชุม การบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่และการเฝ้าเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมิน สะท้อนผลการปฏิบัติการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำประเด็นปัญหาต่อการพัฒนาที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการ

วิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย มีด้วยกัน 1 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 24 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับคือระดับการมีส่วนร่วม มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถามการบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสอบถามเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การบันทึกภาคสนาม (Field Note) การตั้งคำถามเกิดขึ้นเพื่อแสวงหาคำตอบของปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คำตอบจะช่วยให้เกิดการสะท้อนความคิด ความรู้สึกของคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบคำถามจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยสามารถหาแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้และทำให้ได้ฝึกการเป็นผู้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในมุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย นับได้ว่าการตั้งคำถามเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการวิจัยที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2.2 อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การถ่ายภาพช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บภาพเป็นการช่วยเตือนความทรงจำและสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายได้ รวมทั้งเป็น

ข้อมูลที่ช่วยเสริมให้เห็นภาพเชิงประจักษ์โดยถ้าเป็นภาพผู้สูงอายุที่ให้อาบน้ำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำภาพเบลอ (Sensor) เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหาย และการบันทึกเสียง บันทึกเสียงช่วยในการเก็บข้อมูล เป็นการบันทึกข้อมูลจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลและตามกิจกรรมการวิจัยโดยทุกครั้งต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยในการบันทึกเสียง

2.3 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non Participant Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมโดยการเฝ้าดูสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเวลาเข้าไปในชุมชนและการทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งอาจเป็นกิจกรรมของชุมชน เพื่อสังเกตสิ่งแวดล้อม สังเกตพฤติกรรมของครอบครัวและชุมชนรวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม พุดคุย แลกเปลี่ยน ซักถามและบันทึกข้อมูลร่วมด้วย

2.4 การสอบถามเจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นแนวคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ต้องการความลึก ความชัดเจนและความสมบูรณ์ของปัญหาและความต้องการในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยจะทำการสอบถามเจาะลึก ตามแนวคำถามในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจัดทำคำถามสอบถามเจาะลึก ในทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้แทนคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2) ประชาชนที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ

2.5 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) การสนทนากลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบัน วางแผนการดำเนินงานค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกัน รวมทั้งเป็นการประเมินผลระหว่างที่นำแนวทางสู่การปฏิบัติ เพื่อหาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชน โดยมีประเด็นคำถามแรกคือ โรคพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างไร ปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับในปัจจุบันควรเป็นอย่างไร และคิดว่าเราจะทำอย่างไร

จะต้องทำอะไรบ้าง ใครทำจึงจะแก้ปัญหาได้ และจะทำอย่างไร

2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการใช้รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 จัดทำหนังสือเรียนเชิญสาธารณสุขอำเภอ 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 50 ฉบับ

1.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มี ส่วนร่วม(Non-participation bserveation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ร่วมดำเนินการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เลือกแบบเจาะจงในพื้นที่โดยผู้ศึกษา ดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน รวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการวางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1.6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการประชุม เป็นเวทีในการแสดงความคิดเห็น การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาารูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item –Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้(Try-out) ที่ตำบลไพรบึง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟา ของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

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) เพื่อให้

สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมชุมชน

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง SPPH 2024-176 วันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอไพรบึงประมาณ 8 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดศรีสะเกษประมาณ 40 กิโลเมตร จำนวน 9 หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมด 5,671 คน แบ่งเป็นเพศชาย 2,906 คน เพศหญิง 2,765 คน โดยมีปัญหาด้านสุขภาพและเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหาประชาชนยังมีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แต่ยังมีพฤติกรรมรับประทานที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังมีการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จากการเก็บข้อมูล พบปัญหา

ในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ดังนี้ 1) พฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดมีเกล็ดแบบสุกๆ ดิบๆ การไม่แช่ถ้ำอุจจาระในส่วนที่ถูกสุกลักษณะ 2) ด้านการป้องกันโรค รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยไม่ได้รับการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ประชาชนไม่เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เนื่องจากขาดผู้นำในการดำเนินกิจกรรมและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีหน้าที่บทบาทหลายด้าน ขาดความจริงจังในการทำงาน 3) ด้านชุมชน ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ขาดการบูรณาการในภาคีเครือข่าย ยังมองว่าเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.93 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.24 มีสถานะสมรส ร้อยละ 37.78 รองลงมามีสถานะโสด ร้อยละ 51.22 อายุเฉลี่ย 57.71 ปี โดยมีการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา 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 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียงร้อยละ 51.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง มากที่สุด ร้อยละ 14.63

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่รับการประเมินจากการเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบที่

พัฒนาขึ้น ผู้ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 68.82 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรสร้อยละ 47.06 มีระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.59 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.53 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 17.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.47 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.65 ประชาชนส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 55.88 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.82 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.38 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันโรคทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 54.70

2.2 ขั้นตอนการพัฒนากระบวนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์บริบทพื้นที่ 2) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ 3) การปฏิบัติการตามแผน 4) การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วม 5) นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน 6) การสะท้อนผลการดำเนินงาน 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 8) ถอดบทเรียน

2.3. รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม

ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ

ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 1 รอบ ได้รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบล ดินแดง อำเภอไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ คือ “DINDANG Model” ประกอบด้วย

1) D; Delvelopment มีเป้าหมายการพัฒนาสู่ตำบลดินแดงปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะกรรมการมีเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน

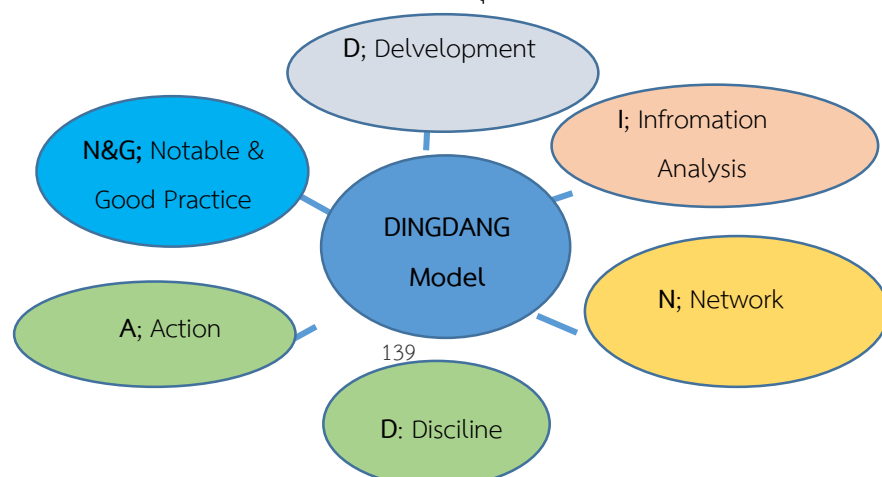
2) I; Infromation Analysis การวิเคราะห์ใช้ข้อมูล องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงิน ของ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน

3) N; Network การสร้างเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

4) D: Disciline การสร้างความรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายตามที่ได้รับ มอบหมาย

5) A; Action การนำสู่การปฏิบัติในชุมชนครอบครัว เข้าถึงตัวบุคคล

6) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดีมาเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตามภาพประกอบที่ 1



2.4 ระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

กล่าวคือ ประชาชนมีความพึงพอใจหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมสำหรับประชาชนก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ยของ	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p-value
ความพึงพอใจ		มาตรฐาน	ความต่าง	มาตรฐานของ		
				ความต่าง		
ก่อน	2.79	0.42	0.146	0.368	5.038	<0.001
หลัง	2.93	0.39				

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทการวิเคราะห์ปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน พบว่าสาเหตุที่ทำให้การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนไม่ได้รับการดูแลแบบบูรณาการที่เกิดจากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานเฉพาะส่วน ได้แก่ ทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ ด้านสภาพสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และสัมพันธภาพสังคม ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ประชาชนสนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการป้องกัน ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การช่วยเหลือคือให้การรักษายาตามปัญหาที่ การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ การให้ยารักษาสำหรับผู้ตรวจพบไข่พยาธิ และติดตามผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่นัด ปีละสองครั้ง ให้ความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้านผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกิจกรรมที่ดำเนินการ คือ สรรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ สนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบล สร้างบ่อบำบัดอุจจาระเพื่อตัดวงจรพยาธิ และดูแล

ต่อเนื่อง ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล ดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ(Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการมีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้เข้าร่วมประชุม คณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประชาชนที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองอารี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง 2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

(Appreciation Influence Control : AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุมลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วยคณะกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ประชาชนที่เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง รวม 50 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย กิจกรรม การวิเคราะห์หัตถ์ติด จนถึงปัจจุบันเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้มองเห็นภาพความเป็นจริง มองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในอดีตถึงปัจจุบัน คือ มีความรู้แต่ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง วัฒนธรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง ขาดการจัดการสิ่งแวดล้อม พยาธิจากโรคติดต่อสัณยพยาธิใบไม้ตับในน้ำที่สาธารณะ การก่อสร้างบ่อบำบัดอุจจาระเป็นภารกิจของท้องถิ่น เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน

3) กำหนดแผนงานโครงการ หลังจากกำหนดอนาคตร่วมกัน ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไข และร่วมจัดทำแผนการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวม เพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกัน ได้แก่ โครงการตำบลหนองอารีร่วมใจกำจัดโรคพยาธิ และโครงการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล

5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วม

ชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดำเนินงานต่อเนื่องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารี ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลดินแดง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดินแดง อำเภอไพรบึงจังหวัด ศรีสะเกษ คือ “NONGHANG Model” ประกอบด้วย 1) N; Network and Team มีภาคีเครือข่ายในการทำงาน ร่วมกันเกิดคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบลอย่างชัดเจน 2) O; Organization Analysis การวิเคราะห์องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงิน ของ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน 3) N; New design การออกแบบการวางแผนงานใหม่ที่ง่าย สะดวก รวดเร็วสอดคล้องกับบริบทชุมชน 4) G; Government Policy การทำงานให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ประชาชนและสอดคล้องกับนโยบายของภาครัฐ กระทรวง 5) H&A; Holistic care & Action การนำสู่การปฏิบัติในชุมชน ครอบคลุม เข้าถึงตัวบุคคลกลุ่มเป้าหมายแบบองค์รวม 6) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดี นำเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2553) ศึกษาโครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นด้วยการศึกษาสถานการณ์ชุมชน และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ การอบรมแกนนำ ชุมชน ผู้ปรุงอาหาร และผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยแกนนำชุมชน ผู้ปรุงอาหาร ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลทำให้เกิดกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประกอบด้วยการให้ความรู้ การณรงค์ประชาสัมพันธ์ การเสนอ ตัวแบบสาธิต ผู้ป่วยโรคพยาธิ)

การ (ใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี ภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ให้รางวัล การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการ ประกวดสื่อพื้นบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556) ศึกษาแบบการดำเนินงาน ป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับในระดับชุมชน จังหวัดหนองบัวลำภู โดย จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ ร่วมกันศึกษาสภาพปัญหาในชุมชน วางแผนการ ดำเนินงานป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับด้วยกระบวนการ AIC โดยแกนนำหมู่บ้าน ทำให้เกิดกิจกรรมประกอบด้วย การประชุม ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน การให้ ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับรณรงค์ไม่กินปลาดิบในงาน บุญ การเดินรณรงค์ร้านส้มตำปรุงสุก และมีการติดตาม ประเมินผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสอดคล้อง กับการศึกษาของกรณิการ์ธน บัญช่วยธนาสิทธิ์และคณะ (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในชุมชนภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมโดยพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้เกิด การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และสามารถจัด กระบวนการเรียนรู้ให้กับประชาชนในชุมชนโดย กิจกรรม ให้สุศึกษา การใช้คู่มือประชาชน ภาพพลิกชุด คน “ อีสานปลอดโรคพยาธิใบไม้ดับ การกระตุ้นทางอารมณ์ และพูดชักจูงการให้ประชาชนปฏิบัติงานตนเองโดย อาสาสมัครสาธารณสุขเป็น พยาน ละให้กำลังใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบันทึกพฤติกรรม การ รับประทานอาหารเป็น เครื่องมือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน กิจกรรมเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิสร ผานคำ (2557) โดยศึกษากระบวนการพัฒนาแบบการ ดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในระดับชุมชน ตำบลตุน้อย อำเภอจตุรจักรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด โดย ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนาการมี ส่วนร่วมของเครือข่าย ชุมชนประกอบด้วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกรรมการ กองทุนบทบาทสตรีประจำหมู่บ้าน ร่วมวิเคราะห์ ประเมิน สถานการณ์ชุมชนด้วยเทคนิควางแผน

พัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับโดยการใช้ แผนที่ ความคิด (Mind Map) ใช้กระบวนการวางแผน แบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการ รองรับสอดคล้องกับสภาพปัญหาโรคพยาธิใบไม้ดับด้วย งบประมาณสาธารณสุขมูลฐาน เกิดกิจกรรมการ ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประกอบด้วย การอบรมให้ ความรู้แก่ประชาชน การสร้างทีมปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับ การกำหนดกติการ่วมกัน การ ประชาสัมพันธ์ความรู้ในชุมชนให้สุศึกษารายเดี่ยว ราย กลุ่ม การเยี่ยมบ้าน สอดแทรกในการ สนทนาทุกโอกาส โดยแกนนำชุมชนที่ ผ่านการอบรม มีการติดตาม ประเมินผลโดยคณะกรรมการสร้าง สุขภาพระดับตำบล และมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกสร แถวโนนจิว และคณะ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับในพื้นที่ เสี่ยง (หมู่บ้านที่มีอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ ดับและ มะเร็งท่อน้ำดีสูง 3 แห่งจาก 3 อำเภอในจังหวัดขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์) เป็นการศึกษาวิจัยเชิง ปฏิบัติการแบบวงจรต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปรุง อาหารในครัวเรือน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ครูผู้นำในหมู่บ้าน และองค์การบริหารส่วนตำบล ดำเนินการ 2 วงรอบ โดยการกระตุ้นให้ปฏิบัติการ โดย กระบวนการเรียนรู้จากการสะท้อนคิดด้วยตนเอง และ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานั้นนำไปสู่มีส่วนร่วมใน การวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้ ประชาชนมี ความรู้สึกเป็นเจ้าของการดำเนินงาน จึงให้การสนับสนุน การดำเนินการในพื้นที่ เกิดการ สร้างเสริมพลังอำนาจ และ มีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาร่วมกัน ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัญหาและพฤติกรรมชุมชน ระยะ ที่ 2 ปฏิบัติการ โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แกนนำ ชุมชนและผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับ กิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ ติดเชื้อพยาธิใบไม้ดับโดยแกนนำชุมชนแบบเคาะประตู บ้านและเชิญชวนประชาชนจัดตั้งชมรมคนไม่กินปลาดิบ กิจกรรมจัดอบรมแกนนำนักเรียนในโรงเรียน กิจกรรม ค้นหาบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แกนนำ ชุมชนเป็นตัวอย่างกินสุก ครอบบรม ความรู้โรคพยาธิใบไม้ ดับมะเร็งท่อน้ำดีแก่นักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของ

สาริณี สีทะโน (2559) โดยศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโพย ยาง ตำบลนาใหญ่ อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทำให้เกิดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการประกอบด้วยการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายประชาสัมพันธ์และการแจกแผ่นพับ การเดินรณรงค์และกิจกรรมร้านส้มตำร้านค้า

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลดินแดง อำเภอยะรังจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล สถานศึกษา และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดำเนินตามกิจกรรม มีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อมเพรียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การกำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น 3) คนในชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วนร่วม ในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผลสนับสนุน

ด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสพการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

1.2 การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทางร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

2.2 นำแนวทางการพัฒนารูปแบบ

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลดินแดง อำเภอยะรังจังหวัดศรีสะเกษ จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2555). ยุทธศาสตร์กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็ง
ท่อน้ำดี วาระคนอีสาน. นนทบุรี:
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีปี
2559 – 2568. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. กระทรวงสาธารณสุข และ
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2555). ยุทธศาสตร์กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดีวาระคนอีสาน. นนทบุรี:
- เกสร แถวโนนจิ๋ว และคณะ. (2558). การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่
เสี่ยง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(6). พฤษภาคม – ตุลาคม.
- นันทพร ศรีนอก. (2556 ก). ระบบการบริหารจัดการระดับอำเภอ เพื่อสนับสนุนนโยบายการมีส่วนร่วมของ ประชาชน. นครปฐม:
ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิศร ผานคำ. (2557). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคูน้อย อำเภอดุสิตพัฒนา จังหวัด
ร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธนวรรณ อัมสมบุญ .(2546) พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ 3. นนทบุรี :
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธนวรรณ อัมสมบุญและคณะ. (2546). คู่มือการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในพื้นที่เสี่ยงสูง. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรม
ควบคุมโรค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- รุจิรา ดวงสงค์. (2553). โครงการพัฒนาเครือข่ายหมู่บ้านในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลทุ่งขามพญาเสือเวียง
จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สรญา แก้วพิบูลย์และคณะ. (2556). รายงานการวิจัย การตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับใน จังหวัดสุรินทร์
โดยวิธี Kato' Thick Smear. นครราชสีมา :
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567). รายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ
ปี 2565-2567. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานควบคุมโรค.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง. (2565). รายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ปี พ.ศ.
2566. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไพรบึง.
- สำนักกระบวนวิทยากรควบคุมโรค. (2560). หลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. [ออนไลน์] ได้จาก :
<http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/sophon.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2560]. สำนักโรคติดต่อทั่วไป
กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). รวมบทความผลงานวิจัยโรคหนอนพยาธิ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
ไทย.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2557). รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบ
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน. [ออนไลน์].
- สาริณี สีทะโน. (2559). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนบ้านโนนยาง ตำบลนาใหญ่
อำเภอสว่างภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 359-365. (2547). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค :
โรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอโนนไถ่ จังหวัดศรีสะเกษ

กรรณิกา ทองเกลียว, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในด้านความรู้ ความเชื่อและความตั้งใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอโนนไถ่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ขึ้นทะเบียนในปี 2567 โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 60 ราย เครื่องมือวิจัย มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ โปรแกรมการจัดการสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอโนนไถ่ ซึ่งได้พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองและทฤษฎีการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน มีกิจกรรมการให้ความรู้จากสหสาขาวิชาชีพ 1 วัน การจัดตั้งกลุ่มไลน์ให้ความรู้ และปรึกษาปัญหาสุขภาพ การเยี่ยมบ้านเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีคู่มือช่วยเตือน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองต่อโรคเบาหวาน แบบบันทึกข้อมูลระดับน้ำตาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t- test

ผลการวิจัยพบว่าประสิทธิผลด้านความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความตั้งใจจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการสุขภาพ หลังให้โปรแกรมจัดการสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง ความเชื่อเกี่ยวกับเบาหวานหลังการให้โปรแกรมอยู่ในระดับสูง ความตั้งใจจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเข้ารับโปรแกรมจัดการสุขภาพพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความเชื่อ และความตั้งใจจะปฏิบัติกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมสุขภาพนี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้ และพฤติกรรมจัดการสุขภาพด้วยตนเองดีขึ้น จึงควรนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โปรแกรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด

The effectiveness of health promotion program to self- care behaviors among pre-diabetes peoples in Namkhang district, Sisaket province

Kannika Tongkleaw, M.D.¹

Abstract

This research is a quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design. The objective is to study the effectiveness of a health management program for high-risk diabetes patients in terms of knowledge, beliefs, and intentions to engage in self-management behaviors, as well as the blood sugar levels of patients in the high-risk diabetes group in NamKhang District, Si Sa Ket Province, who registered in 2024. A total of 60 participants were selected through purposive sampling. The research instrument comprises two parts. Part 1 is the health management program for high-risk diabetes patients in NamKhang, which was developed based on self-management concepts and self-efficacy theory. This included a one-day interdisciplinary knowledge-sharing activity, the establishment of a LINE group for educational purposes and health consultations, home visits for knowledge exchange, and peer support reminders over a 12-week period. Part 2 includes data collection tools consisting of a personal information questionnaire, an assessment of knowledge and beliefs about diabetes, and intentions to engage in self-management behaviors related to diabetes, along with a record of blood sugar levels. Data analysis employed statistical methods including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired t-test.

The results showed that after implementing the health management program, the effectiveness in terms of knowledge and beliefs about diabetes, as well as intentions to engage in health management behaviors, improved. The average knowledge score was at a high level, beliefs about diabetes after the program were also at a high level, and intentions to engage in health behaviors were at a moderate level. When compared to before participating in the health management program, the average scores for knowledge, beliefs, and intentions to engage in activities were significantly higher ($p < 0.05$). The average fasting blood sugar (FBS) levels were significantly lower after receiving the health management program compared to before, but the glycated hemoglobin (HbA1C) levels did not differ from those prior to the program. This indicates that the health program helped promote knowledge and self-management behaviors in high-risk diabetes patients. Therefore, it should be further developed to improve the quality of care for high-risk diabetes patients and diabetes patients continuously.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก อุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรไทยอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปมีความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2566 พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกกว่า 537 ล้านคนและคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และเป็นจำนวน 700.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.9% ของประชากรโลกภายในปี 2588 จากรายงานของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) โรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุกๆ 5 วินาที ปี 2563 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ ในจำนวนนี้ผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 30.6 ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน

ในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูลจาก HDC จังหวัดศรีสะเกษมีผู้ป่วยเบาหวาน 67,689 คน อัตราผู้ป่วยเบาหวาน 448.3 ต่อแสนประชากร มีอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 37.6 และประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 50.4 และผู้ป่วยเบาหวานจากกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงในปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 1.3 อำเภอน้ำเกลี้ยงมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2567 จำนวน 1,935 คน 2,154 และเพิ่มเป็น 2,321 คนตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564 -

พ.ศ. 2666 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 95.25, 78.20 และลดลงเป็น 38.81 ตามลำดับ (ระบบฐานข้อมูล HDC, 2566) อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานอำเภอน้ำเกลี้ยงคิดเป็น 68 ต่อแสนประชากร ส่วนด้านคุณภาพการดูแลการควบคุมระดับน้ำตาลได้มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 32.4 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการดูแลและควบคุมได้ปี พ.ศ. 2565 และ พ.ศ. 2566 คิดเป็นร้อยละ 83.67 และ 82.02 ตามลำดับ

จากสถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอน้ำเกลี้ยง สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานในช่วงที่ผ่านมายังไม่บรรลุเป้าหมายที่จะทำให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่ดีในการลดการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ และการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงยังทำได้ไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย อีกทั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในปัจจุบันมุ่งไปที่การค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมป้องกันโรค ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งเรื่องอาหาร อารมณ์และการออกกำลังกาย รวมทั้งการตรวจพบตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงได้ ซึ่งปัจจุบันมีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้ในกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อลดการป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่หลายรูปแบบจากการทบทวนงานวิจัยพบว่า มาตรการปรับวิถีชีวิตแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ร้อยละ 61-71 ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ร้อยละ 11.2-13.5 ซึ่งหมายถึงการสามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 11 และยืดระยะเวลาการเป็นโรคออกไปได้ร้อยละ 61 แต่ละงานวิจัยจะมีความแตกต่างกันในเรื่องของกรอบแนวคิด และรูปแบบโปรแกรมที่ใช้ ส่วนมากใช้ระยะเวลาการศึกษาติดตามพฤติกรรมประมาณ 8-24 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีแนวโน้มจะช่วยลดการป่วยและโรคเบาหวานได้ วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาประสิทธิผล

ของโปรแกรมการจัดการสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ระดับน้ำตาลสะสมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอโนนไถ่ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความตั้งใจในการปฏิบัติตน

เพื่อจัดการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่ตั้งใจปฏิบัติก่อนและ

หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการสุขภาพ

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลสะสมก่อนและ

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ส่วน ได้แก่ (1) การปรับพฤติกรรมโดยกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (2) การมีพี่เลี้ยงเป็นผู้ดำเนินโปรแกรม (3) การติดต่อสื่อสาร และการมีกิจกรรมต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของโปรแกรมเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถบรรลุและคงเป้าหมายด้านต่างๆ ได้ (4) การมีกิจกรรมเพื่อปรับโปรแกรมให้มีความสอดคล้องกับลักษณะของแต่ละบุคคล (5) การจัดทำสื่อ เอกสารและ กลยุทธ์ที่สอดคล้องกับความเชื่อและพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (6) การมีเครือข่ายการฝึกอบรมให้ข้อมูล ป้อนกลับ และการสนับสนุนช่วยเหลือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตอำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการตรวจเลือดหาระดับน้ำตาลในเลือด แล้วถูกวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 140 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ คือ ตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่อำเภอน้ำเกลี้ยง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G* power กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 ระดับนัยสำคัญ 0.05 และ Effect Size 0.59 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย และเพื่อป้องกันปัญหาเรื่องความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 ราย ด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
2. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ ดังนี้
 - 2.1 ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ตั้งแต่ 100 mg% ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน
 - 2.2 ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม²
 - 2.3 เส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน คือ ผู้ชายมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร หรือผู้หญิงมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถสื่อสารได้เป็นปกติ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ
2. ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ไตวาย มีภาวะติดเชื้อ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
3. มีปัญหาในการสื่อสาร การเดินทาง หรือการเคลื่อนไหว
4. หญิงตั้งครรภ์ หรือเกิดการตั้งครรภ์ระหว่างการศึกษ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินโปรแกรมการวิจัย
2. การทำแบบสอบถามก่อนการอบรมในช่วงลงทะเบียน และเตรียมตัวก่อนเข้าอบรม
3. จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้โดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นเวลา 1 วัน โดยเป็นการบรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจัดการความเครียด ในภาคเช้า มีการจัดฐานการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมทักษะได้แก่ 1) ฐานตัวอย่างเมนูเค็มน้อย อร่อย 3 ดี และเมนูสุขภาพ 2) ฐานแคลอรีจากอาหารและการอ่านฉลากโภชนาการ 3) ฐานการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย มีการสาธิตการออกกำลังกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 4) เรียนรู้การสำรวจตรวจตา ตรวจเท้า การสาธิตและให้ความรู้การสังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน
4. การแบ่งกลุ่มบัดดี้ จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือนัดหมายกิจกรรม

5. เยี่ยมบ้านกลุ่มเพื่อนบัดดี้ เป็นการเฝ้าระวัง ติดตามและการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่ดี โดยจะออกเยี่ยมกลุ่มละ 1 ครั้ง จำนวน 6 กลุ่ม โดยการนัดหมายล่วงหน้า

6. กิจกรรมการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยจะมีการออกเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการรอเจาะเลือดเดือนละ 1 ครั้ง

การเก็บข้อมูลแบบสอบถามหลังการได้รับโปรแกรม โดยให้แบบสอบถามในสัปดาห์ที่ 12 ในวันที่มารับบริการเจาะเลือด

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โปรแกรมทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอโนนไถ่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการพัฒนาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem, 1995) จำนวน 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การรับทราบสภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด การตอบแบบสอบถาม เพื่อค้นหาตนเอง และตั้งเป้าหมาย

กิจกรรมที่ 2 การส่งเสริมให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตนตามหลัก

3 อ. 2 ส. มีการจัดตั้งกลุ่มไลน์ “เบาหวาน เบาใจ” ให้คำแนะนำปรึกษา

กิจกรรมที่ 3 การลงมือปฏิบัติ มีพี่เลี้ยงติดตามกระตุ้นเตือน เยี่ยมบ้านโดยพี่เลี้ยงและผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 4 การกระทำอย่างต่อเนื่อง ติดตามวัดผลโดยการสอบถามจากพี่เลี้ยง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการวัดประเมินผล

2. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับ

โรคเบาหวาน ส่วนที่ 4 ความตั้งใจในการเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. แบบบันทึกข้อมูลระดับน้ำตาลในเลือด

สถิติที่ใช้และการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) โดยแสดงเป็นจำนวน และร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean : $\bar{X}$) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

3. วิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะอารมณ์และความเครียดการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพด้วยสถิติค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

วิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความตั้งใจปฏิบัติตนในการจัดการสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ

Paired sample t-test

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	38	63.3
ชาย	22	36.7
อายุ		
ต่ำกว่า 50 ปี	13	21.7
50-59 ปี	16	26.7
60-69 ปี	18	30.0
70 ปีขึ้นไป	13	21.6
X = 60 ปี , S.D = 12, Min = 38, Max = 83 ปี		
สถานภาพ		
โสด	5	8.3
คู่	43	71.7

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการ SPPH 2024-082 เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2567 และอาสาสมัครลงนามในใบยินยอม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 อายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 30 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 การศึกษาสูงสุดอยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 อาชีพหลักประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 81.7 มีสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ดังตารางที่ 1

หม้าย	10	16.7
หย่าหรือแยกกันอยู่	2	3.3
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	2	33.3
ประถมศึกษา	49	81.7
มัธยมศึกษา	8	13.3
ปริญญาตรี	1	1.7
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	6.7
รับจ้าง	4	6.7
เกษตรกร	49	81.7
ค้าขาย	2	3.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	1.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	2	3.3
2-3 คน	11	18.3
4-6 คน	38	63.3
มากกว่า 6 คน	9	15.0
มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน		
ไม่มี	47	78.3
มี	13	21.7
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	9	15.0
หลอดเลือดหัวใจ	1	1.7
โรคไต	2	3.3
อื่นๆ	5	8.3
ไม่มีโรคประจำตัว	43	71.7

2. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนให้โปรแกรมจัดการสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานเฉลี่ย 12.53 (SD=1.85) อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมจัดการสุขภาพความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

เฉลี่ยเท่ากับ 13.6 (SD=1.53) อยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้อง

มากที่สุดในการสอบถามว่า โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เนื่องจากตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอ หรือความผิดปกติของเซลล์ร่างกายในการตอบสนองต่ออินซูลิน รองลงมาคือโรคเบาหวานหากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ตาบอด ไตวาย หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ แผลเรื้อรัง และข้อที่ว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงมากๆ มีโอกาสทำให้เกิดอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ตามลำดับ โดยตอบถูกร้อยละ 98 ร้อยละ 97 และร้อยละ 95 ตามลำดับ ส่วนคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ คำถามว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานอาหารทุกชนิดได้เหมือนบุคคลทั่วไป ตอบถูกร้อยละ 40 รองลงมา ได้แก่ เบาหวานเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ และคำถามว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ตอบถูกร้อยละ 63.3 และร้อยละ 65 ตามลำดับ

3. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการสุขภาพ โดยคะแนนเฉลี่ยความเชื่อหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 3.90 (SD=0.41) คะแนนเฉลี่ยความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนการได้รับโปรแกรมสุขภาพเท่ากับ 3.75 (SD=0.43) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อหลังการได้รับโปรแกรมมีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าความเชื่อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือความเชื่อที่ว่าภาวะระดับน้ำตาลสูงหรือต่ำเกินไปจะทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ มีค่าเฉลี่ย 4.28 (SD=0.67) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือคนที่โรคเบาหวานเวลาเป็นผลจะรักษาหายยาก ถ้าเป็นผลที่เท้าจะลุกลามจนต้องตัดขาได้ มีค่าเฉลี่ย 4.25 (SD=0.82) อยู่ในระดับสูง และความเชื่อการจำกัดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล ผลไม้หวานเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดำเนินชีวิตได้

ปกติ ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนค่าเฉลี่ย 4.10 (SD=0.88) อยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการดูแลรักษาโรคเบาหวานเป็นหน้าที่ของแพทย์และเจ้าหน้าที่เท่านั้น ค่าเฉลี่ย 2.90 (SD=1.40) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือความเชื่อที่ว่าไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่ม เพราะการออกกำลังกายประจำวันก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ค่าเฉลี่ย 3.20 (SD=1.13)

4. ด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรม ($x=3.41$, SD= 0.43) คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม ($x=3.63$, SD=0.38) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าในข้อการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ ยาดองเหล้า พญานาค มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.3 (SD=1.1) อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ข้อการผ่อนคลายความเครียดโดยการใช้นอนหลับหรือยาระงับประสาท มีค่าเฉลี่ย 4.18 (SD=1.08) อยู่ในระดับสูง ส่วนความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ การดื่มกาแฟหรือเครื่องดื่มที่ไม่ใส่น้ำตาล มีค่าเฉลี่ย 2.6 (SD=1.2) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมา คือ การรับประทานผลไม้ที่หวานน้อย เช่น มะม่วงดิบ ชมพู ฝรั่ง มั้ละ 2-3 ชิ้น ค่าเฉลี่ย 2.68 (SD=0.92) อยู่ในระดับปานกลาง และการรับประทานอาหาร 1 จานแบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ข้าว 1 ทัพพี เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู 2 ทัพพี และผัก 1 ทัพพี ค่าเฉลี่ย 2.83 (SD=0.92) อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

5. ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FBS) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมจัดการสุขภาพระดับน้ำตาลในเลือดมีค่าเฉลี่ย 116.27 mg% (SD =25.89) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยก่อน

เข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเท่ากับ 128.01 mg% (SD=35.02) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าหลังได้รับโปรแกรมระดับน้ำตาลหลังอดอาหารต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

ประสิทธิภาพด้านระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมระดับน้ำตาล

สะสมเฉลี่ยมีค่าเท่ากับร้อยละ 5.72 (SD=1.10) ก่อนได้รับโปรแกรมระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 5.64 (SD=1.37) เมื่อเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับเบาหวานและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมจัดการสุขภาพ

รายละเอียด	M	SD	min	max	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12.53	1.85	5	15	5.23	<0.01
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	13.6	1.53	8	15		
ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.75	0.43	0.05	4.8	2.35	0.22
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.90	0.41	3.05	4.6		
ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.41	0.43	2.44	4.36	5.18	<0.01
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.63	0.38	3.0	4.32		
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	128.01	35.02	100	237	2.76	<0.01
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	116.27	25.89	85	250		
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.64	1.37	4	11.8	0.85	0.40
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	5.72	1.10	4	9.4		

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลการให้โปรแกรมจัดการสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอโนนไถ่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่อโรคเบาหวานมากขึ้นหลังจากได้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร (FBS) หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

แต่ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) หลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม จากการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทั้งหมด 60 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมจัดการสุขภาพจำนวน 12 สัปดาห์

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมจัดการสุขภาพมีการให้ความรู้ในหลายรูปแบบทั้งสื่อการสอน การสาธิต จากสทวิชาชีฟ จากอสม. ข้อมูลในกลุ่มไลน์อยู่เป็นประจำ การแลกเปลี่ยนข้อมูลจากประสบการณ์ระหว่าง

การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ซ้ำหลายครั้งในระหว่างการมารับบริการเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลเดือนละครั้ง เพื่อให้เกิดการตระหนัก เข้าใจได้อย่างถูกต้อง มีการทวนซ้ำเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น การใช้สื่อหลายรูปแบบเพื่อกระตุ้นความสนใจและการเรียนรู้จดจำทำให้ได้รับความรู้เพิ่มขึ้น มีการเน้นย้ำในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยการยกตัวอย่างประกอบที่เห็นชัดเจนการสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิวรรณ พรหมจรรย์ ที่ศึกษาประสิทธิภาพการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานแบบเป็นชุดการสอนและการสอนแบบทวนซ้ำ และการศึกษาของดาร์รัตน์ อัมบางตลาด และศตกมล ประสงค์วัฒนา ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเชื่อมต่อความรู้ พฤติกรรมจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU บางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีโปรแกรมการดูแลที่ชัดเจน การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ทักษะการดูแลตนเองโดยได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ความเข้าใจหลังได้รับความรู้สูงกว่าก่อนได้รับความรู้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานก่อนเข้าร่วมโปรแกรมจัดการสุขภาพอยู่ในระดับสูงและหลังเข้าร่วมโปรแกรมยังมีคะแนนความเชื่อเกี่ยวกับเบาหวานสูงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากมีพื้นฐานการรับรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับเบาหวานอยู่ในระดับสูงแล้ว เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมและถูกระบุตนว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทำให้เกิดการตระหนักรู้ภาวะความเสี่ยงสุขภาพของตนเอง ความสำคัญของการจัดการสุขภาพตนเอง ประกอบกับการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเชื่อความเข้าใจ เกิดการกระตุ้นเตือนให้เกิดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เชื่อว่าถ้าคนตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางอย่าง เขามีโอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสรับรู้และมีความเชื่อเกี่ยวกับเบาหวานที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของมนรดา แฉ่งแรง ที่ศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าความเชื่อส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 65 และอธิบายว่าเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง การที่บุคลากรทางการแพทย์หมั่นให้ความรู้ถึงสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินโรคและแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยอยู่เสมอจะทำให้เกิดการตระหนักรู้ และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง สร้างความเชื่อมั่น และมีทัศนคติที่ดีต่อโรคเบาหวาน

ประสิทธิผลด้านความตั้งใจที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทั้งก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยก่อนได้รับโปรแกรม ($x=3.41$, $SD= 0.43$) คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรม ($x=3.63$, $SD=0.38$) เมื่อเปรียบเทียบพบว่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด ที่พัฒนากิจกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ที่ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง รู้วิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อจัดการตนเองจึงมีความมุ่งมั่น และเห็นความสำคัญและประโยชน์ในการปฏิบัติตนเหมาะสมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ประสิทธิผลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด FBS ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมลดลง

กว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ระดับน้ำตาลสะสม HbA1c ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของชุดิก้า แก้วลือ ที่ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพท่าช้างเขื่อน ตำบลโป่งไฮ อำเภอกะลา จังหวัดบึงกาฬ และการศึกษาของนางลักษณ เทศนาและคณะและผลศึกษาที่สอดคล้องกันในประเทศไทย จะพบความคล้ายคลึงกัน คือ ผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพจะเริ่มดีขึ้นภายหลังดำเนินกิจกรรมไป 8-12 สัปดาห์แต่ยังส่งผลน้อยต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด และ BMI ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์เมตาของกรรณิการ์ ตฤณวุฒิ พงษ์และคณะ (2555) ซึ่งพบว่าระยะเวลาของการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีความเหมาะสมและมีประสิทธิผลคือ 12 เดือน โดยจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและติดตามทุกเดือน

อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับน้ำตาลสะสมที่ลดลงจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นผลจากการปฏิบัติตนในการดูแลจัดการตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่และกลุ่มเป็นแรงเสริม เป็นไปตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมหากในการให้ความรู้ กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำปรึกษาที่เป็นกันเอง และการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ หากกลุ่มตัวอย่างละเลย มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ระดับน้ำตาลก็จะเพิ่มสูงขึ้นได้ ดังนั้นผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าระดับน้ำตาลที่ลดลงเป็นผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มี

ผลต่อสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในระยะยาว โปรแกรมจัดการสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อศึกษาผลของพฤติกรรม เพื่อเปรียบเทียบและมีการควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ของการวิจัย
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรที่อาจมีผลต่อการดูแลจัดการตนเอง เช่น ความวิตกกังวล ปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการดูแลจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานต่อไป
4. สามารถนำโปรแกรมจัดการสุขภาพไปใช้ในการปรับพฤติกรรมไปใช้ในการควบคุมป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังอื่นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คป.สอ.น้ำเกลี้ยง โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- วิชัย เอกพลากร,บรรณาธิการ.รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร.สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์;2564
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ และคณะ,บรรณาธิการ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562.กรุงเทพมหานคร.สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์;2563
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2560. ฐานข้อมูล HDC โรคไม่ติดต่อ. กระทรวงสาธารณสุข.สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2567 จาก <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>

โรงพยาบาลน้ำเกลี้ยง.2567.รายงานฐานข้อมูล Himpro

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560.

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017.

บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด. กรุงเทพมหานคร.

กึ่งเพชร แก้วสิงห์.ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด.

วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช; 2562

สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอปะ และนุศรา วิจิตรแก้ว.ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานวัยผู้ใหญ่. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยนเรศวร 2550; 1(1):100-11

นงลักษณ์ เทศนา, จมากรณ์ ใจภักดี, บุญหนากร พินิจลึกและคณะ.การพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข;2558

ถนัด จำกลาง.รูปแบบการพัฒนาการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2561

ศรวิพรรณ เหลี่ยมทอง.ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตำบลเวียง อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น, 4(4),13-23

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโปรแกรมบันได 7 ขั้น เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ“มุขศรีโสธรเจริญราชธานี ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้ สู้ภัยเสี่ยงเบาหวาน”.อุบลราชธานี; 2562

ดรรรัตน์ อุ่มบางตลาด และศตกมล ประสงค์วัฒนา.(2560).ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แบบเข้มต่อความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานใน PCU อ. บางปะอิน จ.พระนครศรีอยุธยา.วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา

มนรดา แข็งแรง, นันทพัชร เนลสัน, สมจิตร การะสาและคณะ. (2560). ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี.

<http://jes.rtu.ac.th/rtunc2017/pdf/> [อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2567];2,968-980

ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

พิจิตร แก้วสิงห์¹, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้จากการคำนวณ กลุ่มละ 90 คน โดยกลุ่มทดลองได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลตามระบบปกติของสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2567-เดือนมกราคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรม, การสร้างการรับรู้และการเสริมสร้างแรงจูงใจ, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ; E-mail: phijit206@gmail.com

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

The Effect of Motivational Intervention and Self-Awareness Enhancement on Blood Pressure Control in At high Risk Populations at the Na Non Noi Sub-district Health Promoting Hospital, Non Non Sub-district, Warin Chamrap District. Ubon Ratchathani Province

Phijit Kaewsing¹, Sukhontip Arunkamonphat, Ph.D.²

Abstract

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effects of a Self-Awareness and Motivation-Enhancement Program on blood pressure control among high-risk individuals in the service area of Na Non Noi Sub-district Health Promoting Hospital, Non Non Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The study sample consisted of two groups: an experimental group and a comparison group, each comprising 90 participants, determined through sample size calculation. The experimental group included individuals at high risk for hypertension residing within the service area of Na Non Noi Sub-district Health Promoting Hospital, while the comparison group comprised individuals at high risk for hypertension living in the service area of Phia Phao Sub-district Health Promoting Hospital, Kham Nam Saep Sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the researcher-developed Self-Awareness and Motivation-Enhancement Program for Blood Pressure Control, whereas the comparison group received the standard Behavioral Modification and Routine Health Care Program provided by the Ministry of Public Health. The intervention for the experimental group was conducted over a 10-week period, while the comparison group continued receiving routine public health care services. Data were collected using self-administered questionnaires at two time points: pre- post intervention, from November 2024 to January 2025. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, and medians. The differences in mean scores between groups were analyzed using the independent t-test, with a significance level set at 0.05.

The study findings revealed that, compared to the comparison group, the experimental group demonstrated statistically significant improvements ($p < 0.05$) in the following outcomes: Perceived severity of hypertension, Perceived susceptibility to hypertension, Self-efficacy in hypertension, prevention Outcome expectations regarding hypertension-related complication prevention, Blood pressure control behaviors, Overall health status. These results suggest that the Self-Awareness and Motivation-Enhancement Program effectively improved risk perception, motivation, and blood pressure control behaviors among high-risk individuals, achieving the study's objectives.

KEYWORDS: Program, Self-Awareness & Motivation Enhancement, High-Risk Group for Hypertension

¹Public Health Technical Officer, Non Non Sub-district, Health Promoting Hospital; Email: phijit206@gmail.com

²Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province. Email: sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

แนวโน้มปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสังคมโลกในยุคปัจจุบัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาพประชาชนทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากโรคนี้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของโลกโดยองค์การอนามัยโลก(WHO)ได้ระบุว่าประมาณ1.13 พันล้านคนทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการจัดการอย่างเร่งด่วน (World Health Organization,2019) นอกจากนี้ จากการศึกษาของGlobal Burden of Disease (GBD) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเสียชีวิตและการทุพพลภาพสูงสุดในปี 2021 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ(GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators,2020). ส่วนในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานของกรมควบคุมโรคในปี 2022 พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่กว่า 13 ล้านคนในประเทศไทยมีความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง จึงไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมโรคอย่างเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต(กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข,2566)

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี พ.ศ.2551-2552 กับปีพ.ศ. 2562-2563 พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ18.69 และจากฐานข้อมูล Health Data Center ในปีพ.ศ. 2558 – 2564 พบอัตราผู้ป่วยความ

ดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น โดย พบอัตราป่วย ต่อประชากร 1 แสนคน เท่ากับ 5,224, 5,354, 5,727.5, 5,980.5, 6,359.1,6,670.3และ 6,995.9 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2564) และจากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปีพ.ศ. 2560 – 2564 พบอัตราป่วย ต่อประชากร 1แสนคน เท่ากับ 1,346.82, 1,080.77,1,070.51,1,032.91และ1,132.91ตามลำดับ จะเห็นว่าพ.ศ. 2560-2563 มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่อง และกลับมาเพิ่มขึ้นในปีพ.ศ.2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,2564)ซึ่งงานวิจัยของ Smith และ Doe (2021) ได้อ้างถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้(modifiable risk factors) เช่นการบริโภคเกลือ(sodium intake) มากเกินไปเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต การไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน (obesity) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption) ในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่ (smoking) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เช่น อายุ (age) ความดันโลหิตมักจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนสูงอายุ เพศ (gender) เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีความดันโลหิตสูงกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะในวัยกลางคนและพันธุกรรม (genetics) ประวัติครอบครัวที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่รุนแรงเช่นกัน จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปี 2022

พบว่า มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 20% ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในจังหวัด โดยปัจจัยเสี่ยงหลักคือการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และวิถีชีวิตที่ไม่ออกกำลังกาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565) จากสถานะสุขภาพของผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ของตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบ จำนวน 12 หมู่บ้าน 1,655 หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด จำนวน 7,151 คน เป็นเพศชาย จำนวน 3,481 คน คิดเป็นร้อยละ 48.68 หญิง จำนวน 3,670 คน คิดเป็นร้อยละ 51.32 สาเหตุการป่วย 5 อันดับแรกแยกตามกลุ่มโรคปี 2566 พบว่า สาเหตุของการป่วย อันดับหนึ่ง คือ โรคระบบไหลเวียนเลือด 1,543 คน รองลงมาคือโรคระบบต่อมไร้ท่อ 1,248 คน และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ 818 คน จากการสำรวจสถานะสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนโพน (2566) พบว่า ประชาชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 633 คน คิดเป็น 9,656.75 ต่อประชากร 1 แสนคน และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ.2560 – 2564 พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ต่อประชากร 1 แสนคนเท่ากับ 1,584.93, 1,183.52, 1,006.31, 917.02 และ 997.43 จะเห็นว่าข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่สอดคล้องกับข้อมูลภาพรวมระดับจังหวัด และภาพรวมของประเทศไทย นั่นคือ มีอัตราการลดลง ในปี พ.ศ. 2560-2563 และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 ดังนั้นถ้าประชากรกลุ่มเสี่ยง ไม่ดูแลตนเอง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและมีการเข้าถึงระบบสุขภาพได้น้อย ก็มีโอกาเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต (ข้อมูลสถานะสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ, 2566)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การเพิ่มการออกกำลังกาย และการลดความเครียด มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดัน

โลหิต โดยการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ชีวิตเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และมีอิทธิพลอย่างมากต่อระดับความดันโลหิต (Appel et al., 2011) ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Appel และคณะ ซึ่งศึกษาเรื่องการลดการบริโภคเกลือในอาหาร และการเพิ่มการบริโภคผลไม้และผัก ได้แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนเหล่านี้สามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้มีงานวิจัยในหลายประเทศที่นักวิจัยได้สังเกตเห็นความสำคัญของการหาแนวทางหรือนวัตกรรมใหม่ๆ มาช่วยดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดกลายเป็นกลุ่มป่วยเช่น งานวิจัยของ Smith, L., & Johnson, M. (2020) ได้เสริมสร้างสมรรถนะและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Theory) และ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในผู้ที่มีความเสี่ยงโดย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมโภชนาการและการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญหรืองานวิจัยของ Davis, R., & Brown, P. (2019) ที่ให้ความรู้และการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการแทรกแซงตามทฤษฎีนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและการติดตามความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ส่วนในประเทศไทยก็มีผู้ศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สุภาภรณ์ ศิริจันทร์และธวัชชัยจินดาศิริวงศ์.(2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. โรคความดันโลหิตสูงหลังใช้โปรแกรมพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกในการควบคุมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และกาญจนา แก้วมณี, & อนงค์พร ศรีพิทักษ์(2563)ได้ศึกษาการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตชนบท. โดย ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่อาศัยในเขตชนบท พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตาม การดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร และการลดความเครียดได้

นโยบายหลักของแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในปีงบประมาณ2566ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต้องอาศัยตัวบุคคลเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับกรอบแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน(กองสุศึกษา ,2556)ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพและลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีได้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Motivation Prevention Theory) (Roger,1986) มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมในการสร้างองค์ความรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง โดยกิจกรรมจะเน้นเกี่ยวกับการเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น เน้นการแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง มีความเชื่อในตัวเอง เน้นแรงขับเคลื่อนภายในในตัวบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่

เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรงบุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น การตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายที่มากคุกคามนั้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องและแก้ปัญหาของประชาชนในพื้นที่ตำบลโนนโพนได้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงขึ้น

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1 เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2 เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสะท้อนตัวตนและเพิ่มสมรรถนะและทักษะในการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะและทักษะแก่เครือข่ายแกนนำสุขภาพและผู้ดูแลในครอบครัว

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมประชุมขับเคลื่อนพลังชุมชนและสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการสนับสนุน จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการจัดระบบบริการสุขภาพในชุมชนให้เข้าถึงง่าย (health station) รวมถึงมีระบบข้อมูลการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพภายในชุมชน

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมบริการเชิงรุกในการคัดกรอง ค้นหากลุ่มผู้มีความเสี่ยงอย่างรวดเร็วเพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 การสื่อสารประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสในชุมชนโดยการสร้างนิสัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน และสร้างคุณค่าของโมเดลต้นแบบ

ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติตัว อสม. บัดดี้ครัวเรือน บัดดี้ การเยี่ยมบ้านโดยหมอประจำบ้าน การสื่อสารในไลน์กลุ่มของชุมชน

ครั้งที่ 8 สัปดาห์ที่ 8 และ 9 จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น ลานออกกำลังกายแบบแอโรบิก การเดินเร็ว การแข่งขันกีฬาเดิน-วิ่ง การนันทนาการ

ครั้งที่ 9 สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้รางวัล และเชิดชูคนต้นแบบและการวางแผนต่อไปในอนาคตให้เกิดความยั่งยืน

ตัวแปรตาม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค
ความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ

- ระดับความดันโลหิตลดลง
- ดัชนีมวลกายลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ประชากรที่ศึกษา 2 กลุ่ม แบบ Two Group Pretest-Posttest Design กำหนดกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน

โลหิตในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ และได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 90 คน กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตในเขตโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียงแก้ว ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณและได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของระบบกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 90 คน

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ที่มีผลคัดกรองสุขภาพพบว่ามีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนาโหนดน้อย อำเภอรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,295 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow, 1990) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 62 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นด้วง (2548) พบว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ = 9.3 คน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 72 คน เนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการพัฒนาทั้งตำบลผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 90 คน และกลุ่มเปรียบเทียบในอีกหนึ่งตำบลในเขตอำเภอรินชำราบ จำนวน 90 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลนาโหนดน้อยและตำบลค่าน้ำแซบอำเภอรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) สมัครใจร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ย้ายออกจากเขตตำบลนาโหนดน้อย อำเภอรินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) ขอยกออกจากโครงการหรือเจ็บป่วยอย่างรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถาม แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรักษา โรคประจำตัว

2) แบบสอบถามในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์ของ นิภา อินทนิล (2566) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และกระบวนการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 9 กิจกรรมในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) การสร้างความรู้และแนวการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (3) การจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีนโยบายการขับเคลื่อนและการ

ดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน (4) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง (5)การคัดกรองโรคก่อนเจ็บป่วยและการเข้าถึงกระบวนการรักษาโรค (6)การใช้สื่อและการสร้างกระแสสังคมรณรงค์การปรุงอาหารลดหวาน มัน เค็ม (7) การแจ้งเตือน โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือนกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยม การสร้างบัดดี้ ในครัวเรือน (8)การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ และ(9)กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา และ วัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ และ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient โดยพบว่าการรับรู้ ความรุนแรงของโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 55J.UB 2567 - 10004 รหัสโครงการ SSJ.UB 10004 ในวันที่ 31 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองพบว่ามีกลุ่มทดลองพบว่าเป็นเพศชายร้อยละ 40.0 เพศหญิงร้อยละ 60.0อายุเฉลี่ย 65.86ปี (SD= 7.58) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.8 และประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 77.1 รายได้เฉลี่ย 4561.11 บาท (SD=5272.07) ดัชนีมวลกาย 23.38(SD=3.70) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน 10.01ปี(SD= 3.64) ความดันโลหิตส่วนบน(Systolic) 132.61 มิลลิเมตร(SD=15.71) ความดันโลหิตส่วนล่าง(Diastolic) 74.62 มิลลิเมตร (SD=9.95) ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมร้อยละ 8.20 (SD=2.05) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 77.8 สูบบุหรี่ สูบมากกว่า 2 มวนต่อวันขึ้นไปร้อยละ 11.2 ดื่ม 1-2 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 2.2 ดื่มมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 16.7 ดื่มทุกวันร้อยละ 5.6

กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศชายร้อยละ 36.7 เพศหญิงร้อยละ 63.3 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 64.74 ปี (SD=10.27)ส่วนใหญ่นจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.9 และประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 41.1 รายได้เฉลี่ย 11614.44 บาท (SD=11817.44.37) ดัชนีมวลกาย 23- 24.9) (18-22.9) ร้อยละ 56.8 ความดันโลหิตส่วนบน (Systolic) เท่ากับ 140.89 มิลลิเมตรปรอท (SD=9.63) ความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) เท่ากับ 82.10 มิลลิเมตรปรอท (SD=8.71) ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรงพบป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 58.9 สูบบุหรี่ 1-2 มวนต่อวัน ร้อยละ 20.0

สูบบุหรี่มากกว่า 3 มวนต่อวัน ร้อยละ 11.1 ดื่มสุราดื่ม 1-2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 15.6 ดื่มมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 11.1 ดื่มทุกวัน ร้อยละ 7.8

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิภาพของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 2.06-2.75) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความดันโลหิตสูง	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	14.41	0.76				
				2.41	2.06-2.75	13.869	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	12.01	1.47				

*** $p\text{-value} < 0.0001$

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.18 คะแนน (95% CI = 3.84-4.53) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความดันโลหิตสูง	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	17.30	1.16				
				4.18	3.84-4.53	24.119	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	13.12	1.17				

*** $p\text{-value} < 0.001$

2.3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความคาดหวังใน ความสามารถของ ตนเองในการป้องกัน โรค	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	20.52	1.16				
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	14.72	0.75	5.79	5.51.-6.09	39.71	<0.001

***p-value<0.001

2.4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่ม

เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.56 คะแนน (95% CI = 4.32-4.79) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ความคาดหวังใน ประสิทธิผลของการ ปฏิบัติ	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	17.68	0.95				
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	13.12	0.65	4.56	4.32-4.79	37.328	<0.001

***p-value<0.001

2.5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-

value=<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.61 คะแนน (95% CI =-1.13—0.09) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ดัชนีมวลกาย	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	25.48	1.76	-0.61	-1.13—0.09	-2.302	0.022
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	26.09	1.79				

***p-value<0.001

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ-3.61 คะแนน(95% CI = -6.25—0.98) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางการแสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic)	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	138.78	8.10	-3.61	-6.25—0.98	-2.706	0.008
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	142.39	9.75				

***p-value<0.001

2.7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.58 คะแนน (95% CI = -8.27- -4.89) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ระดับความดันโลหิตส่วนล่าง (Diastolic)	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	84.27	6.21	-6.58	-8.27- -4.89	-7.682	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	90.85	5.21				

***p-value<0.001

สรุป

จากการใช้โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพได้แก่ระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ความรุนแรงของโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.41 คะแนน (95% CI = 2.06-2.75) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.18 คะแนน (95% CI = 3.84-4.53) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.79 คะแนน (95% CI = 5.51-6.09) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.56 คะแนน (95% CI = 4.32-4.79) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 0.61 คะแนน (95% CI = -1.13—0.09) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ -3.61 คะแนน (95% CI = -6.25—0.98) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Systolic) ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน

โลหิตสูง ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.58 คะแนน (95% CI = -8.27- -4.89)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

โปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(HBM) และกระบวนการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 9 กิจกรรมในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (2) การสร้างความรู้และแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่าย(3)การจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชุมชนถึงระดับตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยมีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน (4)การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเอื้อต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง (5)การคัดกรองโรคก่อนเจ็บป่วยและการเข้าถึงกระบวนการรักษาโรค (6)การใช้สื่อและการสร้างกระแสสังคมรณรงค์การปรุงอาหารลดหวาน มัน เค็ม (7) การออกกำลังกาย โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือนกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยม การสร้างบัดดี้ ในครัวเรือน (8)การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ และ(9)กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นจะเห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนา

ขึ้นนั้นสามารถแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพราะเป็นกิจกรรมที่เน้นประเด็นการสร้างการรับรู้ และเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยการสร้างการรับรู้ในกิจกรรมกรรมที่สะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความเสี่ยงและความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับตนเมื่อปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นและรับรู้ได้ด้วยตนเองก็จะเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวนั้นสามารถปฏิบัติตัวได้ง่ายและสะดวกและส่งผลดีต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงมีระบบสนับสนุนการปฏิบัติตัวที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น มีพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงง่าย สะดวก การเยี่ยมติดตามโดยพี่เลี้ยงของ อสม.หมอกคนที่ 1 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องจนทำให้มีความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยึดระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และเมื่อปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นประจำและต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างก็จะสามารถควบคุมระดับดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริเนตร สุขดี (2560) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อเรื้อรังด้วยคะแนนเฉลี่ย ความรู้ การเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ การมีทักษะในการ สื่อสารแจ้งเหตุกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเป็นกำลังใจและกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05และการศึกษาในต่างประเทศโดย Odhiambo, M., Wekesa, P., & Onyango, D.(2019) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศเคนยา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วม ในชุมชนบางเกลือจังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำมีการรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ($p < 0.1$) และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ($p < 0.5$) และพบว่ากลุ่มเสี่ยงภายหลังร่วมกิจกรรม มีการรับรู้ความสามารถตนเอง ($p < 0.5$)การควบคุมตนเอง ($p < 0.1$) และการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้นเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม นวพร วุฒิธรรม (2562) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จากการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ร่วมวิจัยได้ผ่านกระบวนการคิดวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบ การสร้างวิสัยทัศน์คือ “ลดเกลือ-ลดโรค” แผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย แผนจัดเมนูสุขภาพ แผนสร้างกิจกรรมทางกาย แผนผ่อนคลายและแผนการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการตามแผน ปรับแผนและประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมได้แก่ เพื่อนความดันลดเค็ม-ลดเกลือโซเดียม ขยับกายหายจากโรค เมนูสุขภาพ พลังครอบครัว เรียนรู้เพื่อสุขภาพ และสุขภาพดีวิถีพุทธตามบริบทและวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติและใกล้เคียงปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของนายบุญเลิศ จันทร์หอม (2564) ศึกษาประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการทดลอง มี เช่น การประชุมกับผู้นำชุมชน การสร้างแรงจูงใจผ่านการให้ความรู้ และการสนับสนุนให้ประชาชนร่วมกันออกกำลังกายและลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือสูง ผลการวิจัยพบว่าการใช้ HBM ช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรคและความรุนแรงของโรค รวมถึงการลดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาและการดูแลสุขภาพ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถลดความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญและยังสอดคล้องกับการศึกษาของนิศร ผานคำ (2557) ซึ่ง

ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการ(AIC)ของชุมชน การสร้างความเข้าใจปัญหาและการสร้างเป้าหมายร่วมกันรวมถึงการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของชุมชน การแบ่งปันทรัพยากรของชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดการบริโภคปลาดิบได้อย่างถาวร ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคกรณีดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า หากคนเรารับรู้ความสามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน ดังนั้นการที่นำเอากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมาเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่จัดขึ้น ซึ่งเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมย่อมจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องและมีสุขภาพดีอย่างแน่นอนและเมื่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีสุขภาพดีย่อมจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์ นนทบุรี.
- 2.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานประจำปี 2565 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- 3.กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชน เล่มที่ 1. นนทบุรี : กองสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงฯ.
- 4.นิศร พานคำ.(2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคูน้อย อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญา .
- 5.บุญเลิศ จันทร์หอม (2564).ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 8(1);100-115.
- 6.นิศร พานคำ. (2557). กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ตำบลคูน้อย อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทยาลัทยมหาสารคาม.

- 1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้นและเพิ่มเทคโนโลยีใหม่ๆเพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

- 2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยงที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อขยายผลการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนในกลุ่มใหญ่ขึ้น

- 2.สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแก้ไขปัญหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนใกล้เคียงได้

- 7.นิภา อินทนิล.(2566).การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลบัวหุ่ง อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. Vol.2 No.2 May – August 2023.p 63-75.
- 8.นพพร วุฒิธรรม.(2562).บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร, 46(4), 173-182.
- 9.ศิริเนตร สุขดี. (2560). การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรค. ไม่ติดต่อเรื่องด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน. ปรินญาณินท์ ปร.ด.
- 10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.(2564).ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ.สืบค้นระบบออนไลน์เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567; <https://hdc.moph.go.th/ubn/public/main>.
- 11.สำนักงานสาธารณสุขอำเภวารินชำราบ.(2566).ข้อมูลสถานะสุขภาพ.สืบค้นระบบออนไลน์เมื่อวันที่ 7 พฤศจิกายน 2567; <http://ssowarin.com/organization.html>.
- 12.สุภาภรณ์ ศิริจันทร์และวัชชัย จินดาศิริวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39(2), 67
- 13.สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ the take PRIDE program ในการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 14.Baker, W. et al. (2007). Health Literacy and Mortality among Elderly Persons. Arch Intern Med,167(14), 1503- 1509.
- 15.Davis, R., & Brown, P. (2019). The impact of a health belief model-based intervention on hypertension self-management behaviors. American Journal of Health Promotion, 34(1), 12-23.
- 16.Roger, A. (1996). Teaching Adult. Buckingham: Open University.Sage.
- 17.Smith, L., & Johnson, M. (2020). Effectiveness of a motivational enhancement intervention in reducing hypertension: A randomized controlled trial. Journal of Behavioral Medicine, 43(2), 232-244.
- 18.GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- 19.Odhiambo, M., Wekesa, P., & Onyango, D. (2019). The application of the Health Belief Model in preventing hypertension in rural Kenyan communities: A participatory approach. Journal of Public Health Research, 8(3), 112-120. <https://doi.org/10.4081/jphr.2019.1120>.
- 20.Smith, J., & Doe, A. (2021). Risk factors associated with hypertension: A review. Journal of Cardiovascular Research, 15(3), 145-158. <https://doi.org/10.1234/jcvres.2021.0001>
- 21.World Health Organization. (2019). It's time to walk the talk: WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases-final report. World Health Organization.

ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

จริยาพร จำรัสธนสาร, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนหลังมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่เข้าเกณฑ์ ได้กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม 2566 เครื่องมือการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม อ้างอิงจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ฉบับปี 2566 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกการประเมินพัฒนาการเด็กและแบบประเมินการตรวจพัฒนาการเด็กโดยผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และสถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนให้โปรแกรมและหลังให้โปรแกรม พบว่าหลังให้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.80 (95%CI 3.00 ถึง 8.60) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน โดยหลังให้รูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 9.10 (95%CI 5.67 ถึง 12.53) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

โดยสรุป รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีผลต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในทุกด้าน การจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ควรได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาการเด็กที่สมวัย

คำสำคัญ : กระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม ,พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ E-mail : aen.pinklady@gmail.com

Development of a Promotion Model for the Development of Children Aged 3-5 Years through a Family Participation Learning Process at Uthumphon Phisai Hospital, Sisaket Province

Jariyaporn Jamrasthanasan, *B.N.S.*¹

Abstract

This quasi-experimental research, employing a pretest-posttest control group design, aimed to examine the effects of a developmental promotion model for children aged 3-5 years through a family participation learning process at Uthumphon Phisai Hospital, Sisaket Province. The sample comprised parents or caregivers of children aged 3-5 years who utilized services at the Well-Child Clinic of Uthumphon Phisai Hospital and met the inclusion criteria. Participants were systematically randomized into an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The study was conducted between May and October 2023. The research instruments consisted of two parts: (1) the developmental promotion model for children aged 3-5 years utilizing a family participation learning process, based on the 2023 edition of the Early Childhood Development Surveillance and Promotion Manual (DSPM) by the Department of Health, Ministry of Public Health; and (2) data collection tools, including child development assessment records and parent or caregiver-completed developmental screening assessments, both validated by experts. Descriptive statistics were employed to analyze general information, while inferential statistics were used to test differences in mean scores of age-appropriate development, as well as knowledge and skills related to monitoring and promoting child development among parents or caregivers of children aged 3-5 years within the experimental and control groups. Paired t-tests assessed within-group differences, and independent t-tests evaluated differences between groups.

The study found that, following the implementation of the developmental promotion model for children aged 3-5 years through a family participation learning process, the experimental group exhibited a statistically significant increase in mean scores for age-appropriate development, as well as knowledge and skills related to monitoring and promoting child development among parents or caregivers. Specifically, there was a 5.80% increase (95% CI: 3.00 to 8.60; $p < .001$). In contrast, the control group showed no significant difference in scores before and after the program. Furthermore, post-intervention, the experimental group's scores were 9.10% higher than those of the control group (95% CI: 5.67 to 12.53; $p < .001$), indicating a statistically significant improvement.

In summary, the developmental promotion model for children aged 3-5 years through a family participation learning process positively impacts all aspects of child development. Continuously organizing activities that encourage family involvement in the learning process should be promoted to foster age-appropriate development in children.

Keywords: Family Participation Learning Process, Early Childhood Development (DSPM)

¹ Professional Nurse Practitioner, Uthumphon Phisai Hospital, Sisaket Province E-mail: aen.pinklady@gmail.com

บทนำ

พัฒนาการเด็กในกลุ่มอายุ 3-5 ปีเป็นช่วงที่สำคัญในการสร้างพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา (ชลิดา เอี่ยมวิจารณ์, 2562) เนื่องจากเด็กในช่วงวัยนี้มีการเจริญเติบโตทางสมองอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ในระยะยาว (Shonkoff & Phillips, 2000) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้เป็นไปตามมาตรฐานจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนี้การเรียนรู้ที่มีการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนและพัฒนาพฤติกรรมการเรียนรู้ของเด็ก (Epstein, 2001) เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยสังคมแรกที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์และเรียนรู้เกี่ยวกับการสื่อสาร การเข้าสังคม และพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการเรียนรู้จะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอย่างเป็นระบบ (Bronfenbrenner, 1979) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการเด็กในช่วงอายุ 3-5 ปี เกิดจากการที่ครอบครัวขาดความรู้และทักษะในการสนับสนุนเด็กอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางทรัพยากรหรือการเข้าถึงข้อมูล (Ramey & Ramey, 1998) ในหลายกรณี ครอบครัวไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอในการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของเด็ก (Weiss, Caspe, & Lopez, 2006) ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ อาจทำให้เด็กมีการพัฒนาการช้าหรือไม่สมดุลในด้านต่างๆ เช่น การสื่อสาร การเข้าสังคม และทักษะการคิดเชิงวิพากษ์ (Fantuzzo, Tighe, & Childs, 2000) ผลกระทบเหล่านี้ อาจส่งผลต่อความสำเร็จในการเรียนรู้และพฤติกรรมในอนาคต ของเด็ก นอกจากนี้ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวที่เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กยังเพิ่มความเสี่ยงที่เด็กจะขาดการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาในทุกด้านของเด็ก (กรมสุขภาพจิต, 2564)

การวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในวัยก่อนเรียน ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Epstein (2001) ชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเรียนรู้ของเด็กจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการด้านการเรียนรู้ที่ดีขึ้น และมีทักษะทางสังคมที่พัฒนาเร็วขึ้น งานวิจัยของ Britto, Yoshikawa, & Boller (2011) ได้สนับสนุนแนวคิดดังกล่าวโดยชี้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมของเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการ

โดยมุ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านการเล่นและการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือการเห็นพัฒนาการในด้านต่างๆ ของเด็ก เช่น พัฒนาการด้านการพูด การเข้าสังคม และความสามารถในการเรียนรู้ผ่านการมีส่วนร่วมของครอบครัวช่วยการพัฒนาพฤติกรรมและทักษะต่างๆ ของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลพัฒนาการเด็กอายุ 3-5 ปี ปี 2564-2565
คำบลำแพง อำเภอบัวชุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า
1) พัฒนาการด้านร่างกาย เด็กที่มีพัฒนาการด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่น การเดิน วิ่ง กระโดด การใช้กล้ามเนื้อในการจับสิ่งของและเคลื่อนไหว การประสานงานของมือและสายตา ร้อยละ 85 มีพัฒนาการด้านร่างกายที่สมวัย และพบเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการช้าทางด้านร่างกาย ร้อยละ 15
2) พัฒนาการด้านสติปัญญา พัฒนาการด้านสติปัญญาเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา การรับรู้สิ่งแวดล้อมและการเรียนรู้ พบว่าเด็กสามารถแสดงความเข้าใจในการเล่นที่มีโครงสร้าง เช่น การเรียงลำดับสิ่งของและการจำแนกประเภทสิ่งของได้ดี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80 และเด็กมีปัญหาด้านการเรียนรู้หรือความสามารถในการจดจำและคิดวิเคราะห์เป็นเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการช้าทางด้านสติปัญญา ร้อยละ 20
3) พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม พบว่าเด็กที่มี

พัฒนาการที่เหมาะสมในด้านความสามารถในการจัดการอารมณ์ การปรับตัวเข้าสังคม และการสื่อสารกับเพื่อนๆ และผู้ใหญ่ มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75 และเด็กที่ขาดการเล่นหรือการใช้เวลากับกลุ่มเพื่อน ทำให้ขาดทักษะในการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าด้านอารมณ์และสังคมพบร้อยละ 25 4) พัฒนาการด้านภาษา พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย สามารถใช้ภาษาพูดเพื่อสื่อสารความต้องการและเข้าใจคำสั่งพื้นฐานได้ ร้อยละ 70 และเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษา คือ การออกเสียงไม่ชัดหรือการใช้ประโยคที่ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 30 5) ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า 5.1) ครอบครัวที่มีการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ พบว่าเด็กมีพัฒนาการที่ดีกว่าในทุกด้าน 5.2) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เด็กจากครอบครัวที่เข้าถึงทรัพยากรทางการศึกษาและสุขภาพที่จำกัด มีแนวโน้มที่จะมีพัฒนาการที่ล่าช้าเมื่อเทียบกับเด็กจากครอบครัวที่มีความพร้อม 5.3) สภาพแวดล้อม เด็กที่ได้รับการโอกาสในการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น การเล่น การอ่านหนังสือ และการสื่อสาร มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาและภาษาได้ดีกว่า การส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากครอบครัวจึงมีความสำคัญในการพัฒนาทั้ง 4 ด้านอย่างสมดุลและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก กลุ่มอายุ 3-5 ปี โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design) การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาแบบ Two Group Pretest-Posttest Design

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง 1) ประชากร ได้แก่ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลและเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 ตุลาคม 2566 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Samples) 2) กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี จำนวน 30 คน ที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการติดตาม ประเมินผล

ผ่าน Official Account line กลุ่ม well-baby CC. kampang ตามรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม 3)กลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี จำนวน 30 คน ที่พาเด็กมารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กที่ไม่ได้รับการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กหรือติดตามและประเมินผลผ่าน Official Account line กลุ่ม well-baby PCC.kampang ตามรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถลงนามในแบบฟอร์มความยินยอมได้ มีการเปลี่ยนผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี หรือมีการย้ายที่อยู่ ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยอิสระ

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าขนาดความแตกต่างของอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของรัตติกาล พรหมพาหุล และคณะ (2563) ที่มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองเท่ากับ 78.93 (SD = 7.91) หลังการทดลอง เท่ากับ 96.89 (SD = 6.40) ใช้สูตรการทดสอบ 1 ทาง (One-sided test) ของ Levy et al (2013) กำหนด $\alpha = .05$ Power of test เท่ากับร้อยละ 80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทดลองโดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 จากงานวิจัยทางคลินิกที่ผ่านมา พบว่าเมื่อมีการศึกษาติดตามในระยะ 4-8 สัปดาห์ จะทำให้เกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างได้ จึงควรกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-30 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เท่ากับกลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มเปรียบเทียบใช้วิธีการสุ่ม

อย่างเป็นระบบจากรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและเข้าเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาไม่มีการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างออกจากวิจัยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย จำนวน 2 ชุดประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี อ้างอิงจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ฉบับปี 2566 กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ใช้เวลา 24 สัปดาห์ ซึ่งโปรแกรมนี้ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับ เพศของเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ความสัมพันธ์เกี่ยวกับเด็ก อายุของเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการประเมินพัฒนาการของเด็กก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อ้างอิงจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM) เป็นเครื่องมือใช้สำหรับการประเมินพัฒนาการและคัดกรองเด็ก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำข้อมูล 2 ชุดนี้ ไปตรวจหาความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และแบบบันทึกการประเมิน พัฒนาการเด็ก ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหา หาค่า สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence, IOC) โดยผ่านการ ตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และ นักจิตวิทยา ได้เท่ากับ 0.86 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย โดยวิเคราะห์ Cronbach's alpha coefficient ได้ เท่ากับ 0.71

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยวิเคราะห์ ข้อมูลดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ในข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ รายได้ ใช้ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญ ทาง สถิติที่ .05 และคำนวณ 95% ช่วงความเชื่อมั่น ก่อนทำ การวิเคราะห์จะตรวจสอบว่าข้อมูลตัวแปรผล ของทั้งสอง กลุ่มว่ามีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov ถ้าพบว่าการแจกแจงไม่ปกติ จะทำการแปลงข้อมูลให้ข้อมูลมีการแจกแจงปกติก่อน ด้วย Log หรือ Square root ในกรณีที่ข้อมูลแปลง ยังมี การแจกแจงไม่ปกติจะเปลี่ยนไปใช้สถิตินอนพารามตริก ดังนี้ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของ พัฒนาการสมวัย ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง

และส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก กลุ่มอายุ 3-5 ปี ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Paired t-test กรณีการ แจกแจงไม่ปกติใช้ Wilcoxon sing rank test ทดสอบความแตกต่างระหว่าง กลุ่ม ใช้สถิติ Independent t-test ถ้าพบว่าการแจก แจกแจงไม่ปกติจะใช้ Mann-Whitney U-Test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยผ่านการอบรม Course หลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/ นักวิจัย สำนักงานมาตรฐานการวิจัยในคน National Research Council of Thailand เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2562-2565 และการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติหนังสือรับรอง การวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามหนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-197 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัย ได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของ ผู้เข้าร่วมโครงการ คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ที่พาเด็กมารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ซึ่งหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย และผู้เข้าร่วมโครงการมีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้า ร่วมในโครงการวิจัย เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง เหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผล ต่อการ รักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่พึงได้รับต่อไป ทั้งนี้ ผู้วิจัยรับรองว่าคำตอบของผู้ตอบ แบบสอบถามจะถือเป็น ความลับและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัย จะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย เท่านั้นและจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม และนำเสนอผลการวิจัยไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่ม
เปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมี

ความคล้ายคลึงกันทั้งอายุของเด็ก ความสัมพันธ์อาชีพ
และระดับการศึกษาของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ที่แตกต่าง
กันจะมีเรื่องเพศที่พบว่ากลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่า
เพศชาย ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	26.67	15	50.00
หญิง	22	73.33	15	50.00
อายุ (ปี)				
3	12	40.00	10	33.34
4	11	36.67	17	56.67
5	7	23.33	3	10.00
อาชีพผู้ปกครอง				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.33	6	20.00
เกษตรกร	7	23.33	10	33.33
รับจ้าง	1	3.33	4	13.33
แม่บ้าน	7	23.33	4	13.33
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	10.00	3	10.00
ค้าขาย	8	26.67	3	10.00
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	-	-	1	3.33
ประถมศึกษา	16	53.33	23	76.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.67	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	20	2	6.67
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.33	-	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.67	4	13.33

**ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ
พัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการ
ทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย
ของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านภายในกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนให้โปรแกรมและหลังให้

โปรแกรม หลังจากทดสอบแล้วพบว่าข้อมูลของ
พัฒนาการเด็กภาพรวม

และรายด้านมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ
Paired t-test พบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มทดลอง มี
คะแนนเพิ่มขึ้น 5.80 (95%CI 3.00 ถึง 8.60) เป็นการ
เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ส่วนกลุ่ม
เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ตาม
ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบร้อยละความแตกต่างของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านก่อนและหลังการทดลองใน
กลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ	n	mean	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
กลุ่มทดลอง							
ก่อนให้โปรแกรม	30	54.40	5.40	5.80	4.24	3.00 ถึง 8.60	<.001*
หลังให้โปรแกรม	30	60.20	6.98				
กลุ่มเปรียบเทียบ							
ก่อน	30	51.23	7.07	-0.13	0.32	-0.71 ถึง 0.98	0.748
หลัง	30	51.10	6.27				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.05$

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ
พัฒนาการโดยรวมและรายด้าน ของเด็กในกลุ่มทดลองซึ่ง
ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี
กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตาม
ขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียว

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของ
พัฒนาการของเด็กในกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมโปรแกรม
ส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่ม

ควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐาน
อย่างเดียว พบว่าข้อมูลคะแนนพัฒนาการโดยรวมและ
รายด้านมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ
Independent t-test พบว่าก่อนให้โปรแกรมกลุ่มทดลอง
มีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.17 คะแนน แต่
ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังให้โปรแกรม
กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.10 โดย
มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการของเด็กในกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียว

การเปรียบเทียบ	n	mean	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	p-value
ก่อนให้โปรแกรม							
กลุ่มทดลอง	30	54.40	5.40	3.17	1.95	-0.09 ถึง 6.42	.056
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	51.23	7.07				
หลังให้โปรแกรม							
กลุ่มทดลอง	30	60.20	6.98	9.10	5.31	5.67 ถึง 12.53	<.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	51.10	6.27				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปีของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง

ด้านที่ประเมิน	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่ามัธยฐาน (Median)	ค่าต่ำสุด (Min)	ค่าสูงสุด (Max)
ด้านเนื้อหาโปรแกรม	4.20	0.75	4.30	3.00	5.00
ด้านความเหมาะสมของกิจกรรม	4.10	0.80	4.20	2.80	5.00
ด้านประสิทธิภาพของโปรแกรม	4.30	0.70	4.40	3.20	5.00
ด้านความสะดวกในการเข้าร่วม	4.00	0.85	4.10	2.50	5.00
ด้านความพึงพอใจโดยรวม	4.25	0.72	4.30	3.00	5.00

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจตามปัจจัยต่างๆ (n = 30)

ปัจจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ค่า t / F	ค่า p-value
เพศของผู้ปกครอง	ชาย(n=12)	4.15	0.70	t = 0.85	0.403
	หญิง(n=18)	4.30	0.68		
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี(n=28)	4.10	0.75	F = 1.98	0.157
	ปริญญาตรี(n=2)	4.25	0.72		
รายได้ครัวเรือน	< 20,000 บาท(n=15)	4.30	0.70	F = 3.45	0.045*
	20,000 - 30,000 บาท(n=8)	4.00	0.80		
	> 30,000 บาท(n=7)	4.50	0.60		

หมายเหตุ: * ค่า p-value < 0.05 แสดงว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการวิเคราะห์

1. ผู้ปกครองมีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “ดีมาก” (Mean = 4.25, SD = 0.72)
2. ปัจจัยด้าน รายได้ครัวเรือน มีผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.045$) โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มพึงพอใจมากกว่า
3. ปัจจัยด้าน เพศและระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของจากกลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 54.00 และ 38.00 ตามลำดับ เป็นเพศหญิงร้อยละ 46.00 และ 62.00 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล คือ รับจ้าง/เกษตรกร ร้อยละ 23.33 และ 33.33 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 20 และระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.33 ตามลำดับ
2. ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนให้โปรแกรมและหลังให้โปรแกรม หลังจากทดสอบแล้วพบว่าข้อมูลของพัฒนาการเด็กภาพรวมและรายด้านมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Paired t-test พบว่าหลังให้โปรแกรม กลุ่มทดลอง มีคะแนนเพิ่มขึ้น 5.80 (95%CI 3.00 ถึง 8.60) เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน
3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการของเด็กในกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอายุ 3-5 ปี กับเด็กใน

กลุ่มควบคุมที่ได้รับการตรวจติดตามตามขั้นตอนมาตรฐานอย่างเดียว พบว่าข้อมูลคะแนนพัฒนาการโดยรวมและรายด้านมีการแจกแจงแบบปกติ จึงใช้สถิติ Independent t-test พบว่าก่อนให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.17 คะแนน แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.10 โดยมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4. ผู้ปกครองมีระดับความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “ดีมาก” (Mean = 4.25, SD = 0.72) ปัจจัยด้าน รายได้ครัวเรือน มีผลต่อระดับความพึงพอใจของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.045$) โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มพึงพอใจมากกว่า ปัจจัยด้าน เพศและระดับการศึกษา ไม่มีผลต่อความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในงานวิจัยเรื่อง “ผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 3-5 ปี ด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ”

1. การขยายผลและการนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นเพื่อประเมินผลและปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน
2. การพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมผู้ปกครองหรือผู้ดูแล คุณครูและบุคลากรทางสาธารณสุข ควรมีการพัฒนาแนวทางหรือหลักสูตรที่ช่วยให้ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล คุณครูและบุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้กระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้หน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณและ

ทรัพยากร เพื่อให้การส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

4.การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการส่งเสริมพัฒนาการ ควรนำเทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันหรือสื่อออนไลน์ มาช่วยให้ผู้ปกครองสามารถติดตามและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้ง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1.การศึกษาผลกระทบระยะยาวของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อดูว่าเด็กที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการผ่านกระบวนการนี้ มีผลสัมฤทธิ์ด้านพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างไรเมื่อเติบโตขึ้น

2.การเปรียบเทียบกับแนวทางอื่นควรมี การศึกษาว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีประสิทธิภาพมากกว่าหรือน้อยกว่าวิธีการส่งเสริมพัฒนาการอื่นๆอย่างไร

3.การศึกษาในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน ควรมี การศึกษาว่ากระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถนำไปใช้กับเด็กในช่วงวัยอื่น เช่น 0-3 ปี หรือ 6-7 ปี ได้หรือไม่

4.ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบ การส่งเสริมพัฒนาการควรมีการศึกษาว่าปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจมีผลต่อความสำเร็จของ กระบวนการเรียนรู้แบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
2. Epstein, J. L. (2001). *School, family, and community partnerships: Preparing educators and improving schools*. Westview Press.
3. Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53(2), 109-120.
4. Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (Eds.). (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. National Academies Press.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2561). คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การ ส่งเคราะห์ทหารผ่านศึก
6. ชลิตาเอี่ยมวิจารณ์. (2562). *พัฒนาการเด็กในช่วงปฐมวัย*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
7. โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม Preschool Parenting Program Triple P (<https://dmhelibrary.org/items/show/541>).
8. วิจิตร จันดาบุตร, วิทยา อยู่สุข, และวิโรจน์ เขมรัมย์. (2561). การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลสีวิเชียร อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยทางการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 13(1), 208-219.
9. สถาบันพัฒนาการเด็กกรชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต (2563) โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก (Preschool Parenting Program: Triple-P) ที่ครอบคลุมการดูแลและพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (<https://dmh-elibrary.org/items/show/541>).

10. อุดมลักษณ์ กุลพิจิตร, พัชรภรณ์ พุทธิกุล. การวิเคราะห์สถานการณ์ของการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครองที่ไม่ใช่พ่อแม่และการนำเสนอวัฒนธรรมเสริมสร้างความผูกพันในครอบครัว. วารสารครุศาสตร์.2560;45(3):188-205.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ประวิทย์ ไชยคุณ, พ.บ.¹, พัสสุดา ไชยสัตย์, พย.บ.²

บทคัดย่อ

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา วัตถุประสงค์ประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (one-groups pretest-posttest design) ประชากรในการศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 3 เดือน ในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 2.27 ; 95%CI : 1.76-2.78) น้ำหนัก หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 0.93 ; 95%CI : 0.48-1.38) รอบเอว หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 0.63 ; 95%CI : 0.37-0.90) ความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 8.66 ; 95%CI : 7.92-9.40) Fasting Blood Sugar (FBS) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 4.27 ; 95%CI : 4.23-12.03) HbA1C หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 0.48 ; 95%CI : 0.36-0.59) Blood Urea Nitrogen (BUN) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 4.20 ; 95%CI : 2.80-5.59) Creatinine (Cr) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} 0.002$; Mean Difference : 0.12 ; 95%CI : 0.05-0.19) Cholesterol หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 16.53 ; 95%CI : 11.79-21.27) Triglyceride (TG) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 22.43 ; 95%CI : 15.13-29.73) Low-density Lipoprotein (LDL) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 14.53 ; 95%CI : 8.73-20.33)

ข้อเสนอจากผลการศึกษาดังนี้ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้โดยใช้เวลา 3 เดือน ดังนั้นข้อเสนอแนะการพัฒนาโปรแกรมควรศึกษาในระยะเวลาที่ยาวขึ้น แต่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

¹ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอบุณฑลย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: pravitporawit@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอบุณฑลย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Email: Patsuda.kk15@gmail.com

Effectiveness of a health promotion program on self-care behaviors to glycemic control in patients with type II diabetes, Benchalak Hospital

Prawit Chaiyakun, M.D.¹, Patsuda Chaiyasat, B.N.S.²

Abstract

Effectiveness of a health promotion program on self-care behaviors to glycemic control in patients with type II diabetes, Benchalak Hospital Objective: This study aimed to evaluate the effects of a health promotion program on the self-care behaviors of type 2 diabetic patients before and after the intervention. It employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest approach. The study population consisted of 30 type 2 diabetic patients receiving treatment at Benjaluck Chaloe Phra Kiat 80th Birthday Anniversary Hospital over a 3-month period, from October to December 2024.

Findings: The results demonstrated statistically significant improvements in several parameters after participation in the program: Health Behavior Score: Increased significantly (p-value < 0.001; mean difference: 2.27; 95% CI: 1.76-2.78). Body Weight: Decreased significantly (p-value < 0.001; mean difference: 0.93; 95% CI: 0.48-1.38). Waist Circumference: Reduced significantly (p-value < 0.001; mean difference: 0.63; 95% CI: 0.37-0.90). Knowledge Score: Increased significantly (p-value < 0.001; mean difference: 8.66; 95% CI: 7.92-9.40). Fasting Blood Sugar (FBS): Decreased significantly (p-value < 0.001; mean difference: 4.27; 95% CI: 4.23-12.03). HbA1C: Reduced significantly (p-value < 0.001; mean difference: 0.48; 95% CI: 0.36-0.59). Blood Urea Nitrogen (BUN): Decreased significantly (p-value < 0.001; mean difference: 4.20; 95% CI: 2.80-5.59). Creatinine (Cr): Reduced significantly (p-value = 0.002; mean difference: 0.12; 95% CI: 0.05-0.19). Cholesterol: Decreased significantly (p-value < 0.001; mean difference: 16.53; 95% CI: 11.79-21.27). Triglycerides (TG): Decreased significantly (p-value < 0.001; mean difference: 22.43; 95% CI: 15.13-29.73). Low-Density Lipoprotein (LDL): Reduced significantly (p-value < 0.001; Mean Difference: 14.53; 95% CI: 8.73-20.33).

Recommendations: The health promotion program effectively improved the self-care behaviors of type 2 diabetic patients within 3 months. It is recommended to extend the study duration and emphasize the involvement of family members and the community to achieve sustainable development.

Keyword: health promotion program, patients with type II diabetes

¹ Medical Physician, Professional Level, Benchalak Hospital, Benchalak District, Sisaket Province,
Email: prawitporawit@gmail.com

² Registered Nurse, Professional Level, Benchalak Hospital, Benchalak District, Sisaket Province,
Email: Patsuda.kk15@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถือเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทยซึ่งมีความชุกของโรคเบาหวานในประชากรผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation; IDF) ในปี ค.ศ. 2021 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 783 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2045 (International Diabetes Federation, 2021) สำหรับปี พ.ศ. 2566 รายงานจาก IDF ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเป็น 563 ล้านคน โดยภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีความชุกสูงที่สุดที่ร้อยละ 12.2 (International Diabetes Federation, 2023) สถานการณ์ดังกล่าวสร้างความท้าทายในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นชนิดที่พบมากที่สุด โดยมีสาเหตุมาจากการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน

ในประเทศไทย สถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 4.8 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.3 ของประชากรทั้งหมด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีอัตราความชุกสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 9.2 ของประชากรในภูมิภาค (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประมาณ 5.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8.5 ของประชากรทั้งหมด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงเป็นภูมิภาคที่มีอัตราความชุกสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากรในภูมิภาค ปัจจัยที่ส่งผลให้ภูมิภาคนี้มีอัตราความชุกสูง ได้แก่ ลักษณะการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่ำ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัดในบางพื้นที่ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ปัจจัยที่ส่งผลให้ภูมิภาคนี้มีอัตราความชุกสูง ได้แก่ ลักษณะการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ต่ำ

และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัดในบางพื้นที่ การควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพจึงไม่ได้พึ่งพาการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว แต่ยังต้องเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด (American Diabetes Association, 2022) การส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวต้องอาศัยการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและครอบคลุม

เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ ยโสธร และศรีสะเกษ มีรายงานจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 ในปี พ.ศ. 2565 ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมประมาณ 220,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.8 ของประชากรในเขตในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมประมาณ 235,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.2 ของประชากรในเขตกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ปัจจัยเสี่ยงหลักที่พบได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย และการได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10, 2566) โดยจังหวัดศรีสะเกษ เป็นหนึ่งในจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง โดยข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2565 ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยประมาณ 45,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.5 ของประชากรในจังหวัด ในปี พ.ศ. 2566 ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยประมาณ 47,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.8 ของประชากรในจังหวัด กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือผู้ที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด (สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดศรีสะเกษ, 2566) โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีผู้ป่วยโรคเบาหวานรวมทั้งหมด 2,087 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) น้อยกว่า 7 ได้ จำนวน 913 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.74 และมีภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจำนวน 112 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.30 จะเห็นได้ว่าการควบคุมโรคได้น้อย (โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา, 2566)

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเน้นการวิเคราะห์ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือด การศึกษานี้มีความสำคัญในเชิงทฤษฎีและปฏิบัติ โดยในเชิงทฤษฎีจะช่วยเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในขณะที่ในเชิงปฏิบัติจะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในการออกแบบโปรแกรมที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจในระยะยาว

จากสถิติและผลการศึกษามากมายงานวิจัยพบว่าประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา เป็นหนึ่งในสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน และได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โปรแกรมนี้มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยปรับปรุงพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และประเมินผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (one-groups pretest-posttest design) กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จำนวน ๓๐ คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

- 1) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สามารถสื่อสาร อ่าน ฟัง ได้
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 3) ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-65 ปี
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม
- 5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่กำหนดในโครงการ วิจัย

2) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการทดลอง

3) กลุ่มตัวอย่างย้ายภูมิลำเนาระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม

4) กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยระหว่างการทำกิจกรรมวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มี 6 กิจกรรม ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 3 เดือน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ตั้งใจเปลี่ยน โดยความสมัครใจ

กิจกรรมที่ 2 วางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 3 หยุดความเสี่ยงต่อการเกิด

ภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ที่ได้ ทำไม่ได้

กิจกรรมที่ 5 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ

เสริมทักษะสมาชิกกลุ่มทบทวนการบ้านของแต่ละคน

กิจกรรมที่ 6 กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปิด

กลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการ

โรคเบาหวาน

3) แบบบันทึกการตรวจผลเลือด

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วย

โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 กรณีข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon Match Paired Signed Ranks Test

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านพฤติกรรมและสังคมศาสตร์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2024-179 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2567 โดยผู้สัมภาษณ์ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา วัตถุประสงค์ประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (one-groups pretest-posttest design) ประชากรในการศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 3 เดือน ในช่วงเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2567

ข้อมูลลักษณะทั่วไป
จากการศึกษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 คน

พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุเฉลี่ย 58.27 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเฉลี่ย 7.07 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 65 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 157.53 เซนติเมตร และรอบเอวเฉลี่ย 102.07 เซนติเมตร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป(n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	30.0
หญิง	21	70.0
อายุ		
45-54 ปี	8	26.7
55-64 ปี	17	56.7
65-74 ปี	5	16.7
Mean 58.27 Min. 48 Max. 72		
ระยะเวลาป่วย		
1-5 ปี	9	30.0
6-10 ปี	16	53.3
11-15 ปี	5	16.7
Mean 7.07 Min. 3 Max. 15		
น้ำหนัก		
45-54 Kg.	2	6.7
55-64 Kg.	12	40.0
65-74 Kg.	15	50.0
75-84 Kg.	1	3.3
Mean 65 Min. 48 Max. 76		
ส่วนสูง		
145-154 cm.	13	43.3
155-164 cm.	12	40.0
165-174 cm.	5	16.7
Mean 157.53 Min. 147 Max. 172		
รอบเอว		
ต่ำกว่า 90 cm.	1	3.3
90 cm. ขึ้นไป	29	96.7
Mean 102.07 Min. 86 Max. 119		

ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจวัดและติดตามระดับน้ำตาล การใช้ยา การเข้ารับการรักษา และการสนับสนุนทางจิตใจ

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

การควบคุมอาหาร	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	0.00	0	0.00
ปานกลาง	8	86.70	0	0.00
สูง	22	6.70	30	100.00
$\bar{X} \pm S.D.$	24.07±1.70		26.33±1.53	

ระดับคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ระดับคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับต่ำ ร้อยละ 56.70

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n=30)

ระดับคะแนนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	17	56.7	0	0.00
ปานกลาง	13	43.3	2	6.70
สูง	0	0.00	28	93.30
$\bar{X} \pm S.D.$	6.47±1.81		15.13±0.97	

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001; Mean Difference : 2.27 ; 95%CI : 1.76-2.78)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในภาพรวม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.70 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีระดับคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง ร้อยละ 93.30 ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001; Mean Difference : 0.93 ; 95%CI : 0.48-1.38)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมี

ค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 0.63 ; 95%CI : 0.37-0.90)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 8.66 ; 95%CI : 7.92-9.40)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Fasting Blood Sugar (FBS) ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 4.27 ; 95%CI : 4.23-12.03)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย HbA1C ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 0.48 ; 95%CI : 0.36-0.59)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Blood Urea Nitrogen (BUN) ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 4.20 ; 95%CI : 2.80-5.59)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Creatinine (Cr) ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.002$; Mean Difference : 0.12 ; 95%CI : 0.05-0.19)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Cholesterol ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 16.53 ; 95%CI : 11.79-21.27)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Triglyceride (TG) ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 22.43 ; 95%CI : 15.13-29.73)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย Low-density Lipoprotein (LDL) ก่อนกับหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$; Mean Difference : 14.53 ; 95%CI : 8.73-20.33) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

		จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่าง	t	95%CI	p
พฤติกรรม	ก่อน	30	24.07	1.36	2.27	9.11	1.76-	<0.001*
	หลัง	30	26.33				2.78	
น้ำหนัก	ก่อน	30	65.00	1.20	0.93	4.26	0.48-	<0.001*
	หลัง	30	64.07				1.38	
รอบเอว	ก่อน	30	102.07	0.72	0.63	4.82	0.37-	<0.001*
	หลัง	30	101.43				0.90	
ความรู้	ก่อน	30	6.47	1.98	8.66	23.87	7.92-	<0.001*
	หลัง	30	15.13				9.40	

FBS	ก่อน	30	132.83	10.44	8.13	4.27	4.23-	<0.001*
	หลัง	30	124.70				12.03	
HbA1C	ก่อน	30	7.60	0.31	0.48	8.39	0.36-	<0.001*
	หลัง	30	7.12				0.59	
BUN	ก่อน	30	22.00	3.75	4.20	6.14	2.80-	<0.001*
	หลัง	30	17.8				5.59	
Cr	ก่อน	30	1.01	0.19	0.12	3.36	0.05-	0.002*
	หลัง	30	0.89				0.19	
Chol.	ก่อน	30	176.10	12.70	16.53	7.13	11.79-	<0.001*
	หลัง	30	159.56				21.27	
TG	ก่อน	30	174.5	19.55	22.43	6.28	15.13-	<0.001*
	หลัง	30	152.07				29.73	
LDL	ก่อน	30	126.93	15.53	14.53	5.13	8.73-	<0.001*
	หลัง	30	122.40				20.33	

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองก่อนกับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ, น้ำหนัก, รอบเอว, ความรู้, Fasting Blood Sugar (FBS), HbA1C, Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr), Cholesterol, Triglyceride (TG) และ Low-density Lipoprotein (LDL) มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา บุตรศรี และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อประเมินผลโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน พบว่า

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความตระหนักรู้ ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ นาฬิกุล และคณะ (2563) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ดยน้อย จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า หลังให้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด และระดับดัชนีมวลกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value} = 0.01$ ตามลำดับ) ค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value} = 0.001$ และ $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ยังสอดคล้องกับการศึกษาของทรงกรรณ ศฤงคาร และคณะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดสุโขทัย พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรม โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การศึกษาของกฤตกร หมั่นสระเกษ และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเอง ($M = 90.6$, $SD = 7.0$) เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 83.37$, $SD = 9.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ($t = -9.005$, $df = 29$) และเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) ในด้านของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (Fasting blood sugar) พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มเดียวกัน ($p\text{-value} = .124$ และ $.909$ ตามลำดับ) และระหว่างกลุ่ม ($p\text{-value} = .146$) ไม่แตกต่างกันที่ $p < .05$ และเทียบระหว่างกลุ่มระยะหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน การศึกษาของอ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวด้านการบริโภคอาหารการออกกำลังกายการพักผ่อนและคลายความเครียด การจัดการตนเองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าการทำงานของไตพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าเฉลี่ยการทำงานของไต (eGFR) สูงขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของดวงมณี วิยะทัศน์ และ อุไร ศิลปะกิจโกศล (2561) ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมใน

เลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้น 12 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) การศึกษาของ Pamungkas & Chamroonsawasdi, (2020) โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีผลบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 การศึกษาของ Nejhaddadgar et al.(2019) ศึกษาผลของใช้โปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 55.69 ± 12.04 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่การวินิจฉัยโรคเบาหวานครั้งแรกคือ 8.6 ปี และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.63 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ก่อนการทดลองมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ดี ร้อยละ 35.1 หลังการทดลองโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับกับการศึกษาของ Savira & Amelia (2018) ศึกษาผลการจัดการตนเองของสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับ HbA1c และระดับน้ำตาลในเลือดจากภูมิศาสตร์ประจำเมืองบินโจในจังหวัดนอร์ทซูลาเวซี ประเทศอินโดนีเซีย พบว่ามีความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ

ของค่า HbA1c ระหว่างก่อนและหลังการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($p < 0.005$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการพัฒนาโปรแกรม

1) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินโดยผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพ ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดและเป็นผู้ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นควรมีบุคคลอื่นๆในครอบครัว ผู้ดูแล อาจรวมถึงชุมชน สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรม เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นจริง

2) จากผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วย

เบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้โดยใช้เวลา 3 เดือน ดังนั้นข้อเสนอแนะการพัฒนาโปรแกรม การศึกษาในระยะเวลาที่ยาวขึ้น แต่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะงานวิจัยต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความยั่งยืนของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา โดยการติดตามระดับพฤติกรรมหลังจากสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นและหาวิธีการส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัว และชุมชนส่วนร่วมในการติดตามและวางแผนการดูแลสุขภาพของชุมชนมีอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นจาก

<https://www.moph.go.th>

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นจาก

<https://www.moph.go.th>

กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล และ สุนีย์ ละกำป็น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 25(2), 87-103.

ดวงมณี วิยะทัศน์ และ อุไร ศิลปะกิจโกศล. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดกิจกรรมกลุ่มเรียนรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพนมสารคาม. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 5(2), 39-54.

ทรงกรกฎ ศฤงคาร, มยุรี นริศธราดร และ ปรียกมล รัชกุล. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วัชรภรณ์ นาพิกุล, ลำไพร แทนสา และ สุรภา พิลาออน. (2563). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โรงพยาบาลเป็ดย่อย จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2(1), 77-90.

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. (2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10. สืบค้นจาก

<http://healthregion10.go.th>

- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10. (256). รายงานสถานการณ์สุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10. สืบค้นจาก <http://healthregion10.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้นจาก <http://sisakethealth.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนในจังหวัดศรีสะเกษ. สืบค้นจาก <http://sisakethealth.go.th>
- อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันไตรกลีเซอไรด์ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 1(2), 121–132.
- American Diabetes Association. (2022). Standards of medical care in diabetes—2022. Diabetes Care, 45(Supplement_1), S1-S264. <https://doi.org/10.2337/dc22-s001>
- International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas, 10th edition. Retrieved from <https://www.diabetesatlas.org/>
- International Diabetes Federation. (2023). IDF Diabetes Atlas, 11th edition. Retrieved from <https://www.diabetesatlas.org/>
- Nejhaddadgar, N., Darabi, F., Rohban, A., & Solhi, M. (2019). The effectiveness of self-management program for people with type 2 diabetes mellitus based on PRECEDE-PROCEDE model. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 13(1), 440–443.
- Pamungkas, R. A., & Chamroonsawasdi, K. (2020). Self-management based coaching program to improve diabetes mellitus self-management practice and metabolic markers among uncontrolled type 2 diabetes mellitus in Indonesia: A quasi-experimental study. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14(1), 53–61.
- Savira, M., & Amelia, R. (2018). The effect of diabetes self-management education on HbA1c level and fasting blood sugar in type 2 diabetes mellitus patients in primary health care in Binjai City of North Sumatera, Indonesia. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 6(4), 715.

การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ณิสร ประสารศิริรัมย์, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก (Open globe injuries) ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ รวมถึงลักษณะทางคลินิก สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลย้อนหลังระยะเวลา 5 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลเวชระเบียนแบบอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยที่คัดเลือกประชากรตามเกณฑ์การคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกราย จำนวน 165 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 165 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (82.4%) อายุเฉลี่ย 41 ปี โดยกลุ่มอาชีพที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือ เกษตรกร (40.6%) รองลงมาคือ แรงงานรับจ้าง (33.9%) สาเหตุหลักของการบาดเจ็บคือ อุบัติเหตุจากการทำงาน (59.4%) ซึ่งพบว่ามีเพียง 1% ของผู้ป่วยที่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำงาน ชนิดของการแตกของลูกตาที่พบมากที่สุดคือ Rupture globe (49.1%) ระดับการมองเห็นแรกพบพบว่า 12.1% ของผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นแสงไฟ (No PL) และเพิ่มขึ้นเป็น 24.3% หลังการรักษา 6 เดือน

สรุปผลการศึกษา การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกมีแนวโน้มสูงในกลุ่มแรงงาน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตา ซึ่งอาจนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร จึงควรมีมาตรการส่งเสริมการใช้เครื่องป้องกันตาและรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานเพื่อลดอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ตาในอนาคต

คำสำคัญ: การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก, การบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกแบบไม่มีแผลฉีกขาด, สูญเสียการมองเห็น

¹ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ, E-mail: Nisara.Prasarn@gmail.com

Medical Doctor, Ophthalmology department, Sisaket Hospital, Sisaket Province, E-mail address: Nisara.Prasarn@gmail.com

Open globe injury in Sisaket hospital

Nisara Prasarnsiwamai, M.D.¹

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to study the incidence of open globe injuries at Sisaket Hospital, including clinical characteristics, causes, and associated factors. A 5-year retrospective study was conducted; data were collected from the electronic medical records of all selected patients (165 cases) who were diagnosed with open globe injuries at Sisaket Hospital clinic between October 1, 2017, and September 30, 2022. Data were analyzed using descriptive statistics: numbers and percentages.

Results found that a total of 165 cases were identified, with the majority being male (82.4%) and an average age of 41 years. The most commonly affected occupations were farmers (40.6%), followed by manual laborers (33.9%). The leading cause of injury was work-related accidents (59.4%), with only 1% of patients wearing protective eyewear at the time of injury. The most frequently observed type of open globe injury was rupture globe (49.1%). Initial visual acuity assessment showed that 12.1% of patients had no light perception (no PL), increasing to 24.3% after six months of treatment.

In conclusion, open globe injuries are prevalent among labor-intensive workers, particularly those who do not use protective eyewear, leading to a high risk of permanent vision loss. Preventive measures, such as promoting the use of eye protection and workplace safety education, are essential to reducing the incidence of ocular trauma in the future.

Keywords: Open globe injury, Rupture globe, Vision loss

บทนำ

การบาดเจ็บทางตาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและยังคงเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียการมองเห็น (Keel et al., 2017; Négrel & Thylefors, 1998; Zhou et al., 2015) หากไม่ได้รับการรักษาหรือคำแนะนำที่ถูกต้องอย่างทันท่วงที โดยมีรายงานจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) จาก 20 การศึกษาในประชากรทั่วไป พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บทางตาในอัตรา 7.5 รายต่อ 100 คนต่อปี และพบการสูญเสียสมรรถภาพการมองเห็นที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บของตาที่ 4.5 รายต่อ 1000 คนต่อปี (Swain & McGwin, 2020)

ตาม The Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT) โดย Kunh et al.(2004) ได้กำหนดและปรับปรุงคำจำกัดความของการบาดเจ็บทางตาที่เป็นมาตรฐานในปี พ.ศ.2547 เพื่อให้แพทย์ที่ทำการรักษามีความเข้าใจตรงกัน ซึ่งแบ่งการบาดเจ็บทางตาออกเป็น การบาดเจ็บชนิดลูกตาไม่แตก(Closed globe injuries) และ การบาดเจ็บชนิดลูกตาแตก(Open globe injuries) ซึ่งแบ่งแยกย่อยลักษณะการบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกออกเป็น การบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกแบบมีแผลฉีกขาด (Laceration wound) คือ ภาวะการบาดเจ็บทางตาชนิดลูกตาแตกที่เกิดจากวัตถุมีคม โดยมีลักษณะดังนี้คือการบาดเจ็บแบบแผลฉีกขาดที่มีแผลทางเข้าเพียงอย่างเดียวไม่มีแผลทางออก(Penetrating injury), การบาดเจ็บแบบแผลฉีกขาดที่มีทั้งแผลทางเข้าและแผลทางออก (Perforating injury) และการบาดเจ็บแบบแผลฉีกขาดที่การคงค้างของสิ่งแปลกปลอมในลูกตา (Intraocular foreign body) การบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกแบบไม่มีแผลฉีกขาด(Rupture globe) คือ ภาวะการบาดเจ็บทางตาชนิดลูกตาแตกที่เกิดจากวัตถุไม่มีคม การกระแทกจะทำให้เกิดการเพิ่มของความดันภายในตาชั่วขณะ ส่งผลให้ผนังภายในของลูกตาถูกบีบอัดออกไปข้างนอกของลูกตา

จนผนังภายนอกของลูกตาแตก(inside-out injury mechanism)

จาก Négrel & Thylefors.(1998) รายงานทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกประมาณ 3.5 รายต่อ 100,000 คนโดยมีผู้ป่วยกว่า 203,000 รายเกิดขึ้นทุกปี ส่วนประเทศไทยจากรายงานผลการวินิจฉัยผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ ช่วงปี2552-2553 พบว่ามีผู้ป่วยในที่บาดเจ็บทางตาแบบชนิดลูกตาแตกจำนวน 52 คน(Sintuwong & Winitchai, 2011) โดยสาเหตุของการรับบาดเจ็บทางตาจนเกิดภาวะลูกตาแตก อาจเกิดจากหลากหลายปัจจัยแตกต่างกันออกไปตามลักษณะสภาพแวดล้อม มีรายงานปัจจัยเสี่ยงของการได้รับบาดเจ็บทางตามักเกี่ยวข้องกับเพศชาย สถานที่ทำงาน อุบัติเหตุบนท้องถนน และผู้มียาได้น้อย(ณัฐชัยและอนุชิต, 2548; พิสมัย, 2554; ศุภานัน, 2558) ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงผลกระทบจากการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตก(Open globe injuries) ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย การมองเห็น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การทำงาน การสูญเสียรายได้ รวมทั้งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจในการศึกษาถึงอุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางป้องกันการบาดเจ็บที่ตาในประชากรกลุ่มเสี่ยง แนวทางการรักษารวมถึงแนวทางช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็นจากการบาดเจ็บที่ตาในระดับจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย สาเหตุของการบาดเจ็บและลักษณะการบาดเจ็บ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย(Research design):

เป็นการศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนา(Retrospective descriptive study) โดยมุ่งศึกษาถึงอุบัติการณ์และลักษณะของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษย้อนหลังระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565

ประชากรศึกษา(Reference population):

ประชากรเป็นผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ โดยศึกษาจากเวชระเบียนย้อนหลังตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 165 ราย

เกณฑ์ในการเลือกเข้ามศึกษา(Inclusion criteria):

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565

เกณฑ์ในการคัดเลือกรับออกจากการศึกษา(Exclusion criteria):

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกแต่ปฏิเสธการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล:

ข้อมูลจะถูกเก็บตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกข้อมูล(Case record form) ที่ถูกสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลจะถูกรวบรวมจากเวชระเบียนย้อนหลังและโปรแกรม H.I.M.Pro ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ อาชีพ

สาเหตุของการบาดเจ็บ ชนิดลักษณะของวัตถุที่เป็นสาเหตุ ค่าระดับสายตาแรกรับ ค่าระดับสายตาที่การรักษา 3 เดือนและ 6 เดือน ชนิดการแตกของลูกตา วิธีการรักษา ระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษา และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล:

การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์และบรรยายข้อมูล โดยนำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยไม่เปิดเผยรายชื่อผู้ป่วยและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เอกสารหนังสือรับรองเลขที่ SSKHREC 028/2566

ผลการวิจัย

จากการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 เป็นระยะเวลา 5 ปี มีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 165 ราย เป็นโดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 136 คน คิดเป็นร้อยละ 82.4 เพศหญิง 29 คน(ร้อยละ 17.6) พบผู้ป่วยอายุน้อยที่สุด 1 ปี อายุสูงสุด 84 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 46-60 ปี จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.7 มีผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 15 ปีซึ่งจัดว่าเป็นผู้ป่วยเด็ก 26 ราย(ร้อยละ 15.8) ซึ่งเฉลี่ยอายุผู้ป่วยอยู่ที่ 41 ปี อาชีพที่พบมากที่สุดคือ เกษตรกร 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.6 อาชีพที่พบรองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง 56 ราย(ร้อยละ 33.9) ดังแสดงรายในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย (n=165)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	82.4
หญิง	29	17.6
อายุ		
อายุน้อยกว่า 15 ปี	26	15.8
อายุ 16-30 ปี	29	17.6
อายุ 31-45 ปี	32	19.4
อายุ 46-60 ปี	49	29.7
อายุ 61-75 ปี	22	13.3
อายุ 76-90 ปี	7	4.2
อาชีพ		
เกษตรกร	67	40.6
รับจ้าง	56	33.9
แม่บ้าน	3	1.8
รับราชการ	4	2.4
นักเรียน	25	15.2
เด็กก่อนวัยเรียน	7	4.2
ไม่ได้ทำงาน	3	1.8

โดยสาเหตุของการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดคือ อุบัติเหตุจากการทำงาน จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ

59.4 ซึ่งพบว่าไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน 97 ราย(ร้อยละ 99) พบสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเพียง 1 ราย(ร้อยละ 1) สาเหตุที่พบบรองลงมาคือ อุบัติเหตุจากการเล่นของเด็ก 22 ราย (ร้อยละ 13.3) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สาเหตุของการบาดเจ็บ (n=165)

สาเหตุของการบาดเจ็บ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติเหตุจากการทำงาน	98	59.4
ไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน	97	99
สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน	1	1
อุบัติเหตุจากการเล่นของเด็ก	22	13.3
ถูกทำร้ายร่างกาย	17	10.3
อุบัติเหตุจากรถจักรยาน	11	6.7
อุบัติเหตุจากกระเบิด ประทัด	9	5.5
กระสุนปืน		
อุบัติเหตุจากสัตว์	5	3.0
ไม่ระบุหรือระบุไม่ชัดเจน	3	1.8

ชนิดของวัตถุที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บชนิดถูกดาบแทงที่พบมากที่สุดสามอันดับแรกคือ ไม้/กิ่งไม้/ท่อนไม้ พบ 40 ราย (ร้อยละ 24.2) รองลงมา ได้แก่ ตะปูและหินพบจำนวนเท่ากันคือ 19 ราย(ร้อยละ 11.5) และลำดับถัดมาเหล็ก 13 ราย(ร้อยละ 7.9) โดยมีรายละเอียดชนิดของวัตถุที่เป็นสาเหตุแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ชนิดของวัตถุที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บชนิดถูกดาบแทง

ชนิดของวัตถุที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ	จำนวน	ร้อยละ
ไม้/กิ่งไม้/ท่อนไม้	40	(24.2)
ตะปู	19	(11.5)
หิน	19	(11.5)
เหล็ก	13	(7.9)
วัตถุมีคม(n) ได้แก่ เศษแก้ว(7), ใบมีด(5), ใบเลื่อย(2), ใบพัดลม(1)	15	(9.1)
เครื่องมือและอุปกรณ์ช่าง(n) ได้แก่ ลวด(3), เบ็ดตกปลา(2), กรรไกร(1) ,	11	(6.7)
ไขควง(1), คีมเหล็ก(1), ท่อน้ำ(1), ด้ามไม้กวาด(1), พลั่ว(1)		

ตารางที่ 3 ชนิดของวัตถุที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บชนิดลูกตาแตก (ต่อ)

ชนิดของวัตถุที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ	จำนวน	ร้อยละ
วัตถุไวไฟ/ระเบิด/กระสุน(n) ได้แก่ กระสุน(3), ประทัด(2), ไฟแช็ค(1), แบตเตอรี่(1), แร้งอัดไฮโดรลิก(1)	8	(4.9)
วัสดุอุปกรณ์ทั่วไป(n) ได้แก่ พลาสติกกรัดของ(3), หนังสือตึก(3), ดินสอ(1), ยางรัดของ(1)	8	(4.9)
ชิ้นส่วนยานพาหนะ ได้แก่ แชนด์จักรยานยนต์(3), คอนโซลรถยนต์(2)	5	(3.0)
เกี่ยวกับสัตว์(n) ได้แก่ นกจิกตา(3), ควายชน(1), วัวชน(1)	5	(3.0)
ภาชนะและบรรจุภัณฑ์(n) ได้แก่ ขวดเบียร์(3), ฝาขวด(2)	5	(3.0)
วัสดุก่อสร้าง(n) ได้แก่ ปูนซีเมนต์(2), กระเบื้อง(1), สังกะสี(1)	4	(2.5)
อวัยวะ(n) ได้แก่ กำปั้น(1), เล็บ(1), ศอก(1)	3	(1.8)
อื่นๆ(n) ได้แก่ ของเล่น(2), ขอบโต๊ะ(2), เม็ดมะขาม(1)	5	(3.0)
ไม่ทราบวัตถุแน่ชัด	5	(3.0)

ชนิดของการแตกของลูกตาที่พบมากที่สุดคือการบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกแบบไม่มีแผลฉีกขาด (Rupture globe) จำนวน 81 ราย การบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกแบบมีแผลฉีกขาดที่มีแผลทางเข้าเพียงอย่างเดียว ไม่มีแผลทางออก(Penetrating injury) จำนวน 53 ราย การบาดเจ็บแบบแผลฉีกขาดที่มีทั้งแผลทางเข้าและแผลทางออก(Perforating injury) จำนวน 20 ราย และการบาดเจ็บแบบแผลฉีกขาดที่การคงค้างของสิ่งแปลกปลอมในลูกตา(Intraocular foreign body) จำนวน 11 ราย โดยคิดเป็นร้อยละ 49.1, 32.1, 12.1 และ 6.7 ตามลำดับ

วิธีการรักษาที่พบมากที่สุดในการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกคือ การผ่าตัดซ่อมแซมกระจกตา (Repair cornea) จำนวน 100 ราย(ร้อยละ 60.6), การผ่าตัดซ่อมแซมกระจกตาและตาขาว(Repair corneosclera) จำนวน 36 ราย, (ร้อยละ 21.8), การผ่าตัดซ่อมแซมตาขาว(Repair sclera) จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 6.7), การผ่าตัดนำลูกตาออก (Evisceration)จำนวน 14 ราย (ร้อยละ 8.5), การรักษา

วิธีอื่นๆ 4 ราย(ร้อยละ 2.4) โดยส่งต่อผู้ป่วย 2 ราย รักษาโดยการผ่าตัดตาอีก 2 รายเนื่องจากแผลสามารถปิดได้เอง

ระดับการมองเห็นแรกรับที่พบมากที่สุดคือระดับ Hand motion หรือเห็นเพียงมือไหว จำนวน 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.4 ระดับการมองเห็นแรกรับที่ดีที่สุดคือ 20/30 พบเพียง 1 ราย(ร้อยละ 0.6) ระดับการมองเห็นแรกรับที่แย่ที่สุดคือ No PL หรือมองไม่เห็นแสงไฟเลยจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 12.1) ตามรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการมองเห็นแรกรับ (n=165)

ระดับการมองเห็นแรกรับ	จำนวน	ร้อยละ
20/20	0	0.0
20/30	1	0.6
20/40	2	1.2
20/50	1	0.6
20/70	2	1.2
20/100	7	4.2

ตารางที่ 4 ระดับการมองเห็นแรกเริ่ม (n=165) (ต่อ)

ระดับการมองเห็นแรกเริ่ม	จำนวน	ร้อยละ
20/200	13	7.9
10/200	6	3.6
5/200	0	0.0
3/200	2	1.2
CF at 2 Ft	22	13.3
HM	58	35.4
PJ	5	3.0
PL	19	11.5
No PL	20	12.1
ไม่สามารถระบุได้	7	4.2

CF at 2 Ft Counting Fingers at 2 Feet, HM= Hand motion, PJ= Projection of Light, PL= Light Perception, No PL=No Light Perception

ในการติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วย 8 ราย (ร้อยละ 4.8) ที่ไม่ได้มาติดตามการรักษา ระดับการมองเห็นที่พบมากที่สุดคือ No PL (มองไม่เห็นแสงไฟ) ซึ่งถือเป็นระดับการมองเห็นที่แย่ที่สุดหรือสูญเสียการมองเห็น พบในผู้ป่วย 36 ราย (ร้อยละ 22.2) ขณะที่ระดับการมองเห็นที่ดีที่สุดที่พบในการติดตามผลการรักษาที่ 3 เดือนคือ 20/20 โดยพบใน 5 ราย (ร้อยละ 3.0) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับการมองที่การรักษา 3 เดือน

ระดับการมองที่การรักษา 3 เดือน	จำนวน	ร้อยละ
20/20	5	3.0
20/30	4	2.4
20/40	1	0.6
20/50	5	3.0
20/70	8	4.8
20/100	6	3.6
20/200	14	8.5

ตารางที่ 5 ระดับการมองที่การรักษา 3 เดือน (ต่อ)

ระดับการมองที่การรักษา 3 เดือน	จำนวน	ร้อยละ
10/200	3	1.8
5/200	5	3.0
3/200	8	4.8
CF at 2 Ft	21	12.7
HM	29	17.6
PJ	0	0.0
PL	5	3.0
No PL	36	22.2
ไม่สามารถระบุได้	7	4.2
ไม่มาติดตามการรักษา	8	4.8

CF at 2 Ft Counting Fingers at 2 Feet, HM= Hand motion, PJ= Projection of Light, PL= Light Perception, No PL=No Light Perception

ในการติดตามผลการรักษาที่ 6 เดือน พบว่ามีผู้ป่วย 9 ราย (ร้อยละ 5.5) ที่ไม่ได้มาติดตามการรักษา ระดับการมองเห็นที่พบมากที่สุดคือ No PL (มองไม่เห็นแสงไฟ) ซึ่งถือเป็นระดับการมองเห็นที่แย่ที่สุดหรือสูญเสียการมองเห็น พบในผู้ป่วย 40 ราย (ร้อยละ 24.3) ขณะที่ระดับการมองเห็นที่ดีที่สุดที่พบในการติดตามผลที่ 6 เดือนคือ 20/20 โดยพบใน 9 ราย (ร้อยละ 5.5) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับการมองที่การรักษา 6 เดือน

ระดับการมองที่การรักษา 6 เดือน	จำนวน	ร้อยละ
20/20	9	5.5
20/30	8	4.8
20/40	5	3.0
20/50	7	4.2
20/70	13	7.9

ตารางที่ 6 ระดับการมองที่การรักษา 6 เดือน (ต่อ)

ระดับการมองที่การรักษา 6 เดือน	จำนวน	ร้อยละ
20/100	11	6.7
20/200	14	8.5
10/200	3	1.8
5/200	4	2.4
3/200	6	3.6
CF at 2 Ft	9	5.5
HM	16	9.7
PJ	0	0.0
PL	4	2.4
No PL	40	24.3
ไม่สามารถระบุได้	7	4.2
ไม่มาติดตามการรักษา	9	5.5

ระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษารักษาโรงพยาบาลเร็วที่สุดคือ 30 นาที ส่วนระยะเวลาที่นานที่สุดก่อนเข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลคือ 240 ชั่วโมงหรือ 10 วัน เวลาโดยเฉลี่ยก่อนเข้ารับการรักษารักษาที่โรงพยาบาลคือ 13.5 ชั่วโมง และระยะเวลาในการนอนรักษาที่โรงพยาบาล (Admission date) จำนวนวันน้อยที่สุดคือ 1 วัน จำนวนวันที่มากที่สุดคือ 21 วัน โดยเฉลี่ยจำนวนวันที่ใช้ในการนอนโรงพยาบาลคือ 6 วัน

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลศรีสะเกษมีจำนวนทั้งสิ้น 165 ราย ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2565 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 136 ราย(ร้อยละ82.4) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 41 ปี โดยกลุ่มอาชีพที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือเกษตรกร 67 ราย (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง 56 ราย

(ร้อยละ 33.9) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งของในประเทศไทยและของต่างประเทศ โดยในประเทศไทย กันตินันท์(2560) พบว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บทางตาที่โรงพยาบาลมุกดาหารส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเพศชายและอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพที่พบมากที่สุดเช่นเดียวกัน ในต่างประเทศอย่างเช่นประเทศจีน Zhou et al. (2015) ที่พบว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ตามักพบในประชากรที่มีระดับการศึกษาต่ำและมีอาชีพเกี่ยวข้องกับแรงงานทางกายภาพ โดยเฉพาะในเขตชนบท ซึ่งอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางตาสูงในประชากรที่ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากวัตถุที่เป็นอันตราย

จากการศึกษานี้ยังพบว่า สาเหตุของการบาดเจ็บที่พบบ่อยที่สุด คืออุบัติเหตุจากการทำงาน 98 ราย (ร้อยละ 59.4) ซึ่งมีเพียง 1 รายจาก 98 รายเท่านั้นที่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกัน สะท้อนถึงปัญหาความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บทางตาที่ต่ำในกลุ่มแรงงาน การค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Keel et al. (2017) ที่ชี้ให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บที่ตามักเกิดจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือที่มีความเสี่ยงสูง เช่น งานเกษตรกรรมและงานรับจ้างหรืองานก่อสร้าง และผู้ที่ไม่ได้สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันจะมีโอกาสได้รับบาดเจ็บที่ตาสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการศึกษาในไทยจาก ศักดิ์ชัยและภูวนาท (2011) ศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงาน และได้รับบาดเจ็บจากเครื่องมือช่างและอุปกรณ์ก่อสร้าง

ในแง่ของชนิดของวัตถุที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ พบว่าวัตถุที่พบบ่อยที่สุดคือไม้/กิ่งไม้/ท่อนไม้ 40 ราย (ร้อยละ24.2) ตามมาด้วยตะปูและหินอย่างละ 19 ราย (ร้อยละ 11.5) เท่ากัน ซึ่งคล้ายคลึงกับรายงานของ Swain & McGwin (2020) ที่พบว่าสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น การใช้เครื่องมือทางช่าง อุปกรณ์ก่อสร้าง

และวัสดุจากธรรมชาติ เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บทางตา

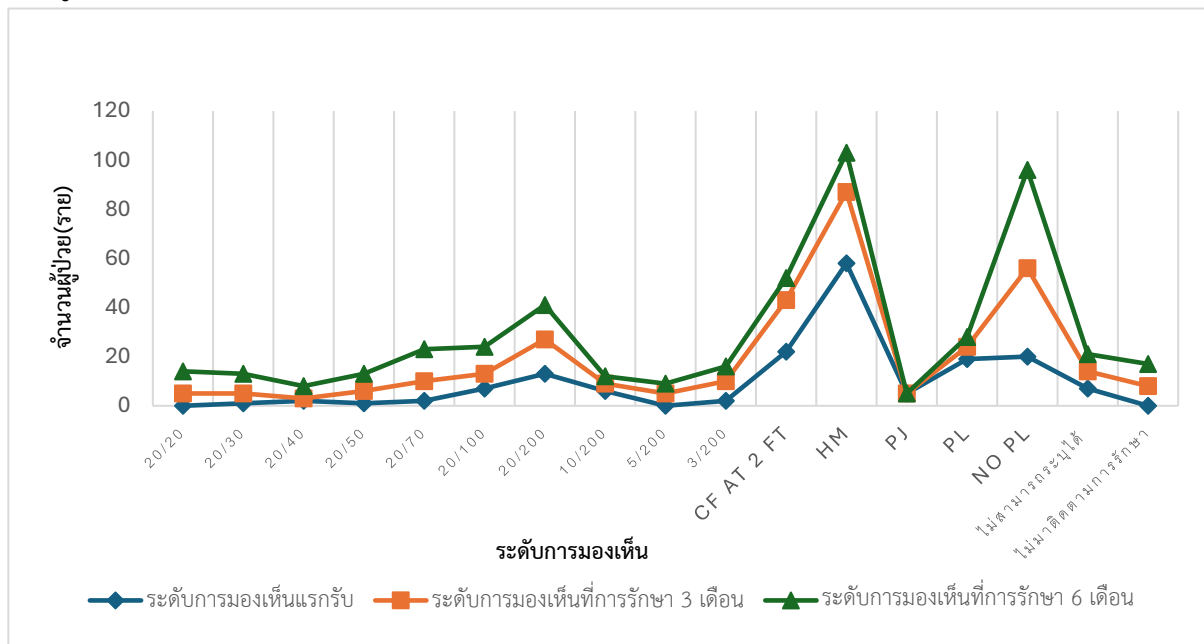
เมื่อพิจารณาถึงชนิดของการแตกของลูกตาพบว่า การบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกแบบไม่มีแผลฉีกขาด (Rupture globe) เป็นชนิดที่พบมากที่สุด 81 ราย (ร้อยละ 49.1) ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับแรงกระแทกโดยตรงที่มีแรงดันสูง ส่งผลให้ผนังลูกตาแตกจากภายในสู่ภายนอก ผลลัพธ์นี้ตรงกับแนวทางการจำแนกการบาดเจ็บทางตาตาม Birmingham Eye Trauma Terminology (BETT) ของ Kuhn et al. (2004) ซึ่งระบุว่า การบาดเจ็บจากแรงกระแทกเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการบาดเจ็บชนิดลูกตาแตก และยังสอดคล้องกับ Sintuwong & Winitchai (2011) ที่พบว่าการบาดเจ็บทางตาส่วนมากมาจากแรงกระแทกของวัตถุไม่มีคม (Blunt Object)

ในด้านการรักษาผู้ป่วย 100 รายหรือร้อยละ 60.6 ของผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมกระจกตา

(Repair cornea) มีผู้ป่วยจำนวนมากที่สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร ถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยที่มีระดับการมองเห็นแรกสุดที่ No PL คือมองไม่เห็นแสงไฟเลยมีจำนวน 20 ราย(ร้อยละ 12.1) ก่อนการรักษา แต่หลังจากการรักษาที่ 6 เดือนพบว่าผู้ป่วยมากถึง 40 ราย(ร้อยละ 24.3) ที่มองไม่เห็นแสงไฟเลย(No PL) แสดงให้เห็นว่าการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกมีโอกาสสูงที่จะส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพการมองเห็นในระยะยาว ข้อมูลนี้สนับสนุนข้อค้นพบของ Négrel & Thylefors (1998) ที่ชี้ให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บทางตามีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว เนื่องจากการสูญเสียการมองเห็นอาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพทางสายตาและความลำบากในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งระดับการมองเห็นแรกสุด ในการติดตามการรักษาที่ 3 เดือนและในการติดตามการรักษาที่ 6 เดือน แสดงแนวโน้มได้ดังแผนภูมิที่

1

แผนภูมิที่ 1 ระดับการมองเห็นแรกสุด ระดับการมองเห็นที่การรักษาที่ 3 เดือนและระดับการมองเห็นที่ที่การรักษาที่ 6 เดือน



ในส่วนของระยะเวลาก่อนเข้ารับการรักษา พบว่าเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลคือ 13.5 ชั่วโมง โดยมีผู้ป่วยบางรายมาถึงเร็วที่สุดใน 30 นาที แต่บางรายใช้เวลาจนถึง 10 วันก่อนเข้ารับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้การรักษาล่าช้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น ข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศุภานัน (2558) ที่พบว่าระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่มีบาดแผลรุนแรงและไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในช่วงแรก

นอกจากนี้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Admission date) เฉลี่ยอยู่ที่ 6 วัน โดยมีช่วงระยะเวลาดำสุดที่ 1 วัน และสูงสุดที่ 21 วัน สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของการรักษาในแต่ละกรณี ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและอาจต้องเข้ารับการรักษาหลายครั้งเพื่อฟื้นฟูการมองเห็น ซึ่งนำมาสู่การสูญเสียทั้งเวลาและรายได้ เนื่องจากต้องพักรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและอาจไม่สามารถกลับไปทำงานได้ในทันที ข้อมูลจาก อมรรัตน์ (2562) พบว่าระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีบาดเจ็บรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงซึ่งสนับสนุนผลการศึกษา

ดังนั้นการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของมาตรการป้องกัน เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตา การให้ความรู้แก่แรงงานเกษตรกร และการพัฒนาระบบการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้เพื่อลดอัตราการสูญเสียการมองเห็นจากการบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในอนาคตแล้ว รวมทั้งยังเป็นการลดการสูญเสียเวลา รายได้ รวมถึงรายจ่ายของรัฐบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากงานวิจัยนี้พบว่าอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บชนิดลูกตาแตกมีอุบัติการณ์ที่สูงและมีโอกาสสูงที่จะส่งผลกระทบต่อสูญเสียการมองเห็นในระยะยาว ดังนั้นควรมีการส่งเสริมการป้องกันและลดอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บทางตา โดยรณรงค์ให้มีการใช้หรือสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตาโดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงสูง เช่น อาชีพเกษตรกร อาชีพรับจ้าง อาชีพช่างก่อสร้างและแรงงานอุตสาหกรรม นอกจากนั้นควรจัดฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยทางตา เพื่อสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับดวงตา การอบรมควรมุ่งเน้นแนวทางป้องกัน ลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ความปลอดภัย เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตาอย่างเหมาะสมในกลุ่มอาชีพเสี่ยง เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การดังกล่าว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งถัดไป ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการสูญเสียการมองเห็นถาวร เพื่อระบุปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรุนแรงของการบาดเจ็บและหาแนวทางป้องกันและรักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยที่สูญเสียการมองเห็น เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต รายได้ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นำไปสู่การกำหนดแนวทางช่วยเหลือที่เหมาะสม ทั้งในด้านสวัสดิการการฝึกอาชีพ และการสนับสนุนทางจิตใจต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กันตนันท์ มหาสุวีระชัย. (2560). อุบัติเหตุทางตาในโรงพยาบาลมุกดาหาร. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32, 17-23.
- ณัฐชัย วงษ์ไชยคุณากร, & อนุชิต กิจธารทอง. (2548). การประเมินภาวะอุบัติเหตุทางตาโดยใช้ Ocular Trauma Score ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 99-109.
- พิสมัย ศรีสุข. (2554). ลักษณะทางระบาดวิทยาผู้ป่วยอุบัติเหตุทางตาที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. *วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์*, 26, 82-90.
- ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์, & ภูวนาท รัตนนิเวศน์. (2554). อุบัติเหตุทางตาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารจักษุธรรมศาสตร์*, 6, 19-24.
- ศุภานัน สุขมาก. (2558). ภาวะลูกตาแตกในโรงพยาบาลทุ่งสง. *จักษุเวชสาร*, 29, 28-32.
- อมรรัตน์ วงศ์ณรัตน์. (2562). อุบัติการณ์การบาดเจ็บที่ตาชนิดลูกตาแตกในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16, 168-175.
- Keel, S., Xie, J., Foreman, J., Taylor, H. R., & Dirani, M. (2017). The prevalence of vision loss due to ocular trauma in the Australian National Eye Health Survey. *Injury*, 48(11), 2466-2469. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.09.020>.
- Kuhn, F., Morris, R., Witherspoon, C. D., & Mester, V. (2004). The Birmingham Eye Trauma Terminology system (BETT). *Journal Français d'Ophtalmologie*, 27(2), 206-210. [https://doi.org/10.1016/s0181-5512\(04\)96122-0](https://doi.org/10.1016/s0181-5512(04)96122-0).
- Négrel, A. D., & Thylefors, B. (1998). The global impact of eye injuries. *Ophthalmic Epidemiology*, 5(3), 143-169. <https://doi.org/10.1076/oep.5.3.143.8364>.
- Sintuwong, S., & Winitchai, R. (2011). Predictive factors of visual outcome in open globe injuries in Thailand: A prospective study. *Asian Biomedicine*, 5(2), 289-294. <https://doi.org/10.5372/1905-7415.0502.040>.
- Swain, T., & McGwin, G. Jr. (2020). The prevalence of eye injury in the United States: Estimates from a meta-analysis. *Ophthalmic Epidemiology*, 27(3), 186-193. <https://doi.org/10.1080/09286586.2019.1704794>.
- Zhou, J., Wang, F. H., Lu, H., Liang, Y. B., Wang, N. L., & the Handan Eye Study Group. (2015). Ocular trauma in a rural population of North China: The Handan Eye Study. *Biomedical and Environmental Sciences*, 28(7), 495-501. <https://doi.org/10.3967/bes2015.071>.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองฉลอง อำเภอยะชุมนรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

พีรภา จันทาทุม, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อช่วยค้นหาและช่วยคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปีถือเป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะช่วยให้การทำงานเชิงรุกในชุมชนความสำเร็จ หากพบความผิดปกติสามารถส่งต่อให้เข้ารับการรักษาทันท่วงที การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองฉลอง อำเภอยะชุมนรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 35 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ, พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิคมข่อยกลาง อำเภอยะชุมนรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ
E-mail: Peerabha@gmail.com

Effects of Self-efficacy enhancement Program on for the Village Health Volunteers to cervical cancer screening service on HPV self- sampline at Nongchalong sub-district, Khukhan District, Sisaket Province

Peerabra Junthathum, *B.N.S.*¹

Abstract

Enhancing Self efficacy Enhancement of Health Volunteers Promoting cervical cancer screening on HPV self-sampling in the women's group aged 30-60 years, this is another way to help proactive work in the success community. If abnormalities are found, they can be referred for timely treatment. This quasi-experimental research was to study the effect of a capacity-building program on cervical cancer screening behavior using HPV self-collection among village health volunteers in Nongchalong Sub-district, Khukhan District, Srisaket Province. A random sampling was used to recruit 35 village health volunteers. Data were carried out from January to March 2025. The experimental instrument was the self-efficacy promoting program. Knowledge test about cervical cancer screening and Assessment of self-efficacy of public health volunteers in promoting cervical cancer screening services, which their reliabilities were 0.85 respectively Descriptive statistics and paired sample t-test.

The results reveal that after the experiment the experimental group had a higher average score of knowledge about cervical cancer screening behavior using HPV self-collection, self-efficacy, and skills of health promotion of cervical cancer screening behavior using HPV self-collection than that of the before the experiment with statistical significance at the 0.001 level.

The results of this research support that capacity-building programs are effective in promoting village health volunteers. able to work proactively in the community to find target women to undergo cervical cancer self-examination at home. Conveniently, specimens can be sent for testing through village health volunteers.

KEYWORDS: Effects of self-efficacy enhancement program, cervical cancer screening on HPV self – sampling, the village health volunteers

¹ Registered Nurse, Professional level, Khukhan District, Sisaket Province, Email: Peerabha@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับที่ 2 ของโรคมะเร็งที่พบในเพศหญิง พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 คนต่อปีหรือประมาณร้อยละ 88.0 (จตุพล ศรีสมบุรณ์ และชานาญ เกียรติพิรกุล, 2558) ประเทศไทยในปัจจุบันโรคมะเร็งยังมีแนวโน้มอัตราเพิ่มสูงขึ้น และยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์ ปรับมาตรฐานตามอายุ (Age standardized incidence rate) เท่ากับ 24.5 ต่อประชากรสตรี 100,000 คน ในแต่ละปีพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 5,200 คน หรือประมาณร้อยละ 52.0 ตรวจพบ มะเร็งปากมดลูกประมาณวันละ 27 คน และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 14 คน (บุศรินทร์ ผดุง และถาวร ล่อกา, 2558) อัตราการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดคือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตามลำดับ (สำนักงานวิจัยมะเร็งแห่งชาติ, 2556) อุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ก่อให้เกิดการสูญเสียประชากรก่อนวัยอันควร สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก สร้างภาระทางเศรษฐกิจและสังคมให้กับครอบครัวและประเทศ

โรคมะเร็งเกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกายและเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตที่รวดเร็ว หลุดลอกและแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยทั้งจากปัจจัยภายนอกในร่างกาย เช่น สารเคมีบางชนิด การติดเชื้อเรื้อรัง รังสีต่าง ๆ พฤติกรรมการดำเนินชีวิต เป็นต้น และปัจจัยภายในร่างกาย เช่น กรรมพันธุ์ที่ผิดปกติ ความไม่สมดุลทางฮอร์โมน ภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง เป็นต้น นอกจากนี้มีสาเหตุหรือปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยเสี่ยงทางนิเวศ ปัจจัยเสี่ยงจากคู่นอน และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2549) การป้องกันโรคมะเร็งนั้นสามารถทำได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อมะเร็ง ซึ่งเป็นการลดโอกาส

การเป็นมะเร็งให้น้อยลงและจะสามารถลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่รวมทั้งอาจลดการตายจากมะเร็งลงได้อีกด้วย (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) บริเวณปากมดลูกซึ่งเชื้อไวรัส HPV มีอยู่มากกว่า 200 สายพันธุ์ ซึ่งมีประมาณ 14 สายพันธุ์เสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรค เชื้อไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 70 ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงทั่วโลก การติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ และมากกว่าร้อยละ 90 จะหายได้เอง โดยภูมิคุ้มกันของร่างกาย (ศุภพร แสงกระจ่าง, 2565) ประเภทของเชื้อ HPV ที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ HPV ที่มีความเสี่ยงต่ำส่วนใหญ่ไม่ก่อให้เกิดโรค อย่างไรก็ตาม เชื้อ HPV บางชนิดที่มีความเสี่ยงต่ำสามารถทำให้เกิดหูดที่รอบๆ อวัยวะเพศ ทวารหนัก ปาก หรือคอได้ HPV ที่มีความเสี่ยงสูงสามารถทำให้เกิดมะเร็งได้หลายชนิด เชื้อ HPV ที่มีความเสี่ยงสูงมี 14 ชนิด (type) ได้แก่ HPV 16 18 31 33 35 39 45 51 52 56 58 59 66 และ 68 ซึ่งโรคมะเร็งที่มีสาเหตุจากเชื้อ HPV ส่วนใหญ่เกิดจาก HPV type 16 และ 18 มะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้หญิงทั่วโลก (เอนก จัดดี, 2566)

ปัจจุบันประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกใน 3 วิธี คือ 1) การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (cervical cytology) ซึ่งปัจจุบันใช้การตรวจเซลล์วิทยาปากมดลูกแบบมาตรฐาน (Papanicolaou stain smear: Pap smear หรือ conventional cytology) และการตรวจเซลล์วิทยาโดยเก็บเซลล์ในน้ำยารักษาสภาพ (liquid-based cytology, LBC) 2) การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid: VIA) เพื่อสังเกตความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก และ 3) การตรวจหาเชื้อ HPV (HPV DNA test) ซึ่งแบ่งการตรวจ

อีก 2 แนวทางคือ การตรวจด้วยวิธี Co-test คือมีการตรวจ HPV DNA test ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยาในทุกราย และการตรวจด้วยวิธี primary HPV test ซึ่งเป็นการตรวจที่ระบุสายพันธุ์ของเชื้อ HPV โดยหากพบ HPV ชนิด 16-18 ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี colposcopy ทันที ส่วน HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูงอื่นๆ กำหนดให้ตรวจด้วยวิธี LBC เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก หากผลตรวจเป็นลบ (negative) ให้ตรวจซ้ำด้วย Co-test ทุก 1 ปี และเมื่อตรวจพบ ความผิดปกติ ตั้งแต่ระดับ atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) จึงสามารถส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยวิธี colposcopy ต่อไป (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ เริ่มเมื่อ เมื่อปี พ.ศ. 2548 คัดกรองในกลุ่มสตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี ด้วยวิธี pap smear/ VIA สามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้านทุกแห่งทั่วประเทศดำเนินมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเป็น phase ที่ 4 (พ.ศ.2563 - 2567) การคัดกรองได้มีการเปลี่ยนเทคนิคจากการตรวจด้วย pap smear เป็นการตรวจด้วยวิธี HPV DNA test ซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำมากกว่าและกลายเป็นการตรวจมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำจึงได้มีโครงการนำร่องการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง (HPV self-sampling) ถือเป็นการเปิดโอกาสและเพิ่มการเข้าถึงสำหรับผู้หญิงไทยที่ไม่ยอมมารับการตรวจคัดกรองด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น อายุ กลัวเจ็บ ไม่มีเวลา สามารถเก็บตัวอย่างจากช่องคลอดด้วยตนเอง โดย พ.ศ. 2565 ได้ประกาศให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์แก่สตรีไทยอายุ 30-60 ปีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลฟรีทั่วประเทศ และถึงแม้ว่าจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการตรวจให้สตรีไทยสามารถตรวจด้วยตนเอง สะดวก ป้องกันการเขินอายแต่กลับยังพบว่า การตรวจด้วยวิธีดังกล่าวยังคงครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายของตำบลหนองฉาง 3 ปีซ้อนหลัง พ.ศ.2565 - 2567 เพียงร้อยละ 14.5 16.5 และ 20.7 ตามลำดับ

ตำบลบ้านนิคมชอยกลาง พบว่าสตรีอายุ 30-60 ปี มาใช้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างปีงบประมาณ 2562-2566 หรือผลงานในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ให้ประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป้าหมายการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2568 - 2570 ร้อยละ 80 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567)

การคัดกรองได้มีการเปลี่ยนเทคนิคจากการตรวจด้วย pap smear เป็นการตรวจด้วยวิธี HPV DNA test ซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำมากกว่าและกลายเป็นการตรวจมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ จึงได้มีโครงการนำร่องการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง (HPV self-sampling) ถือเป็นการเปิดโอกาสและเพิ่มการเข้าถึงสำหรับผู้หญิงไทยที่ไม่ยอมมารับการตรวจคัดกรองด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น อายุ กลัวเจ็บ ไม่มีเวลา สามารถเก็บตัวอย่างจากช่องคลอดด้วยตนเอง โดย พ.ศ. 2565 ได้ประกาศให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์แก่สตรีไทยอายุ 30-60 ปีเข้ารับบริการในสถานพยาบาลฟรีทั่วประเทศ และถึงแม้ว่าจะมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการตรวจให้สตรีไทยสามารถตรวจด้วยตนเอง สะดวก ป้องกันการเขินอายแต่กลับยังพบว่า การตรวจด้วยวิธีดังกล่าวยังคงครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายของตำบลหนองฉาง 3 ปีซ้อนหลัง พ.ศ.2565 - 2567 เพียงร้อยละ 14.5 16.5 และ 20.7 ตามลำดับ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองฉาง จึงได้บูรณาการรูปแบบการให้บริการ เพื่อให้การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2567 - 2575 ในด้านการป้องกันและตรวจค้นหา ดังนี้ 1.) ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง (Primary prevention) เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรค และมีความรู้ความเข้าใจในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงผ่านการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งหน่วยงาน

ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน 2.) ยุทธศาสตร์ด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary prevention) เพื่อให้สามารถพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ส่งผลให้การรักษาได้ผลดีและผู้ป่วยมีโอกาสหายจากโรคได้สูงนำมาซึ่งการลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้อย่างเป็นรูปธรรม (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี แบ่งได้ 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ และบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย (ขวัญเรือน สุขเพ็ญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2567) ทศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สุขุมล โพธิ์ทอง, 2561) 2) ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ความสามารถตนเองต่อการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ประภาพร คำแสนราช และคณะ 2566) 3) ปัจจัยเอื้อ/การเข้าถึงบริการ ได้แก่ ระยะทาง (ปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ, 2558) 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้อิทธิพลจากเพื่อน (ปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ, 2558)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละจนได้รับการยอมรับจากสังคมและยกฐานะเป็นหมอประจำบ้าน โดยมีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิด

โรคในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) การส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและยังมีความใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เห็นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้านต่าง ๆ ของคนในชุมชนได้ชัดเจนกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พร้อมทั้งสามารถค้นหา สร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำจากประสบการณ์ตรงของมะเร็งปากมดลูกของตนเองได้

การเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการสร้างเครือข่ายความเข้มแข็งของคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น นำสู่ความร่วมมือและแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น ส่งผลให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ และหากพบความผิดปกติสามารถประสานงานส่งต่อเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจยืนยันที่ทันทั่วถึง อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมให้ความรู้ที่จำเพาะเจาะจงเฉพาะเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมสตรีสามารถตรวจคัดกรองได้ด้วยตนเองส่งผลต่อความสะดวกมากขึ้น ลดความเขินอายจากการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้นการเสริมสร้างสมรรถนะและเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยคัดกรองให้คำแนะนำ สร้างแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจนับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้การทำงานเชิงรุกในชุมชนให้มีผลความสำเร็จ สามารถคัดกรองสตรีกลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับการรักษอย่างทันทั่วถึงและมีความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกการที่สตรีจะปฏิบัติตนนั้นล้วนมีหลากหลายปัจจัยที่จะส่งเสริมให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งในทุกๆ 5 ปี ประกอบกับปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงเทคนิคการตรวจจากตรวจแบบแป็บเสมียร์ซึ่งสตรีต้องมารับบริการที่สถานพยาบาล เป็นรูปแบบการคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ซึ่งสตรีกลุ่มเป้าหมายจะได้รับชุดตรวจตามสิทธิประโยชน์นำไปตรวจด้วยตนเองและนำส่งส่งตรวจแก่สถานพยาบาล การส่งเสริมสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มีความสามารถ มั่นใจ ในการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองด้วยวิธี HPV Self Sampling ดังนั้นจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา (Bandura A., 1997) ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกัน ค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดิทัศน์ (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติได้ (4) การส่งเสริมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติ จะได้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะ มีความมั่นใจ สามารถให้คำแนะนำวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ไม่เคยได้รับการตรวจในรอบ 5 ปี ย้อนหลังอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง

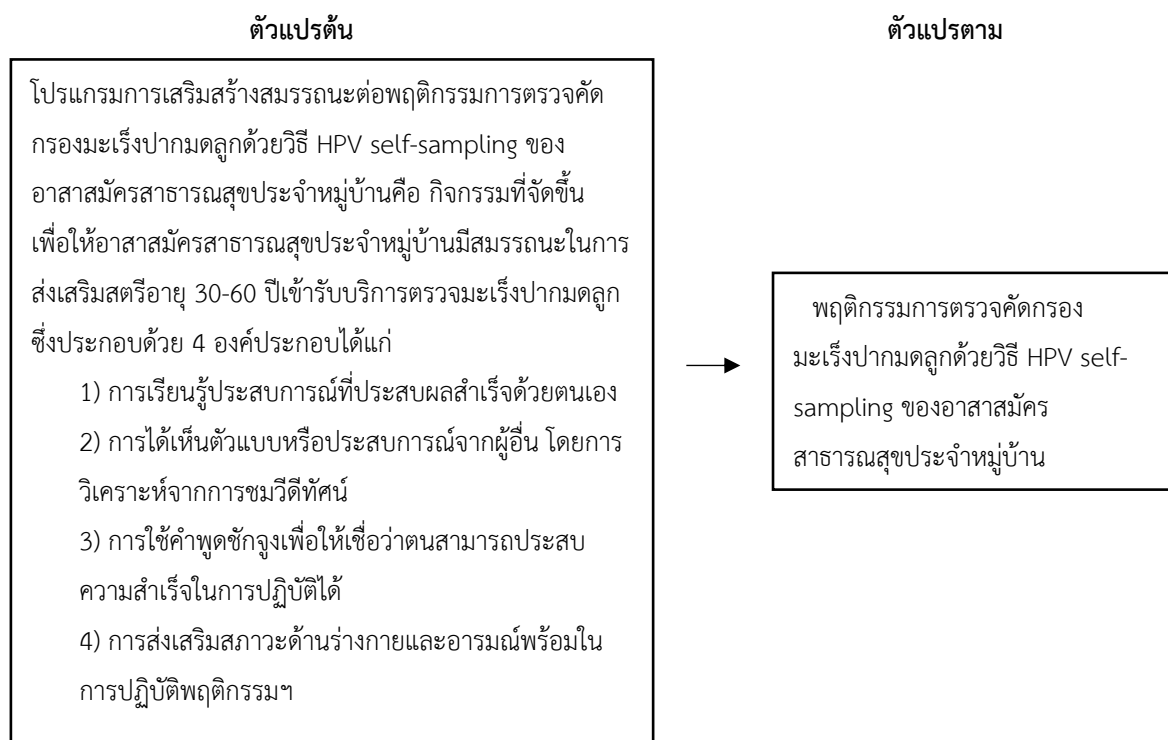
กรอบแนวคิด

การส่งเสริมพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling นั้น ถือเป็นการกระตุ้นกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ตระหนักต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งวิธีการตรวจปัจจุบันนั้นสตรีสามารถตรวจด้วยตนเอง การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกหรือมีอาการระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีอาการแสดงเนื่องจากวิธีการตรวจดังกล่าวสามารถค้นพบได้รวดเร็ว เนื่องจากหากปล่อยให้เวลาล่วงเลยหรือไม่ได้รับการตรวจเลย อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น มะเร็งเข้าสู่ระยะที่ยากต่อการรักษา นอกจากนี้การส่งเสริมพฤติกรรมให้อาสาสมัครกระตุ้นสตรีในชุมชน การโน้มน้าว การสร้างแรงจูงใจแก่สตรีในชุมชนให้เห็นความสำคัญของการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองนั้น ตรวจจนการสร้างเชื่อมั่นแก่อสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถอธิบายวิธีการตรวจนั้นจำเป็นต้องสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยใช้ประสบการณ์การตรวจของตนเองที่ผ่านบอกผ่านความรู้สึกแก่สตรีให้สามารถตรวจด้วยตนเองได้

จากทฤษฎีการเรียนรู้ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรม เนื่องจากมนุษย์จะเรียนรู้ว่าการกระทำหรือปฏิบัติตนในแบบใดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนต้องการได้ การสร้างเสริมให้บุคคลมีสมรรถนะแห่งตนนั้นสามารถทำได้จากการเรียนรู้ของแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1)

การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเอง เกี่ยวกับความสามารถในการสอน สร้างแรงผลักดัน สร้างแรงจูงใจแก่สตรีร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็น อุปสรรค พร้อม ทั้งหาแนวทางในการแก้ไขการได้เห็น ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (2) การได้เห็นตัว แบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น ได้แก่ การฟัง ประสบการณ์ผู้ป่วยมะเร็งที่ตรวจพบจากปีที่ผ่านมา (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบ ความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การ ส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความ พร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ

โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อการเรียนรู้ระหว่าง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านได้รู้สึกผ่อนคลายก่อนการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ร่วมกับการให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร กระตุ้นให้เกิด ความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรม ตลอดจนช่วย ติดตาม ให้กำลังใจ การปฏิบัติตนที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ สุขภาพที่สามารถวัดผลได้ในระยะเวลาของการศึกษา ครั้งนี้ ประกอบด้วย การแนะนำให้มีความรู้ การสอน สาธิตวิธีการตรวจ การคัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม และการจัดการความเครียด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองฉลอง อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 85 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองฉลอง อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับการสุ่มฉลาก 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง (4) การส่งเสริมสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index = CVI) ผลการหาค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .78 และแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบประเมินการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.85

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ให้การรับรองผ่านการพิจารณาเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2025-003

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองและส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 40.0) รองลงมาอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 28.6) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.26 ปี (SD = 9.15) มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0) รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 34.3) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรส/คู่ (ร้อยละ 77.1) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 40.0) รองลงมา 6-10 ปี (ร้อยละ 28.6) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 57.14) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 77.14) ตามลำดับ

2. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ปากมดลูก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 4.63$, $p = .001$)

3. ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลอง
มีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข หลัง
การทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 7.43$,
 $p = .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การ
รับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังทดลอง ($n = 35$)

ตัวแปร	Mean	SD	t	df	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก					
ก่อนการทดลอง	10.42	5.03	4.63	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	13.48	1.63			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข					
ก่อนการทดลอง	27.65	5.92	7.43	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	33.17	2.72			

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง
สมรรถนะต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองฉลอง อำเภอยุ
พันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
สามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้

1. ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองพบว่า กลุ่ม
ทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองสูงกว่า
ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) นั่น
คือ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้
เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อน
ทดลอง ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน
(Bandura A., 1997) ผ่านกระบวนการเรียนรู้จาก
แหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่
ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ
โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการ
ปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค
พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข (2) การได้เห็นตัวแบบ
หรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการ
ชมวิดีโอ (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตน

สามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติได้ (4) การ
ส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อม
ในการปฏิบัติ จะได้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย
ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้
เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา
ของภาวิณี พรหมบุตร เอื้อจิต สุขพล กิตติภูมิ ภิญโย
และปิยะนุช ภิญโย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการ
เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการ
รับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข ใน
การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน
พบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขหลังได้รับ
โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์
สิมศิริวัฒน์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และนิสากร กรุง
ไกรเพชร (2560) ศึกษาผลการสร้างสมรรถนะแห่งตน
ต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตน และ
พฤติกรรมส่งเสริมการควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ของ
อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลองกลุ่ม
ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคธาลัสซีเมียสูงกว่า กลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .001$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จัดขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและนำไปสู่การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถของตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอยู่ 4 แห่ง คือ 1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) คือ การได้เรียนรู้จากความสำเร็จ จากการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ตั้งแต่อดีตเชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน ถือเป็นหนึ่งปัจจัยที่จะช่วยให้ตัดสินใจทำโดยจะคาดหวังว่าตนเองสามารถทำได้ และจะสำเร็จลุล่วงได้ 2. การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบกับความสำเร็จจะทำให้ตนเองรู้สึกว่ายตนเองสามารถทำได้เหมือนตัวแบบ และน่าจะประสบความสำเร็จได้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองได้ หากปฏิบัติได้เหมือนตัวแบบ 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการพูดให้คำแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือใช้คำพูดชื่นชมผู้อื่น เพื่อให้เห็นความสามารถของตนเองที่มีอยู่ และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Rousal) การมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จะเป็นอีกหนึ่งหนทางที่จะทำให้ตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ เช่น มีความสุขที่จะกระทำ ความภาคภูมิใจ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น รูปแบบกิจกรรมในการ

เสริมสร้างความสามารถมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้ครบทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยประเมินตนเองและสำรวจตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร่วมกับค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติ ฝึกทักษะการปฏิบัติตนในพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับหลังจากฝึกทักษะแล้วประเมินตนเองและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมว่าตนสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคเมเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรค การตรวจคัดกรอง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้เห็นวิธีการในการการเรียนรู้และนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์การปฏิบัติตนจากสิ่งที่ได้ดูจากตัวแบบ (3) การใช้คำพูดชักจูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขช่วยสร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดการค้นหาสตรีที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง และเสริมแรงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการค้นหา (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เดินตามจังหวะเพลง ร้องเพลง จัดกิจกรรม การเล่นเกมสื่ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล เพื่อเตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ต่อการเรียนรู้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์ และคณะ (2560, น.94-104) ศึกษาผลของการสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมการควบคุมโรคธาลัสซีเมียของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร เอื้อจิต สุขพูล กิตติภูมิ ภิญโย และปิยนุช ภิญโย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาสาสมัครสาธารณสุขมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขในทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้เกิดพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่กลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ได้
2. พยาบาลชุมชน จัดประชุมนำเสนอโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). นิยามตัวชี้วัด service plan 2566-2570 สาขาโรคมะเร็ง. สืบค้น 31 ธันวาคม 2567, จาก https://nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562). คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. สืบค้น 31 ธันวาคม 2567, จาก <http://xn--y3cri.com/document>
- ขวัญเรือน สุขเพ็ญ และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปีเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาจาน ตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์.5(2): 47-58.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์และชำนาญ เกียรติพิรุณ. (2558). มะเร็งนรีเวชวิทยา (Gynecologic oncology). กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ขวัญลี ศรีสุโข. (2560).6 โรคร้ายที่ผู้หญิงควรระวัง.กรุงเทพฯ: คลินิกสุขภาพ.
- นภัสวรรณ โอภาส. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ.วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 339 –347.

ให้แก่ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการเสริมสร้างพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ให้มีความต่อเนื่องในชุมชน

3. ด้านการวิจัย พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะต่อพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการวิจัยและพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-samplingกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ควรมีการติดตามผลหลังการทดลองอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV self-sampling ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร.(2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุศรินทร์ ผัดวง และถาวร ล่อกา. (2558). การติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง :กรณีศึกษาบ้านฮ่องห้า ตำบลน้ำโจ้ อำเภอมะนัง จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.9(1); 43- 51.
- ประภาพร คำแสนราช, รุ่งตะวัน เมืองมูล, กนกอร สมบัติ และฤทัยรัตน์ บุรณะพันธ์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีที่มีอายุ 35-60 ปีในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2(2): 42-55.
- ปริยานุช รุ่งเรือง, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์, สุปรียา ต้นสกุล และลักขณา เดิมศิริกุลชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา.สารวิชาการ Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 2(2): 36-49.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer Screening). กรุงเทพมหานคร:ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ศุสิทธิ์ แสงกระจ่าง. (2565). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test ปีงบประมาณ 2566. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 3-5.
- สำนักงานนโยบายการเจริญพันธุ์. (2559). แนวทางพัฒนาการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุขุมล โพธิ์ทอง. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่อำเภอลำสนธิ จังหวัดชุมพร. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 32(2): 966-970.
- เอนก จิตดี. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุริรัมย์, 38(3), 849- 858.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H.Freeman.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.
- World Health Organization. (2016). Human papillomavirus (hpv) and cervical cancer. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>.

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อในผู้ป่วยหลังจากการ ผ่าตัดแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ศิริวิทย์ คำแพง, พ.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกติดเชื้อและแผลติดเชื้อหลังจากมีกระดูกหักแบบมีแผลเปิดเป็นเรื่องที่พบได้บ่อย โดยวัตถุประสงค์หลักของการแก้ปัญหา คือการจัดการกับสาเหตุของการติดเชื้อก่อนที่จะมีการผ่าตัดเชื่อมกระดูก โดยเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อีกทั้งแนวโน้มของการติดเชื้อ *Pseudomonas* ซึ่งไม่ใช่เชื้อที่พบได้ทั่วไปมีมากขึ้น การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Analytical study โดยใช้วิธี Case-Control study โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและภาพถ่ายรังสี ปี 2562 -2567 ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะแผลติดเชื้อและกระดูกติดเชื้อในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งหมด 978 ราย (ทั้งแบบแผลเปิดและแบบไม่มีแผล) ซึ่งการรักษาทั้งแบบไม่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด การศึกษานี้ได้นำผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดร่วมกับมีการติดเชื้อแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อ *Pseudomonas* spp. และกลุ่มที่ติดเชื้อที่ไม่ใช่เชื้อ *Pseudomonas* spp. และได้วิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจสัมพันธ์กับภาวะแผลติดเชื้อและกระดูกติดเชื้อได้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะแผลติดเชื้อและกระดูกติดเชื้อจำนวน 242 ราย โดยติดเชื้อ *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) คิดเป็น 61% (จากผลเพาะเชื้อ) เพศ กระดูกหักแบบไม่มีแผลและกระดูกหักแบบมีแผลระดับ 1 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ ส่วนสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) คือ โรคประจำตัวผู้ป่วย (โรคเบาหวานชนิดที่ 2), ชนิดและความรุนแรงของแผลเปิดตั้งแต่ระดับที่ 2 ขึ้นไป ชนิดของยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยได้รับก่อนและหลังได้รับการผ่าตัดและการผ่าตัดภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง

สรุปจากการศึกษา กระบวนการจัดการและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักร่วมกับมีแผลเปิดควรที่จะมีการประเมินอย่างละเอียดและถี่ถ้วน โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะแผลติดเชื้อและกระดูกติดเชื้อภายหลังจากการผ่าตัด คือ โรคไทรอยเรื้อรัง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชนิดและความรุนแรงของแผลเปิด และชนิดของยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยได้รับก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกระดูกหักร่วมกับมีแผลเปิดเช่นกัน

คำสำคัญ: กระดูกติดเชื้อ, แผลติดเชื้อ, กระดูกหัก, กระดูกหักแบบมีแผลเปิด

¹ นายแพทย์ชำนาญการ แผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย
Email: sir_zeal@hotmail.com

The study of risk factors and cause of post operative wound infection in Orthopaedics surgery cases

Sirawitz Khamphaeng, M.D.¹

Abstract

Osteomyelitis following open fracture is common. The primary aim of managing this condition is to control the infection before the bone fixation procedure is performed. The organisms of infection are different in each area, and an increase in the *Pseudomonas* infection rate was shown. Method: An analytical study by the case-control method was applied in this study. Between 2562 and 2567, we treated 978 patients with bone fractures (both open and closed) in our unit. The management of patients with fractures had two options: conservative or surgical treatment. Patients with *Pseudomonas* infection or non-*Pseudomonas* infection were divided, and exposure to risk factors was reviewed. The risk factors that were age, underlying disease, fracture type, type of antibiotic drug, and time to operation were predicted.

These results found that 242 patients who developed osteomyelitis were treated. *Pseudomonas aeruginosa* (*P. aeruginosa*) (65%) was the most common organism cultured. Age and gender were not significant risk factors, but the significant risk factors in this study were chronic kidney disease, diabetes mellitus type II, open fracture Gustilo III, and type of prophylactic antibiotic drug.

Conclusion: The management of a patient who has a tibia fracture should be carefully evaluated. The rate of *Pseudomonas* infection was increased in patients with chronic kidney disease, diabetes mellitus type II, open fracture Gustilo III, and type of antibiotic drug in this study. The risk factor should be awareness, and prophylactic treatment must be effective in controlling infection in tibial fractures. The best choice of treatment is prevention.

KEYWORDS: Osteomyelitis, Infected wound, Fracture, Open fracture

¹ Orthopedics Surgeon, Uthumphonphaisai hospital, Sisaket Province, Thailand, Email: sir_zeal@hotmail.com

บทนำ

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยกระดูกและข้อ เป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ศัลยกรรมกระดูกและข้อเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อให้กับผู้ป่วย ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัย ซึ่งจากรายงานการวิจัยที่ผ่านมา พบปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ศัลยกรรมกระดูกและข้อหลังได้รับการศัลยกรรมและการให้ยาป้องกันการติดเชื้อและส่งผลให้ลดวันนอนโรงพยาบาลลง

โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ซึ่งเพิ่งเริ่มมีศัลยแพทย์กระดูกและข้อมาบรรจุและเริ่มมีการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อมากขึ้นเป็นลำดับ การดูแลรักษาภาวะกระดูกหักชนิดมีแผลเปิดและไม่มีแผลยังเป็นปัญหาที่พบบ่อยเสมอ การรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน¹ เช่น กระดูกไม่ติด (Nonunion), กระดูกติดชนิดผิดปกติ (Malunion), ภาวะติดเชื้อของกระดูกและกระดูกอักเสบ (Osteomyelitis) เป็นต้น โดยเฉพาะกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เป็นกระดูกชิ้นที่มีการหักมากที่สุดชิ้นหนึ่งในร่างกาย เนื่องจากอวัยวะส่วนนี้ถูกปกคลุมด้วยผิวหนังและชั้นไขมันเป็นส่วนใหญ่และด้าน anteromedial จะไม่มีกล้ามเนื้อปกคลุม¹ ซึ่งการเกิดอันตรายต่อกระดูกชิ้นนี้ จะทำให้เกิดกระดูกหักชนิดมีแผลเปิด (Compound fracture) ได้ง่าย กระดูกอักเสบ หรือกระดูกอักเสบเป็นหนอง หรือกระดูกอักเสบติดเชื้อ (Osteomyelitis) คือ โรคที่เกิดจากกระดูกติดเชื้อโรค ทัวไปมักเป็นจากเชื้อแบคทีเรีย แต่อาจพบเป็นจากติดเชื้อราได้ ทั้งนี้ ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละคน² แบคทีเรียที่พบเป็นสาเหตุกระดูกอักเสบมีได้หลากหลายชนิด แต่ที่พบบ่อยคือ จากชนิด Staphylococcus aureus 4(แต่อาจพบเกิดจากแบคทีเรียหลายชนิดพร้อมกันได้บ่อยพอควร โดยเฉพาะกรณีเป็นกระดูกอักเสบเรื้อรัง) ส่วนเชื้อราที่พบเป็นสาเหตุได้บ่อยคือ ชนิด Candida กลไกการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุเกิดกระดูกอักเสบเกิดได้ 3

ทาง³ คือ การติดเชื้อจากทางกระแสเลือด กระแสโลหิต (Hematogenous osteomyelitis) การติดเชื้อจากเนื้อเยื่อ อวัยวะใกล้เคียงกระดูกที่อักเสบติดเชื้อ และจากบาดแผลติดเชื้อที่ตัวกระดูกเอง (Contiguous-focus and post traumatic osteomyelitis) หรือการติดเชื้อจากเนื้อเยื่อกระดูกขาดเลือดจากการไหลเวียนเลือดไม่ดี (Osteomyelitis due to vascular insufficiency)

กระดูกอักเสบเกิดได้กับกระดูกทุกชิ้นของร่างกาย ที่พบบ่อยคือกระดูกขา กระดูกเท้า และกระดูกสันหลัง โดยทั่วไปมักพบกระดูกอักเสบเกิดเพียงตำแหน่งเดียว แต่อาจพบเกิดหลายตำแหน่งพร้อมกันได้ ทั้งนี้ขึ้นกับสาเหตุและสุขภาพพื้นฐานของผู้ป่วย กระดูกอักเสบสามารถพบได้ในทุกอายุ ตั้งแต่เด็กแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ และโอกาสเกิดเท่ากันทั้งในผู้หญิงและในผู้ชาย ทั้งนี้สถิติการเกิดกระดูกอักเสบจะแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล โรงพยาบาลและ ในแต่ละประเทศ โดยขึ้นกับลักษณะปัจจัยเสี่ยงที่จะแตกต่างกันไปในแต่ละสถานที่ จากการรวบรวมสถิติจากเวชระเบียนผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย พบว่าเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะแผลติดเชื้อและกระดูกอักเสบมากในอันดับ 1 และ 2 คือ Pseudomonas aeruginosa และ Staphylococcus aureus ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษา เรื่อง ภาวะกระดูกอักเสบจากการติดเชื้อ Pseudomonas ดังนั้นผู้วิจัยต้องการทบทวนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกระดูกอักเสบจากการติดเชื้อ Pseudomonas ในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย เพื่อจะได้ทราบถึงแนวทางป้องกันรวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อทราบถึงสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการทำให้เกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและ

กระดูกอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ

2.สามารถทราบและรู้แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและกระดูกอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.ลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ จากภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและกระดูกอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ

2.ลดอัตราการติดเชื้อของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบแผนงานวิจัย (Study Design)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Analytical study ใช้วิธี Case-Control study

ประชากรศึกษา (Study Population)

เป็นผู้ป่วยที่เกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและกระดูกอักเสบในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ระหว่าง วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 – 30 มิถุนายน 2567

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

1.เป็นผู้ป่วยที่เกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและกระดูกอักเสบในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ระหว่าง วันที่ 1 กรกฎาคม 2562 – 30 มิถุนายน 2567

2. เป็นผู้ป่วยอายุระหว่าง 10 – 70 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ไม่มีผลเพาะเชื้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและภาพถ่ายรังสี ปี 2562-2567 ในผู้ป่วยที่เกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและกระดูกอักเสบในโรงพยาบาลอุทุมพร

พิสัย แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มติดเชื้อและกลุ่มไม่ติดเชื้อ ตามลำดับขั้นตอน

2. เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและสามารถเข้าได้กับ Inclusion criteria ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น แบ่งผู้ป่วยออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีติดเชื้อและกลุ่มที่ไม่มีติดเชื้อ

3. เก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มในเรื่องปัจจัยเสี่ยง (Primary outcome) ที่มีผลต่อภาวะกระดูกติดเชื้อโดยมีวิธีการดังนี้

3.1 Underlying disease เก็บ ข้อมูลจากเวชระเบียน

3.2 Fracture type เก็บข้อมูลจากเวช ระเบียน

3.3 Time to operation เก็บ ข้อมูลจากเวชระเบียน

3.4 Time to antibiotics drug เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

3.5 Type of antibiotics drug เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน

4. นำข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่เก็บทั้งสองกลุ่มมาวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อหาว่าปัจจัยใดมีความสำคัญทางสถิติ การวัดผลทางการวิจัย (Outcome measurement)

เก็บข้อมูลและประเมินผลหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแผลผ่าตัดติดเชื้อและกระดูกอักเสบ โดยศึกษาและเก็บข้อมูลทั้งกลุ่มที่มีภาวะติดเชื้อและกลุ่มที่ไม่มีภาวะติดเชื้อ เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยง โดยมีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญออร์โธปิดิกส์ร่วมประเมิน และถ้ามีความเห็นไม่ตรงกันให้ใช้ความเห็นของแพทย์ท่านที่สามมาร่วมประเมิน

Primary outcome: Infection ---

Risk factor

Age, Chronic kidney disease, Thalassemia, DM type II and Contamination

Secondary outcome:
Complication and new
prophylaxis antibiotics drug

confident interval ใช้ Program The STATA 17
(Stata Corp., College Station, TX, USA) ในการ
วิเคราะห์ข้อมูล

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลกลุ่มที่มี Infection เปรียบเทียบกับกลุ่ม
Non - infection group โดย Categorical variables
ใช้ chi-square test และ continuous variables

- Student unpaired T-test (Normal distribution)
- Mann-Whitney U-test (Non-normal distribution)

การประเมิน risk factor ต่าง ๆ ใช้ logistic
multivariate regression analysis เพื่อที่จะ
แก้ปัญหา effect of confounding factors โดย
รายงานผลโดยใช้ ODD ratios (OR) และ 95%

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่เกิดภาวะกระดูกติดเชื้อและแผลติดเชื้อ
ภายหลังจากการผ่าตัดมีจำนวน 242 ราย โดย
แบ่งเป็นติดเชื้อ Pseudomonas aeruginosa (P.
aeruginosa) จำนวน 147 ราย คิดเป็น 61% (จากผล
เพาะเชื้อ) และติดเชื้ออื่น จำนวน 95 ราย คิดเป็น 39%
โดยผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลพื้นฐานไม่ต่างกัน ดังนี้

ตารางที่ 1 : แสดงถึงการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม (ติดเชื้อ Pseudomonas และไม่ติดเชื้อ Pseudomonas)

Risk factors		Pseudomonas infection N (%)	Non-Pseudomonas infection N (%)	P-value
Age (years)		149(61.1)	93(38.4)	
Gender	Male	101(67.8)	57(61.3)	0.332
	Female	48(32.2)	36(38.7)	0.356
Underlying Disease	CKD	8(5.4)	5(5.4)	0.434
	Thalassemia	3(2)	9(9.7)	0.486
	DM II	61(40.9)	16(17.2)	0.501
Fracture type	Close	20(13.4)	41(44.1)	0.149
	Open	129(86.6)	52(55.9)	0.434
Contamination		133(71.51)	53(28.49)	0.147
Time to operation		137(91.1)	68(73.1)	0.325
Time to antibiotics drug		145(97.3)	71(76.3)	0.504

การศึกษานี้แสดงถึงเพศ การมีกระดูกหน้า
แข้งหักชนิดแบบไม่มีแผลและกระดูกหน้าแข้งหักแบบมี

แผลเปิดระดับ 1 ไม่นับสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้
ส่วนสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ
($P < 0.001$) คือ โรคประจำตัวผู้ป่วย (โรคเบาหวานชนิด

ที่ 2) , ชนิดและความรุนแรงของแผลเปิดตั้งแต่ระดับที่ 2 ขึ้นไป ชนิดของยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยได้รับก่อนและ หลังได้รับการผ่าตัดและการผ่าตัดภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 : แสดงถึงการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อทั้ง 2 กลุ่ม(ติดเชื้อ Pseudomonas และไม่ติดเชื้อ Pseudomonas)

Risk factors		Pseudomonas infection N(%)	Non-Pseudomonas infection N(%)	Crude ODD Ratio	P-value
Age (years)		149(61.1)	93(38.4)	3.3(1.8-5.7)	<0.001
Gender	Male	101(67.8)	57(61.3)	1	0.332
	Female	48(32.2)	36(38.7)	1.3(0.7-2.2)	0.356
Underlying Disease	CKD	8(5.4)	5(5.4)	0.9(0.-3.1)	1
	Thalassemia	3(2)	9(9.7)	0.1(0.05-0.7)	0.012
	DM II	61(40.9)	16(17.2)	3.3(1.7-6.2)	<0.001
Fracture type	Close	20(13.4)	41(44.1)	1	0.481
	Open	129(86.6)	52(55.9)	5.0(2.7-9.4)	<0.001
Contamination		133(71.5)	53(28.49)	7.4(3.5-15.2)	<0.001
Time to operation		137(91.1)	68(73.1)	4.2(1.9-8.8)	<0.001
Time to antibiotics drug		145(97.3)	71(76.3)	0.4(0.2-0.9)	1
Type of antibiotics drug		12(5)	4(2.7)	0.3(0.1-0.9)	0.037

ตารางที่ 3 : แสดงถึงการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงแยกแต่ละหัวข้อเฉพาะที่มีผลและสัมพันธ์ติดเชื้อ Pseudomonas

Factors	Cured OR(95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	P-value
Age			
< 40 years	1	1	
≥ 40 years	3.31(1.89-5.79)	1.97(1.01-3.85)	0.048
Contaminate/Wound			
Clean & I & II	1	1	
IIA - IIC	6.77(3.80-12.04)	4.53(2.16-9.51)	< 0.001
Time to operative			
≤ 24 Hr.	4.20(1.99-8.86)	2.18(0.89-5.37)	0.089
> 24 Hr.	1	1	
Fracture Type			
Closed	1	1	
Open	5.09(2.73-9.49)	1.31(0.54-3.15)	0.551
DM Type II	3.34(1.78-6.26)	2.19(1.04-4.59)	0.039

อภิปรายผล

การติดเชื้อ *Pseudomonas* spp. พบมากที่สุดจากผลเพาะเชื้อจากการศึกษานี้และมักจะพบในเคสที่ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักแบบมีแผลเปิดในระดับที่มีการปนเปื้อนค่อนข้างมาก ส่วนในเคสที่เป็นแผลปิดแต่พบมีภาวะติดเชื้อ *Pseudomonas* spp. มักจะเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ซึ่งมีโรคประจำตัว คือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมด้วย ซึ่งจากการวิเคราะห์ ไม่คิดว่าอายุของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ *Pseudomonas* spp. แต่เป็นจากการที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่า

ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกหักแบบมีแผลเปิดในระดับมากกว่าระดับ II ถึงแม้จะได้รับการผ่าตัดที่เร็ว แต่เป็นการบ่งถึงว่ามีภาวะการปนเปื้อนที่ค่อนข้างมากทำให้อัตราการติดเชื้อ *Pseudomonas* spp. ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งอาจจะต้องมีการแบ่งกระบวนการผ่าตัดออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นแรก คือ ถ่างสิ่งปนเปื้อนออกก่อน หลังจากนั้นจึงผ่าตัดอีกครั้งเพื่อเชื่อมกระดูก

จากการศึกษาที่บ่งชี้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ < 24 ชั่วโมง มีผลต่อการติดเชื้อ *Pseudomonas* spp. นั้น อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องผ่าตัดด่วนแต่มีภาวะกระดูกหักแบบมีแผลเปิดในระดับมากกว่าระดับ II ร่วมด้วยทำให้ถึงได้รับการผ่าตัดเร็วแต่เป็นการผ่าตัดแบบเร่งด่วน อาจส่งผลให้ไม่ได้รับการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพ

ชนิดของการได้รับยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและหลังผ่าตัดมีผลอย่างมากในการศึกษานี้ เนื่องจากมีความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะชนิดต่าง ๆ มีความแตกต่างกันตามเชื้อนั้น ๆ ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษานี้ เนื่องจากการให้ยาปฏิชีวนะในแต่ละเคสขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจและทำการรักษา

สรุป

กระบวนการจัดการและดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักร่วมกับมีแผลเปิดควรที่จะมีการประเมินอย่างละเอียดและถี่ถ้วน ต้องรู้ถึงสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจจะส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกติดเชื้อได้ในอนาคต ซึ่งการศึกษานี้ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะกระดูกติดเชื้อภายหลังจากการผ่าตัด คือ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชนิด ความรุนแรงของแผลเปิด และชนิดของยาปฏิชีวนะที่ผู้ป่วยได้รับก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ควรได้รับการเฝ้าระวังรวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ซึ่งต้องทำอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะกระดูกติดเชื้อและป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจตามมาในอนาคต

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกอย่าง คือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกระดูกหักร่วมกับมีแผลเปิด ซึ่งควรจะทำควบคู่กับการแก้ไขปัญหาป้องกันการติดเชื้อต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. John C. Weinlein. Fractures of the lower extremity. Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Edition 2013;54:2644-2648.
2. Okapa R, Rak S, Wenda J, Marczyński W, Walczak P, Macias J. Septic complications after multilocal fractures and multiple traumatic injury. Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol. 2011 Jul-Aug;76(4):214-8. Polish.
3. Jason H. Calhoun, M.D. Osteomyelitis of the Long Bones. F.A.C.S., M.M. Manring, Ph.D. and Mark Shirliff, Ph.D. Semin Plast Surg. 2009 May; 23(2): 59-72

4.Oginni LM, Bamgboye EA, Ako-Nai AK, Onipede AO. The bacteriology of open fractures in Ile-Ife, Nigeria.Ikem IC Niger J Med. 2004 Oct-Dec;13(4):359-65. Erratum in: Niger J Med. 2005 Oct-Dec;14(4):461. Onipade, AO [corrected to Onipede, AO].

5.Yusof NM, Halim AS.Outcomes of infected grade IIIB open tibial fractures. Singapore Med J. 2012 Sep;53(9):591-4.

6.Ring J, Seifert J, van Thiel D, Lob G, Probst J.Fortschr Med.Chronic posttraumatic osteomyelitis. Clinical aspects and bacteriology]. 1976 Jan 8;94(1):3-6. German.

7.Russell TA. Rockwood and Green's Fractures in Adults. 8 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins;2015.2075-130p

8.Matthew I. Rudloff , Chapter 54 Fracture of the lower extremities, Cambell : 2702-2704

9.Berkes M, Obremskey WT, Scannell B, Ellington JK, Hymes RA, Bosse M.Maintenance of hardware after early postoperative infection following fracture internal fixation. Southeast Fracture Consortium.J Bone Joint Surg Am. 2010 Apr;92(4):823-8. doi: 10.2106/JBJS.I.00470.

10.Gross T, Kaim AH, Regazzoni P, Widmer AF. Current concepts in posttraumatic osteomyelitis: a diagnostic challenge with new imaging options. J Trauma. 2002 Jun. 52(6):1210-9.

11.Glass GE, Barrett SP, Sanderson F, Pearse MF, Nanchahal J. The microbiological basis for a revised antibiotic regimen in high-energy tibial fractures: preventing deep infections by nosocomial organisms. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 Mar;64(3):375-80. doi: 10.1016/j.bjps.2010.05.037. Epub 2010 Jun 29.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเซียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ศุภกร แสงชาวาทิธร, *ส.ป.*¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเซียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 48 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบได้แก่ประชาชนในเขตอำเภอปรางค์กู่ จำนวน 100 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 1 วนรอบ โดยแต่ละวนรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดทำหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างในการประเมินรูปแบบเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ก่อนและหลัง และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของ คะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเซียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “PRANGKU Model” ประกอบด้วย 1) P; Policy ภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันเกิดนโยบายในพื้นที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล 2) R; Refection Context problem การสะท้อนปัญหา องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงิน ของ สู่แผนการขับเคลื่อนงาน 3) A; Action plan มีแผนงานและนำไปปฏิบัติ 4) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนวปฏิบัติที่ดีมาเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นๆ 5) K; Knowledge Management การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย 6) U; Unity Team การทำงานเป็นทีมที่เต็มศักยภาพจากผลการวิจัยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเซียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ,การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: vichai212@hotmail.com

The Development of Participatory Prevention for Liver Fluke in Nong Chaing Thoon Sub District, Prang Ku District, Sisaket Province

Suphakorn Saengkaoarthion, *B.P.H.*¹

Abstracts

The purpose of this research was to prevention for Liver Fluke The Development of Participatory Prevention for Liver Fluke in Nong Chaing Thoon Sub District Prang ku District, Sisaket Province between October 2024 and January 2025, The sample group consisted of the Prevention for Liver Fluke Team, totaling 48 people. The sample group for evaluation of the population by using the PRANGKU Model was 100 people. The research used the quality management process (PAOR) for 1 cycle, 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 process model for of Prevention for Liver Fluke though Community Participation is “PRANGKU Model,” consisting of 1) P; Policy: The network partners work together to create clear policies in the area. There is an order to appoint a sub-district-level committee. 2) R; Refection Context problem Reflecting on problems, organizations, teams, communities, human resources, money, and the plan to drive the work. 3) A; Action plan: has a plan and

implements it. 4) N&G; Notable & Good Practice has a forum to extract lessons and bring good, reliable, and outstanding practices to expand in other areas. 5) K; Knowledge Management has knowledge management to develop the potential of network partners. 6) U; Unity Team has teamwork that reaches its full potential. There is a platform to draw lessons and bring good, credible, and outstanding practices to expand in other areas. From the developed research results, it enhances the potential for the implementation of prevention for liver fluke through community participation in Nong Chaing Thoon Sub-District, Prang Ku District, Sisaket Province, to achieve the set goals.

Keywords : model, community participation, prevention for Liver Fluke

*Public Health Technical Officer, Prang Ku District Public Health Officer, Sisaket Province E-mail: vichai212@hotmail.com

บทนำ

ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกจัดอันดับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคสำคัญ และให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีนับได้ว่าเป็นโรคที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งประชาชนในประเทศไทยที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีประมาณ 6 ล้านคนและประชาชนกลุ่มนี้มีโอกาสเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปีข้างหน้า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงประมาณรายละ 500,000 บาท (กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2559) โดยโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เกิดจากอุปนิสัยที่ชอบรับประทานปลาน้ำจืดชนิดมีเกล็ดแบบ สุกๆ ดิบๆ โดยการปรุงอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลา ส้มปลา ซึ่งมีระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับ (กรมควบคุมโรค, 2559) และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรคพยาธิใบไม้ตับ คือ บุคคลที่มีพยาธิใบไม้ตับในร่างกายแล้วขับถ่ายอุจจาระนอกส้วม ทำให้ไข่พยาธิที่ปนออกมากับอุจจาระลงสู่พื้นดินและแหล่งน้ำ โดยมีหอยพาหะกึ่งกลางของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ ซึ่งเป็นการเริ่มเข้าสู่วงจรของโรคพยาธิใบไม้ตับต่อไปอีก (ธนวรรณ อัมสมบุญ, 2546) เมื่อคนรวมทั้ง แมวหรือ สุนัข ซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำ ก็จะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้อีก ทั้งนี้พยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคน และสัตว์รังโรค เมื่อมีตัวพยาธิสะสมมาก ๆ เป็นเวลานาน จะมีการอักเสบของท่อน้ำดีด้วยหลายกลไก เช่น จากการกัด – ดูดของ sucker พยาธิ และสารคัดหลั่งจากตัวพยาธิทำให้เซลล์อักเสบมาตอบสนองและ

กระตุ้นทำให้เซลล์เยื่อท่อน้ำดีแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และสร้างสารอนุมูลอิสระจากเซลล์อักเสบออกมา นำไปสู่การทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์เยื่อท่อน้ำดี (Oxidative and Nitritative DNA Damage) หากติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับช้าบ่อยๆ ยิ่งทำให้มีการทำลายสารพันธุกรรมไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ จะมีการเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมผิดปกติ แบบถาวร นำไปสู่การเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด ซึ่งพยาธิใบไม้ตับชนิดนี้ถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มพยาธิ ก่อมะเร็ง (สรญา แก้วพิบูลย์และคณะ, 2560)

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของ ประชาชนในประเทศไทยปี 2552 พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภค ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ มากที่สุด ร้อยละ 20.10 รองลงมา ได้แก่ การรับประทานปลาร้าดิบๆ และน้ำพริกปลาร้าดิบ เครื่องแกงดิบๆ หรือแจ่วบองปลาร้าดิบ ร้อยละ 15.20 และ 9.30 ตามลำดับ รวมทั้ง พบว่าประชาชน มีพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระ ในส้วมของประชาชนที่ถูกสุกสุกเป็นประจําเมื่ออยู่ที่บ้าน และ ออกไปทำงานในสวนในไร่ หรือไปทำนา คิดเป็นร้อยละ 76.40 และ 44.70 (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2557) และเมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงต้นเหตุพบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่พบโรคพยาธิใบไม้ตับสูงยังคงรับประทานอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาวดิบๆ สุกๆ เป็นประจําเหมือนเดิม เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาต้ม ปลาร้าดิบ ร้อยละ 7 โดยรับประทานเป็นครั้งคราว ร้อยละ 84 ร้อยละ 69 ยังมีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วม เช่น ในทุ่งนาเป็นบางครั้ง โดยพบแนวโน้มอัตราป่วยที่สูงขึ้นในเด็ก อาจมีสาเหตุจาก ผู้ปกครองขาดความรู้ ความเข้าใจ โดยเฉพาะการประกอบ

อาหารเฉพาะสำหรับเด็ก หากพิจารณาในบริบทชาวชนบท จะพบว่าพ่อ แม่ และเด็กจะร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน ดังนั้น หากพ่อแม่รับประทานอาหารประเภทใด เด็กมักจะได้รับประทานอาหารชนิดนั้นๆ ด้วย (พจมาน ศิริอารยา ภรณ์และคณะ, 2553)

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า มีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก สอดคล้องกับข้อมูลของหน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปี 2549 ถึง 2556 ที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น และส่วนใหญ่มารับการรักษา ในระยะท้ายของการป่วย และค่ามัธยฐานระยะเวลารอดชีพหลังได้รับการผ่าตัดเท่ากับ 4 เดือน (ณัฐ ธัญญาหาร อ่างถึงใน เกสร แถวโนนจิว และคณะ, 2557) และจากการศึกษาด้านระบาดวิทยา พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสอดคล้องกับการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยความเสี่ยงจะ เพิ่มขึ้นตามความหนาแน่นของไข่พยาธิที่ตรวจพบ ในผู้ที่มีความหนาแน่นของไข่พยาธิมากกว่า 6,000 ต่อกรัมของอุจจาระ จะเสี่ยงมากกว่าผู้ไม่ติดเชื้อ 14 เท่า สอดคล้องกับรายงานการศึกษาอื่น ประชาชนเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจากการกินปลาน้ำจืดดิบๆ สุกๆ หรือที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อนและกลุ่มที่เป็นโรคพยาธิใบไม้ตับจะพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเวลาประมาณ 20-30 ปี ซึ่งทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายสูงประมาณ รายละ 500,000 บาท แต่ผลการรักษาไม่น่าพอใจ เนื่องจาก ผู้ป่วยมักมีอัตราการรอดชีพต่ำมาก การแก้ไขปัญหานี้ผ่านมาโดยการป้องกันรักษาพยาธิใบไม้ตับ ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก การคัดกรองมะเร็ง ท่อน้ำดีใน ประเทศไทยยังไม่เคยมีมาก่อน นอกจากนี้จากการสำรวจความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทย ในปี 2557 จังหวัดที่มีอัตราความชุกสูงกว่าร้อยละ 10 จำนวน 12 จังหวัด ได้แก่ นครพนม (23.20) ศรีสะเกษ (17.60) ร้อยเอ็ด (15.50) น่าน (14.90) ศรีสะเกษ (14.30) สุรินทร์ (14.30) มหาสารคาม (13.10) สระแก้ว (12.70) Mukdahan (11.90) กาฬสินธุ์ (11.50) เชียงใหม่ (10.80) ลำปาง (10.50) ตามลำดับ ในปี 2559 พบว่า มีการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 6.72 เขตสุขภาพที่ 1 ติดโรคพยาธิ- ใบไม้ตับ ร้อยละ 17.80 เขตสุขภาพที่ 6 ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 3.48 เขตสุขภาพที่ 7 ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 5.80 เขตสุขภาพที่ 8 ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 3.89

เขตสุขภาพที่ 9 ติดโรค พยาธิใบไม้ตับ 8.71 เขตสุขภาพที่ 10 ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ 6.72 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคพยาธิใบไม้ตับยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง และขยายพื้นที่ เป็นแนวทางการตรวจคัดกรองและให้ยารักษาให้ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้มากขึ้น เป็นแนวทางการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่นและภาคีเครือข่าย, 2559) อย่างไรก็ตามหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ระดมความร่วมมือ เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2555 ได้มีการริเริ่มการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับการรณรงค์แก้ไขปัญหายาพยาธิใบไม้ตับจากการประกาศเป็น “วาระคน อีสาน ก้าวจัดปัญหายาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัย ขอนแก่นได้ร่วมกันผลักดันวาระ “พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” เข้าสู่การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และมีมติรับรองเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2557 ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2558 ทำให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี” ปี 2559 - 2568 ภายใต้วิสัยทัศน์ ภายในปี 2568 ประชาชนคนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางประสานความร่วมมือในหลายภาคส่วนทั้งจาก หน่วยงานภาครัฐ เอกชน หน่วยงานศึกษาวิจัยโรคมะเร็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ภาคประชาชน ทั้งนี้เพื่อเป็นกลไกการขับเคลื่อนให้เด็ก เยาวชน และประชาชนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศได้ปลอดภัยจากพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (กระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น และภาคีเครือข่าย, 2559)

จังหวัดศรีสะเกษ โดยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ ได้ดำเนินโครงการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการตรวจคัดกรองไข่พยาธิใบไม้ตับในอุจจาระในกลุ่มเสี่ยง และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในตำบลเสี่ยงสูง อำเภอละ 1 ตำบล ละ 1 หมู่บ้านเสี่ยงสูง พบแนวโน้มอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับระดับจังหวัดเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 - 2566 พบอัตราความ

ชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.28, 5.14, 8.72 ตามลำดับ ซึ่งในปี 2566 เมื่อวิเคราะห์รายตำบลพบอัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับสูงสุดที่ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ ร้อยละ 16.98 ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 100.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 100.00 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ เพื่อประเมินสภาพปัญหา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของตำบลหนองเชียงทูน มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม ส่วนใหญ่ยังคงรับประทานอาหารที่ทำจากปลา น้ำจืดมีเกลือติดๆ หรือ สุกๆ ดิบๆ บ้างเป็นบางครั้ง ร้อยละ 72.00 เมนูอาหารส่วนใหญ่รับประทาน ส้มตำปลาร้าดิบ มีพฤติกรรมถ่ายอุจจาระนอกส้วมขณะไปทำไร่ ทำสวน หรือ ทำนา ร้อยละ 2.00 และพบว่า แต่ละหมู่บ้านยังไม่มีกิจกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรม เพื่อเป็นต้นแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับให้ปลอดโรคพยาธิใบไม้ตับให้เกิดความยั่งยืน

จากสภาพปัญหาและสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการมาดำเนินการศึกษาให้เหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาในระดับพื้นที่เป็นกลวิธีหลักเพื่อภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ผ่านทางคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตำบลหนองเชียงทูน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิในอุจจาระ ในการจัดทำแผนร่วมกันและนำแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับชุมชน เพื่อให้เกิดพลังในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นรากฐานการพัฒนาที่มั่นคงและเป็นฐานการดำรงชีวิตของชุมชนและสังคมอย่างต่อเนื่อง และ ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1 วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2 วัตถุประสงค์เฉพาะ : 2.1 เพื่อศึกษาบริบท การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอ

ปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ 2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบล หนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ 2.3 เพื่อ ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอ ปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ และ 2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ ส่งผลต่อความสำเร็จ และความพึงพอใจต่อรูปแบบการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะวงรอบ (Cycle) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ(Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อน ผล (Reflection) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 16 สัปดาห์โดยเริ่มดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 – เดือน มกราคม 2568 ตามกระบวนการ PAOR 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วย

1. เตรียมการ (เตรียมชุมชน เนื้อหา คน) 2. การเก็บรวบรวม ข้อมูล ศึกษาบริบท ประเมินวิเคราะห์สภาพปัญหา ของชุมชน และประเมิน ความรู้ ทักษะคติ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วม ก่อน ดำเนินการ (Pre-test) และสัมภาษณ์คณะกรรมการควบคุม โรคและภัยสุขภาพ และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับ 3. ประชุมวางแผนการ ดำเนิน งานวิจัยร่วมกับบุคลากรประจำโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองเชียงทูน และประชาคมหมู่บ้านเพื่อค้นหา ปัญหา วิเคราะห์ ประเมินสถานการณ์เพิ่มเติมและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน ภายในชุมชน และ 4. ประชุมเชิง ปฏิบัติการคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตำบลหนองเชียงทูน เพื่อทบทวนแลกเปลี่ยนข้อมูล สภาพปัญหา ในระดับพื้นที่ ร่วมกันพัฒนารูปแบบป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนงาน โครงการโดยใช้เทคนิค กระบวนการ AIC

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติตาม แผน (Action)

มุ่งเน้นให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการทบทวน คัดวิเคราะห์ ปัญหา และ บริบทในชุมชน การให้ความรู้และเสริมพลัง การ วางแผน กำหนด ผู้รับผิดชอบ การประสานงานร่วมกันและ จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อ ดำเนินการแก้ไขปัญหาระบาดพยาธิใบไม้

ตัวร่วมกันระหว่างคณะกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน และผู้ตรวจพบไข้พยาธิ ไบไม่ดับ

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation)

1. การประเมินผล; 1) นิเทศ ติดตาม ประเมินผลโครงการ 2) สัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ การมีส่วนร่วม; 2. ประเมินสถานการณ์หลังดำเนินการ 1) ประเมินสถานการณ์ชุมชน 2) ประเมินความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิไบไม่ดับหลังดำเนินการ (Post-test)

ระยะที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection); 1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ/ถอดบทเรียน 2. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังดำเนินการ 3. สรุปปัญหาอุปสรรคข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหาสรุปปัญหา อุปสรรคข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน 4. สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 5. สรุปแนวทางการพัฒนา/ปรับปรุงแผนงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ของการวิจัย ดังนี้ 1) ประชากรใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่มประชากรโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน และผู้ตรวจพบไข้พยาธิไบไม่ดับ จำนวน 20 คน ในพื้นที่ ตำบล หนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ รวมทั้งสิ้น 50 คน โดยคัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารี ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 12 หมู่บ้าน 2) กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ในตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ในช่วงเดือน ตุลาคม 2567 – เดือนมกราคม 2568 ดังนี้ 2.1) คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน จำนวน 30 คน ประกอบด้วย ผู้นำ และเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรค 2 คน กำนัน 1 คน ผู้นำชุมชน 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน ครูอนามัย 1 คน ที่ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการวิจัยในช่วง เดือนตุลาคม 2567 – เดือนมกราคม 2568 2.2) ผู้ตรวจพบไข้พยาธิไบไม่ดับอายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี 2567 จำนวน 20 ราย ที่พักอาศัยในเขตพื้นที่

รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารี ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมบริโภคเมนูอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดสีขาวแบบสุกๆ ดิบๆ ซึ่งได้รับการตรวจอุจจาระด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยพนักงานจุลทัศน์การประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารี แล้วพบไข้พยาธิไบไม่ดับในอุจจาระ

เครื่องมือในการวิจัย

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือวิจัยดังนี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้น เครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือผู้วิจัยซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษาหาความรู้ การปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม โดยมีเครื่องมือช่วยเหลือ วิธีการในการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลลักษณะประชากร ของประชากรที่ใช้ในการ วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวน 7 ข้อ 1.2 แบบสอบถาม ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิไบไม่ดับ แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อย การแปลผลระดับคะแนน พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)หารจำนวนชั้น โดยสรุปผล เป็น 5 ระดับและกำหนดค่าคะแนน คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมมาก คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด 1.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิไบไม่ดับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากที่สุด 4 มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับ มาก 3 มีความ

พึงพอใจ อยู่ในระดับ ปานกลาง 2 มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับ น้อย 1 มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับ น้อยที่สุด การแปลผลระดับคะแนน พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก(คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)หารจำนวนชั้น โดยสรุปผล เป็น 5 ระดับและกำหนดค่าคะแนนคือคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจน้อยคะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม(Focus Group) และแบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้ 2.1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มภาคสังคม 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มภาคภาครัฐ 2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะสังเกต (Observe) เพื่อประเมินการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมโดยมีอุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพและการบันทึกเสียง 2.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาร่วมกันระหว่าง ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชาชนชาวบานในตำบล เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ถึงภาวะสุขภาพและสถานการณ์สุขภาพปัจจุบันของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา 2.4 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปของตำบลทางด้านกายภาพ หลังจากนั้นใช้วิธีการสังเกตโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในการเก็บข้อมูลลักษณะการ ดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมในตำบล ที่สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 2.5 การจัดเวทีแลกเปลี่ยน

เรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบล เสนอภาวะสุขภาพ ปัจจุบันที่เป็นจริงของประชาชนในตำบลแก่กลุ่มต่างๆ ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาสาเหตุ วาง แนวทางการป้องกันและแก้ไข ที่สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

การสร้างและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เมื่อสร้างเสร็จแล้วเสนอผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบ แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพตาม ขั้นตอน ดังนี้

1. หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้านเนื้อหาของเครื่องมือ แบบสอบถาม โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item - Objective Congruence : IOC) พิจารณาให้คะแนนดังนี้ ให้คะแนนเท่ากับ + 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามจุดประสงค์ ให้คะแนนเท่ากับ - 1 เมื่อแน่ใจว่าวัดข้อสอบถามไม่ตรงตามจุดประสงค์ ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดข้อสอบถามได้ตรงตามจุดประสงค์หรือไม่ ใช้สูตรดัชนีความสอดคล้อง IOC (สมนึก ภัททิยธนี, 2554: 223) สูตร $IOC = \Sigma R/N = \Sigma R$ เมื่อ IOC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ΣR แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความ สอดคล้อง

2. หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ปรับปรุงเสร็จเรียบร้อยแล้วทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันและคล้ายคลึงกับพื้นที่ทำการวิจัย ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความ ครบถ้วนของการตอบ

แล้วนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ทุกข้อคำถาม แล้วหาค่าความเชื่อมั่นของ แบบสอบถาม(Reliability) ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) กำหนดค่าแอลฟาตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปถือว่ามีความเชื่อมั่น แล้วนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาโดยรวม เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ทำหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเชียงทูน ถึงผู้เกี่ยวข้อง ได้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่ โรงพยาบาลปรางค์กู่ เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคเข้าร่วม
2. ทำหนังสือขออนุญาตจากหน่วยงานถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองเชียงทูน เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วน ตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในพื้นที่ ขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ประชุมชี้แจงผู้ช่วยเก็บข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่ออธิบายการเก็บรวบรวม ข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วนและถูกต้อง
5. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 5.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับพื้นที่การศึกษา ได้แก่ ข้อมูลบริบททั่วไปของชุมชน ข้อมูลการป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ระบบป้องกันโรคและภัยสุขภาพระดับ อำเภอและตำบล 5.2 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังการวิจัย ดังนี้ (5.2.1) คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ (5.2.2) ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองเชียงทูน ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรี

สะเกษ 5.3 เก็บข้อมูลในกลุ่มคณะกรรมการฯ และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับโดยใช้แบบ สังเกต และจดบันทึกพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตามขั้นตอนในการวิจัย 5.4 เก็บข้อมูลในกลุ่มคณะกรรมการฯ และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับโดยใช้แบบ สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In – Depth Interview) และแบบสังเกตการดำเนินงานตามรูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสมกับชุมชนสภาพปัญหาและอุปสรรค และปัจจัย ความสำเร็จของพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยดำเนินการตรวจสอบความ เรียบร้อยของแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ และตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถาม แต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ คือ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนจากข้อมูลแบบสอบถามการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการ ดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกับกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการวิจัย โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis)

เป็นข้อมูลที่ได้จากการ สังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอน PAOR โดยคณะกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ การสนทนากลุ่ม (Focus group) ของผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ และการสัมภาษณ์คณะกรรมการฯ และผู้ตรวจพบไข่พยาธิ ใบไม้ตับแบบเจาะลึก (In – Depth Interview) นำมาตรวจสอบความถูกต้องและจัดหมวดหมู่ โดย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-158 โครงการวิจัยรับรองตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลบริบทการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ

ตำบลหนองเชียงทูน มีประชากรทั้งหมด 8,162 คน มีแหล่งน้ำตาม ธรรมชาติ และแหล่งน้ำที่อุดมสมบูรณ์ ส่วนใหญ่จึงมีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง และหาปลาตลอดทั้งปี โดยเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมากที่สุดอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเชียงทูนซึ่งมีพื้นที่รับผิดชอบและให้บริการสุขภาพ จำนวน 12 หมู่บ้าน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 1,002 หลังคาเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 5,261 คน เป็นเพศชาย 4,187 คน (ร้อยละ 50.94) เพศหญิง 3,975 คน (ร้อยละ 49.06) มีแหล่งน้ำธรรมชาติ 4 แห่ง พบปัญหาที่สำคัญจากสภาพแวดล้อม วิถีชีวิต และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) และโรคพยาธิใบไม้ตับ

2. คุณลักษณะของประชากรที่ศึกษา

ด้านคุณลักษณะของประชากรที่ทำการศึกษาพบว่า คณะกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตำบลหนองเชียงทูน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 66.7) มีอายุ 50 – 59 ปี (ร้อยละ 50) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 90.0) มีระดับการศึกษาระดับ 191 ประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 66.7) ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท (ร้อยละ 40.0) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็น ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 36.7) อสม. (ร้อยละ 36.7) เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 76.7) เคยได้รับการตรวจ อุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 70.0) ไม่เคยรับประทานยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 76.7) และคณะกรรมการฯ ทุกคนเป็นคนอีสานโดยกำหนด (ร้อยละ 100) ส่วนคุณลักษณะประชากรของผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.6) มีอายุ 50 – 59 ปี (ร้อยละ 44.4) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 94.4) มีการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีรายได้ 1,001 – 5,000

บาท (ร้อยละ 66.7) เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 55.6) รองลงมา คือ เป็นพ่อบ้าน (ร้อยละ 44.4) ผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับทุกคนได้ผ่านกิจกรรมการอบรม ได้รับการตรวจอุจจาระ และรับประทาน ยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 100) และเป็นคนอีสานโดยกำหนดทุกคน (ร้อยละ 100)

3. ผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลหนองเชียงทูน จังหวัดศรีสะเกษ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของการพัฒนาแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรังค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน (วงจร PAOR) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การเตรียมการ โดยการเตรียมชุมชน พบว่า ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมตรวจอุจจาระค่อนข้างน้อย ทำให้ต้องลงพื้นที่เก็บอุจจาระหลายครั้งการตรวจอุจจาระยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดในชุมชน ประชาชนบางส่วนยังมีพฤติกรรมบริโภค ปลาแบบสุกๆ ดิบๆ เช่นเดิมภายหลังการรักษาด้วยยา กรรมการส่วนใหญ่มักติดภารกิจไม่สามารถเข้า ร่วมประชุมวางแผน ทบทวน ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ส่วนปัจจัยในการสนับสนุนให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับประสบความสำเร็จเกิดจากหน่วยงานหลัก ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเชียงทูน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเชียงทูน มีผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขที่มีความรู้ความสามารถ เข้ากับชุมชนได้เป็นอย่างดี รวมทั้งมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง ในส่วนข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนใหญ่อยากให้ดำเนินการรณรงค์ให้ความรู้ที่ถูกต้องในชุมชนและโรงเรียน ต่อเนื่องทุกปี ตรวจอุจจาระปีละ 1 ครั้ง ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้แบบกลุ่มย่อยในชุมชนเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในส่วนของผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ตรวจพบไข่พยาธิได้รับความรู้และสถานการณ์เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีจากหมออนามัยโดยการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่วนกิจกรรมที่เคยเข้าร่วม คือ เคยส่งอุจจาระให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) เคยร่วมเดินรณรงค์ในชุมชนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชนพบว่าพฤติกรรมกรรมการรับประทานปลาแบบสุกๆ ดิบๆ มีมาตั้งแต่สมัยปู่ ย่า ตา ยาย มายาวนาน สมาชิกในครอบครัวจะรับประทานตามผู้ใหญ่ต้องการให้มีกิจกรรม ตรวจอุจจาระทุกปี มีเจ้าหน้าที่อนามัยลงไปให้ความรู้ในชุมชนด้วยให้มีสื่อความรู้ที่น่ากลัวๆ และอบรมความรู้แก่ลูกหลานในโรงเรียน ส่วนคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวโรคพยาธิใบไม้ตับจากการประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ และระดับตำบล การประชุมรับค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุข การเดินรณรงค์ในมหกรรมวัน อสม. แห่งชาติ ด้านการพัฒนาศักยภาพความรู้และการฝึกอบรมส่วนใหญ่ เป็นการกระตุ้นเตือน ประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าที่ รพสต. มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ วงจรชีวิตของพยาธิใบไม้ตับ การติดต่อ และการแพร่กระจายสู่แหล่งน้ำ ในด้านการจัดทำแผนมีความ คิดเห็นว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยผู้จัดทำแผนมาจากภาครัฐและกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ กระตุ้นเตือนประชาชนในระดับตำบล ให้เข้ารับการตรวจอุจจาระ หากตรวจพบก็สามารถเข้าสู่การ รักษา ผู้นำหมู่บ้าน กรรมการ อสม. ประชาชนทุกคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการ ร่วมกันดำเนินงาน โดยโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนทรัพยากร ส่วนปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน คือ ประชาชนที่ตรวจ พบไข่พยาธิใบไม้ตับ ไม่มีรถไปโรงพยาบาล หรือสถานที่ที่จะไปตรวจรักษา และพฤติกรรมกรรมการบริโภค ที่ไม่ปลอดภัยมีมาตั้งแต่รุ่นปู่ย่า ตายาย จึงกลายเป็นวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการรับประทาน อาหารใน ครอบครัวและชุมชนจนถึงปัจจุบัน ด้านข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาอยากให้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์บ่อยๆ ในชุมชน และตรวจอุจจาระทุกปี

2. การประเมินสถานการณ์

2.1 การประเมินสถานการณ์ชุมชนก่อนดำเนินการวิจัยพบว่าตำบลหนองเชียงทูน แหล่งน้ำ ธรรมชาติที่มีปลาอุดมสมบูรณ์มีผู้นำท้องถิ่น มีบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารี และอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้มแข็งที่เข้มแข็ง ผู้นำชุมชน หน่วยงานสถานศึกษามีความกระตือรือร้นและยินดีให้การสนับสนุนช่วยเหลือและเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมีการ

สนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประชาชนมีความรัก ความสามัคคี มีต้นทุนทางสังคมที่ดีมีความเป็นกันเอง สื่อสารเข้าใจง่ายและยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ที่ทางหน่วยงานราชการขอความร่วมมือเป็นอย่างดี

2.2 การประเมินการมีส่วนร่วม ด้วยแบบสอบถามผลการประเมินโดยรวมพบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน อยู่ในระดับน้อย ระดับสูงระดับปานกลาง และ ระดับปานกลางตามลำดับ

3. ประชุมเชิงแผนปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับตำบลหนองเชียงทูน โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้(Apreciation : A) พบว่าปัญหา คือ ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ การมีส่วนร่วมจากประชาชนในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีน้อย ภาศิเครือข่ายทำงานแบบแยกส่วน แต่เมื่อประสานขอความร่วมมือจะเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี ขาดการคิดค้นทางนวัตกรรมจัดการสุขภาพในชุมชน มีการถ่ายเททั้งสิ่งปฏิภูมในแหล่งน้ำ/พื้นที่เกษตรกรรม ความคาดหวังส่วนใหญ่ ต้องการให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทุกหน่วยงานร่วมบูรณาการกันดำเนินงานมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อแก้ไขปัญหา มีการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการปนเปื้อนของพยาธิใบไม้ตับ มีนวัตกรรมสื่อความรู้เพื่อเรียนรู้ร่วมกัน ลำดับต่อมา ผู้วิจัยได้บรรยายข้อมูลสถานการณ์ ความรุนแรง ของโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พร้อมนำเสนอการดำเนินงานของพื้นที่ต้นแบบให้เกิด การเรียนรู้ร่วมกัน

3.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา โดยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนแนวทางที่จะทำให้ประชาชนตำบลหนองเชียงทูน ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ และความคาดหวังในการเข้าร่วมกิจกรรม ในครั้งนี้ และระดมสมองเพื่อออกแบบกิจกรรมที่อยากให้เกิดขึ้นเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกำหนดกติการ่วมกันให้ทุกความคิดเห็นมีความหมาย และให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ รับฟังให้เกียรติซึ่งกันและกัน

3.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ โดยกำหนดเป็นแผนงาน โครงการที่เกี่ยวข้อง ระบุกลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับผิดชอบ การบริหารจัดการด้านงบประมาณ การจัดทำแผนงาน โครงการเพื่อเสนอขออนุมัติตามขั้นตอน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ โดยประกอบไปด้วย 7 กิจกรรม ในโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตำบลหนองเซียงทูน ปี 2568 ได้แก่ (1) อบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแกนนำชุมชน ผู้ประกอบการร้านอาหารและนักเรียน (2) ประชาคมชาวบ้านกำหนดมาตรการชาวหนองเซียงทูน ไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดี (3) คัดกรอง ติดตามประเมินพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ที่บ้าน (4) จัดทำชุดสื่อความรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (5) กิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (6) การส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม (จัดทำป้ายเตือนห้ามถ่าย เททิ้งสิ่งปฏิกูลในแหล่งน้ำ รณรงค์ขับถ่ายลงส้วม) และ (7) การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ในครอบครัว หน่วยงาน และชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) สรุปการจัดกิจกรรมดังนี้

2.1 อบรมให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแกนนำชุมชน ผู้ประกอบการร้านอาหารและ นักเรียน แบ่งเป็น 2 รุ่น คือ รุ่นที่ 1 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยแกนนำชุมชนและผู้ประกอบการ จำนวน 70 คน กลุ่มที่ 2 อบรมแกนนำนักเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดขึ้นในชุมชนและโรงเรียน สื่อสารด้วยภาษาพูดง่ายๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับ สถานการณ์ ความรุนแรงของโรค วิธีประกอบปรุงอาหารที่สุกสะอาด ปลอดภัย เมื่อสิ้นสุดการอบรมผู้เข้าอบรมยินดีเข้าร่วมเป็นแกนนำเพื่อขยายความรู้ไปยังสมาชิกในครอบครัว และชุมชน โดยจะ รับประทานอาหารหรือประกอบปรุงอาหารให้สุกสะอาดปลอดภัยเป็นบุคคลต้นแบบ และทำให้ ผู้บริโภคมีสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังการอบรมมีการนำข้อมูลความรู้ไปสื่อสารในครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ผู้ประกอบการสามารถให้ความรู้แก่ลูกค้าเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีพฤติกรรมประกอบปรุงอาหารเพื่อรับประทานเอง และจำหน่ายให้สุด สะอาด ปลอดภัย

2.2 ประชาคมชาวบ้านกำหนดมาตรการชาวหนองเซียงทูน ไม่กินปลาดิบ ไม่เป็นพยาธิใบไม้ตับ ไม่เป็นมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 12 หมู่บ้าน โดยทีมวิทยากรร่วมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ และ ผู้ตรวจพบไข่พยาธิ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี เป็นการเสริมพลังจากสิ่งใกล้ตัว และสร้างแรงบันดาลใจสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการมีส่วนร่วม ของคนในชุมชน และร่วมกันกำหนดมาตรการทางสังคมจาก 12 หมู่บ้านประกอบด้วย 8 มาตรการ ดังนี้ 1) ทุกคนต้องกินอาหารที่สุก ร้อน สะอาด 2) ผู้ปกครองหรือคนในครอบครัวต้องให้ความรู้แก่ สมาชิกและไม่กินปลาดิบ เพื่อเป็นแบบอย่างให้เด็ก 3) ไม่ขับถ่ายนอกส้วม และสวมใส่รองเท้าเมื่อออกจากบ้านหรือไปไร่นา 4) ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังทำอาหารเมนูปลา และหลังจากออกจากห้องน้ำห้องส้วม 5) นำความรู้ที่ถูกต้องไปรณรงค์บอกต่อในชุมชน 6) ร้านอาหารต้องประกอบปรุง สุกสะอาด 7) เมื่อตรวจพบอุจจาระหากลบไข่พยาธิใบไม้ตับต้องเลิกกินปลาดิบเพื่อห่างไกลจากมะเร็ง ท่อน้ำดี 8) ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำชุมชน อสม. กระตุ้นเน้นย้ำโดยประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องผ่านหอกระจายข่าว หรือการประชุมกรรมการหมู่บ้าน หรืองานบุญประเพณีต่างๆ ในชุมชน ภายหลังการจัดประชาคมหมู่บ้านพบว่า มีการสื่อสารแจ้งประชาสัมพันธ์มาตรการ ทางสังคมทางหอกระจายข่าว การประชุมกรรมการหมู่บ้าน และการประชุมส่วนราชการเพื่อเน้นย้ำให้ เกิดความร่วมมือและสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่รับทราบมาตรการทางสังคมอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามพฤติกรรมพบว่ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานปลาสุกเพิ่มมากขึ้นในระดับครัวเรือน สถานที่ทำงาน และชุมชน

2.3 คัดกรอง ติดตามประเมินพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับที่บ้าน “เคาะบ้าน” ในช่วงเดือนธันวาคม – มกราคม 2568 โดยบูรณาการในกิจกรรมเยี่ยมบ้าน และการกิจของอาสาสมัครสาธารณสุข กิจกรรมประกอบด้วยการสอบถามเชิงพฤติกรรมว่า ทราบมาตรการทางสังคมและแนวทางป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของท่านหรือไม่พร้อมให้ ยกตัวอย่างกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ส่วนใหญ่พบว่าได้รับฟังความรู้จาก อสม. และผู้ใหญ่บ้านจากการประชุมหรือทางหอกระจายข่าว มีเพื่อนบ้านมาแนะนำให้ความรู้ ด้านพฤติกรรมส่วนใหญ่ลด

พฤติกรรมกรรมการทานนุปลาดิบ หากประกอบปรุงอาหารเอง จะทำให้สุกด้วยความร้อนทุกครั้ง มีการล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังประกอบอาหารและหลังจากใช้ห้องน้ำห้องส้วม มีการให้ความรู้แก่ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

2.4 จัดทำชุดสื่อความรู้พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นสื่อนวัตกรรมความรู้ เคลื่อนที่ในชุมชน 1 ชุดความรู้ ประกอบด้วยแผ่นความรู้ประเภทพิวเจอร์บอร์ด มีรูปภาพ ภาษาที่ ชัดเจน เข้าใจง่าย สีสันสดใส แต่แฝงความน่ากลัว โดยเริ่มนำไปใช้ในกิจกรรมประชาคมหมู่บ้าน ทุก ชุมชน จากการสังเกตและสอบถามผู้เข้าร่วมกิจกรรมประชาคม พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ชื่นชอบ เพราะเข้าใจง่ายและดูน่ากลัว ทำให้ไม่กล้ารับประทานเมนูอาหารที่ทำจากปลาแบบสุกๆ ดิบๆ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น มีบุคคลต้นแบบเลิกกินปลาดิบในระดับครัวเรือน

2.5 กิจกรรมสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ระหว่างกัน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากองค์ความรู้ที่เคยได้รับการอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ โดยมีวัฒนธรรมภูมิหลัง สถานะทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน เกิดความเข้าใจกัน และกัน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัย ผู้ร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ให้คำสัญญาว่าจะรับประทานอาหารที่ทำจากปลาแบบสุก และจะเป็นแบบอย่างให้สมาชิกในครอบครัว และชุมชน ผลการติดตามแบบ “เคาะบ้าน”

2.6 กิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัย องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเชียงทูน และกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ออกแบบและจัดทำป้ายไวนิล ประกาศห้ามถ่ายเททิ้งสิ่งปฏิกูล และความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับติดตั้งบริเวณพื้นที่ร้องเรียนว่า พบมีการแอบถ่ายเททิ้งสิ่งปฏิกูล ภายหลังการติดตั้งป้ายไวนิลไม่พบการร้องเรียนจากประชาชน ประชาชนที่สัญจรไปมาได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้น และเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลในชุมชน

2.7 การสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ในชุมชน และโรงเรียนโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร่วมกันรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน ประชาชนในชุมชน สมาชิกในครอบครัวใน

รูปแบบ ทางทาง เช่น สอดแทรกเนื้อหาในการประชุม การจัดการเรียนการสอนในห้องเรียน และแบบไม่เป็น ทางทาง เช่น การประกาศหอกระจายข่าว สื่อสารเมื่อมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สนทนาและส่งข้อมูล ความรู้ทางสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น Line Facebook พบว่ามีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับครอบครัว สถานที่ทำงาน และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่รับทราบข้อมูลสถานการณ์ ความรุนแรง และเห็นภาพที่น่ากลัว ทำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง และบอกต่อไปยังคนอื่นๆ เกิดความสัมพันธ์เชิงสังคมที่แน่นแฟ้น

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Observation)

โดยดำเนินกิจกรรมสังเกตและสัมภาษณ์คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับขณะดำเนินกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และกิจกรรมอื่นๆ ในโครงการ นิเทศ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินโครงการ เขียนแผนงาน โครงการ และเสนอโครงการเพื่ออนุมัติ มีดำเนิน กิจกรรมเป็นไปตามกำหนดการในแผนปฏิบัติการ และประเมินหลังการดำเนินการวิจัย (Post-test) โดยการใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป พบว่าความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูนดีขึ้น คือ อยู่ในระดับมาก ระดับสูง ระดับสูง และ ระดับมากตามลำดับ ส่วนความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้ตรวจพบไข่ พยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับมาก ระดับสูง ระดับสูง และระดับปานกลางตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลหลังจากการปฏิบัติ (Reflection)

โดยจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คืบข้อมูล และถอดบทเรียนความสำเร็จ มีการนำเสนอข้อมูลสรุปผลการพัฒนารูปแบบการ การดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ร่วมวิเคราะห์จุดอ่อนในการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกัน โดยพบว่า ประชาชนบางส่วนยังขาดความตระหนักในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับ ครัวเรือน แต่กลับพบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับมีความรู้และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้น มีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้นในการดำเนินกิจกรรมป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ ดับในชุมชน โดยเน้นการสื่อสารความเสี่ยงที่เข้าถึงทุกกลุ่มวัย มีหมออนามัยเป็นพี่เลี้ยง เพื่อสร้าง ความเชื่อมั่นและการยอมรับเพิ่มมากขึ้นจากประชาชนตำบลหนองเซียงพูน ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของ ภาาีเครือข่าย ในชุมชน ประเด็นที่ชุมชนต้องการพัฒนาต่อไป คือ พัฒนาแกนนำบุคคลต้นแบบขยาย เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการในกิจกรรมร้านอาหารปลอดภัยปรุงสุก ปลา ร้าปลอดภัย ใบไม้ดับ คิดค้นนวัตกรรมสื่อสารธณะที่เหมาะสมกับชุมชน และติดตามพฤติกรรมภายหลังการอบรม และภายหลังการรับประทนยา

5. ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ดับในพื้นที่ตำบลหนองเซียงพูน หลังการพัฒนา

5.1 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ดับ

1) คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพตำบลหนองเซียงพูนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับ โดยมีส่วนร่วมมากที่สุดในประเด็นคำถาม ข้อ 4. ท่านได้ประสานงานกับชุมชนในการอำนวยความสะดวก หากมีการจัดกิจกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับในพื้นที่บ่อ ยเพียงใด (ร้อยละ 26.7) มีส่วนร่วมมาก คือ ข้อ 5 ท่านได้แจ้ง ข่าวเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยง หรือปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดโรค พยาธิใบไม้ มีส่วนร่วมดับในพื้นที่ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบบ่อ ยเพียงใด (ร้อยละ 53.3) มีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือ ข้อ 3 ท่าน ได้เข้าร่วมการฝึกปฏิบัติในการเก็บ / ตรวจจูงจระเข้เพื่อหา ไข่พยาธิบ่อ ยเพียงใด (ร้อยละ 10.0) และ ข้อ 10 ท่านได้ ประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอสนับสนุน บุคลากร งบประมาณ หรือวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับ ในพื้นที่บ่อ ยเพียงใด (ร้อยละ 10.0)

โดยสรุปจากผลการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับในพื้นที่ ตำบลหนองเซียงพูน ของ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพตำบล หนองเซียงพูน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ดับภายหลังการ พัฒนามีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับที่ดีขึ้น โดยมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ(p -value<0.05) แสดงว่าการจัดกระบวนการพัฒนาแบบมี ส่วนร่วมด้วยวงจร PAOR ทำให้ทั้งสองกลุ่มมีความรู้ในการ ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มี ระดับทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับเพิ่มมา กขึ้น ทำให้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับด้วย

ตนเองที่ดีขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ดับที่เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย

กระบวนการพัฒนาเกิดรูปแบบการป้องกันโรค พยาธิใบไม้ดับโดยภาาีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเซียง พูน อำเภอปรังค์ภู์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มี ส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม ระดม สมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนา ศักยภาพของภาาีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 1 รอบ ได้รูปแบบ การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับโดยภาาีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบล หนองเซียงพูน อำเภอปรังค์ภู์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “PRANGKU Model” ประกอบด้วย 1) P;Policy ภาาี เครือข่ายในการทำงานร่วมกันเกิดนโยบายในพื้นที่ชัดเจน มี คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับตำบล 2) R;Reflection Context problem การสะท้อนปัญหา องค์กร ทีม ชุมชน ทรัพยากรคน เงิน ของ สู่แผนการขับเคลื่อนงาน 3) A; Action plan มีแผนงานและนำไปปฏิบัติ 4) N&G; Notable & Good Practice มีเวทีถอดบทเรียนนำแนว ปฏิบัติที่ดีน่าเชื่อถือและมีความโดดเด่นสู่การขยายผลใน พื้นที่อื่นๆ 5) K; Knowledge Management การจัดการ ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพภาาีเครือข่าย 6) U; Unity Team การทำงานเป็นทีมที่เต็มศักยภาพซึ่งต้องดำเนินงาน ด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของ ทุกภาาีเครือข่ายในการดำเนินการป้องกันการโรคพยาธิ ใบไม้ดับโดยภาาีเครือข่ายมีส่วนร่วม การเสริมพลัง คนใน พื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการ ดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตาม ภาพประกอบ



ภาพประกอบที่ รูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับโดยภาาี เครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลหนองเซียงพูน อำเภอปรังค์ภู์ จังหวัด ศรีสะเกษ

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองเชียงทูน สรุปได้ดังนี้

1. พื้นฐานทางสังคม วิถีชีวิต และลักษณะธรรมชาติ ด้านอุปนิสัยของผู้นำองค์กร เจ้าหน้าที่และประชาชนมีความอบอุ่น เป็นกันเอง มีความคิดสร้างสรรค์ และมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน
2. ผู้นำองค์กร ผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง มีภาวะผู้นำสูง เปิดกว้างให้ความสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยเห็นว่าสุขภาพของคนในชุมชนเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสังคมที่สำคัญ
3. บุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครู มีภาวะผู้นำ มีความรู้ ความสามารถ และความคิดสร้างสรรค์ สามารถเป็นพี่เลี้ยงและทีมงานด้านวิชาการเพื่อสนับสนุน กิจกรรมการดำเนินงานในพื้นที่
4. มีการสอนงาน (Coaching) จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่ายอาสาสมัคร สาธารณสุขเชี่ยวชาญแก่แกนนำชุมชน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิ
5. มีวิธีการทำงานที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน เปิดกว้างทางความคิด สร้างบรรยากาศ ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้เกิดความเป็นกันเอง สนุกสนาน แต่มีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน
6. มีการดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานหลายภาคส่วน และชุมชนมาร่วมรับทราบปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดกิจกรรม แผนงาน โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ร่วมติดตามประเมินผล และสะท้อนข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ ร่วมกับผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นผู้แทนประชาชนในชุมชนด้วยความรู้ ความเข้าใจและสามารถเข้าถึงชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน
7. มีการวางแผน ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองอารีสม. ผู้รับผิดชอบ งานสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองเชียงทูน และชุมชนอย่างเป็นระบบ มีการสื่อสารแบบทางการ เช่น การแจ้งหนังสือราชการ และไม่เป็นทางการ ทำให้เกิดความผูกพัน เกิดความใกล้ชิด เคารพและศรัทธาในกันและกัน

8. มีบุคคลต้นแบบ เพื่อขยายองค์ความรู้ ร่วมสื่อสารข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงาน สมาชิกในครอบครัว และประชาชนรับรู้สถานการณ์ความรุนแรง และทางเลือกเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบล หนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามวงจร PAOR ดังนี้ (1) ขั้นตอนการวางแผน (Planning : P) จัดทำแผนปฏิบัติการครอบคลุม 7 กิจกรรม ในโครงการแก้ไขพยาธิพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วมตำบลหนองเชียงทูน ปีงบประมาณ 2568 การดำเนินการ 7 กิจกรรม เพื่อป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม (Action : A) ประกอบด้วย (1.1) การอบรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มแกนนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ผู้ประกอบการร้านอาหาร และแกนนำนักเรียนในสถานศึกษา (1.2) การจัดกิจกรรมประชาคมหมู่บ้านเพื่อกำหนดมาตรการทางสังคม (1.3) การคัดกรองและติดตามประเมินผลพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับเชิงรุกที่บ้าน (1.4) จัดทำสื่อรณรงค์ให้ความรู้ในชุมชนและที่บ้าน (1.5) การจัดกิจกรรม สนทนากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับและบุคคลต้นแบบ (1.6) การ ส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อม โดยจัดทำป้ายเตือนห้ามถ่ายเททิ้งสิ่งปฏิกูลลงแหล่งน้ำ รมรงค์ขับถ่ายลงส้วม รวมทั้ง (1.7) การรณรงค์สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์ในชุมชนที่หลากหลายรูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและสื่อสารรณรงค์ประชาสัมพันธ์ด้วยช่องทางที่ หลากหลายโดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากขั้นตอนการดำเนินงานดังกล่าว พบว่า สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัด พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559 – 2568 และตัวชี้วัดปฏิบัติราชการหน่วยงาน (PA: Performance Agreement) เขตบริการสุขภาพที่ 10

สอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2553) ศึกษาได้ประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยแกนนำชุมชน ผู้ปรุงอาหาร ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ส่งผลทำให้เกิดกิจกรรมการ ดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับประกอบด้วยการให้ความรู้ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การเสนอ ตัวแบบสาธิต ผู้ป่วยโรค

พยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี) ภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี) การให้รางวัล การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการประกวดสื่อพื้นบ้าน

สอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556) ได้วางแผนการดำเนินงานป้องกันโรค พยาธิใบไม้ตับด้วยกระบวนการ AIC โดยแกนนำหมู่บ้าน ทำให้เกิดกิจกรรมประกอบด้วย การประชุม ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายรณรงค์ประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับรณรงค์ไม่กินปลาดิบในงานบุญ การเดินรณรงค์ร้านส้มตำปรุงสุก และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิ ใบไม้ตับทั้งก่อนและหลังการพัฒนา

2.1 การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการพัฒนาคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.36 ,SD = 0.69) ภายหลังการพัฒนามีคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.75 ,SD= 0.40 คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับมีระดับการมีส่วนร่วม เพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิรา ดวงสงค์และคณะ (2553) ศึกษาโครงการพัฒนาเครือข่ายในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการพัฒนาได้ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การเสนอตัวแบบ สาธิต (ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ภาพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี) การให้รางวัล การประชุมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน และการประกวดสื่อพื้นบ้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงการรับรู้ความรู้ แร่ง ความตั้งใจในการป้องกัน และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคพยาธิ ใบไม้ตับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องสอดคล้องกับผลการศึกษาของนันทพร ศรีนอก (2556) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชนจังหวัดหนองบัวลำภู ผลการศึกษายหลังการพัฒนาได้ดำเนินกิจกรรมประชุมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน การให้

ความรู้ทางหอกระจายข่าว การติดป้ายรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ แจกแผ่นพับรณรงค์ไม่กินปลาดิบในงานบุญ การเดินรณรงค์ ร้านส้มตำปรุงสุก และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิใบไม้ตับ การปฏิบัติและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมีระดับ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลหนองเชียงทูน สรุปได้ดังนี้

3.1 พื้นฐานทางสังคม วิถีชีวิต และลักษณะธรรมชาติด้านอุปนิสัยของผู้ปกครอง ผู้นำที่และประชาชนมีความอบอุ่น เป็นกันเอง มีความคิดสร้างสรรค์ และมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

3.2 ผู้นำองค์กร ผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็ง มีภาวะผู้นำสูง เปิดกว้างให้ความสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โดยเห็นว่าสุขภาพของคนในชุมชนเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสังคมที่สำคัญ

3.3 บุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครู มีภาวะผู้นำ มีความรู้ ความสามารถ และความคิดสร้างสรรค์ สามารถเป็นพี่เลี้ยงและทีมงานด้านวิชาการเพื่อสนับสนุน กิจกรรมการดำเนินงานในพื้นที่

3.4 มีการสอนงาน (Coaching) จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเครือข่ายอาสาสมัคร สาธารณสุขเชี่ยวชาญแก่แกนนำชุมชน และผู้ตรวจพบไข่พยาธิ

3.5 มีวิธีการทำงานที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน เปิดกว้างทางความคิด สร้างบรรยากาศ ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้เกิดความเป็นกันเอง สนุกสนาน แต่มีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจน

3.6 มีการดำเนินงานโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพซึ่ง ประกอบด้วยหน่วยงานหลายภาคส่วนและชุมชนมาร่วมรับทราบปัญหา ร่วมวางแผน ร่วมกำหนด กิจกรรม แผนงาน โครงการเพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมกันร่วมติดตามประเมินผล และสะท้อนข้อมูลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรับทราบ ร่วมกับผู้ตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนในชุมชนด้วยความรู้ ความเข้าใจและสามารถเข้าถึงชุมชน ครอบครัว และหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน

3.7 มีการวางแผน ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบ ทางการ และไม่เป็นทางการ ทำให้

เกิดความผูกพัน เกิดความใกล้ชิด เคารพและศรัทธาในกันและกัน

3.8 มีบุคคลต้นแบบ เพื่อขยายองค์ความรู้ ร่วมสื่อสารข้อมูลให้บุคลากรในหน่วยงาน สมาชิกในครอบครัว และประชาชนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ วีระพล วิเศษสังข์ และคณะ (2560) ศึกษาโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ต่อการลดการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับใน กลุ่มวัยแรงงาน ตำบลชะบุง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัด ศรีสะเกษ ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการ ทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.005$) โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จของ โปรแกรมนี้เป็นผลมาจากการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัว โดยเฉพาะพฤติกรรมการกินอยู่ เพื่อให้เกิดความ เข้าใจและยอมรับอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีระบบกำกับติดตามในพื้นที่อย่าง ใกล้ชิดและต่อเนื่อง ปัจจัย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2555). ยุทธศาสตร์กำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน. นนทบุรี: ธรณธรณ์ อิมสมบุญ. (2546) พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธรณธรณ์ อิมสมบุญ และคณะ. (2546). คู่มือการดำเนินงานควบคุมโรคหนองพยาธิในพื้นที่เสี่ยงสูง. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา กรมการศาสนา. 2560].
- สรญา แก้วพิบูลย์และคณะ. (2556). รายงานการวิจัย การตรวจหาและจำแนกพยาธิใบไม้ตับใน จังหวัดสุรินทร์โดยวิธี Kato' Thick Smear. นครราชสีมา:
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). รายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2564-2566. ศรีสะเกษ: กลุ่มงานควบคุมโรค.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่. (2565).รายงานสรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิ ใบไม้ตับปี พ.ศ. 2566.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2560). หลักการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. [ออนไลน์] ได้จาก : <http://www.boe.moph.go.th/files/meeting/sopon.pdf>. [สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2560].
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). ระบบทศด้อยผลงานวิจัยโรคหนองพยาธิ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2557). รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน. [ออนไลน์]. ได้จาก: <http://www.riskcomthai.org/th/document/search.php?q=%E0%B8%9E%E0%B>.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 359-365. . (2547). สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค: โรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ความสำเร็จเกิดจากการเสริมสร้างศักยภาพให้แก่แกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวโดยเฉพาะพฤติกรรมการกินอยู่ เกิดความเข้าใจและยอมรับ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีระบบกำกับติดตามในพื้นที่อย่าง ใกล้ชิดและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน

1. ควรมีบุคลากรด้านสาธารณสุข อสม. บุคคลต้นแบบหรือผู้นำชุมชนร่วมพูดคุย สร้างความเข้าใจให้เกิดความร่วมมือและตระหนักเห็นความสำคัญของการเข้ามามีส่วนร่วมเชิงรุกแบบ “เคาะบ้าน” เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับเห็นคุณค่าในตนเองและสมาชิกในครอบครัว และร่วมกันสร้างสรรค์ชุมชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้เกิดความเข้มแข็งร่วมกัน
2. ควรขยายแกนนำชุมชนให้สามารถถ่ายทอดความรู้ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และมีเวทีให้ บุคคลต้นแบบได้แสดงศักยภาพเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. ควรปรับการดำเนินงานป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับให้สอดคล้องกับมาตรการทางสังคม ที่กำหนดร่วมกันโดยประชาชนในแต่ละชุมชน โดยเน้นให้มีกิจกรรมเชิงรุกในช่วงเวลาที่เหมาะสมใน แต่ละชุมชนอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ

สุเพียบ ศรีวิมล, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ จำนวน 50 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 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ คือ “SAWA2I Model” ประกอบด้วย 1) S; Structure Team: มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) A ; Situation Analysis: วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม 3) W; Workshop : ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน 4) A; Action การนำแผนแนวทางสู่การปฏิบัติ 5) I1; Integrate การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย 6) I2 ; Improvement : การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้ ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.47 ค่าเฉลี่ย (Mean) = 83.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 8.99 คุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มทดลอง หลังทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 10.50, t = 4.197$) ความพึงพอใจ หลังการทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 4.31, t = 3.530$) โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาค้นคว้า ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) มีทุนทางสังคม 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภوبرางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: supiabsonvimon2510@gmail.com

Development of Health Promotion Model among Elderly through Community Participation in Sawai Sub District Prangku District, Sisaket Province

Supiab Sornvimon, B.P.H.¹

Abstracts

The purpose of this research is to develop a health promotion model for the elderly. The research process included participation from the community in Sawai Sub-District, Prangku District, Sisaket Province, between October 2024 and January 2025. The group that was used as a model for this study was further divided into two subgroups. The subgroups comprised 50 people who had involvement and 170 elderly people. The research used the model Kemmis and McTaggart's operational research consisted of 2 cycles, 4 steps as follows: planning, performing, observing, and reflecting on results. Data were analyzed by collecting classification content analysis. 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 process model for a health promotion model for the elderly is “SAWA2I Model,” consisting of 1) S; Structure Team: Have a team and working group, and define the structure, roles, and responsibilities clearly. 2) A; Situation Analysis: Analyze the situation to plan the work with participation. 3) W; Workshop: Participatory workshop to find ways to work together. 4) A; Action: Putting the plan into practice. 5) I1; Integrate: Working in an integrated manner with network partners. 6) I2; Improvement: Improving work to be a good example. 3) A; Action : Implementation of development plans arising from participatory planning 4) O ; Observation : Observation, Supervision Follow up and support model development operations. 5) R1; Resource sharing: Resource sharing, people, money, methods 6) R2 ; Reflection: Reflection on performance and after-action review. Integrate integrated work with network partners 6) I2 ; Improvement: Improving work You can be a good role model. The results of comparing the quality of life of the elderly after testing the health promotion model of the elderly with community participation found that the quality of life of the elderly It is at a moderate level, 76.47 percent, mean (Mean) = 83.60, standard deviation (S.D.) = 8.99 Quality of life of the experimental population After experimenting with the format, there was a statistically significant difference at the level of of.05 (= 10.50, t = 4.197) in satisfaction after the trial of the format. There was a statistically significant difference at .05 level (= 4.31, t = 3.530) In summary, the success factors of the study consisted of 6 factors: 1) having strong community leaders 2) importance being given to the elderly by the local administrative organizations 3) Community participation in every step of the process 4) subdistrict healthpromoting hospitals providing support and encouragement 5) social capital 6) Network coordination.

Keywords: model development, elderly. elderly health promotion

¹ Public Health Technical Officer, Prang Ku District Public Health Offer, Sisaket Province, E-mail: supiabsonvimon2510@gmail.com

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) ที่กำหนดไว้ว่าประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ข้อมูลจากการสำรวจสถิติประชากรโลกของสหประชาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1,050 ล้านคน ร้อยละ 13.5 ของประชากรโลก และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน ในปี พ.ศ.2568 และเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 ทำให้ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในสังคมโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565)

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้คาดการณ์ว่า ในปี 2566 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด เพราะจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด การเพิ่มของประชากรสูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงวัยเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึง

ประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี 2563 พบว่า อุตบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อมร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 (สภานต์ บุณนาคและคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว อาจจะส่งผลต่อภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียวหรืออยู่เพียงลำพัง กับคู่สมรสมีมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อายุยิ่งสูงขึ้นยิ่งพบการเจ็บป่วย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้มีภาวะการพึ่งพาและหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพ เป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ คิดเป็นร้อยละ 18.9 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นระยะเวลานานกว่า 6 เดือน จึงมีภาวะทุพพลภาพยาวเป็นเหตุให้มีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง และต้องการดูแลตลอดเวลา จากข้อมูลยังพบว่า มีผู้สูงอายุบางกลุ่มที่มีความรู้สึกว่าเหงา โดดเดี่ยว ถูกกล่เลยจากสังคมและลูกหลาน (กัญญารัช วงศ์ภูคา, 2557) และยังพบว่า ผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกต้อง (จุฑาทิพย์ ยองจันทร์ศรี และอรสา กงตาล, 2555) ซึ่งสิ่งเหล่านี้้อาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เช่นกัน

จากผลกระทบที่ได้กล่าวมาข้างต้น รัฐบาลไทยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสังคมผู้สูงอายุจึงได้กำหนดนโยบายหลักของรัฐบาลด้านสุขภาพของประเทศ ในการให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และชลธิชา อัครนิรันดร์, 2555) โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเตรียมความพร้อมของประชากรสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 -

2564) โดยมี วิสัยทัศน์"ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์

ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่ได้กำหนดนโยบายแผนงานมุ่งขับเคลื่อนการดำเนินการด้าน

ผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมผ่านภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคสังคมและภาคประชาชนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้อย่างดียิ่ง โดยการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยนั้น เป็นหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ เชื่อมโยงระบบการดูแลผู้สูงอายุเริ่มตั้งแต่ ในระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะกลาง ระยะยาว และการดูแลระยะสุดท้าย รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นอย่างเฉพาะกลุ่ม และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น ส่งเสริมให้ตำบลมีระบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) พัฒนาศูนย์หน่วยบริการ /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในตำบลผลักดันให้เกิดศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (Day Care Center) ในพื้นที่ เพื่อรองรับการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ขยายพื้นที่โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือ 4 กระทรวงหลัก(สาธารณสุข/ อปท./กศน./พมจ. มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต และส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ พัฒนาส่งเสริมให้มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (Aging Clinic) ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้มีชุมชนต้นแบบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการบูรณาการตำบลต้นแบบด้านส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อม สนับสนุนการจัดสภาพแวดล้อมในสถานบริการให้เอื้อต่อผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพด้วยโรค และปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2562)

ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.30 ของจำนวน ประชากรทั้งหมด (สถิติผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนประชากร ทั้งหมด 1,452,471 คน จากประชากรทั้งหมดมีผู้สูงอายุจำนวน 267,070 คน คิดเป็นร้อยละ 17.58 ของ ประชากรทั้งหมด (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) อำเภอปรางค์กู่ มีประชากร 68,098 คน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 15,901 คน คิดเป็นร้อยละ 18.39 ของ จำนวนประชากรทั้งหมด (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) โดยตำบลสวาย มีประชากร 6,331 คน จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,185 คน คิดเป็นร้อยละ 18.72 (สถิติประชากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 1,112 คน ติดบ้าน 65 คน และกลุ่มติดเตียง 8 คน

อย่างไรก็ตามจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ในพื้นที่ตำบลสวาย มีรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 กลุ่ม มีจำนวนสมาชิก 630 คน โดยใช้กลไกการบริหารจัดการโดยกลุ่มเอง แต่ยังคงพบปัญหาในดำเนินงานที่พบ ดังนี้ ด้านผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ รักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาส ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคมเช่น ไม่ได้เป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน ไม่มีเพื่อน ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านเศรษฐกิจ แะยังชีพไม่พอจ่าย ไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน และด้านสิ่งแวดล้อม

บ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีเครื่องมือสื่อสารใช้ ไม่เคยได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ภาคีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่, 2565) ภาคีผู้ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองสุขภาพเฉพาะรายที่สนใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สนับสนุนสื่อตามความเหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสรุปได้ว่ารูปแบบเดิมที่มีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขาดความเป็นเอกภาพ การ

ดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจในการดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจและเล็งเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ด้วยรูปแบบการดำเนินงาน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข ตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
4. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการกำหนดขั้นตอนการวิจัยในลักษณะ วงรอบ (Spiral) ตามกรอบแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart 4 ขั้นตอนคือ ขั้นการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะที่ 1 ระยะก่อนการวิจัย ประกอบด้วย 1.1 การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เนื่องจากการวิจัยเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องมีความเชื่อถือและให้ความร่วมมือในการวิจัยอย่างเต็มที่ จึงจะทำงานวิจัย ประสบผลสำเร็จ โดยการเข้าไปพบปะพูดคุยกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหมู่บ้าน 1.2 การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลสวาย เจ้าหน้าของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวาย อาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงผู้นำชุมชน 1.3 การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของชุมชน โดย 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชากร เศรษฐกิจ สังคม สถานที่ตั้งของ หมู่บ้านทางด้านกายภาพ ส่วนมากจะได้จากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มแกนนำ ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความต้องการสนับสนุนหรือบริการต่างๆ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการสอบถามกลุ่มในกลุ่มแกนนำ ผู้นำชุมชน สมาชิกตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข

2. ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย ซึ่งในระยะนี้ประกอบไปด้วยกระบวนการภายใต้แนวคิดของเคมมิส และแมคแทกเกิร์ต (Kemmis and McTaggart, 2000) มีทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นที่ 1 ร่วมกันวางแผน (Planning มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ 1) วิเคราะห์ความเป็นไปได้ที่จะจัดโครงการในพื้นที่ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ โดย 1.1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 1.2) ศึกษาข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ 1.3) ศึกษาแผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 1.4) ศึกษาค้นหาความต้องการ 2) กระบวนการศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรี

สะเกษ 2.1) วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ กิจกรรมที่ใช้แก้ปัญหา กำหนดเป้าหมายวางแผน ดำเนินงานร่วมกัน 3) กระบวนการออกแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งโดยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม และจัดกิจกรรมในโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 ขั้นที่ 2 ร่วมกันปฏิบัติ (Acting) ปฏิบัติตามโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ แผนจากกิจกรรมการวางแผนในขั้นตอนที่ 1 มี 1) อบรมกลุ่มเป้าหมาย 2) ทดสอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม 3) ดำเนินการปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing) การนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ตามการพัฒนากิจกรรมหลัก เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมการพัฒนาศักยภาพสิ่งแวดล้อม ระบบบริการ การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ สวัสดิการ และการช่วยเหลือเกื้อกูลการพัฒนาและนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน

2.4 ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflecting) มี 1) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน 2) สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประเมิน ก่อน หลัง ซึ่งจะดำเนินการตามโปรแกรมที่ได้พัฒนา จากการระดมสมอง มาใน ระยะที่ 2

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ของการวิจัย ดังนี้ 1) ประชากร การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Selection) และมีผู้เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทพื้นที่ ตั้งแต่สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประวัติความเป็นมา สภาพความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง กลุ่มองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ที่เอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ บุคลากร/สหวิชาชีพในหน่วยบริการ

สาธารณสุข ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้แทนภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ชมรมผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ได้จำนวน 50 คน 2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แลร่วมประเมินรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน ซึ่งได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ของแดเนียล (Daniel, 1995 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาภิรุต, 2553) และกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้จากการคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple randomnessampling) จากทะเบียนรายชื่อ จำนวน 356 คน สูตรของแดเนียล (Daniel, 1995 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีดาภิรุต, 2553)

3) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) โดยใช้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างการจับฉลากขึ้นแบบมาแบบไม่ใส่คืน (Sample Random Sampling Without Replacement) และคัดตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก 4) เกณฑ์การคัดเลือกผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) (1) ตามตำแหน่งบทบาทหน้าที่ในการทำงาน (2) มีศักยภาพในการเข้าร่วมวิจัย เช่น สามารถสื่อสารกับผู้เข้าร่วมวิจัยคนอื่นได้ แสดงความคิดเห็น และให้ข้อมูลได้ (3) เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ (4) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ประชาชนที่มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ หรือเจ็บป่วย และไม่สามารถสื่อสารกันเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่น

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1.การสร้างเครื่องมือ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน วัดก่อนและหลังการทดลอง ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่สร้างขึ้นจากระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ ส่วนที่ 4 ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

1.3 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และ แบบสังเกต เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.4 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัย ต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มภาคสังคม 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มภาคภาครัฐ

1.5 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปของตำบลหมู่บ้านทางด้านกายภาพ ประชากร เศรษฐกิจสังคม สถานที่ตั้งของ ส่วนมากจะได้จากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data)

1.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบล เสนอภาพสุขภาพ ปัจจุบันที่เป็นจริงของประชาชนในตำบลแก่กลุ่มต่างๆ ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาสาเหตุ วาง แนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สอดคล้องกับกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ เพื่อตอบคำถามตามความมุ่งหมายโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นมีความถูกต้องหรือไม่ โดยทำการตรวจสอบจากแหล่งที่มาของข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลให้ครบทั้ง 3 ด้าน เพื่อเป็นการยืนยัน (บุญธรรม จิตอนันต์,

2540) ดังต่อไปนี้ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ แหล่งบุคคล ผลจากการตรวจสอบข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลของข้อมูลการวิจัยได้ชัดเจนและสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย

2.2 การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยโดยรายละเอียดดังนี้

1) การปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม เพื่อการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item-Objective หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริงการตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับในตำบลตุม อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .86 การหาความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนาม โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีการดังนี้ 1.1 การคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ทั่วไปของชุมชน 1.2 การสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกขั้นตอนในระยะเวลาของการวิจัย ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม 1.3 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน 1.4 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการในระยะเวลาวางแผน (Planning) 1.5 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการ

บันทึกกิจกรรม การบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาการปฏิบัติการ (Action) และระยะสังเกตการณ์ (Observe) 1.6 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ ประชากร และการ บันทึกกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มในระยะเวลาสะท้อนผล (Reflect) 1.7 รวบรวมตรวจสอบแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

2. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัด ศรีสะเกษ

3. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองใช้รูปแบบที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน วัดก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ และระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

4. ขั้นตอนการติดต่อประสานงานดังนี้ 1) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่จะทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ 2) เตรียมกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการทดลองใช้ประเมินรูปแบบโดยการสร้างความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพชี้แจงความมุ่งหมายในการทำวิจัย อธิบายถึงวิธีการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ 3) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 4) เตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามก่อน - หลัง การทดลอง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1. ตัวแปรต้น เป็นตัวแปรปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ตำบลสวย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน 2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ

สถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติ ดังนี้ 1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปและแปลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 1.2 สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลอง ใช้ เปรียบเทียบผลของการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significance .05)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ข้อมูลได้จากการจัดกระบวนการคุณภาพ 4 ขั้นตอน ส่วนเกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) นำมาจัดทำเป็นแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา การเปรียบเทียบกิจกรรม ที่นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างคำอธิบาย การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวแนว

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้า และร่วมกันออกแบบกิจกรรม จนเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ตามขั้นตอนดังนี้ 1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ 2) บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละส่วน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ แบบสอบถามชุดที่ 1 แบบสอบถามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ การนับถือศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานทางสังคม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 120 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำทุกครั้งที่ (ตั้งแต่ 6 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป) ให้คะแนน 5 มาก หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (ตั้งแต่ 4 - 5 วัน/สัปดาห์) ให้คะแนน 4 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (เพียง 3 วัน/สัปดาห์) ให้คะแนน 3 น้อย หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมเป็นประจำ (ตั้งแต่ 1 - 2 วัน/สัปดาห์) ให้คะแนน 2 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมนานๆ ครั้ง (มากกว่า 1 สัปดาห์/ครั้ง) ให้คะแนน 1 การแปลความหมายระดับคะแนน การมีส่วนร่วม พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 24-120 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 19.20 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถาม ผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 24.00 - 43.20 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำมาก คะแนน 43.21 - 62.41 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมต่ำ คะแนน 62.42 - 81.62 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง คะแนน 81.63 - 100.83 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมสูง คะแนน 81.84 - 120.84 หมายถึง มีระดับการมีส่วนร่วมสูงมาก ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่

เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 50 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ให้ 5 คะแนน มาก หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ให้ 2 คะแนน น้อยที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมาก ให้ 1 คะแนน การแปลความหมายระดับคะแนนความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 10-50 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 8.00 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 10.00 - 18.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำมาก คะแนน 18.01 - 26.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำ คะแนน 26.01 - 34.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 34.01 - 42.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูง คะแนน 42.01 - 50.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูงมาก ส่วนที่ 4 ปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด แบบสอบถามชุดที่ 2 แบบสอบถามกลุ่มทดลองใช้รูปแบบที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน วัดก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัวปัจจุบัน สถานะในครอบครัว ผู้ให้การดูแลในการทำกิจกรรมประจำวันมากที่สุด กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน สวัสดิการความช่วยเหลือที่ได้รับเป็นจำนวนเงิน สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ใช้อยู่ปัจจุบัน การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มี

ผลรวม คะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 120 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก ให้คะแนน 1 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย ให้คะแนน 2 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือ รู้สึกแยระดับกลางๆ ให้คะแนน 3 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี ให้คะแนน 4 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมา ให้คะแนน 5 คำถามเชิงบวก (-) ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย ให้คะแนน 5 เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย ให้คะแนน 4 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ ให้คะแนน 3 มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ ให้คะแนน 2 มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด ให้คะแนน 1 การแปลความหมายระดับคะแนนคุณภาพชีวิต พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 24-120 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 19.20 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 24.00 - 43.20 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำมาก คะแนน 43.21 - 62.41 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางคะแนน 62.42 - 81.62 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลางคะแนน 81.63 - 100.83 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตสูง คะแนน 100.84 - 120.00 หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตสูงมาก ส่วนที่ 4 ระดับความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อคะแนนเต็ม 50 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

ให้ 5 คะแนน มาก หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ให้ 4 คะแนน ปานกลาง หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ให้ 3 คะแนน น้อย หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย ให้ 2 คะแนน น้อยที่สุด หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยมาก ให้ 1 คะแนน การแปลความหมายระดับคะแนนความพึงพอใจและความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 10-50 คะแนน จำนวน 5 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 8.00 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ คะแนน 10.00 - 18.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำมาก คะแนน 18.01 - 26.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจต่ำ คะแนน 26.01 - 34.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจปานกลาง คะแนน 34.01 - 42.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูง คะแนน 42.01 - 50.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจสูงมาก

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-159 โครงการวิจัยรับรองตั้งแต่วันที่ 9 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 8 กันยายน 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ สรุปผลได้ ดังนี้

1) ผลการศึกษาลักษณะทางด้านประชากรของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.93 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.24 มีสถานะสมรสร้อยละ 51.22 รองลงมาไม่มีสถานะโสด ร้อยละ 34.15 อายุเฉลี่ย 57.71 ปี โดยมีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.46 รองลงมาจบปริญญาตรี ร้อยละ 29.27 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 39.02 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.51 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.78 รายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 34.15 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 51.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่ มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กรรมการหมู่บ้านและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมากที่สุด ร้อยละ 14.63

2) ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 51.22 รองลงมาไม่มีส่วนร่วมมาก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 29.27 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.13 คะแนน (S.D. = 0.81) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3) ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 75.61 รองลงมามีความพึงพอใจต่อโครงการมาก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 14.63 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.27 คะแนน (S.D. = 0.61) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวมหลังการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง

4) ผลการศึกษาลักษณะทางด้านประชากรของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.82 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรสร้อยละ 47.06 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.76 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.53 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 17.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.47 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.63 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 55.88 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.82 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.35 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าวร้อยละ 54.70

5) ผลการศึกษาระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จำนวน 170 คน พบว่า ผลการประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์ธเอลเอด์แอล (Barthel ADL index) ของกลุ่มทดลอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่

พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มี ผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 100 คะแนนน้อยที่สุด (Minimum) 19 คะแนน คะแนนมากที่สุด (Maximum) 22 คะแนน ค่าเฉลี่ย (Mean) 19.21 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 1.77

6) ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจปานกลาง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 61.76 รองลงมามีความพึงพอใจต่อโครงการมาก จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 31.76 มีคะแนนรวมเฉลี่ยทั้งหมด 3.35 คะแนน (S.D. = 0.56) ซึ่งสามารถแปลผลได้ว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโครงการในภาพรวมหลังการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง

7) ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตทั่วไป (WHOQOL-BREF-THAI) สำหรับผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 2.79 คะแนน (SD 0.42) และหลังการดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 2.93 คะแนน (SD 0.39) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการ สูงกว่าก่อนดำเนินการ

8) ผลการวิเคราะห์ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD-THAI) ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 2.37คะแนน (SD 0.41) และหลังดำเนินการ มีคะแนนรวมเฉลี่ย 3.48 คะแนน (SD 0.37) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการ สูงกว่าก่อนดำเนินการ

2. การวิเคราะห์ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

พบว่าสาเหตุที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดจากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานเฉพาะส่วน อาทิเช่น ด้านผู้สูงอายุ ทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง ด้านจิตใจ เครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ และจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019 ด้านสัมพันธภาพสังคม ครอบครัวอยู่ตามลำพัง เพราะลูกหลานไปทำงานที่อื่น และไม่เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพ ด้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้การช่วยเหลือ คือ ให้การ

รักษาพยาบาลตามปัญหาที่พบ และติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุปีละสองครั้ง ไม่มีการฝึกทักษะเพิ่มเติมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกิจกรรมที่ดำเนินการคือ สืบถามข้อมูล ส่งรายชื่อผู้สูงอายุให้องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอลืออำนาจ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ และวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย

2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุม ลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย รวม 50 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรมการวิเคราะห์อดีตจนถึงปัจจุบันเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้เห็น

ภาพความเป็นจริง มองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตถึงปัจจุบัน คือ ไม่ได้รับการดูแลจากชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการออกกำลังกาย สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อมขาดคนดูแล มีภาระหนี้สิน ขาดรายได้ เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน

3) กำหนดแผนงานโครงการ หลังจากกำหนดอนาคตร่วมกัน ผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไข และร่วมจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวม เพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกัน ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ โครงการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และโครงการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล

5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลสวาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

4. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่มประชาคม ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR จำนวน 2 รอบ ได้รูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “SAWA21 Model” ประกอบด้วย

1) S; Structure & Team: มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน

2) A ; Situation Analysis: วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม

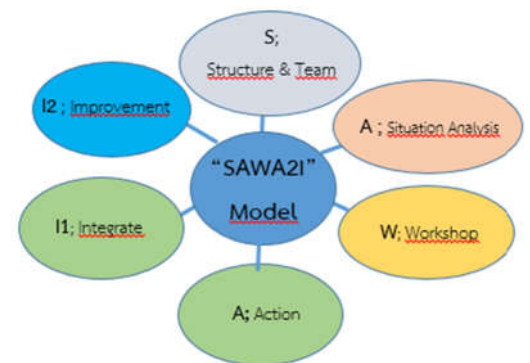
3) W; Workshop : ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน

4) A; Action : การนำแผนแนวทางสู่การปฏิบัติ

5) I1; Integrate : การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกันกับภาคีเครือข่าย

6) I2 ; Improvement : การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้

และนำรูปแบบสู่การถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้น ซึ่งต้องดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ตามภาพประกอบ



ภาพประกอบที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

5. ผลการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ ของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า คุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มทดลอง หลังทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 10.50, t = 4.197$) ความพึงพอใจ หลังการทดลองใช้รูปแบบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 4.31, t = 3.530$) รายละเอียดตามตาราง

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจ การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง

คุณภาพชีวิต	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการทดลอง	170	41	111	72.50	21.95	10.50	5.53-15.46	4.197	169	.000*
หลังการทดลอง	170	50	117	83.60	8.99					
ความพึงพอใจ	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการทดลอง	170	17	47	37.43	10.19	4.31	1.89-6.73	3.530	169	.001*
หลังการทดลอง	170	20	50	41.74	7.42					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

1. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน จนเกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ คือ “SAWA2I Model” ประกอบด้วย 1) **S; Structure & Team**: มีทีม คณะทำงานและกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) **A ; Situation Analysis**: วิเคราะห์สถานการณ์ สู่การวางแผนงานแบบมีส่วนร่วม 3) **W; Workshop**: ประชุมเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมหาแนวทางดำเนินงานร่วมกัน 4) **A; Action**: การนำแผนแนวทางสู่การปฏิบัติ 5) **I; Integrate**: การทำงานแบบบูรณาการกับร่วมกับภาคีเครือข่าย 6) **I2 ; Improvement**: การปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เป็นแบบอย่างที่ดีได้

2. การประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ นรินทร์ชัย พัฒนพงษ์ (2538) และโกวิทย์ พวงงาม (2553) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ และขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริม ชักนำ และเปิดให้บุคคล กลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสระภาพ และเสมอภาค วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการปรึกษาหารือ ร่วมกัน ร่วมคิดค้นหาประเด็นปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสวาย อำเภอลำดวน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มเยาวชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจในปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้นในการดูแลผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและพร้อม

เพரியง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตามและประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การกำกับติดตามประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น

3) คนในชุมชนสนับสนุนและมีส่วนร่วม ในการดำเนินการทุกกิจกรรมตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ

4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้คำปรึกษา อำนาจความสะดวก ติดต่oprสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วมประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

5) มีการติดต่อประสานงาน ระหว่างหน่วยงานชุมชน อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ(ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ:กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ณัททัย เทียมทอง, จินตนา จุลทัศน์ และสุภาพร ใจการณ. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี. UMT-POLY Journal, 15.
- จิระนันท์ พันธุ์ทอง. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณัฐทิศา นະกุลรัมย์. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. งานวิจัยปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

1) ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงาน โครงการหรือกิจกรรม ที่จะดำเนินงานในพื้นที่ต่างๆเพื่อเป็นการชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

2) การกำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทางร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

2) นำแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสวยอำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

- ทศวรรณ์ เจริญวงศ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก ตำบลหนองต้นน้ำอำเภอภูพาน จังหวัดอุบลราชธานี. งานวิจัย
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทานตะวัน อินทร์จันทร์. (2564). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยใน
เขตเมืองลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพยา ดาหาร. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกอสมพิสัย
จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม.
- พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัชฎาวัลย์ โพธิ์จันทร์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียม
ความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. Journal of Health Science-วารสาร
วิชาการสาธารณสุข.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2563. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและ
พัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2554). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 6.
กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- สกานต์ บุนนาค และคณะ. (2563). การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ.
กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565 ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ
กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). จำนวนผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลัง. ศรีสะเกษ:สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ
กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง. (2565). รายงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวาย ปี
พ.ศ. 2565. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุข อำเภอปรังคัง.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สิริมา อินประเสริฐ. (2560) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลแก่งกะเจ็ด อำเภอเมือง จังหวัดระยอง. ปัญหาพิเศษรัฐ
ประศาสนศาสตร์, สาขาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวาริน- ขำราบ จังหวัด
อุบลราชธานี. Princess of Naradhiwas University Journal.about/The _Action_ esearch_ Planner.html?id =
PVXFAAAACAAJ&redir_esc=y.
- Kemmis, S. and McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research. In: Denzin, N. and Lincoln, Y. (Eds.),
Handbook of Qualitative Research. 2 nd ed. pp. 567-605. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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].

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

บัญชา เอกศิริ, วท.บ.¹, สมัย ลาประวัตติ, ส.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2567 – มกราคม 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 1 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง การเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “MUANGNOI Model” ประกอบด้วย 1) M; Management : การจัดการร่วมกันของคณะกรรมการ 2) U ; Unity Team: ความพร้อมเพียงของทีม เป็นหนึ่งเดียวในการทำงาน 3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม 4) N; Network : ภาคีเครือข่าย ร่วมกันสังเกตผล นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนา 5) G&N; Good practice&Nottable มีต้นแบบที่ดี สร้างความโดดเด่น ขยายผล ให้พื้นที่อื่นนำไปใช้ 6) O&I ; Orperation&Improvement : ดำเนินการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง การนำรูปแบบไปถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนา ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง (Mean7630, S.D. =10.18) ระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 83.60,S.D.-8.99) โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ 3) ชุมชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) มีทุนทางสังคม 6) การติดต่อประสานงานของเครือข่าย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, ผู้สูงอายุ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองน้อย ต. เมืองน้อย อ. กันทรารมย์ จ. ศรีสะเกษ E-mail: Bancha.E@hotmail.com

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

Development of a health promotion model for the elderly through community participation in Muang Noi Subdistrict, Kanthararom District, Sisaket Province

Buncha Eksiri *B.Sc.*¹, Samai Laprawat, *Dr.P.H.*²

ABSTRACT

The purpose of this research is to develop a health promotion model for the elderly. The research process included participation from the community in Muangnoi sub-district, Kanthararom District, Sisaket Province, between October 2024 and January 2025. The group that was used as a model for this study was further divided into two subgroups. The subgroups comprised 50 people who had involvement and 50 elderly people. The research used the quality management process (PAOR) for 1 cycle, 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 process model for primary care service by using District health Board is "MUANGUOI Model," consisting of 1) M: Management: Joint management by the committee 2) U; Unity Team: The readiness of the team to work as one 3) Action: Implementation of the development plan resulting from the participatory planning 4) N; Network: Network partners jointly observe results, supervise, follow up, and support development operations. 5) G&N; Good practice & notable has a good model, creates prominence, and expands results for other areas to use. 6) O&I: Operation & Improvement: Continuously develop for better results. The results of the assessment included the factors of 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) importance being given to the elderly by the local administrative organizations 3) Community participation in every step of the process 4) Subdistrict healthpromoting hospitals providing support and encouragement 5) social capital 6) Network coordination.

Keywords : model development, elderly. elderly health promotion

บทนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง ซึ่งตาม คำนิยามขององค์การสหประชาชาติ 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 ทำให้ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมกับหลายประเทศในสังคมโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี 2567 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 ซึ่งในส่วน ของจังหวัดที่มีจำนวนร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุด 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 (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) การเพิ่มของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพ และส่งผลกระทบต่อ

งบประมาณด้านการรักษาพยาบาล โดยสำนักงานวิจัย เพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ปี 2563 ได้ประมาณการด้านงบประมาณในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เฉลี่ยประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2563) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกายตามปกติ ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูล ปี 2563 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 5.83 โรคข้อเสื่อมร้อยละ 5.80 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 2.59 (สกานต์ บุนนาคและคณะ, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุ ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว อาจส่งผลต่อภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด จากดำเนินงานที่ผ่านมา สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้ ด้านผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ รักษาความสะอาดของร่างกายเท่าที่จำเป็น ด้านจิตใจ เข้าวัดทำบุญเมื่อมีโอกาสนี้ ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคม ด้านเศรษฐกิจ เปี้ยยังชีพไม่พอจ่าย ไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน และด้านสิ่งแวดล้อมบ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีเครื่องมือสื่อสารใช้ไม่เคยได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ภาควิชาการปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณให้กับผู้สูงอายุ ไม่เข้าใจการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์, 2565) ภาควิชาให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองสุขภาพเฉพาะรายที่สนใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพ

สนับสนุนสื่อตามความเหมาะสม ติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรูปแบบเดิม ขาดความเป็นเอกภาพ การดำเนินงานส่วนใหญ่เกิดจากนโยบายส่วนกลางเป็นผู้กำหนดแผน/กิจกรรม และส่งต่อสู่หน่วยงาน องค์กรและท้องถิ่น ทำให้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมในการคิด การวางแผนและการตัดสินใจดำเนินการ จึงทำให้การทำงานในชุมชนไม่เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาและพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ในตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสส.) รวมทั้งคนในครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมเป็นเครือข่ายปฏิบัติงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขตามศักยภาพอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคี

เครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการ (Action Research)

พื้นที่วิจัย

อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ และ
สุ่มพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็น
ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

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

1.2 ผู้ได้รับผลการพัฒนา ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 170 คน

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ใช้กระบวนการของ 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 ซึ่งขั้นตอนนี้ประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

(Appreciation Influence Control : AIC) ใช้การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ(Action) การจัดเวทีระดมสมอง การประชุม การบูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นกลไกในการร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่ และการเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมิน สะท้อนผลการปฏิบัติการ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำประเด็นปัญหาไปหาการพัฒนาที่ได้ไปวางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และระยะที่ 3 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน
ตุลาคม 2567 – มกราคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ที่ได้มาจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยกรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย มีด้วยกัน 2 ชุด ดังนี้

1.1 แบบสอบถามชุดที่ 1 ใช้สำหรับสอบถามกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางสังคม อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นและระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 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 ระดับ มากที่สุด 5 มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน ข้อ 26

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย การบันทึกประจำวัน คำถามการบันทึกภาคสนาม อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการสังเกต การสอบถามเจาะลึกและการสนทนากลุ่ม โดยวิธีการที่หลากหลายจะช่วยให้ผลงานวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การบันทึกภาคสนาม (Field Note) การตั้งคำถามเกิดขึ้นเพื่อแสวงหาคำตอบของปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คำตอบจะช่วยให้เกิดการสะท้อนความคิดความรู้สึกของคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบคำถามจะนำไปสู่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้และทำให้ได้ฝึกการเป็นผู้รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในมุมมองต่างๆ ที่หลากหลาย นับได้ว่าการตั้งคำถามเป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการวิจัยที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

2.2 อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การถ่ายภาพช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บภาพเป็นการช่วยเตือนความทรงจำและสามารถนำภาพมาประกอบการอธิบายได้ รวมทั้งเป็นข้อมูลที่ช่วยเสริมให้เห็นภาพเชิงประจักษ์โดยถ้าเป็นภาพผู้สูงอายุที่ให้สอบถามหรือผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำภาพเบลอ (Sensor) เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหาย และการบันทึกเสียง บันทึกเสียงช่วยในการเก็บข้อมูล เป็นการบันทึกข้อมูลจากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลและตามกิจกรรมการวิจัยโดยทุกครั้งต้อง

ได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมวิจัยในการบันทึกเสียง

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

2.4 การสอบถามเจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นแนวคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ต้องการความลึกความชัดเจนและความสมบูรณ์ของปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยจะทำการสอบถามเจาะลึก ตามแนวคำถามในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยจำทำการสอบถามเจาะลึก ในทั้ง 2 กลุ่ม คือ 1)ผู้สูงอายุ 2) กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.5 การสนทนากลุ่ม (Group Discussion) การสนทนากลุ่มในงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกันร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันวางแผนการดำเนินงาน ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมทั้งเป็นการประเมินผลระหว่างที่นำแนวทางสู่การปฏิบัติ เพื่อหาการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชน โดยมีประเด็นคำถามแรกคือ ผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีกี่คน มีความเป็นอยู่อย่างไร ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร และคิดว่าเราจะทำอย่างไร จะต้องทำอะไรบ้าง ใครทำจึงจะแก้ปัญหาได้ และจะทำอย่างไร

2.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1.1.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการเชิญข้ากลุ่มตัวอย่างร่วมกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1.2 จัดทำหนังสือเรียนเชิญสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่ เพื่อร่วมเป็นเกียรติในการจัดกิจกรรม

1.1.3 อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.1.4 เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1.2.1 นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

1.2.2 ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลแบบสอบถามในกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ จำนวน 41 ฉบับ

1.2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

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

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation bserveation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบล เมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ของผู้ร่วมดำเนินการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย 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) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม รวมถึงการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และเป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมาย

บทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศของสนทนาแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

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

2.1.6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้วยการประชุม เป็นเวทีในการแสดงความคิดเห็น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในรูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item -Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้(Try-out) ที่ตำบลโนนสังข์ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ด้านการมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 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 ที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นก่อนและหลัง เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังโดยใช้สถิติ Paired-t test

จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้โดยได้รับใบรับรองการอนุมัติ เลขที่การรับรอง SPPH 2023-164 วันที่รับรอง 10 ตุลาคม 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ(Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอกันทรารมย์ ประมาณ 8 กิโลเมตร อยู่ห่างจากอำเภอกันทรารมย์ 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 ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพไม่รู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ยังมี

การสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยผู้สูงอายุ จากการเก็บข้อมูลพบปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) ด้านผู้สูงอายุมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเอง ไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ มีปัญหาด้านการบริโภคอาหารและสัมผัสสภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบที่กำหนดขึ้นเอง โดยไม่ได้มีการสนับสนุนจากคนในชุมชนหรือหน่วยงานภาครัฐ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการส่งเสริมในการออกกำลังกาย เนื่องจากขาดผู้นำในกิจกรรมการออกกำลังกาย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเชี่ยวชาญการแปลผลการตรวจคัดกรองสุขภาพ 3) ด้านชุมชน ไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนจึงไม่ทราบปัญหาของผู้สูงอายุ และไม่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.93 นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.24 มีสถานะสมรส ร้อยละ 37.78 รองลงมา มีสถานะโสด ร้อยละ 51.22 อายุเฉลี่ย 57.71 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 ส่วนใหญ่มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 51.22 ผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดมีระยะเวลาอยู่ในพื้นที่มากกว่า 2 ปี และเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, กลุ่มเยาวชน, กรรมการหมู่บ้าน และสมาชิก

องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองน้อย มากที่สุด ร้อยละ 14.63

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่รับการประเมินคุณภาพชีวิต จากการเข้าร่วมโครงการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.82 อายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส ร้อยละ 47.06 มีระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.59 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.53 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป 17.06 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.47 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3 คน ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 57.65 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ให้การดูแล ในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.41 และมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 55.88 ส่วนใหญ่มีสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.82 ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 62.38 และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าว ร้อยละ 54.70

2.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 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. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบล เมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคมระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่าย ผ่าน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
PAOR จำนวน 2 รอบ ได้รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลเมืองน้อย
อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ“MUANGNOI
Model” ประกอบด้วย

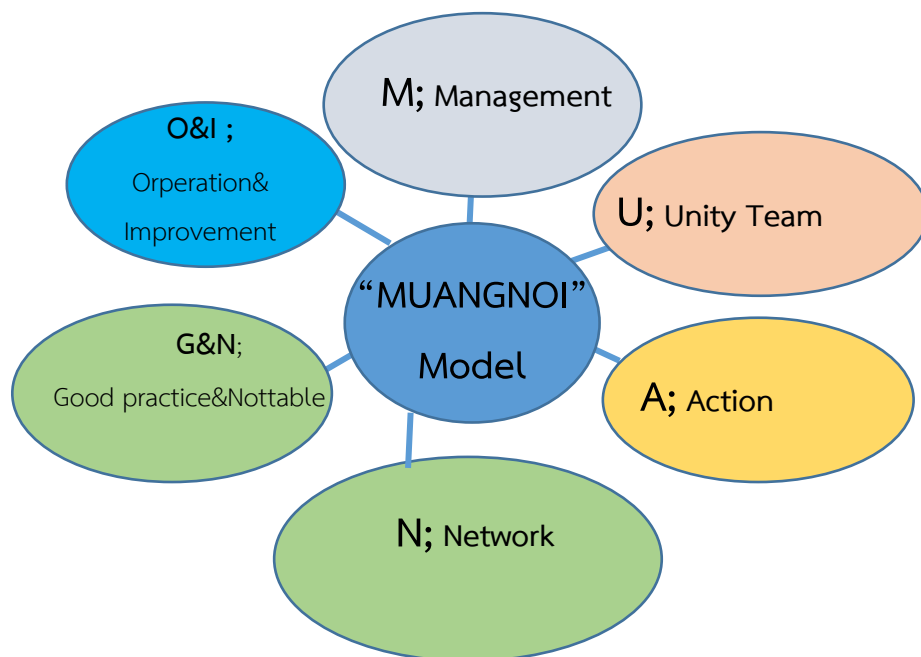
- 1) M; Management : การจัดการร่วมกัน
ของคณะกรรมการ
- 2) U ; Unity Team: ความพร้อมเพียงของ
ทีม เป็นหนึ่งเดียวในการทำงาน
- 3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการ
พัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม
- 4) N; Network : ภาคีเครือข่าย ร่วมกัน
สังเกตผล นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน
พัฒนา

5) G&N; Good practice&Nottable มี
ต้นแบบที่ดี สร้างความโดดเด่น ขยายผล ให้พื้นที่อื่น
นำไปใช้

6) O&I ; Orperation&Improvement :
ดำเนินการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสู่การถอด
บทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาซึ่งต้อง
ดำเนินงานด้วยการบูรณาการและการประสานงาน
ความร่วมมือของทุกภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม
การเสริมพลัง คนในพื้นที่เข้ามามีส่วนในการวิเคราะห์
สถานการณ์ ร่วมการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับ
การดูแลอย่างทั่วถึง ตามภาพประกอบที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย
อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ



2.4 ระดับคุณภาพชีวิตทั่วไปของ
ผู้สูงอายุก่อนและหลังการดำเนินการ มีความแตกต่าง
กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังดำเนินการสูงกว่าก่อน
ดำเนินการ ตามตารางที่ 1

2.5 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการ
ดำเนินการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 กล่าวคือคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลัง
ดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการ ดังตารางที่ 2

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

ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	ค่าเฉลี่ยของ	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p-value
คุณภาพชีวิต		มาตรฐาน	ความต่าง	มาตรฐานของ		
				ความต่าง		
ก่อน	2.79	0.42	0.146	0.368	5.038	<0.001
หลัง	2.93	0.39				

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

ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน	t	p-value
คุณภาพ		เบี่ยงเบน	ของความ	มาตรฐานของ		
ชีวิต		มาตรฐาน	ต่าง	ความต่าง		
ก่อน	2.37	0.417	0.108	0.018	6.098	<0.001
หลัง	3.48	0.375				

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนารูปแบบ
การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบล เมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ) Action research (แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท การวิเคราะห์ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าสาเหตุที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไม่บรรลุตามเป้าหมายและไม่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เกิดจากความไม่เชื่อมโยงในแต่ละด้านของหน่วยงานต่าง ๆ ทำงานเฉพาะส่วน ได้แก่ ทางด้านสุขภาพกาย ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพที่ถูกต้อง ด้านจิตใจ เครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ด้านสัมพันธภาพสังคม ครอบครัวอยู่ตามลำพัง ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสนใจในเรื่องการรักษามากกว่าการสร้างสุขภาพ ด้าน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ให้การช่วยเหลือ คือ ให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาที่พบ และติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุปีละสองครั้ง ไม่มีการฝึกทักษะเพิ่มเติมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านกิจกรรมที่ดำเนินการ คือ สำรวจข้อมูล ส่งรายชื่อผู้สูงอายุให้องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ทราบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการวางแผน(Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนกลับ(Reflection) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มีขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมด 6 ขั้นตอน

ดังนี้ 1) ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่และวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนา โดยการศึกษาบริบทของพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานก่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานและปัญหาของการดำเนินงาน โดยใช้การสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองน้อย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองน้อย

2) การวางแผน (Planning) จัดประชุมวางแผนเชิงปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหา วิเคราะห์แนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control : AIC) เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบ เริ่มตั้งแต่การกำหนดวันประชุม ลงทะเบียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งได้คัดเลือกมาโดยวิธีแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้จัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care Manager) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองน้อย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มเยาวชน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองน้อย รวม 45 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชนแล้วนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยกิจกรรมการวิเคราะห์อดีต จนถึงปัจจุบันเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของชุมชน เพื่อให้มองเห็นภาพความเป็นจริงมองเห็นปัญหาที่เป็นอยู่ได้ข้อสรุปประเด็นปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตถึงปัจจุบัน คือ ไม่ได้รับการดูแล จากชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดการออกกำลังกาย สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อม ขาดคนดูแลมีภาระหนี้สิน ขาดรายได้ เมื่อได้ทราบถึงแนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อการ

ดำเนินงานในอดีตจนถึงปัจจุบันแล้ว ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้วิเคราะห์และกำหนดอนาคตร่วมกัน 3) กำหนดแผนงานโครงการ หลังจากกำหนดอนาคตร่วมกัน ผู้เกี่ยวข้องในส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและหาแนวทางแก้ไข และร่วมจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้าน โดยนำแนวทางการแก้ไขปัญหามารวบรวม เพื่อจัดทำแผนงานที่ปฏิบัติได้ในระดับชุมชน โดยโครงการที่จัดร่วมกัน ได้แก่ โครงการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโครงการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน และโครงการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ 4) ปฏิบัติตามแผนงานโครงการที่วางไว้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในแผนปฏิบัติการ ร่วมกันทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด เพื่อให้แผนงานที่วางไว้บรรลุผล 5) สังเกตการณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรมโดยเจ้าหน้าที่สนับสนุนและให้คำปรึกษา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามความก้าวหน้าของคณะดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมชุมชน เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดำเนินงานต่อเนื่องเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำบลเมืองน้อย ร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน 6) สรุปผล และให้ข้อเสนอแนะกลับไปสู่ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชนเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองน้อย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตัวแทนผู้สูงอายุ ร่วมกันสรุปผลสำเร็จ ถอดบทเรียนและวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ “MUANGNOI Model” ประกอบด้วย

1) M; Management : การจัดการร่วมกันของคณะกรรมการ

2) U ; Unity Team: ความพร้อมเพียงของทีม เป็นหนึ่งเดียวในการทำงาน

3) Action : การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม

4) N; Network : ภาควิชาเครือข่าย ร่วมกัน
สังเกตผล นิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน
พัฒนา

5) G&N; Good practice&Nottable มี
ต้นแบบที่ดี สร้างความโดดเด่น ขยายผล ให้พื้นที่อื่น
นำไปใช้

6) O&I ; Orperation&Improvement :
ดำเนินการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นำรูปแบบที่พัฒนาสู่การถอดบทเรียน
ความสำเร็จและโอกาสพัฒนา การมีส่วนร่วมของทุก
ภาคส่วนในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง ส่งผลให้
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินการมี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
กล่าวคือ คุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุหลังดำเนินการ
สูงกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกับแนวคิดของ
นรินทรชัย พัฒนพงษ์ (2538) และโกวิทย์ พวงงาม
(2553) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการ และ
ขั้นตอนที่เน้นเกี่ยวกับการส่งเสริม ชักนำ และเปิดให้
บุคคล กลุ่ม องค์กรเข้ามามีโอกาส มีส่วนร่วมใน
กิจกรรมหรือโครงการพัฒนาตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด
โครงการด้วยความสมัครใจ มีอิสระภาพ และเสมอภาค
วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยการปรึกษาหารือ
ร่วมกัน ร่วมคิดค้นหาประเด็นปัญหาและวิเคราะห์
สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น รวมไปถึงแนวทางแก้ปัญหา
เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุ

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการ
พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยภาควิ
ชาเครือข่ายมีส่วนร่วมตำบลเมืองน้อย อำเภอกันทรารมย์
จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
โดยภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมและสอดคล้อง
กับบริบทพื้นที่ ประกอบด้วย

1) ผู้นำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน
สมาชิก กลุ่มเยาวชนและ อสม. ผู้นำเข้มแข็งใส่ใจใน
ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีความกระตือรือร้นใน
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและ
พร้อมเพรียง ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบ การออกติดตาม

และประเมินผลงานที่ดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุ
เป้าหมายที่วางไว้ 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มี
บทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการให้การ
กำกับติดตาม ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
เพื่อสนับสนุนแนวทาง/โครงการ/แผนงานที่ชุมชน
ร่วมกันจัดทำขึ้น 3) คนในชุมชนเห็นพร้อมและมีส่วน
ร่วม ในทุกกิจกรรมดำเนินการตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วม
ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ไข
การจัดทำแผน และการปฏิบัติการเพื่อให้ประสบ
ผลสำเร็จ 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี
บทบาทคอยเสริมกำลังใจในการปฏิบัติงานคอยให้
คำปรึกษา อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานกับ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือ และให้
ข้อมูลที่สอดคล้องตรงกันกับข้อมูลในชุมชน และร่วม
ประเมินผลสนับสนุนด้านงบประมาณที่เพียงพอต่อการ
ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5) มีการติดต่อ
ประสานงาน ระหว่างหน่วยงาน ชุมชน อย่างต่อเนื่อง
เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.1 ควรมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ประสบการณ์การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับ
พื้นที่ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการ
ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และให้
คำแนะนำที่เกี่ยวกับนโยบาย แผนงานโครงการหรือ
กิจกรรม ที่จะดำเนินการในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นการ
ชี้แนะแนวทางการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนและเป็น
รูปธรรม

1.2 การกำหนดกิจกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตควรมีความสอดคล้องกับความต้องการของ
ผู้สูงอายุและครอบคลุมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4
ด้านได้แก่ การพัฒนาทางร่างกายจิตใจ ความสัมพันธ์
ทางสังคม และสภาพแวดล้อม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำ

ประเด็น ผู้นำชุมชนเข้มแข็ง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณและเป็นเจ้าภาพหลัก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุนและเป็นที่เลี้ยง ประชาชนในชุมชนให้ความร่วมมือทุกกระบวนการและการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่ได้จากการศึกษาครั้ง

นี้ เป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาในการทำวิจัยต่อไป

2.2 นำแนวทางการพัฒนารูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ตำบลเมื่อน้อย อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทที่แตกต่าง

เอกสารอ้างอิง

- โกวิท พวงงาม. (2553) การจัดการตนเองของชุมชนและท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: บพิธ การพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565
- ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข.
- ฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2567) สืบค้นจาก <http://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทานตะวัน อินทร์จันทร์. (2564). การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนย่อยในเขตเมืองลำพูน.
- การค้นคว้าแบบอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรินทร์ชัย พัฒนพงษา. (2538). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิค และกรณี ตัวอย่าง. เชียงใหม่ : ศิริลักษณ์.
- ศรายุทธ ชูสุน. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม เทศบาลตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. งานวิจัยปริญญา
- สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัชฎาวัลย์ โพธิ์พันธ์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. Journal of Health Science-วารสาร วิชาการ สาธารณสุข, 29.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2565.
- กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). รายงานผลเบื้องต้นสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย.
- กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). จำนวนผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลัง. ศรีสะเกษ:
- สำนักงานสาธารณสุขศรีสะเกษ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2565). รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2565. นนทบุรี: กรมอนามัย
- กระทรวงสาธารณสุข.

- สิริมา อินประเสริฐ. (2560) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลแก่งกะเม็ด อำเภอเมือง จังหวัด
ระยอง. ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์, สาขาการบริหารทั่วไป มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. Princess of Naradhiwas University
Journal.

การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

พรรณวณิ บุญปัญญา, ส.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยในครั้งนี้เป็น รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด ร่วมกับการนำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงจรของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับ ระยะที่ 2 การวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Research and Development) ระยะที่ 3 การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับ กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ได้กำหนดการทำงานร่วมกันใน 3 ภาคส่วน ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน โดยใช้เครื่องมือ เป็นแบบสัมภาษณ์ แบบเก็บเก็บข้อมูล Focus group นำข้อมูลในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มาสร้างเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินโปรแกรม จำนวน 85 คน ประเมินผลก่อน - หลัง การทดลอง 16 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถาม

ผลการวิจัยพบว่า ผลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับ ปี 2565 – 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 5.06, 4.97, และ 2.64 พฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้า และการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ของโรคพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการให้ประชาชนที่ตรวจพบ ให้ยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และให้สุขศึกษากลุ่ม และสุขศึกษาเดี่ยว แก่กลุ่มที่ตรวจพบ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ HUG DU model ดังนี้ Health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) Understanding (การสร้างความรู้เข้าใจร่วมกันข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด) Guide (การแนะนำ แนวทาง วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ) Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) Unity Team (การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม) ผลการทดลองใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 16 สัปดาห์ พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d}$ = 3.72, t = 9.67) สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ไปใช้เป็นต้นแบบ การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับในพื้นที่อื่นได้

คำสำคัญ : โปรแกรม, โรคพยาธิใบไม้ในตับ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การมีส่วนร่วม

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: pan_omm@hotmail.com

Developing a health behavior modification program through Community Participation for the liver flukes risk group in Du Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province

Pannavanee Bunpanya, *M.P.H.*¹

Abstracts

The research on Developing a health behavior modification program through Community Participation for the liver flukes risk group in Du Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province. aims to Developing a health behavior modification program through Community Participation for the liver flukes risk group in Du Subdistrict, Prang Ku District, Sisaket Province. This research is an action research model based on the concept of Kemmis and McTaggart, along with the application of Health belief model to design activities through the quality development process according to the DEMMING CYCLE (PDCA). Each cycle consists of 4 steps as follows: Planning, Action, Observation, and Reflection. It is divided into 3 phases: Phase 1: Study of the context and assessment of the operational situation of solving related problems to lead to problem management in caring for the risk group of liver fluke patients. Phase 2: Research and Development: Development of behavior modification programs. Phase 3: Quasi-Experimental Research to compare the effectiveness of behavior modification programs in preventing and controlling liver fluke disease. Samples The sample group for this participatory action research has determined collaboration in 3 sectors based on the concept of the triangle that moves mountains. There is a total sample population of 50 people. The tools used are an interview form and a data collection form, the Fogus group. The data from phase 1 and phase 2 were used to create a health behavior modification program for groups at risk for liver fluke disease with community participation. The sample group used to evaluate the program was 85 people. The results were evaluated before and after the 16-week experiment using a questionnaire.

The research results found that the results of the liver fluke screening in 2022-2024 were as follows: 5.06 percent, 4.97 percent, and 2.64 percent. People's health behaviors tend to eat food made from undercooked fish, such as koi pla, pla som, pla jom, and pla ra, and improper waste disposal. The control and prevention of liver fluke disease by the sub-district health promotion nurses used the method of giving people who were found to be given Praziquantel and providing group health education and individual health education to the found group. The health behavior modification program for the liver fluke risk group with community participation is the HUG DU model, as follows: Health belief model (health behavior modification program) Understanding (building mutual understanding of agreements on measures and guidelines for liver fluke prevention by the community) Guide (recommendations, guidance, and methods of cooking cooked fish dishes to prevent parasitic diseases) Do (implementing behavior modification) Unity Team (community participation, social support) The results of the program trial found that the experimental group after receiving the liver fluke risk group health behavior modification program With 16 weeks of community participation, there was a statistically significant difference in the behavior of preventing liver fluke disease at the .05 level ($\bar{d}$ = 3.72, t = 9.67) This health behavior modification program can be used as a model to create public participation in preventing liver fluke disease in other areas.

Keywords: Program, liver fluke disease, behavior modification, participation

¹Public Health Technical Officer, Prang Ku District Public Health Offer, Sisaket Province E-mail: pan_omm@hotmail.com

บทนำ

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกมีการประมาณว่ามีคนติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วโลกถึง 17 ล้านคน โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ระบาดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ บริเวณพื้นที่ตอนใต้ของ โซแปเรียและทวีปยุโรป ตะวันออก (World Health Organization: WHO, 1997) และ คาดว่ามีผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน (กรมควบคุมโรค, 2561) ปัจจุบันอุบัติการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เมื่อมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตับและท่อน้ำดี 2 ด้าน ใหญ่ ๆ คือมีการทำลายเซลล์เยื่อบุผิวท่อน้ำดี จากนั้นก็มีการสร้างเซลล์เยื่อบุผิวขึ้นมาทดแทนใหม่และส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการกระตุ้นจากสารคัดหลั่งจากพยาธิโดยตรง และในขณะเดียวกัน การติดเชื้อพยาธิก็ทำให้เกิดการอักเสบมากขึ้นรอบ ๆ ท่อน้ำดี เซลล์อักเสบเหล่านี้สามารถสร้างสารเคมีต่าง ๆ และสามารถทำลายสารพันธุกรรมของเซลล์ได้โดยตรง หรือ เป็นสารตั้งต้นในการสร้างสารก่อมะเร็ง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมและพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด สาเหตุของมะเร็งชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบ ๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (*Metacercaria of Opisthorchis viverrini*) ซึ่งจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิชนิดนี้คือ การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ก้อย ปลา และรับประทานอาหารหมักดองของชาวอีสานเช่นปลาร้า ปลาเจ่า ปลาจ่อม (Songserm et al., 2012)

กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ “ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พ.ศ. 2559 – 2568” ตามมติคณะรัฐมนตรีเป็นโครงการถวายเป็นพระราชกุศลแด่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปี 2559 พร้อมทั้งสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา ซึ่งในปี 2567 จังหวัดศรีสะเกษ มีพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน จำนวน 9 อำเภอ 25 ตำบล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

โรคพยาธิใบไม้ตับ (Liver Flukes) เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย มีการแพร่ระบาดในประชาชนทุกกลุ่มอายุและอาชีพในเกือบทุกพื้นที่ภาคกลาง

ภาคเหนือโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อพิจารณาแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงของโรคพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทยในปี 2524, 2534, 2539 และ 2544 มีอัตราความชุกร้อยละ 14.7, 15.2, 11.8 และ 9.4 ตามลำดับ (ประกาศิ์ จงสุขสันติกุล, 2544) ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้มีนโยบายในการ ป้องกันและควบคุมโรคมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527 ก็ตาม แต่จากการสำรวจอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับ ทั่วประเทศพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสูงสุด คือ ร้อยละ 16.6 หรือ ประมาณ 8.7 ล้านคน (กองควบคุมโรคติดต่อ, 2552) โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากการทบทวนสถานการณ์และสภาพปัญหาการดำเนินงานกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าในปี 2559 ถึง 2561 มีอัตราความชุกทั่วประเทศเฉลี่ยร้อยละ 6.13, 5.51 และ 5.03 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย พบว่ามีสถิติการเสียชีวิตของมะเร็งท่อน้ำดีสูงสุดในปี 2558 ที่ผ่านมามีผู้เสียชีวิตประมาณ 28,000 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตวันละ 70 ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 3 ราย ในปี 2554 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 14,314 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งหรือประมาณ 7,157 ราย เป็นคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดศรีสะเกษในปี 2559 ถึง 2565 พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 11.88, 6.43, 7.15, 5.54, 3.26, 2.32 และ 1.95 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2561 ถึง 2564 พบว่ามีสถิติการเสียชีวิตของมะเร็งท่อน้ำดี มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับมะเร็งท่อน้ำดี 27.58, 25.61, 29.42 และ 28.79 ต่อแสนประชากรหรือเสียชีวิตจำนวน 406, 377, 420 และ 348 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566)

อำเภอปรังคู้ ในปี 2561 ถึง 2565 พบอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 25.27, 11.19, 9.95, 8.52 และ 3.45 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งท่อน้ำดีในปี 2565 จากการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 40 ขึ้นไปจำนวน 4,268 คน ตรวจพบกลุ่มเสี่ยงที่มีความผิดปกติจำนวน 250 คนคิดเป็นร้อยละ 5.86 พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินซึ่งประกอบด้วย 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลกู่, ตำบลหนองเชียงทูน, ตำบลสมอ, ตำบลตู และตำบลพินายเหนือ โดยมีเป้าหมายให้อัตราความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับในคนและในปลา ไม่เกินร้อยละ 3 และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีลดลงสองในสามภายในปี 2567

จากภาวะคนปรังก์สุขภาพดี ปอดโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอปรังก์จึงได้มีการดำเนินการรณรงค์ตรวจคัดกรองตรวจจูงจากระหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชนอายุ 15 ปีขึ้นไป

ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2565 – 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 5.06, 4.97, และ 2.64 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:2567) ซึ่งจะต้องเร่งรัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลคู แม้ตำบลคูจะไม่มีแหล่งน้ำหลักไหลผ่าน แต่ประชาชนมีการขุดสระ หนอง ให้สามารถเก็บกักน้ำและเลี้ยงปลาได้ และด้วยสภาพอำเภอปรังก์มีสภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำไหลผ่าน 2 สาย คือ ลำห้วยสำราญและห้วยทับทัน ชาวบ้านนั้นมีความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย แต่ละครอบครัวส่วนมากจะประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์ ในการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้า และการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง

ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นภัยคุกคามต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยและครอบครัว ผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ อ่อนเพลียเบื่ออาหาร ตับโต ตาเหลือง ตัวเหลือง มีไข้ และคันตามร่างกาย ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาการเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจผู้ป่วย ทำให้มีความรู้สึกวิตกกังวล กลัวตาย เครียด เสียใจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งสาเหตุมาจากการทำบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวและเป็นผู้ที่หารายได้หลัก ส่งผลให้รายได้ของครอบครัวลดลง เนื่องจากไม่สามารถทำงานได้ปกติจากอาการคุกคามของโรค ในขณะที่ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง และค่าครองชีพในระหว่างที่รักษาในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวต้องออกจากงาน บุตรต้องลางานหรือลาออกจากโรงเรียนเพื่อดูแลผู้ป่วย ตลอดจนส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ ประเทศชาติประชากรที่มีคุณภาพและศักยภาพในการทำงาน สะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยจากภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคม อันจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงอยากพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

เพื่อลดอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับและลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีแบบยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.2 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2.3 เพื่อประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด ร่วมกับการนำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์การดำเนินงานการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การจัดการปัญหาในการดูแลกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตตำบลคู อำเภอปรังก์ จังหวัดศรีสะเกษ

ศึกษานโยบาย แนวทางและมาตรการในการจัดการประเด็นปัญหาโรคดังกล่าว ใน 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าใจ การเข้าหา การรับรู้ การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 การวิจัยในการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Research and Development) ในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยนำเอาบริบทของการดำเนินงานในพื้นที่ ประเด็นปัญหาคุณภาพการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ มาออกแบบพัฒนาเพื่อให้ได้โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม อบรมเชิงปฏิบัติการ และการประชุมกลุ่มย่อย (Multiple Focus Group Discussion) เพื่อได้มาซึ่งโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่มีประสิทธิภาพต่อไปโดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้เกี่ยวข้องเป็น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เขตตำบลตู๋ ตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 50 คน การดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ที่เป็นวงสปริง (Spiral of steps) ดังนี้ (Zuber-Skerrit, 1995 อ้างถึงใน ศุภวัธย์ พลายน้อย, 2547)

1) การวางแผน (PLAN) พัฒนาแผนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการตรวจสอบ และตกลงแนวการทำงานร่วมกันกับผู้ร่วมงาน

2) การปฏิบัติ (ACT) ดำเนินการตามแผน หากเป็นการดำเนินการในวงรอบที่สอง จะต้องนำผลการวิจัยในรอบที่ 1 มาปรับปรุงการดำเนินงาน

3) การสังเกต (OBSERVED) เก็บรวบรวมข้อมูล

(1) การดำเนินการจะรวบรวมผ่านการประเมิน

(2) การสังเกต (รวบรวมข้อมูล) จะได้รับการวางแผนล่วงหน้า

(3) การบันทึกที่ต้องตอบสนองต่อเป้าหมาย

(4) การรวบรวมข้อมูล กระบวนการและผลภายใต้บริบทจริง

(5) ระดับการรวบรวมข้อมูลดำเนินการทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและกลุ่ม

4) การสะท้อนการปฏิบัติ (REFLECTION) เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความกระจ่างชัดในความหมายของ

ประสบการณ์ (ปัจจุบันและอดีต) ความหมายของตนเอง (Self) และความหมายที่สัมพันธ์กับภายนอก

(1) ข้อมูลที่รวบรวม/สังเกตจะนำมาอภิปรายในกลุ่มเพื่อหาทางออกในการวางแผนต่อไป

(2) การสะท้อนกลับรวมถึงการสะท้อนเกี่ยวกับตนเองโดยผู้ร่วมงาน

(3) ขึ้นใคร่ครวญ คิดให้เป็นระบบและชัดเจน สิ่งที่สำคัญ กล่าวคือ กระบวนทัศน์ที่ต้องมีแนวคิด critical theory (เรียนรู้เชิงวิพากษ์ต่อสรรพสิ่งนำทฤษฎีและการปฏิบัติมาเป็นกระบวนการเชิงวิพากษ์)

ระยะที่ 3 การวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะดำเนินการตามโปรแกรมที่ได้พัฒนา จากการระดมสมอง มาในระยะที่ 2 ในประเด็นด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ของการวิจัย ดังนี้

1) ประชากรศึกษา (Reference population) ผู้วิจัยได้กำหนดพื้นที่ในการดำเนินการศึกษาที่ตำบลตู๋ อำเภอปราสาท จังหวัดศรีสะเกษ เนื่องด้วยจากการคัดกรองตรวจหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับในเขตพื้นที่ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่ามีอัตราความชุกเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี การวิจัยในครั้งนี้เป็นการเลือกพื้นที่วิจัยแบบเจาะจง (Purposive Selection) และผู้มีส่วนร่วมด้วย ความสมัครใจ กลุ่มเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลบริบทตำบล ตั้งแต่สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ประวัติความเป็นมาของตำบล สภาพความเป็นอยู่ด้านเศรษฐกิจ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม การเมืองการปกครอง กลุ่มองค์กรต่างๆในตำบลที่เอื้อต่อกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลได้ โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงได้แก่ ภาคราชการหรือกลุ่มผู้นำตำบล และกลุ่มของผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชนตำบล ส่วนภาคประชาชนได้เลือก กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน

ผู้ประกอบการร้านส้มตำ ผู้ประกอบอาชีพหาสัตว์น้ำ หรือ ประมง

2) กลุ่มตัวอย่าง (Samples) กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ได้กำหนดการทำงานร่วมกันใน 3 ภาคส่วน ตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา โดยมีกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน ประกอบด้วย

2.1) กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการจำนวน 14 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่

2.2) กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 36 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในเขตตำบลคู กลุ่มแม่บ้าน ผู้ประกอบการร้านส้มตำ ผู้ประกอบอาชีพหาสัตว์น้ำหรือประมง จำนวน 36 คน

3) กลุ่มตัวอย่างในการใช้ประเมินโปรแกรม ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ปลาจืดเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ในตับจากการสอบถามเบื้องต้น พ.ศ. 2567 ตำบลคู อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษโดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวรรณกุล, 2557) (simple random sampling) จำนวน 85 คน

4) วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) โดยให้ความน่าจะเป็น (Probability Sampling) หลังจากนั้นทำการคัดเลือกตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างการจับฉลากขึ้นแบบมาแบบไม่ใส่คืน (Sample Random Sampling Without Replacement) และคัดตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

5) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ประชาชนอาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคู 6 เดือนขึ้นไป ที่ได้รับการสำรวจเบื้องต้นในการรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยปลาดิบ สุกๆ ดิบๆ ปลาจืด ปลาต้มดิบ ทั้งเพศชายและหญิง, ยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย, อายุระหว่าง 15 – 65 ปี ขึ้นไป

6) เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเมเร็งตับหรือเมเร็งท่อน้ำดี มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถสื่อสารกันเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย หรือภาษาท้องถิ่น

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

1.การสร้างเครื่องมือ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบ ปลาจืด จากการสอบถามเบื้องต้นตั้งแต่อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2567 ตำบลคู อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 85 คน วัดก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ที่สร้างขึ้นจากระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 9 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 แบบสอบถามวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 8 แบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ จำนวน 14 ข้อ

1.2 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และ แบบสังเกต เพื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาโปรแกรม จำนวน 50 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.3 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มภาคสังคม 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มภาคภาครัฐ

1.4 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะสังเกต (Observe) เพื่อประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

โดยมี อุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

1.5 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาร่วมกันระหว่าง นักวิชาการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบาย และแผนองค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ถึงภาวะสุขภาพและสถานการณ์สุขภาพปัจจุบันของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

1.6 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปของตำบลทางด้านกายภาพ หลังจากนั้นใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลลักษณะการ ดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมในตำบล

1.7 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในตำบล เสนอภาวะสุขภาพ ปัจจุบันที่เป็นจริงของประชาชนในตำบลแก่กลุ่มต่างๆ ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ค้นหาสาเหตุ วาง แนวทางการป้องกัน และแก้ไข ที่สอดคล้องกับกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

2.การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงคุณภาพ

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

2.2.1 แหล่งเวลา โดยการนำข้อมูลที่สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัย ในเวลาที่แตกต่างกันมาตรวจสอบและเปรียบเทียบผลว่าข้อมูลแต่ละส่วนที่ได้รับจากการรวบรวม จะมีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2.2.2 แหล่งสถานที่ นำข้อมูลที่ได้รับจากการรวบรวม ณ สถานที่ที่ต่างกันมาทำการตรวจสอบและเปรียบเทียบผลว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร

2.2.3 แหล่งบุคคล โดยการนำข้อมูลที่ได้รับมาจากการรวบรวมมาทำการศึกษาเปรียบเทียบดูว่าเมื่อนำ

ข้อมูลดังกล่าวไปทำการรวบรวมโดยการเปลี่ยนผู้ให้ข้อมูลเป็นบุคคลอื่นไม่ซ้ำกัน ข้อมูลที่ได้จะเป็นอย่างไร

ผลจากการตรวจสอบข้อมูล ทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมวิเคราะห์ และสรุปผลของข้อมูลการวิจัยได้ชัดเจนและสอดคล้องกับความมุ่งหมายของการวิจัย

2.2 การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

การหาคุณภาพเครื่องมือวัดในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยกำหนดวิธีการตรวจสอบเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย โดยรายละเอียดดังนี้

1) การปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เพื่อความเหมาะสมและความสอดคล้องของคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2) การตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริงการตรวจสอบเครื่องมือก่อนใช้งานจริง โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับในอำเภออุษันธุ์ ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .81 การหาความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Congruence : IOC) เท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากร ในกระบวนการวิจัยและการลงภาคสนามโดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ด้วยวิธีการดังนี้

1.1 การคัดลอกข้อมูลที่มีอยู่แล้ว (Collection of Secondary Data) เป็นการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของชุมชน

1.2 การสังเกต (Direct Observation) เป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากการสังเกตปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ในทุกขั้นตอนในระยะเวลาของการวิจัย ทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและแบบไม่มีส่วนร่วม

1.3 รวบรวมข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับชุมชน

1.4 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการบันทึกกิจกรรมจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการในระยการวางแผน (Planning)

1.5 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการบันทึกกิจกรรมการบันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกต ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในระยการปฏิบัติการ (Action) และระยการสังเกตการณ์ (Observe)

1.6 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ ประชากร และการ บันทึกกิจกรรมจากการสนทนากลุ่มในระยการสะท้อนผล (Reflect)

1.7 รวบรวมตรวจสอบแบบประเมินและแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

2. การรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ในการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 8 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครพยาลิไปไม้ดับ แบบสอบถามวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรครพยาลิไปไม้ดับ แบบสอบถามวัดการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน การเกิดโรครพยาลิไปไม้ดับ แบบสอบถามวัดการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรครพยาลิไปไม้ดับ แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรครพยาลิไปไม้ดับ แบบสอบถามวัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรครพยาลิไปไม้ดับ แบบสอบถามวัดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรครพยาลิไปไม้ดับ แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรครพยาลิไปไม้ดับ มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่จะทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิไปไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2) เตรียมกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการทดลองใช้โปรแกรม โดยการสร้างความคุ้นเคย สร้างสัมพันธภาพชี้แจงความมุ่งหมายในการทำวิจัย อธิบายถึงวิธีการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามขอความร่วมมือในการทำวิจัย และให้เวลาสำหรับการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

3) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิไปไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4) เตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามก่อน - หลัง การทดลองตามโปรแกรม

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ตัวแปรต้น เป็นตัวแปรปัจจัยที่คาดว่าจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิไปไม้ดับในตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิไปไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรครพยาลิไปไม้ดับ

สถิติที่ใช้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่และบันทึกคะแนนแต่ละข้อในรูปรหัส (Coding Form) หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติดังนี้

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

1.2 สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้วิธีการประมาณค่าแบบช่วง (Interval estimate) และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการทดลองใช้ เปรียบเทียบผลของการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรครพยาลิไปไม้ดับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Level of Significance .05)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การถอดบทเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์ข้อมูล

ได้จากการจัดกระบวนการคุณภาพ 4 ขั้นตอน ส่วนเกี่ยวข้องกับการนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING CYCLE (PDCA) โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) นำมาจัดทำเป็นแนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา การเปรียบเทียบกิจกรรม ที่นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างคำอธิบาย การวิเคราะห์ตามช่วงเวลา การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ (Interview) และการสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้า และร่วมกันออกแบบกิจกรรม จนเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และมีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ตามขั้นตอนดังนี้

1) ตรวจสอบความสมบูรณ์ และถูกต้อง ครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ

2) บันทึกข้อมูลจากแบบสอบถามลงโปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละส่วน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เคยตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ ผลตรวจหาไข่พยาธิ ครอบครัวยุติด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ โรคมาเรียมะเร็งท่อน้ำดี วัดการรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, ของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ วัดสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ข้อคำถามด้านละ 10 ข้อ แต่ละด้านคะแนนเต็ม 30 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน,

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน คำถามเชิงลบ (-) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 1 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 3 คะแนน คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนน พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 10-30 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 6.67 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ ระดับคะแนน 10.00 - 16.67 หมายถึง มีความคิดเห็นต่ำ ระดับคะแนน 16.68 - 23.35 หมายถึง มีความคิดเห็นปานกลาง ระดับคะแนน 23.36 - 30.00 หมายถึง มีความคิดเห็นสูง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ข้อคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 36 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เชื้อมั่น ไม่แน่ใจ และไม่เชื่อกัน โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน คำถามเชิงลบ (-) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 1 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 3 คะแนน คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนน พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 12-36 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 8.00 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ ระดับคะแนน 12.00 - 20.00 หมายถึง มีระดับความเชื่อมั่นต่ำ ระดับคะแนน 20.01 - 28.01 หมายถึง มีระดับความเชื่อมั่นปานกลาง ระดับคะแนน 28.02 - 36.00 หมายถึง มีระดับความเชื่อมั่นสูง พฤติกรรม

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการรับประทาน ข้อคำถาม 9 ข้อ คะแนนเต็ม 27 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ กินประจำ หมายถึง การรับประทาน มากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 เดือน ให้คะแนน 1 กินบางครั้ง หมายถึง การรับประทาน 1-2 ครั้งใน 1 เดือน ให้คะแนน 2 ไม่เคย หมายถึง ไม่รับประทานเลย (ในรอบ 1 เดือน) ไม่รู้จัก หมายถึง ไม่รู้จักอาหารชนิดนี้เลย ให้คะแนน 3 และพฤติกรรมการปฏิบัติ 6 ข้อ คะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยใช้คะแนนตามหลักของ ลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คำถามเชิงบวก (+) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 3 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน คำถามเชิงลบ (-) มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นมาก ให้คะแนน 1 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน, น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงตามข้อความนั้นน้อย ให้คะแนน 3 คะแนน รวม 51 คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนน พิจารณา มาใช้ในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์ในการวัด โดยนำคะแนนมาแบ่งเป็นช่วงเท่า ๆ กัน ตั้งแต่ 14-51 คะแนน จำนวน 3 ชั้น โดยมีความกว้างเท่ากับ 12.33 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถามผู้วิจัยยึดหลักเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2546 : 160-162) ดังนี้ ระดับคะแนน 14.00 - 26.33 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมต่ำ ระดับคะแนน 26.34 - 38.67 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง

ผลการศึกษา

1. สภาพปัญหาสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับ ตาบอด อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

ผลการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2565 – 2567 ตามลำดับดังนี้ ร้อยละ 5.06, 4.97, และ 2.64 สภาพอำเภอบางแก้วมีสภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำไหลผ่าน 2 สาย คือ ลำห้วยสำราญและห้วยทับทัน ชาวบ้านนั้นมีความเป็นอยู่อย่างเรียบง่าย แต่ละครอบครัวส่วนมากจะประกอบอาชีพทำนา เลี้ยงสัตว์ ในการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม

ปลาจ่อม ปลาร้า และการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการประชุมในชุมชน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ มีความเชื่อที่ผิด ๆ ในการปรุงอาหารประเภทปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น การปรุงอาหารด้วยรสเปรี้ยวจะช่วยฆ่าพยาธิได้ การดื่มสุราสามารถฆ่าพยาธิได้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการให้ประชาชนที่ตรวจพบ ให้ยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และให้สุขศึกษากลุ่ม และสุขศึกษาเดี่ยว แก่กลุ่มที่ตรวจพบ

2. คุณลักษณะทั่วไป

2.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 62.00 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41.02-48.02 ปี ร้อยละ 30.00 อายุ น้อยที่สุด (Minimum) 27 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 63 ปี อายุเฉลี่ย (Mean) 45.56 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 8.86 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.00 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 40.00 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่าง 1.00-10.00 ปี ร้อยละ 82.00 ระยะเวลา น้อยที่สุด (Minimum) 1 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 63 ปี อายุเฉลี่ย (Mean) 8.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 6.63

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ทดลองโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 83.53 กลุ่มอายุ 49.83-56.43 ปี ร้อยละ 37.65 อายุ น้อยที่สุด (Minimum) 30 ปี อายุมากที่สุด (Maximum) 63 ปี อายุเฉลี่ย (Mean) 57.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 6.57 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.88 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา 43.53 เกษตรกร (ทำนา/ทำไร่/ทำสวน) ร้อยละ 98.82 รายได้ ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 2,000.00-11,600 บาท ร้อยละ 90.59 รายได้น้อยที่สุด (Minimum) 2,000 ปี รายได้มากที่สุด (Maximum) 50,000 ปี รายได้เฉลี่ย (Mean) 6,045.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) 6,897.27 เคยตรวจอุจจาระหาไข่ หนองพยาธิ ร้อยละ 91.76 พบไข่หนองพยาธิ ร้อยละ 25.88 ครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 17.65 เป็น บิดา 9 ราย สามี 3 ราย มารดา 3 ราย บุตร 1 ราย พี่สาว/พี่ชาย 1 ราย ครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ

20.00 เป็น บิดา 11 ราย พี่สาว/พี่ชาย 4 ราย มารดา 1 ราย
บุตร 1 ราย สามี 1 ราย

3. ผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลตู อำเภوبرางค์กู จังหวัดศรีสะเกษ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน (HUG DU model)

สัปดาห์ที่ 1 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 2 ด้าน

กิจกรรมที่ 1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค - กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ - กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ (1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค)

กิจกรรมที่ 2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค - กิจกรรมการนำเสนอสถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ในตับ และวิเคราะห์สถานการณ์ ความรุนแรง - กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับการถ่ายทอดจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ และการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ - กิจกรรมวิเคราะห์/สรุปปัญหาความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ในตับ

สัปดาห์ที่ 2 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 2 ด้าน

กิจกรรมที่ 3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ - กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ - กิจกรรม “อะไรเอ่ย”

กิจกรรมที่ 4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ - กิจกรรม “เรารู้ไหม..อาหารอะไรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับ”

สัปดาห์ที่ 3 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 1 ด้าน

กิจกรรมที่ 5. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง - กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ - กิจกรรม “มาสร้างเมนูอาหารปลอดโรคพยาธิใบไม้ในตับ”

สัปดาห์ที่ 4 health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ) 1 ด้าน

กิจกรรมที่ 6. ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ - กิจกรรม “ใครกันนะ...” ให้ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามา

มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรมที่ชักนำไปสู่การปฏิบัติการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

สัปดาห์ที่ 5 สร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ในตับ

กิจกรรมที่ 7 “พลังความคิดพิชิตโรคพยาธิใบไม้ในตับ” ให้ดูวิดีโอ เรื่อง มาตรการเฝ้าระวังควบคุมชีวิต พยาธิใบไม้ในตับ เรื่อง รู้ทัน ป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ในตับ เรื่อง พยาธิใบไม้ในตับ ภัยร้ายใกล้ตัวเรา ให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับอันตรายของโรคพยาธิใบไม้ในตับ พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง แนวทางที่ตนเองสามารถป้องกันโรคได้

สัปดาห์ที่ 6 สร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรม 5 ส. ห่างไกลโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี -ดูหนังสั้น ยายบุญมี และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับ 5 ส. 1. สุก : กินอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ต้องปรุงให้สุก ด้วยความร้อนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ในตับ 2. สะอาด : ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด ก่อนปรุงอาหาร ก่อนกินอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ 3. สวม/สิ่งปกคลุม : ถ่ายอุจจาระลงในสวม และทิ้งสิ่งปกคลุมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันไข่พยาธิแพร่กระจายลงสู่สิ่งแวดล้อม 4. สังเกต : สังเกตจระเข้หางขาวและตรวจอัลตราซาวด์ ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านอย่างน้อยปีละครั้ง 5. สาธารณสุข : กินยารักษาเมื่อตรวจพบว่ามีโรคพยาธิ แล้วเลิกกินปลาดิบหรือสุกๆ ดิบๆ -ให้กลุ่มเป้าหมายจดบันทึกอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน ว่ามีอาหารประเภทใดบ้าง ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ นำเสนอในสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 7 สร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ Guide (การแนะนำ แนะนำ วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)

กิจกรรม 8 อาหารของเราปลอดภัยหรือยัง - ให้นำข้อมูลที่จดบันทึกอาหารที่รับประทานมานำเสนอในกลุ่ม และให้บอกว่าอาหารใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นรายคน นำเสนอ ครั้งละ 10 คน แล้วสรุป (รวมจำนวน 30 คน)

สัปดาห์ที่ 8 สร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ Guide (การแนะนำ แนะนำ วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ) (ต่อ)

กิจกรรม 8 อาหารของเราปลอดภัยหรือยัง - ให้นำข้อมูลที่จดบันทึกอาหารที่รับประทานมานำเสนอในกลุ่ม และให้บอกว่าอาหารใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ในตับ เป็นรายคน นำเสนอ ครั้งละ 10 คน แล้วสรุป (รวมจำนวน 30 คน)

สัปดาห์ที่ 9 สร้างพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ **Guide (การแนะนำ แนวโน้ม วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)** (ต่อ)

กิจกรรม 8 อาหารของเราปลอดภัยหรือยัง - ให้นำข้อมูลที่จัดบันทึอาหารที่รับประทานมานำเสนอในกลุ่ม และให้บอกว่าอาหารใดที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นรายคน นำเสนอ จำนวน 25 คน

สัปดาห์ที่ 10 สร้างพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ **Guide (การแนะนำ แนวโน้ม วิธีการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)** (ต่อ)

กิจกรรมที่ 9 กิจกรรม “ลองทำดูใหม่” แบ่งกลุ่มเป็น 8 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มจัดทำเมนูอาหารเสี่ยง (อาหารดิบ) ให้เป็นอาหารสุก 8 เมนู ดังนี้ 1. ลาบเหี่ยวปลาดิบ 2. ก้อยปลาดิบ 3. ส้มตำปลาสดดิบ 4. ส้มไขปลาดิบ 5. หม่าซี้ปลาดิบ 6. แจ่วบองปลาสดดิบ 7. ปลาจ่อมดิบ 8. ปลาต้มดิบ แลกเปลี่ยนกันรับประทาน แล้วให้บอกว่า เมนูที่ทำสุก อร่อยหรือไม่ มีกระบวนการทำอย่างไร บันทึกเป็นเมนูอาหารเสี่ยง (อาหารดิบ) ให้เป็นอาหารสุก

สัปดาห์ที่ 11 สร้างชุมชนและสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชน **Understanding (การสร้างความเข้าใจร่วมกัน ข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด)**

กิจกรรมที่ 10 กิจกรรมประชาคมสร้างความร่วมมือ โดย กลุ่มเป้าหมาย ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้ประกอบการ ในชุมชน - สรุปมติการประชุม ที่ชุมชนสามารถปฏิบัติร่วมกันได้

สัปดาห์ที่ 12 สร้างมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน

กิจกรรมที่ 11 กิจกรรมลงนาม “สัญญาใจ” ตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ในชุมชน

สัปดาห์ที่ 13 สร้างกระแส การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ **Unity Team (การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม)**

กิจกรรมที่ 12 กิจกรรม สร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ เผื่อระวังในชุมชน โดยกลุ่มอสม. เผื่อระวังโดยนักเรียน กิจกรรม สายลับจับปลาดิบ

สัปดาห์ที่ 14 การสนับสนุนทางสังคม Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

กิจกรรมที่ 13 แคล้งมือทำก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ติดตามเมนูอาหารที่รับประทาน นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำใบประกาศ และมอบของขวัญ ในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 15 การสนับสนุนทางสังคม Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) (ต่อ)

กิจกรรมที่ 13 แคล้งมือทำก็ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ติดตามเมนูอาหารที่รับประทาน นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำใบประกาศ และมอบของขวัญ ในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายปฏิบัติได้

สัปดาห์ที่ 16 สรุปและติดตามประเมินผล

กิจกรรมที่ 14 กิจกรรมประเมินและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ - กิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่กลุ่มเป้าหมายได้ร่วมโครงการ - ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ ร่วมกิจกรรม มอบใบประกาศและมอบของขวัญ “คนทำดีต้องมีชื่อ” - เก็บข้อมูลหลังการทดลองใช้โปรแกรม

4. ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 16 สัปดาห์ ตามเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถาม พบว่า หลังการทดลอง ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 100.00 ส่วนก่อนการทดลอง พบว่า ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 81.18 และระดับคะแนน 26.34 - 38.67 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 18.82

5. ผลการประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคู อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า พฤติกรรมของประชากรกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม จำนวน 16 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 3.72$, $t = 9.67$)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนสูงสุด-ต่ำสุด ของคะแนนพฤติกรรมประเมินโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน-หลัง

ก่อน-หลัง	N	Min	Max	Mean	S.D.	$\bar{d}$	95%CI	t	df	p
ก่อนการทดลอง	85	27	48	42.18	4.94	3.72	2.95-4.48	9.67	84	.000*
หลังการทดลอง	85	39	48	45.89	1.92					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า

1.สถานการณ์ปัญหา การดำเนินชีวิตพฤติกรรมสุขภาพประชาชน นิยมกินอาหารที่ทำมาจากปลาที่ปรุงไม่สุก เช่น ก้อยปลา ปลาต้ม ปลาจ่อม ปลาร้า สอดคล้องกับการศึกษา ของ ถนัด ธุระพันธ์ (2566) พบว่า พฤติกรรมกินปลาดิบพบว่าทุกคนมีพฤติกรรมกินปลาดิบ อาหารประเภทปลาดิบที่มีคนกินมากที่สุด คือแจ่วบองปลาร้าดิบ มีคนกินร้อยละ 88.1 รองลงมา คือ ส้มตำปลาร้าดิบมีคนกินร้อยละ 82.4 และปลาร้าดิบร้อยละ 54.6 สำหรับอาหารประเภทปลาดิบที่กินเป็นประจำมากที่สุด คือส้มตำปลาร้าดิบ รองลงมาคือ แจ่วบองปลาร้าดิบ และปลาร้าดิบและการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้อง จากข้อมูลการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการประชุมในชุมชน พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการกินปลาดิบ มีความเชื่อที่ผิด ๆ ในการปรุงอาหารประเภทปลาน้ำจืดที่มีเกล็ด เช่น การปรุงอาหารด้วยรสเปรี้ยวจะช่วยฆ่าพยาธิได้ การดื่มสุราสามารถฆ่าพยาธิได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรลดา ดีพร้อม (2562) พบว่า ประชาชนยังคงมีการบริโภคปลาดิบ สุกๆ ดิบๆ อยู่ เนื่องจากประกอบอาชีพหาปลาเพื่อค้าขาย และบริโภครวมทั้งวัฒนธรรมการกินปลาดิบที่สืบทอดกันมาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ การดำเนินการควบคุมและป้องกัน

โรคพยาธิใบไม้ในตับ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีการให้ประชาชนที่ตรวจพบ ให้ยา พราซิควอนเทล (Praziquantel) และให้สุขศึกษากลุ่ม และสุขศึกษาเดี่ยว แก่กลุ่มที่ตรวจพบ

2. ผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน (HUG DU model) พบว่า ผู้เข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องเข้าร่วมอย่างน้อย 16 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมถาวรได้ หากมีการกระตุ้นจากปัจจัย โดย โปรแกรมที่ได้ในครั้งนี้นี้ ได้มีการนำปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ปัจจัยตาม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ยังได้ปัจจัยด้านทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ ด้วยการลงมือปฏิบัติจริง สร้างเมนูที่สามารถจัดทำได้จริง เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกปรุงให้สุก ปรุงเมนูอาหารเสี่ยง (อาหารดิบ) ให้เป็นอาหารสุก การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม การสร้างความเข้าใจร่วมกันข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด การประชาสัมพันธ์ ธรรมนูญฯ ทั้งในหมู่บ้าน และโรงเรียน มีการติดตามประเมินผล และการ

สร้างขวัญและกำลังใจแก่กลุ่มเสี่ยงที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยสรุปได้เป็นรายละเอียด ดังนี้ ตาม HUG DU model ดังนี้

Health belief model (โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ)

Understanding (การสร้างความเข้าใจร่วมกัน ข้อตกลงมาตรการและแนวทางการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยชุมชนร่วมกำหนด)

Guide (การแนะนำ แนะนำ แนวทางการปฏิบัติการปรุงอาหารสุกเมนูจากปลาเพื่อป้องกันโรคพยาธิ)

Do (การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

Unity Team (การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนทางสังคม)

3. ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 16 สัปดาห์ ตามเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยในแบบสอบถาม พบว่า หลังการทดลอง ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 100.00 ส่วนก่อนการทดลอง พบว่า ระดับคะแนน 38.68 - 51.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมสูง ร้อยละ 81.18 และระดับคะแนน 26.34 - 38.67 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมปานกลาง ร้อยละ 18.82 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ฮามสมพันธ์ (2559) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือนตำบลฝาง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลองมีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

4. ผลการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อน-หลัง ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า พฤติกรรมของประชากรกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม จำนวน 16 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\bar{d} = 3.72$, $t = 9.67$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวชัย ทองนาเมือง

ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. นำ HUG DU model ไปทดลองใช้กับพื้นที่อื่นหรือกลุ่มเป้าหมายอื่น เพื่อประเมินผลโปรแกรม ว่าสามารถนำไปใช้กับพื้นที่ที่เป็นปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับได้หรือไม่
2. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จะต้องมีการเริ่มตั้งแต่ การทราบถึงสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ และได้ร่วม คิดหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมวางแผนดำเนินการ ร่วมทำกิจกรรม ร่วมสนับสนุนทั้งงบประมาณ การบริหารจัดการ กำลังคนในชุมชน และวัสดุอุปกรณ์ จะสามารถกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้
3. การแก้ไขปัญหาระบาดโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากจะแก้ไขที่พฤติกรรมของประชาชน แล้ว ความสำคัญจะต้อง มีการปรับปรุงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกัน คือ ต้นน้ำ คือการทิ้งสิ่งปฏิกูล จากระบบสุขาภิบาล กลางน้ำ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกลยุทธ์ HUG DU model และปลายน้ำ โดยการตรวจสุขภาพประชาชน มีการประเมินรักษาให้ทันทั่วถึง โดยสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
4. ในการวิจัยครั้งต่อไป ให้มีการเลือกใช้กลุ่มผู้ประกอบการ ผู้ปรุงอาหาร ในงานต่างๆ ในชุมชน เช่นงานบุญ งานศพ หรือแม่ครัววัด แม่ครัวร้านอาหาร เพื่อสร้างความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้สามารถป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้

เอกสารอ้างอิง

- เกสร แก้วโนนจิว, อังษณา ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทรมหา. (2556). ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจังหวัดเลย ปี 2556. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561) แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ; 24-26 กรกฎาคม 2561 ; โรงแรมพหลแมน ขอนแก่น ราชวอคิด. ขอนแก่น. Cascap Khon Kaen university.
- ประกาศรี จงสุขสันติกุล, ดัชนี มานะตระกูล, ฐิติมา วงศาโรจน์, ปัทมาวดี กฤษณามระ, ศรีเพ็ญ สวัสดิมงคล, สุกัญญา วงศาโรจน์. (2544). การประเมินผลงานควบคุมโรคหนอนพยาธิของประเทศไทยเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8. วารสารอายุรเวชศาสตร์เขตร้อนและปราราสิตวิทยา 2003.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (2567). ผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ. ฐานข้อมูล JHCIS.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). เอกสารประกอบการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ระหว่างวันที่ 6-8 พฤศจิกายน 2566.
- สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2552). โรคพยาธิใบไม้ตับ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภวัตร พลายน้อย. (2547). เอกสารเผยแพร่ในโครงการวิจัยและพัฒนาชีวิตสาธารณะ - ท้องถิ่นน้อย “จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) สู่...การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community Action Research : CAR).
- Songserm, N., Charoenbut, P., Bureelard, O., Pintakham, K., Woradet, S., & Vanhnivongkham, P.(2019). Behavior-related risk factors for opisthorchiasis-associated cholangiocarcinoma among rural people living along the Mekong river in five greater Mekong subregion countries. Acta Trop, 201, 105221.
- World health Organization: WHO. (1997). Foodborne parasitic infections: Fascioliasis (Liver fluke). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S138357691100119X> (วันที่สืบค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2567).
- ศุภวัตร พลายน้อย. (2547). จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) สู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างชุมชนแห่งการเรียนรู้ (Community Action Research – CAR). กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- บุญชม ศรีสะอาด.(2546). การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น. พิมพ์ครั้งที่ 8.
- ณัด ฐะพันธ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลตูมใต้ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=Mjlx>. (วันที่สืบค้นข้อมูล 15 มีนาคม 2568).
- ฉัตรลดา ดีพร้อม. (2562). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบของกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบึงงาม อำเภอกู่แก้ว จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2562.
- กาญจนา ฮามสมพันธ์ และคณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือนตำบลวาง อำเภอกะชังร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2559.
- ศิวัชญ์ ทองนาเมือง. (2555). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในนักเรียนประถมศึกษา อำเภอยะผา จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). บทความย่อ.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กัญญ์ณวัณฐชนก เผ่าพันธ์, ศศ.บ.¹, กำพล เข้มทอง, ส.ด.², ฉัตรปวีณ์ เมฆะพงศ์ศรี, วท.บ.³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจงบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 797 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 สมรรถนะหลักของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 95 ข้อ ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์บริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม และส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และ ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต : ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน หาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ correlation

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 ชาย มีอายุระหว่าง 36-40 ปี ร้อยละ 17.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.0 มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.5 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 4-6 ปี ร้อยละ 16.2 เป็นระดับตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 69.3 การปฏิบัติงานในตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ 51.4 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 22.1 มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.81 ส่วนใหญ่มีสมรรถนะระดับสูง ร้อยละ 81.4 ระดับค่อนข้างสูง ร้อยละ 17.7 มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.18 ร้อยละ 51.4 ความพึงพอใจรายด้าน พบว่า ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต : ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน คะแนนเฉลี่ย 4.19 และด้านความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คะแนนเฉลี่ย 4.16

ในการประเมินสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขนี้ไม่ได้เฉพาะเจาะจงหรือชี้เป้าไปที่กรอบอัตรากำลัง หรือตำแหน่งหรือกลุ่มวิชาชีพใด เพื่อให้การวิจัยนี้เป็นส่วนช่วยในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรที่เป็นการเสริมสร้างขวัญกำลังใจมากกว่าเป็นการประเมินบุคคลหาข้อบกพร่องและกำหนดการปฏิบัติงานของบุคลากร

คำสำคัญ: สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, การบริหารทรัพยากรบุคคล

¹ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: poo.hr1557@gmail.com

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

³ นักทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: khiim0611@gmail.com

Factors related to the Competency Development of Public Health Personnel in Health Promoting Hospitals under the Sisaket Provincial Public Health Office

Karnvanatchanok Phaophan, B.A.¹, Kampol Khemthong, Dr.P.H.², Chatpawee Maysapongsri, B.Sc.³

Abstract

This research is a cross-sectional survey study that was aimed at studying the factors related to the competency of public health personnel in the Health Promoting Hospitals under the Sisaket Provincial Public Health Office. The sample group was selected by purposive sampling: 797 public health personnel working in sub-district Health Promoting Hospitals under the Sisaket Provincial Public Health Office. The sample. The research instrument was a questionnaire of public health personnel in sub-district Health Promoting Hospitals, consisting of 3 parts: Part 1: General characteristics, 8 items; Part 2: Core competency of public health personnel, 95 items: Focus on good service results, accumulation of professional expertise, adherence to fairness and ethics, and teamwork; and Part 3: Satisfaction with public health personnel's work, 30 items: Satisfaction with the organization's human resource management in the past year and satisfaction with quality of life: work-life balance. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics, to find the relationship of factors, including correlation statistics.

These results found that most of the sample were female (73.0%) and male aged 36-40 years (17.7%); 58.0% were married, 70.5% had a bachelor's degree, 16.2% were in the position of an operator, 69.3% were working in other positions, and 51.4% had an income of less than 5,000 baht (22.1%). High level of competence, average score 4.81; most of them have high level of competence (81.4%), quite high level (17.7%), a high level of overall satisfaction with work performance, average score 4.18%; 51.4% Satisfaction in each aspect found that satisfaction with quality of life (work-life balance) had an average score of 4.19 and satisfaction with human resource management of the agency in the past year had an average score of 4.16.

In assessing the competence of public health personnel, this is not specific or targeted to any workforce framework or position or professional group. In order for this research to be a part of helping to develop the core competence of personnel, that is, to build morale rather than evaluating individuals to find shortcomings and criticize the performance of personnel.

KEYWORDS: Public health personnel competence, Subdistrict health promotion hospital, Human resource management

¹ Human Resource Officer, Professional Level, Sisaket Provincial Public Health Office, E-mail: poo.hr1557@gmail.com

² Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Sisaket Provincial Public Health Office, E-mail: baokamk@gmail.com

³ Human Resource Officer, Sisaket Provincial Public Health Office, E-mail: khiim0611@gmail.com

บทนำ

ในปี พ.ศ. 2556 - 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้นำเสนอแผนการดำเนินงานนโยบายด้านสาธารณสุข 11 เรื่อง แบ่งเป็น แผน 3 ระยะ คือ ระยะเร่งด่วน ระยะกลาง และระยะยาว การปรับปรุงระบบการบริการสุขภาพของภาครัฐทุกระดับให้ได้ มาตรฐาน การพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ รวมถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข มุ่งจัดการที่ต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ พื้นที่บริการระดับตำบลจึงเป็นด่านแรกและพื้นฐานที่สำคัญโดยเฉพาะเป็นการให้บริการแก่คนยากจนและประชาชนทั่วไปซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ (กิตติพิทักษ์ เอี่ยมรอด, 2555)

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญ 6 ประเด็น คือ 1) เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยุทธศาสตร์การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ 2) ยุทธศาสตร์ระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการตายโรคสำคัญ 3) ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล 4) ยุทธศาสตร์ความมั่นคงทางสุขภาพ 5) ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ และ 6) พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น โดยผ่านกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการการขับเคลื่อนนโยบายแต่ละประเด็น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยการขับเคลื่อนนโยบายที่สำคัญ “ประเด็นที่ 6 พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง” และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงาน ที่ดี ได้จัดทำแผนขับเคลื่อนนโยบายด้านองค์กร บุคลากร และการสื่อสารองค์กร กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี 3 มาตรการหลัก คือ มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของระบบบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง มาตรการที่ 2 บุคลากรมีสมรรถนะ มีความสุข และความผูกพันองค์กร และมาตรการที่ 3 การสื่อสารภายในองค์กร เครือข่ายและประชาชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อมุ่งให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ

เป็นที่พึงและเป็นที่ไว้วางใจของประชาชน โดยบุคลากรมืออาชีพ และเพื่อเป็นการผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายด้านองค์กร บุคลากรและ การสื่อสารองค์กร ตามมาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของระบบบริหารจัดการสู่องค์กรสมรรถนะสูง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566)

สมรรถนะเป็นผลรวมของความรู้ที่จำเป็นความสามารถในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ทักษะ และคุณลักษณะ ส่วนบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ผลงานที่ดีและการบรรลุเป้าหมายการดำเนินงานขององค์กร (สุกัญญา รัตมิตร์มโชค, 2548) สมรรถนะของบุคคลสัมพันธ์กับปัจจัย ทั้งในระดับบุคคลเอง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา (รัชนิภา บุญกล้า, 2555) ตำแหน่งงาน (สุนทวิทย์ รุ่งเรือง และคณะ, 2559) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (ธีรวัช พิมพวงศ์, 2562) และปัจจัยระดับองค์กร เช่น นโยบายสนับสนุนการปฏิบัติงาน(ประจักษ์ บัวผัน, 2562) เพื่อให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข หรือ MoPH-4T ซึ่งหมายถึง องค์กรที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยขับเคลื่อนการดำเนินการขององค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 T1 Trust : การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากร และเครือข่าย ประเด็นที่ 2 T2 Teamwork & Talent: การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงาน ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี ประเด็นที่ 3 T3 Technology: การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่าเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และการสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ ประเด็นที่ 4 T4 Target : การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และ ประเด็นที่ 5

Result : ผลลัพธ์การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขด่านแรกในระดับตำบล มีกรอบอัตรากำลังตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แม้ว่าจะมีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ตามประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวันมิตราชีนีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) (ราชกิจจานุเบกษา, 2542) เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของระบบสุขภาพไทยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น และพบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย จำนวน 9,787 แห่ง ซึ่งถ่ายโอนไปยัง อบจ. จำนวน 3,263 แห่ง (เริงชาติ ศรีขจรวงศ์, 2565) นอกจากการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าวแล้ว แผนการกระจายอำนาจยังได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนบุคลากรและการจัดสรรรายได้ให้แก่ อปท. ควบคู่ไปด้วย เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามภารกิจที่ถ่ายโอนไปให้แก่ อปท.อย่างต่อเนื่องและเพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด แต่จากข้อมูลการติดตามประเมินผลการถ่ายโอนภารกิจดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคและความท้าทายมากมายหลายด้าน จากบทเรียนของการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้ อปท. ที่ผ่านมา พบว่ามากกว่าครึ่ง มีปัญหาด้านการบริหารจัดการ เช่น การจัดสรรงบประมาณ บุคลากร ข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรมและวิชาการ เป็นต้น บางแห่งเกิดความห่างเหินหรือขัดแย้งกับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งเป็นต้นสังกัดเดิม อีกทั้ง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บางแห่งยังถูกตัดการสนับสนุนจากหน่วยบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contracted unit of primary care; CUP) ตลอดจนคุณภาพการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ที่ถ่ายโอนแล้วยังปฏิบัติงานต่างๆ ได้ไม่เต็มที่ (วรภรณ์ ผ่องอวย, 2565) การถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่ อบจ. เป็นกลไกที่สำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพของรัฐให้เข้าถึงประชาชนได้ดี รวดเร็ว และตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านสุขภาพอย่างรื้อคดี การจัดการบริการด้านสาธารณสุขของ อบจ. นั้น ยังคงเป็นการดำเนินการภายใต้มาตรฐานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยคำนึงถึงหลักการกระจายอำนาจ(ราชกิจจานุเบกษา, 2542) ซึ่งกำหนดไว้ให้ อปท. ที่รับการถ่ายโอน จากส่วนราชการจะต้องจัดทำบริการกิจกรรมสาธารณะให้แก่ประชาชนได้อย่างมีมาตรฐาน ไม่น้อยกว่าที่ส่วนราชการได้ดำเนินการไว้เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ แต่จากบทเรียนที่ผ่านมาในการถ่ายโอนจึงอาจส่งผลกระทบ ต่อการบริหารจัดการเพื่อการอภิบาลระบบ และการจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง (ชุดิเดช ยะภักดี, 2565) โดยเฉพาะผลกระทบด้านการจัดการบริการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรฐานที่เป็นบทบาทและภารกิจสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อันเนื่องจากการป้องกันโรคเป็นมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะเกิดโรคหรือภัย สำหรับการควบคุมโรคนั้นเป็นมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากที่เกิดโรคหรือภัยขึ้นแล้วเพื่อให้โรคหรือภัยนั้นสงบโดยเร็วก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความเป็นอยู่น้อยที่สุด และไม่เกิดขึ้นอีก อีกทั้งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมโรคคือการมีระบบการเฝ้าระวังที่ดี สามารถตรวจจับได้เร็วมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง แม่นยำ

รวดเร็วทันต่อเหตุการณ์ มีกลไกในการควบคุม กำกับที่เข้มแข็ง การสนับสนุนการดำเนินงาน การบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งมาตรการหรือกิจกรรมนั้นสามารถดำเนินการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิด กับประชาชนมากที่สุดที่จะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งข้อมูลการถ่ายโอนภารกิจไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดจังหวัดศรีสะเกษ เดิมมีจำนวนทั้งสิ้น 254 แห่ง ได้ถ่ายโอนในปีงบประมาณ 256 จำนวน 117 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.05 ปีงบประมาณ 2567 ถ่ายโอน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.57 และปี 2568 ถ่ายโอน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 0.39 รวมทั้งถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งสิ้น จำนวน 122 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 48.03 ขณะนี้ยังคงเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ถ่ายโอน จำนวน 132 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.97 ซึ่งยังคงสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มากกว่าถ่ายโอน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567)

สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษนั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2567) พบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาถึงผลกระทบการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยัง อบจ. ต่อระบบการบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคของประเทศไทย ตามแนวคิดของ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (6 Building Blocks) (ชุดิเดช ยะภักดี, 2565) ได้แก่ 1) ระบบบริการ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของระบบบริหารจัดการในประเด็น 1) การเข้าถึงการจัดบริการ 2) ความ

ครอบคลุมของการจัดบริการ และ 3) คุณภาพการจัดบริการ พร้อมทั้งผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค เมื่อจำแนกลักษณะการถ่ายโอนเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) การถ่ายโอนภารกิจ และ 2) ไม่ได้ถ่ายโอนภารกิจ เพื่อผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสารสนเทศในการบริหารจัดการในระดับนโยบาย และเพื่อนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการ (สมธนิ์ โชติช่วงฉัตรชัย และคณะ, 2565)

จากเหตุผลและปัญหาอุปสรรคที่กล่าวมาจึงเป็นข้อมูลแรงบันดาลใจและการตัดสินใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ กอปรกับกระทรวงสาธารณสุขที่มีนโยบายพัฒนาสมรรถนะ สร้างขวัญกำลังใจ เพิ่มค่าตอบแทนเพิ่มกรอบอัตรากำลัง การกำหนดตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นให้กับบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้มากขึ้นกว่าที่ผ่านมาและมีโอกาสที่จะมีความก้าวหน้าในสาขาวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเพื่อการวางแผนและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

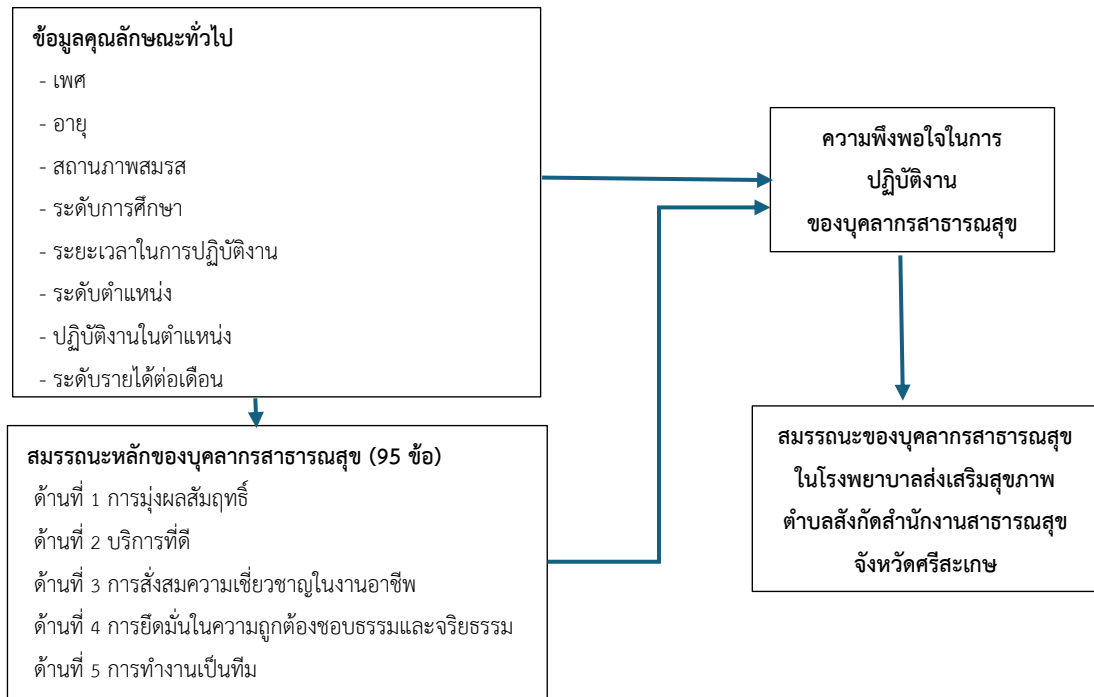
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาสถานการณ์อัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามกรอบอัตรากำลัง

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อจะนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนกรอบอัตรากำลังและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยมีเป้าหมายให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข นักสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทยและลูกจ้างที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 132 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 797 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) โดย 1) ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาในระหว่างการศึกษาวิจัย 2) มีความยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยตลอดระยะเวลาศึกษาวิจัย และ 3) ปฏิบัติงานในสายงานที่กำหนดตามเงื่อนไขการศึกษาวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) เมื่อ 1) ย้ายไปปฏิบัติงานนอกพื้นที่ศึกษาในระหว่างการศึกษาวิจัย 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการศึกษาวิจัยได้ตลอด 3) เสียชีวิตระหว่างการศึกษาวิจัย 4) ปฏิเสธการให้ข้อมูลการศึกษาวิจัย และ 5) หน่วยงานถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษในระหว่างการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามบุคลากร
สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1
ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ
สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการ
ปฏิบัติงาน ระดับตำแหน่ง ปฏิบัติงานในตำแหน่ง และ
ระดับรายได้ต่อเดือน ส่วนที่ 2 สมรรถนะหลัก
ของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 95 ข้อ ได้แก่ การมุ่ง
ผลสัมฤทธิ์บริการที่ดี การส่งมอบความเชี่ยวชาญในงาน
อาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและ
จริยธรรม และการทำงานเป็นทีม และ ส่วนที่ 3
ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากร
สาธารณสุข จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการ
บริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และ ความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต : ความสมดุล
ระหว่างชีวิตและการทำงาน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เชิงปริมาณผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรง
เชิงเนื้อหา(Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน
ให้มีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.5 ขึ้นไป
แล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับแพทย์ ทันตแพทย์
เภสัชกร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
นักวิชาการสาธารณสุข นักสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ
แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานประจำ ของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอข้างเคียงกับเป้าหมาย
กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง
รวม 30 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาช ที่มีค่าความเที่ยง ของแบบสอบถามเท่ากับ
ตั้งแต่ 0.75 ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เชิงคุณภาพตรวจสอบการใช้ภาษาและโครงสร้างจาก
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เช่นเดียวกัน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยผู้วิจัยได้เตรียมการและ
ดำเนินการตามลำดับการศึกษาวิจัย การประสานงาน

การเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการช่วยการเก็บรวบรวมข้อมูล
โดย **ขั้นตอนที่ 1** การศึกษาบริบทและวิเคราะห์
สถานการณ์การบริหารจัดการอัตรากำลัง สมรรถนะ
ของบุคลากร การรับโอน การย้าย การเลื่อนระดับ
การบรรจุแต่งตั้ง ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ **ขั้นตอนที่ 2**
การเก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจงานของบุคลากร
สาธารณสุขและข้อมูลสมรรถนะของบุคลากร
สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลที่ยังสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลและนำเสนอ
ผลการศึกษาวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม
โดยผู้วิจัยจัดส่งหนังสือถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่
เป้าหมายเพื่อแจ้งกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย
ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการ
จัดเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ดำเนินการจัดเก็บ
ข้อมูลตามกำหนดการในระหว่างเดือนพฤศจิกายน
2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descript Statistic)
ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)
ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัย
ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ correlation

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม
การวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ตามหนังสือรับรอง เลขที่ SPPH 2024-211 วันที่รับรอง
11 พฤศจิกายน 2567 หมดอายุ 10 พฤศจิกายน 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 ชาย ร้อยละ 27.0 มีอายุระหว่าง 36-40 ปี ร้อยละ 17.7 รองลงมา มีอายุระหว่าง 51-55 ปี ร้อยละ 16.4 อายุ 26-30 ปี ร้อยละ 13.0 อายุ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.7 อายุ 31-35 ปี ร้อยละ 12.4 อายุ 46-50 ปี ร้อยละ 11.7 อายุ 41-45 ปี ร้อยละ 10.5 และน้อยสุดมีอายุน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 5.5 อายุเฉลี่ย 41.9 ปี อายุน้อยสุด 20 ปี มากสุด 60 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.0 รองลงมา โสด ร้อยละ 35.1 และหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 6.9 ตามลำดับ มีระดับการศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.5 รองลงมา ต่ำกว่าอนุปริญญา ร้อยละ 17.1 ปริญญาโท ร้อยละ 7.4 อนุปริญญา ร้อยละ 4.9 และน้อยสุดระดับปริญญาเอก ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 4-6 ปี ร้อยละ 16.2 รองลงมา ระหว่าง 7-9 ปี ร้อยละ 15.8 ระหว่าง 1-3 ปี ร้อยละ 15.6 ระหว่าง 10-12 ปี ร้อยละ 15.1 มากกว่า 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 13.6 ระหว่าง 17-20 ปี ร้อยละ 9.8 น้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 8.5 และน้อยสุดระหว่าง 13-16 ปี ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ โดยระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 15.6 ปี น้อยสุด 1 ปี มากสุด 40 ปี เป็นระดับตำแหน่งผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 100% ตาราง 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=797)

ข้อมูลลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	215	27.0
	หญิง	582	73.0
อายุ	น้อยกว่า 25 ปี	44	5.5
	26 - 30 ปี	104	13.0
	31 - 35 ปี	99	12.4
	36 - 40 ปี	141	17.7
	41 - 45 ปี	84	10.5
	46 - 50 ปี	93	11.7
	51 - 55 ปี	131	16.4
	56 ปีขึ้นไป	101	12.7
$\bar{X}$ =41.9, min=20, max=60, S.D.=10.7			

69.3 รองลงมาเป็นตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ 16.4 และน้อยสุดเป็นผู้บริหาร ร้อยละ 14.3 สำหรับการปฏิบัติงานในตำแหน่ง พบว่าส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ 51.4 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ร้อยละ 14.3 นักสาธารณสุขปฏิบัติการ ร้อยละ 12.0 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ร้อยละ 8.8 นักสาธารณสุขชำนาญการ ร้อยละ 5.6 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 5.3 แพทย์แผนไทยชำนาญการ ร้อยละ 1.0 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ร้อยละ 0.8 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ร้อยละ 0.6 และน้อยสุดเป็นแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ ร้อยละ 0.1 ตามลำดับ ระดับรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 22.1 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 10,000-14,999 บาท ร้อยละ 16.8 ระหว่าง 20,000-24,999 บาท ร้อยละ 11.5 ระหว่าง 5,000-9,999 บาท ร้อยละ 10.9 ระหว่าง 25,000-29,999 บาท ร้อยละ 10.8 ระหว่าง 15,000-19,999 บาท ร้อยละ 9.0 ระหว่าง 35,000-39,999 บาท ร้อยละ 5.9 ตั้งแต่ 45,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 5.4 ระหว่าง 30,000-34,999 บาท ร้อยละ 4.9 และน้อยสุดระหว่าง 40,000-44,999 บาท ร้อยละ 2.6 โดยมีรายได้เฉลี่ย 30,029.8 บาท น้อยสุด 3,000 บาท มากสุด 88,000 บาท รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=797) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะประชากร		จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	โสด	280	35.1
	สมรส	462	58.0
	หม้าย/หย่า/แยก	55	6.9
ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าอนุปริญญา	136	17.1
	อนุปริญญา	39	4.9
	ปริญญาตรี	562	70.5
	ปริญญาโท	59	7.4
	ปริญญาเอก	1	0.1
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	น้อยกว่า 1 ปี	68	8.5
	1 - 3 ปี	124	15.6
	4 - 6 ปี	129	16.2
	7 - 9 ปี	126	15.8
	10 - 12 ปี	120	15.1
	13 - 16 ปี	44	5.5
	17 - 20 ปี	78	9.8
	มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	108	13.6
$\bar{X}$ =15.6, min=1, max=40, S.D.=11.2			
ระดับตำแหน่ง	ผู้บริหาร	114	14.3
	ผู้ปฏิบัติงาน	552	69.3
	อื่นๆ(ระบุ).....	131	16.4
ปฏิบัติงานในตำแหน่ง	ผอ.รพ.สต.	42	5.3
	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	70	8.8
	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	5	0.6
	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	6	0.8
	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	114	14.3
	นักสาธารณสุขปฏิบัติการ	96	12.0
	นักสาธารณสุขชำนาญการ	45	5.6
	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	1	0.1
	แพทย์แผนไทยชำนาญการ	8	1.0
	อื่นๆ	410	51.4

ตาราง 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (n=797) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับรายได้ต่อเดือน (บาท)		
<5,000 บาท	176	22.1
5,000-9,999 บาท	87	10.9
10,000-14,999 บาท	134	16.8
15,000-19,999 บาท	72	9.0
20,000-24,999 บาท	92	11.5
25,000-29,999 บาท	86	10.8
30,000-34,999 บาท	39	4.9
35,000-39,999 บาท	47	5.9
40,000-44,999 บาท	21	2.6
45,000 บาทขึ้นไป	43	5.4
$\bar{X}$ =30,029.8, min=3,000, max=88,000, S.D.= 19,201.9		

2. สมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลการศึกษาโดยภาพรวมพบว่า บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 4.81 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.4 มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 17.7 มีสมรรถนะอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และร้อยละ 0.9 มีสมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ามีบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษที่มีสมรรถนะในระดับค่อนข้างต่ำและระดับต่ำ รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (n = 797)

ระดับสมรรถนะบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
			4.81	.418
สมรรถนะอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80)	0	-		
สมรรถนะอยู่ในระดับ ค่อนข้างต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60)	0	-		
สมรรถนะอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40)	7	.9		
สมรรถนะอยู่ในระดับค่อนข้างสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20)	141	17.7		
สมรรถนะอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00)	649	81.4		

2. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.18 โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.4 มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 34.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5 ระดับน้อย ร้อยละ 1.5 และน้อยสุดเป็นระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาความพึงพอใจรายด้าน พบว่า ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต : ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 ซึ่งสูงกว่าด้านความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 4.16 ทั้งสองด้านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต : ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก ร้อยละ 50.2 รองลงมามีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 35.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.9 ระดับน้อย ร้อยละ 1.1 และน้อยสุดเป็นระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ส่วนด้านความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 50.2 รองลงมาอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 34.5 ระดับน้อย ร้อยละ 12.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.9 และน้อยสุดเป็นระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (n = 797)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ					$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1.ด้านความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	275 (34.5)	400 (50.2)	15 (1.9)	102 (12.8)	5 (.6)	4.16	.761	มาก
2. ด้านความพึงพอใจต่อคุณภาพชีวิต: ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน	285 (35.8)	400 (50.2)	95 (11.9)	9 (1.1)	8 (1.0)	4.19	.761	มาก
ภาพรวมความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข	277 (34.8)	410 (51.4)	92 (11.5)	12 (1.5)	6 (.8)	4.18	.748	มาก

สรุปและอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะอยู่ในระดับสูง ซึ่งสมรรถนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ตามที่สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนได้กำหนดให้บุคลากรสาธารณสุขต้องมีความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานและให้มีความรู้ด้านกฎหมายและกฎระเบียบในการปฏิบัติราชการ ซึ่งจะต้องมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานและต้องมีสมรรถนะหลัก 5 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) ด้านการมุ่งสัมฤทธิ์ 2) ด้าน

การบริการที่ดี 3) ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4) ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และ 5) ด้านการทำงานเป็นทีม(สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2548) ทั้งนี้ยังต้องมีสมรรถนะทั้งทางด้านการคิดวิเคราะห์ ด้านการดำเนินการเชิงรุกและด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมงานและผู้รับบริการ สมรรถนะจึงเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน อีกทั้งยังมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสมรรถนะ (นิตยา อินกลิ่นพันธ์, 2539)

จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของसानิตย์ เพชรสุวรรณ (2554) พบว่าสมรรถนะโดยรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษอยู่ในระดับสูง เมื่อดูรายด้านคะแนนสูงสุด 3 อันดับ พบว่าด้านการมีจริยธรรม ด้านความร่วมมือแรงร่วมใจ และด้านการบริการดี สอดคล้องกับการ ศึกษาของขจิต หนูดี พบว่าผลการศึกษาสมรรถนะทั้ง 8 ด้านพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ 2 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีทั้งหมดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ 3 ต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านความร่วมมือแรงร่วมใจเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ 4 ต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการคิดวิเคราะห์ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ 5, 6 และ 7 ต้องพัฒนาสมรรถนะทั้ง 8 ด้านเรียง ลำดับดังนี้ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การคิดวิเคราะห์การส่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ความร่วมมือแรงร่วมใจการดำเนินการเชิงรุกการบริการที่ดี การพัฒนาศักยภาพและจริยธรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การประเมินสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการประเมินในภาพรวม ซึ่งผลที่ได้ไม่ได้เฉพาะเจาะจงหรือชี้เป้าไปที่กรอบอัตรากำลัง หรือ

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา คงวารี. (2556). ความคาดหวังและการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. นครปฐม, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2549). เครื่องมือประเมินสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี พ.ศ. 2549.
- จิตติมา พะนา. (2550). การตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลในโครงการประกันสังคม. สาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการ : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จุฑามาศ นันทะเนตร และคณะ. (2560). การพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี.วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ, 8(4),164.
- ชมนาด ม่วงแก้ว. (2555). ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการงานกิจกรรม นักศึกษาและงานทะเบียนนักศึกษา. ปทุมธานี, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.

ตำแหน่งหนึ่งตำแหน่งใดหรือกลุ่มวิชาชีพหนึ่งวิชาชีพใด ทั้งนี้ เพื่อให้การวิจัยนี้เป็นส่วนช่วยในการพัฒนาสมรรถนะหลักของบุคลากรที่เป็นการเสริมสร้างขวัญกำลังใจ มากกว่าจะเป็นการประเมินบุคคลหรือหาข้อบกพร่องและตำหนิการปฏิบัติงานของบุคลากร

2. การวิจัยนี้เป็นการสำรวจเจาะจง ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อประเมินในภาพลักษณะที่ไม่ให้คุณให้โทษและเลี่ยงการเพ่งเล็งจากผู้บริหารและจากเพื่อนร่วมงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยภาวะผู้นำ ปัจจัยส่งเสริมขวัญและแรงจูงใจให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เพียงพอและเหมาะสม

2. การพัฒนาและยกระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้สามารถสร้างกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากรให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. สร้างแรงจูงใจในการกระตุ้นให้บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาสมรรถนะหลักของตนเองให้เหมาะสมและตรงตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบ

ชุตติเดช ยะภักดี. การถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ความก้าวหน้าและปัญหาในการถ่ายโอนภารกิจ.

วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ 2565;2(3): 263-78. 14.

ทิพย์สุนทร์ ศรีลาธรรม. (2559). คุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. ปทุมธานี, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.

บุญชม ศรีสะอาด.(2554). วิธีการทางสถิติ สำหรับการวิจัย เล่ม 1.พิมพ์ครั้งที่4,กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอน การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนมายเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด. (19 พฤศจิกายน 2564). ราชกิจจานุเบกษา 2564; เล่ม 138 ตอนพิเศษ 254 หน้า 14 15.2.

คันสนีย์ วงม่วย และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี. (2556). แรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะประจำกลุ่มงานของนักวิชาการ สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 6(3). กรกฎาคม-กันยายน.

สมธนิ์ก โชติช่วงฉัตรชัย, กมลพัฒน์ มากแจ้ง, ศรวณีย์อวนศรี, วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ธนินทร์ พัฒนศิริ, ศักดิ์ธัช อิทธิพิสิฐ และคณะ.(2565). กลไกการประมวลสถานการณ์และการสนับสนุนงานวิชาการนโยบาย และระบบสุขภาพ: กรณีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด. นนทบุรี:

สานิตย์ เพชรสุวรรณ. (2554). ปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขระดับตำบล. ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ. กรุงเทพฯ ฯ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). การพัฒนาสมรรถนะหลัก (Core Competecies) สำหรับ นักวิชาการสาธารณสุขแนวใหม่. แผนงานการพัฒนา

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2553). คู่มือการกำหนดความรู้ ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะสำหรับ ตำแหน่ง. กรุงเทพฯ ฯ: บริษัทประชุมช่าง จำกัด.

สำนักงานเลขาธิการ.(2548). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.). รายงานความก้าวหน้าของ การพัฒนาระบบราชการในรอบ 3 ปี. กรุงเทพมหานคร.

อำพล จินดาวัฒนะ.(2542). สถานการณ์กำลังคนโรงพยาบาลชุมชน. วารสารโรงพยาบาลชุมชน 2542; 1: 8-15.

World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.Geneva: WHO Document Production Services;2010.9.

Creswell JW, Creswell JD. Research design:qualitative, quantitative, and mixed methodsapproaches. 5th ed. Thousand Oaks, California:SAGE Publication; 2018.

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ

สายสมร ศรีคราม¹, สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, พร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 60 คน กลุ่มทดลองได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักหิน ตำบลบักตอง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลา 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิมฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถสร้างการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรม,การสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม,ผู้สูงอายุ,ภาวะซึมเศร้า

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ; E-mail: saiamorn2558@gmail.com

²อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email:sukhontip@scphub.ac.th

The Impact of Community Engagement and Social Support on Depression Prevention in Elderly Individuals at Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Chan Sub-district Khun Han District, Sisaket Province

Saisamorn Srikram¹, Sukhontip Arunkamonphat, *Ph.D.*²

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of participation enhancement and social support in preventing depression among older adults in the service area of Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Chan Sub-district, Khun Han District, Sisaket Province. The study included two groups, each consisting of 60 participants. The experimental group comprised older adults at risk of depression residing in the service area of Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital, while the comparison group consisted of older adults at risk of depression living in the service area of Lak Hin Subdistrict Health Promoting Hospital, Bak Dong Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province. The experimental group received a researcher-developed participation enhancement and social support program, whereas the comparison group received a standard health care program provided by the Ministry of Public Health. The intervention lasted for ten weeks. Data were collected using questionnaires at two time points: before and after the intervention, from December 2024 to February 2025. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, and median. Differences in mean scores between the groups were analyzed using an independent t-test with a significance level of 0.05.

The study results indicated that the mean differences in perceived susceptibility, perceived severity of depression, self-esteem, social support, and engagement in health-promoting behaviors among older adults in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group ($p < 0.05$). Additionally, the mean depression scores of the experimental group were significantly lower than those of the comparison group ($p < 0.05$). These findings suggest that the researcher-developed program effectively enhanced participation and social support, achieving its intended objective of preventing depression among older adults

Keyword: Program, Participation Enhancement, Social Support, Older Adults, Depression

¹Registered Nurse Professional Level, Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital

Email: saismorn2558@gmail.com

²Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province.

Email:sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ระบุว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างรุนแรงในกลุ่มประชากรสูงอายุและเป็นสาเหตุของการลดลงในคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นประเทศไทย (Chiu et al., 2018) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมถึงจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีประชากรสูงอายุจำนวนมากและมีการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตอย่างจำกัด (Department of Mental Health, 2021) การวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่นี้จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเข้าใจและวางแผนมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัยกลุ่มโดยพบว่าในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ซึ่งปัจจุบันมีการใช้ดัชนีการสูงวัยจำแนกสังคม ดังนี้ (1) สังคมเยาว์วัย (young society) หมายถึง ค่าดัชนีต่ำกว่า 50 (2) สังคมสูงวัย (aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 50 - 119.9 (3) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9 และ (4) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) หมายถึง ค่าดัชนีตั้งแต่ 200 ขึ้นไป ในขณะที่บางประเทศในเอเชียเช่น ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดแล้วส่วนในประเทศอาเซียนพบว่าประเทศสิงคโปร์มีค่าดัชนีชีวิตของสังคมผู้สูงอายุเป็นอันดับ 1 เช่นกันสำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2559) ในขณะที่ประเทศไทยเข้าสู่สภาวะการตายลดน้อยลงทำให้คนอายุยืนยาวขึ้นดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยเมื่อ 50 ปีก่อนอายุคาดเฉลี่ยของเพศชายประมาณ 55 ปี เพศหญิงประมาณ 62

ปีแต่ปัจจุบัน(พ.ศ.2557) อายุคาดเฉลี่ยฯ ได้เพิ่มสูงขึ้นโดยเพศชายประมาณ 72 ปี เพศหญิง ประมาณ 79 ปีและอีกสิบปีข้างหน้า(พ.ศ.2567) อายุคาดเฉลี่ยฯของเพศชายประมาณ 76 ปีและเพศหญิงประมาณ 83ปี(สายพิน ยอดกุลและจิตภินันท์ ศรีจักร, 2555)และการที่อายุที่ยืนยาวขึ้นของผู้สูงอายุถือว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยรักษาชีวิตให้กับผู้สูงอายุได้ แต่พบว่าการมีอายุที่ยืนยาวของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อโรคไข้เจ็บต่างๆที่ตามมา

การสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นโดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิธีการดำเนินชีวิต การพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดการปรับตัวในการดำรงชีวิตหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อมีความเสื่อมทางร่างกายจะเกิดการเจ็บป่วย เกิดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จนส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก (National Institute on Ageing, National Institute of Health, 2011) ซึ่งการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติพบว่าโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization, 2015) ด้านความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับการรับรู้คุณค่าในตัวเอง เมื่อการรับรู้คุณค่าในตัวเองต่ำลง จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้ามลดลง การรับรู้คุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น (Beck AT, 1967)

จากการวิจัยของ Kelley Orth et. Al. (2009) และคณะ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำก็จะมีเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่สุด อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2018) เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูงคิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับและปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญประเทศไทยก่อความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 9 ในเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทยพบภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับที่ 10 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลาร, 2551)

สถานการณ์การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2567 ถึง 2568 ผลการคัดกรองด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2QPLUS) จำนวน 6,978,952 พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 308,982 รายและผลการคัดกรองในปี 2568 จำนวน 1,269,923 คน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 46,676 คน ตามลำดับ (ข้อมูล Blue books กรมอนามัย, 2567) อำเภอขุนหาญจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2566 พบผู้สูงอายุจำนวน 28,659 คน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,362 คน คิดเป็นร้อยละ 4.75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (ข้อมูลโปรแกรม 3 C กรมอนามัย, 2567) ส่วนตำบลห้วยจันทร์มีประชากรทั้งหมด 4,376 คนโดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 349

คน คิดเป็นร้อยละ 6.35 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และพบผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงจำนวน 58 คน (ข้อมูลบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์, 2567) โดยมีผลการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 31.23 ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากเนื่องจากซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพทางกายได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุมีหลายประการได้แก่ผลต่อด้านร่างกายโดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนเครียดที่สูงขึ้น และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมักขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพ (Alexopoulos, 2005) ด้านคุณภาพชีวิตและการเข้าสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักสูญเสียความสนใจในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้เกิดความเหงาและการแยกตัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Blazer, 2003) และเกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น เนื่องจากความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง ความเสื่อมโทรมของสุขภาพร่างกาย และในบางกรณีอาจมีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และการทำงานของสมอง เช่น ความจำเสื่อม การตัดสินใจที่ลดลง และสมรรถภาพสมองที่เสื่อมถอยได้เร็วขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุ (Geda et al., 2006) ดังนั้นการดำเนินงานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีงานวิจัยที่มีการศึกษาในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้แนวทางการสนับสนุนจากครอบครัวและ

ชุมชนช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า(Jitapunkuletal,2018)และSuwanno และคณะ (2020) พบว่าการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มและการสื่อสารที่ดีในชุมชนสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสุขในผู้สูงอายุได้ งานวิจัยนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางข้อมูลและสนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันภาวะซึมเศร้าที่สามารถปรับใช้ได้กับบริบทของชุมชนได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วยเป็นภาวะของครอบครัวและชุมชน รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยจันทร์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 การค้นหาปัญหาและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ Self-Reflection ได้แก่ กิจกรรมการประชุมกลุ่ม สะท้อนตัวตนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสมหวัง ความสำเร็จที่เคยปฏิบัติตัว

ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลตัวเองด้านสุขภาพที่จำเป็นและการสร้างการรับรู้ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุ Self-care

สัปดาห์ที่ 2 การฝึกประสาทสัมผัสทางสมอง ผ่านกิจกรรม สุข 5 มิติ

สัปดาห์ที่ 3 การเข้าถึงดิจิทัลและความสามารถในการใช้เทคโนโลยี Technology and Digital Access

ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยครอบครัวและชุมชน Social Engagement:

สัปดาห์ที่ 4 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว กตัญญูตา Strengthening family

สัปดาห์ที่ 5 การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ หมู่เอ้าท์กัน Establishing groups

สัปดาห์ที่ 6 การมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ Policy support

สัปดาห์ที่ 7 การคัดกรองและส่งต่อเพื่อเข้าถึงการรักษาโดยระบบบริการสุขภาพในชุมชน Service system

ขั้นตอนที่ 4 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง Empowerment Evaluation

สัปดาห์ที่ 8-9 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

สัปดาห์ที่ 10 เชิดชูคนต้นแบบ เสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

- การรับรู้ความรุนแรง
- การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
- การสนับสนุนทางสังคม
- การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์อำเภอนาทม จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ Two group pretest-posttest design โดยทำการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองวัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ได้ดำเนินการโดยกำหนดพื้นที่ศึกษาเป็น 2 ตำบลที่มีพื้นที่ภูมิศาสตร์และมีการดำเนินงานในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกัน โดยเลือกกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์ อำเภอบัวลาย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนและกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักหิน ตำบลบักตอง อำเภอบัวลาย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) กลุ่มเป้าหมายจำนวน 60 คน

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากร ได้แก่ ประชากร

(populations) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) คู่มือการวัดทางจิตวิทยา สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ (2545) โดยมีระดับคะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป ในในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอบัวลาย จำนวน 349 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow,1990) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 23 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้

จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดั่ง (2548) พบว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 3.45 คน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน เนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการพัฒนาทั้งตำบลผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบในอีกหนึ่งตำบลในเขตอำเภอบัวลายจำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) คู่มือการวัดทางจิตวิทยา สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ (2545) โดยมีระดับคะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไปในหน่วยบริการทั้ง 2 แห่งในอำเภอบัวลาย จังหวัดศรีสะเกษ ในระยะเวลา 6 เดือน

2) สมัครใจร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ย้ายออกจากเขตตำบลห้วยจันทร์และตำบลบักตอง

2) ขอยกเลิกโครงการหรือเจ็บป่วยอย่างรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว

2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทาง

สังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์ของธนขพร ปึกษาพันธ์และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567)จากการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอวานรนิวาส จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์อำเภอนาเยีย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(HBM) และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า 4 ขั้นตอน ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1การค้นหาปัญหาและการสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติ Self-Reflection โดยจัดกิจกรรมที่1 เป็นกิจกรรมการประชุมกลุ่ม สะท้อนตัวตนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสมหวัง ความสำเร็จที่เคยปฏิบัติตัว ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองด้านสุขภาพที่จำเป็น และการสร้างการรับรู้ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุ Self-care ผ่าน 2 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 2 การฝึกประสาทสัมผัสทางสมอง ผ่านกิจกรรม สุข 5 มิติ กิจกรรมที่ 3 การเข้าถึงดิจิทัลและความสามารถในการใช้เทคโนโลยี Technology and Digital Access ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยครอบครัว และชุมชน Social Engagement ผ่าน 4 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว กตัญญูตา Strengthening family กิจกรรมที่5 การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ หมู่เฮาฮักกัน Establishing groups กิจกรรมที่ 6 การมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ Policy support กิจกรรมที่ 7 การคัดกรองและส่งต่อเพื่อเข้าถึงการรักษาโดยระบบบริการสุขภาพในชุมชน Service systemและขั้นตอนที่ 4 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง Empowerment Evaluation โดยการสร้างความรู้และ

แนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผ่าน 2 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 8 (ในสัปดาห์ที่8 ถึงสัปดาห์ที่ 9) การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและกิจกรรมที่ 9 (สัปดาห์ที่10) เชิดชูคนต้นแบบ เสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงคได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cornbrash's alpha coefficient ด้านการรับรู้ความเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้านการรับรู้ความรุนแรงมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้าน การการเผชิญปัญหามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ด้านการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับการอนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2024-247 ในวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 68.15 ปี (S.D.=6.64 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 85 มีมียาของรายได้น้อยเดือน 5333.33 บาท (SD=2433.29) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 96.7 ส่วนมากอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 60.0 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.3 รองลงมาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 70.0 รองลงมา มีบุตรดูแล ร้อยละ 25.0 ผู้อยู่อาศัยในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวช ร้อยละ 20.0

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุเฉลี่ย 68.03 ปี (S.D.=6.43 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีมียาของรายได้น้อยเดือนจำนวน 5365.83 บาท (SD=2227.39) ใช้สิทธิสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 85 อาศัยอยู่กับคู่

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	45.03	1.09				
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	32.86	2.55	12.17	11.46-12.87	34.016	<0.001

***p-value<0.0001

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่าพบว่า กลุ่ม

สมรส ร้อยละ 41.7 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 38.3 รองลงมาป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตร ร้อยละ 60.0 ช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 53.3 ได้รับการดูแลจากบุตร ร้อยละ 41.7 ผู้อยู่อาศัยในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวช ร้อยละ 26.7

2.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.17 คะแนน (95% CI = 11.46-12.87) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.98 คะแนน (95%CI=9.36-10.61) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	43.15	1.16				
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	33.17	1.17	9.98	9.36-10.61	31.660	0.000

***p-value <0.001

2.3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.83 คะแนน (95% CI = 8.54.-11.12) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	42.70	4.53	9.83	8.54.-11.12	15.089	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	32.87	2.24				

***p-value<0.001

2.4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.57 คะแนน (95% CI = 3.05-4.08) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	25.93	0.99	3.57	3.05-4.08	13.708	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	22.37	1.76				

***p-value<0.001

2.5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.30 คะแนน (95% CI = -1.84—0.68) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมในการ ป้องกันภาวะซึมเศร้า	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	12.43	1.33	-1.30	-1.84—0.68	-4.686	0.022
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	13.73	1.69				

***p-value<0.001

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองหลังการทดลอง โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของวัดความเศร้าใน

ผู้สูงอายุไทย สูง ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.61 คะแนน(95% CI =-6.25—0.98) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางการแสดงผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย	n	$\bar{d}$	SD_d	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	138.78	8.10				
				-3.61	-6.25—0.98	-2.706	0.008
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	142.39	9.75				

***p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการใช้โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอนาตาล จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 10สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 (p-value<0.001) และผู้สูงอายุมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 (p-value<0.008) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การดูแลที่เข้าใจและให้คุณค่าจากสมาชิกในครอบครัว การเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของชุมชนที่จัดขึ้น ชุมชนช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมที่สังคมจัดตั้งขึ้น รวมถึงมีแนวนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ย่อมจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าในตัวเอง และเกิดพลังในการดูแลตนเองมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม(Social Support ,House,1985) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับ เป็นการได้รับ

การช่วยเหลือ หรือการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เชาวนปัญญา ได้แก่การได้รับกำลังใจ ได้รับการส่งเสริม ซึ่งเมื่อตัวบุคคลได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆดังที่กล่าวมา จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กังวลเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ และมีความเครียดลดลง ส่วนผลทางด้านร่างกาย คือส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย และมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคสูง ได้แก่ การสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนัชพร ปึกษาพันธ์และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567)ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี จนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี คือ SIX STEPS Model : SSEPST ประกอบด้วย 1.Self-care support for older adults : การดูแลตัวเองสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่

การรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกายเป็นประจำ
2 .Strengthening family relationships for older adults : การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ 3.Establishing senior citizen groups: การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ 4.Policy support for older adults: การสนับสนุนผู้สูงอายุผ่านนโยบาย โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยกำหนดนโยบายมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีและการพึ่งพาตัวเองของผู้สูงอายุ
5 . Social Engagement and Community Participation :การมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชนโดยสร้างโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณให้กับศูนย์ชุมชนและศูนย์ผู้สูงอายุ
6.Technology and Digital Access เทคโนโลยีและการเข้าถึงดิจิทัล โดยจัดหาโปรแกรมการฝึกอบรม และการสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุเรียนรู้และใช้เทคโนโลยี ทำให้พวกเขาสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ติดต่อสื่อสารกับคนที่รักและรับข่าวสารที่นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวได้รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาและการนำเทคโนโลยีที่ใช้งานง่าย มีตัวอักษรขนาดใหญ่และการแสดงผลที่ชัดเจน ใช้งานง่าย สะดวก ร่วมกับการใช้กับอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ใช้ในชีวิตประจำวันผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการป้องกันการป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งก็คือการพัฒนาในส่วน of สถานบริการด้านสาธารณสุขในชุมชนต้องมีความพร้อมและมีศักยภาพในการให้บริการในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ตั้งแต่การค้นหา การนำเข้าสู่การรักษาตลอดจนการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการป้องกันและรักษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้ร่วมกับองค์กรต่างๆในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและ

ต่อเนื่องซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของรุจิวรรณ สอนสมภาร ซึ่งศึกษาแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุทั่วไป จำนวน 406 คนโดยการสอบถามบริบทและปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุจากแบบสอบถาม จำนวน 150 คน และนำเอาประเด็นปัญหาที่ได้มาสังเคราะห์และออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนผลการศึกษาพบว่าแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวน 3 ประเด็นและการบูรณาการร่วมกับการจัดการบริการดูแลแบบปทุมภูมิ คือ (1) สถานพยาบาล ได้แก่ การให้ การปรึกษา การให้ความรู้ การรักษา (2) ครอบครัว ได้แก่ การรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุและ (3) ผู้สูงอายุ ได้แก่ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และนำระบบสุขภาพปทุมภูมิจัดกระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่หน่วยบริการปทุมภูมิจัดขึ้นอยู่ในระดับมากดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ทุกองค์กรต้องช่วยกันในการออกแบบและจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีพลังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ในระยะเวลาที่นานที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลยา ตูพานิช.(2566) ในการศึกษารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) การพัฒนาตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีศักยภาพในด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบการสร้างทีม การสร้างเครือข่ายให้เกิดการดูแลเกื้อหนุนกันแบบพี่เลี้ยง ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน

ระบบบริการสาธารณสุข ในการมาร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมกันพัฒนาการแก้ไขปัญหาให้การดำเนินงานในการ ป้องกันภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคไม่เรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จ และได้รับการยอมรับ จากประชาชนและชุมชน (3) การส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุด้านร่างกายด้วยหลัก 3 อ. 2 ส. การนอนหลับ พักผ่อน และ (4) การพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้สูงอายุ ด้วยการเข้ากิจกรรมทางสังคม ทำกิจกรรมร่วมกับ ครอบครัว ทำงานอดิเรก สื่อสารในเครือข่ายโทรศัพท์ หรือออนไลน์ ฝึกอาชีพ ทำงานสร้างรายได้ซึ่งการมีความรู้ ทักษะที่ถูกต้องจะนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ต่อไป ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโดยการสร้างการ รับรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งที่ สำคัญ แต่การปฏิบัติตัวในเรื่องใดเรื่องหนึ่งถ้าต้องการ ให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องจำเป็นต้องนำทฤษฎีการ สร้างพลังอำนาจมาสร้างแนวทางในการปฏิบัติตัวแก่ ผู้สูงอายุเพิ่มเติมโดยกลุ่มผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการ สนับสนุนการสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ ปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องนั้นได้แก่ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุในครอบครัวหรือสมาชิกภายในครอบครัวที่ต้อง เข้ามาสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีความ เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ในระยะเวลานานขึ้น ดังนั้นการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงต้องมีการดำเนินงาน บูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายใน การลดภาวะซึมเศร้าให้ได้ เริ่มตั้งแต่การสร้างกลไก การ กำหนดนโยบาย การออกแบบกิจกรรมการดำเนินร่วมกัน ซึ่งรวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อช่วยเหลือ เยียวยาผู้สูงอายุและครอบครัวตามความจำเป็นเร่งด่วน แต่ละรายกรณีและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้ง ภายในชุมชน ภายนอก ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและ ครอบครัว เช่น การเข้าร่วมประชุม วางแผน แบ่งปัน ข้อมูล ร่วมมือปรึกษาหารือร่วมกันอย่างสม่ำเสมอทุก เดือนซึ่งแสดงให้เห็นว่าในการจัดกิจกรรมในการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการกับทุกภาค ส่วนในชุมชน การที่ชุมชนได้ตระหนักเห็นความสำคัญ

และร่วมกันกำหนดนโยบายในการดำเนินงานร่วมกัน ก็จะเป็นพลังในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง มีวิสัย ทัศน์ มีรายได้ในการดูแลตนเองได้ รวมถึงการที่ชุมชน ได้สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิตใจของ ผู้สูงอายุ เช่น มีวัดเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีชมรมหรือ โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากชุมชนเหล่านี้ได้ สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการมี ปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ช่วยให้จิตใจได้ผ่อนคลายและหมั่น อยู่คนเดียวส่งผลให้จิตใจมีความเข้มแข็งโอกาสที่จะเกิด ภาวะซึมเศร้าจะลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้อง กับการศึกษาของในการพัฒนารูปแบบของกฤษฎนิย ศรี ใจ (2566) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพล ต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขต เมืองของประเทศไทย พบว่ารูปแบบการป้องกันความ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเฝ้าระวัง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุรายบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม และผล การประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบตามเกณฑ์ด้าน ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และ ความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่ง นอกจากการดำเนินงานในองค์ประกอบดังกล่าวที่ผ่านมานั้น ส่วนหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ ต้องได้รับการสนับสนุนในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ตนเองเกิดพลังใจที่จะปฏิบัติตัวในทางที่เหมาะสม จะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังนั้น งานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ สามารถนำมาใช้ในการป้องกัน การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพื้นที่ใกล้เคียงสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ดูแล ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจะเห็นว่าโปรแกรมที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นสามารถแก้ไขปัญหาด้านการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลห้วยจันทร์ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้นและเพิ่มเทคโนโลยีใหม่ๆเพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นลักษณะเฉพาะด้านมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น
- 2.ควรมีการขยายการดำเนินงานของโปรแกรมเพิ่มเติมในประเด็นที่จำเพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุมีประสิทธิผลมากขึ้น เช่น โปรแกรมการฝึกสมอง การฝึกอาชีพเพิ่มรายได้ การฝึกพี่เลี้ยงในครอบครัวผู้สูงอายุ การฝึกการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบของโปรแกรมที่สร้างความเชื่อมั่นและสามารถขยายต่อไปใช้ในพื้นที่อื่นๆได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้น เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น
- 2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้น
2. สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแก้ไขปัญหาคาดแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ใกล้เคียงได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 แยกตามตำบล.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.dop.go.th/th/known/1/238>. 2562.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). แผนกลยุทธ์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ.2560- 2564. กรุงเทพมหานคร : เทพเพ็ญวานิชย์.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2550).แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20). (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/697>. 2550.
- กรมสุขภาพจิต.(2558).คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับปรับปรุง. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด;102 หน้า.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567).ข้อมูล Blue books สมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ กรมอนามัย สืบค้นออนไลน์ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 จากเว็บไซต์ <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>,2567
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567).ข้อมูลโปรแกรม 3 C กรมอนามัย,2567. สืบค้นออนไลน์ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 จากเว็บไซต์ <https://ltc.anamai.moph.go.th/>.
- กระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2019-02-12-09-06-13-11.doc. 2562.กฤษฎิ์ นัย ศรีใจ.(2566).รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง. วิทยาลัยนพนธ์ดุสิตบัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวร.จำนวน 214 หน้า.

- วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ฉบับ "สุขภาพ
เด็ก พ.ศ. 2551-52, นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2551
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2567).ข้อมูลการบริหารจัดการHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ.สืบค้นออนไลน์ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 จากเว็บไซต์
<https://hdc.moph.go.th/ssk/public/standard-report-tail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51>.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์.(2567).สรุปรายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี 2567
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ.
- สุชีรา ภัทรายุตวรรณ (2545). คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2559). การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news3_9.php?m=4
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์,กอบพทย์ สิทธิธรรณฤทธิ์, อีรศักดิ์ สาตรา,วีรศักดิ์ เมืองไพศาล,วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ.(2561).
ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง,วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่63 ฉบับที่1,มกราคม - มีนาคม 2561,P 89-98.
- สายพิน ยอดกุล,และจิตกิตินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัย ทนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขากะวันออกเฉียงเหนือ, 33(3), 50-57.
- สงกรานต์ กลั่นดวง. (2548). การประยุกต์ใช้ the take PRIDE program ในการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2
โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัชชพร ปักษาพันธ์,& สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง.(2024).การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการ
มีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ
ศรีสะเกษ, 3(2), p. 24–38.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร,(2561).แนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอศรีนครราชสีมา.
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.ปีที่ 4 ฉบับที่ 1.
มกราคม-มิถุนายน 2561.P 77-89.
- วัลยา ตูพานิช.(2566)รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่
ติดต่อเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ดุขภูบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชาฤทธิ์ วรวิญญพงศ์จิราพร เกศพิช,ญวัฒน์.(2557).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบ
ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ.
ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2557.P16-32.
- Beck A.T. (1967). Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. New York:
Hoeber Medical Division.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). Cognitive therapy of depression.
New York: The Guilford Press.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. Journal of Gerontology:
Medical Sciences, 58(3), M249-M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>
- Chiu, E., Chaaya, M., & Sibai, A. (2018). Depression in older adults: An overview of psychosocial
risk factors and evidence-based interventions. International Journal of Geriatric Psychiatry,

- 33(6), 797-808. <https://doi.org/10.1002/gps.4867>
- Department of Mental Health. (2021). Thailand mental health report 2021. Ministry of Public Health.
- Kelley Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J. Schmitt M. Low self-esteem is a psucho. 2009; 118(3): 472-8.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. Annual Review of Clinical Psychology, 5, 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Geda, Y. E., Roberts, R. O., Knopman, D.S., Christianson, T. J. H., Pankratz, V. S., Ivnik, R. J., Boeve, B. F., Tangalos, E. G., Petersen, R. C., & Rocca, W. A. (2006). Depression, Apo lipoprotein E genotype, and the incidence of mild cognitive impairment: A prospective cohort tudy. Archives of Neurology, 63(3), 435-440.
<https://doi.org/10.1001/archneur.63.3.435>
- Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2018). Prevalence and risk factors of depression among Thai elderly. Asian Journal of Psychiatry, 36, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.007>
- Lemeshow, S. (1990). Adequacy of sample size in health studies. New York: J. Wiley for the World Health Organization.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management (clinical guideline 103). Published July 2010. Accessed at www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf on 3 May 2011
- Suwanho, J., Pannarunothai, S., & Phanasathit, M. (2020). Community-based social support and depression in elderly Thai people. Journal of Aging and Health, 32(5-6), 355-369.
<https://doi.org/10.1177/0898264319855632>
- World Health Organization. (2015). Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015 (No. WHO/MSD/MER/15.1).
- .United Nations. (2017). World population prospects: The 2017 revision - Key Findings and Advance Tables. World Health Organization. (2017). World Health Day 2017 – Depression: let's talk.
<https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017>.
- Word Health Organization. (2018). Depression. [cited 30 January 2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Word Health Organization. (2017). Depression. [cited 31 January 2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- World health organization. (2019). Depression [cited 30 March 2019]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล(QA) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

จริยา เตชะสุข, พย.บ.¹, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, วท.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่ออธิบายสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ 2) เพื่ออธิบายการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และ 3) เพื่ออธิบายผลของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนเดือนกุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้างานโรงพยาบาลรวม 45 คน ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart 2 วงรอบ ๆ ละ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์และการสะท้อนความคิด เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล มี 4 ส่วน และ แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิดมี 5 คำถาม ในประเด็น ความสำคัญของการประกันคุณภาพการพยาบาล ความสำคัญของการเขียนแบบประเมินตนเอง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล การสนับสนุนการขับเคลื่อนการประกันคุณภาพการพยาบาล และประเด็นที่ต้องการปรับปรุงหรือพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ข้อมูลด้านความรู้ในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล ความรู้ในการประเมินตนเอง และทัศนคติต่อการประกันคุณภาพทางการพยาบาล และข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรส ร้อยละ 77.78 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 84.44 ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นหัวหน้างาน ร้อยละ 84.44 ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.00 เคยผ่านการประชุม/อบรมเกี่ยวกับ QA ร้อยละ 80 โรงพยาบาลได้รับการรับรอง Re-Acc การเขียน SAR พบว่ามีความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญ และปรับปรุงพัฒนางานให้สอดคล้องกับมาตรฐาน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ QA โดยรวม พบว่า บุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ QA อยู่ในระดับดีถึงดีมาก การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับ SAR พบว่า บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจที่ดีในเรื่อง เป้าหมายและประโยชน์ของการทำ SAR โดยเฉพาะในข้อที่เกี่ยวกับภาพรวม แนวคิดการประเมิน และบทบาทของส่วนนำและส่วนสาระ ทัศนคติต่อการดำเนินงานประกัน QA พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกในระดับสูงมาก โดยเฉพาะในประเด็นด้านกระบวนการพยาบาลที่เป็นระบบ การสนับสนุนจากนโยบาย และการเชื่อมั่นในความสามารถขององค์กร การพัฒนาโมเดลหรือแนวทางสนับสนุนเชิงระบบจึงเป็นแนวทางในการส่งเสริมการประกันคุณภาพในโรงพยาบาลระดับจังหวัดอย่างยั่งยืน ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า QA ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และส่งผลต่อมาตรฐานของงานพยาบาล และการบันทึกข้อมูลและกระบวนการพยาบาลที่ครบถ้วนเป็นสิ่งที่ผู้ตอบแบบสอบถามยอมรับว่าเป็นหัวใจสำคัญของ QA

คำสำคัญ: รับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA), SAR

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail: jariya.ssk@gmail.com

² อาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ E-mail: phanssk@gmail.com

Development of Nursing Service Quality to Ensure Nursing Quality Assurance (QA) at Hospitals Under the Sisaket Provincial Public Health Office

jariya Techasuk, B.N.S.¹, Anuphan Suwanphan²

Abstract

The objectives of this action research were 1) to describe the situation of nursing service quality development in hospitals in Si Sa Ket Province, 2) to describe nursing service quality development to certify nursing quality assurance (QA) in hospitals under the Si Sa Ket Provincial Public Health Office, and 3) to explain the results of nursing service quality development in hospitals under the Si Sa Ket Provincial Public Health Office. The research was conducted between March 2024 and February 2025. The sample group was purposively selected, consisting of 45 nursing group leaders and hospital supervisors. The research was conducted according to the concept of Kemmis and McTaggart's 2 cycles, 4 steps each: planning, implementation, observation, and reflection. The research instrument was a questionnaire on nursing service quality development to certify nursing quality assurance, consisting of 4 parts, and a group discussion guideline on nursing service quality development to certify nursing quality assurance, which was an open-ended question with 5 questions on the importance of nursing quality assurance, the importance of writing a self-assessment form, problems and obstacles in implementing nursing quality assurance, support for driving nursing quality assurance, and issues that need to be improved or developed. The data were analyzed using quantitative statistics. By using descriptive statistics, including frequency, percentage, knowledge of nursing quality assurance, knowledge of self-assessment, and attitudes towards nursing quality assurance, and qualitative data,

The research results found that the majority of the sample group was married (77.78%), had a bachelor's degree (84.44%), and was currently a supervisor (84.44%). They had more than 10 years of experience in their current position (60.00%). They had attended a QA meeting/training (80%). The hospital received re-accreditation. There was a consensus on writing SARs that it was important and that the work should be improved and developed to be in line with the standards. Overall, knowledge and understanding of QA revealed that nursing personnel had good to very good knowledge and understanding of QA. The analysis of knowledge about SARs revealed that personnel had good knowledge and understanding of the goals and benefits of conducting SARs, especially in terms of the overall picture, assessment concepts, and the roles of the introduction and content. Attitudes towards QA assurance operations revealed that overall, personnel had a very positive attitude, especially in terms of the systematic nursing process, support from policies, and confidence in the organization's capabilities. Therefore, the development of a model or systematic support approach is a guideline for promoting quality assurance in provincial hospitals sustainably. Most of them agreed that QA helps increase confidence among service recipients and affects the standards of nursing work. The respondents accepted that complete recording of nursing data and processes is the heart of QA.

KEYWORDS: Nursing Quality Assurance (QA) Certification, SAR

¹ Registered Nurse, Sisaket Provincial Public Health Office, *E-mail:* jariya.ssk@gmail.com

¹ Lecturer, Sisaket Rajabhat University, *E-mail:* phanssk@gmail.com

บทนำ

การประกันคุณภาพการพยาบาล (Quality Assurance, QA) เป็นกระบวนการสำคัญในการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระบบสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบ ประเมิน และพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลอย่างเป็นระบบ QA มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงในการเกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ และสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ (Donabedian, 1988) นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ แนวคิดการประกันคุณภาพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากต่างประเทศ โดยเริ่มจากการตรวจสอบคุณภาพแบบดั้งเดิม สู่แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ซึ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างสม่ำเสมอ ในบริบทของประเทศไทย สำนักงานพยาบาลได้ประยุกต์แนวคิดนี้ให้เหมาะสมกับระบบสาธารณสุขไทย โดยผสมผสาน QA และ CQI เข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (สำนักงานพยาบาล, 2554)

การศึกษาทั้งในและต่างประเทศแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของ QA ในหลายด้าน เช่น การพัฒนาโดยเริ่มตั้งแต่ระบบการศึกษาด้วยการให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้การประกันคุณภาพจากผู้มีประสบการณ์พบว่าทำให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น (Sheeran et al., 2022) การเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม (เยาเวส ก้านมะลิ, 2564; Hogan et al., 2022) การประเมินซ้ำหลังจากการประกันคุณภาพยังช่วยให้หน่วยงานสามารถยกระดับคุณภาพให้สูงขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง (Underwood et al., 2022) มีความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัวแม้ในสถานการณ์วิกฤต ดังเช่นในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ยังคงดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องโดยปรับใช้รูปแบบออนไลน์ (Hafeez et al., 2022) การศึกษาในประเทศเลบานอนชี้ให้เห็นว่า ตัวชี้วัดการพัฒนาและประกันคุณภาพสามารถปรับใช้ให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาลได้ (Halmin et al.,

2022) แม้จะมีความท้าทายในด้านวัฒนธรรมองค์กร โครงสร้างการบริหาร และข้อจำกัดต่าง ๆ (Alexander et al., 2022) แต่ผลลัพธ์ที่ได้จากการประกันคุณภาพการพยาบาลทำให้ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม

ในประเทศไทย การประกันคุณภาพการพยาบาลได้รับการพัฒนาให้เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพในทุกมิติของการบริการพยาบาล ทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ สำนักงานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางและมาตรฐานสำหรับการประกันคุณภาพการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในมิติ Service Excellence และ Governance Excellence (กองการพยาบาล, 2562) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิและโรงพยาบาลชุมชน โดยพบช่องว่างที่สำคัญในหลายด้าน โรงพยาบาล ตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้พัฒนาระบบประกันคุณภาพการพยาบาลที่เป็นระบบและต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบ CACEEDS model ซึ่งส่งผลให้สามารถผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในโรงพยาบาลระดับสูงสุด (Nursing Quality Assessment A ward, NQA award) ได้ (ศิริพร ศิริวัฒน์ไพศาล และคณะ, 2566) ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนยังมีช่องว่างในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยพบว่าแม้สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลจะอยู่ในระดับมาก แต่ยังคงมีความคาดหวังที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน (กรรณิการ์ ชัยนันท์ และคณะ, 2563) รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ โครงสร้างสถานที่แออัด อดตรากำลังและศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอ การขาดแคลนอุปกรณ์เครื่องมือ แนวทางการจัดระบบบริการและการประเมินผลลัพธ์ไม่ชัดเจน ภาระงานประจำมีมาก และการขาดความเข้าใจในการพัฒนามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (เกษร สังขกฤษ และคณะ, 2558; สยาม ชื่นพงศ์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, 2559)

จังหวัดศรีสะเกษ มีโรงพยาบาล 22 แห่ง พบว่า ยังมีช่องว่างที่สำคัญในด้านกระบวนการและรูปแบบการดำเนินงาน QA จากการสำรวจและนิเทศติดตามโดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในจังหวัดยังขาดกระบวนการที่เป็นระบบและต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมักดำเนินการแบบแยกส่วนและขาดการบูรณาการ นอกจากนี้ บุคลากรพยาบาลในหลายโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องและลึกซึ้งในการเขียนแบบประเมินตนเองเพื่อเข้าสู่กระบวนการประเมินภายนอก ส่งผลให้อัตราการผ่านการประเมินมาตรฐานคุณภาพภายนอกมีเพียงร้อยละ 18.18 (4 จาก 22 แห่ง) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่เป็นระบบ มีความชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดศรีสะเกษ โดยอาจประยุกต์ใช้แนวทางที่ประสบความสำเร็จจากโรงพยาบาลตติยภูมิ แต่ปรับให้เหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทที่มีอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของมะลิวรรณ อังคนิตย์ และคณะ (2563) ที่เสนอรูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ การสร้างระบบงานและทีมงาน การปฏิบัติการกิจตามโครงสร้างกระทรวง และการสร้างงานวิจัยและวิชาการ นอกจากนี้ ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลด้านสังกัดที่ปฏิบัติงาน ปัจจัยการสื่อสาร และปัจจัยด้านบรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กร (สยาม ชื่นพงศ์ และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์, 2559) การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบทบาทของงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบ

บริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการกระตุ้นและสนับสนุนการพัฒนาของกลุ่มการพยาบาลในโรงพยาบาล การวิจัยนี้จะช่วยให้งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสามารถกำหนด กลยุทธ์และแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน โดยคำนึงถึงข้อจำกัดและความท้าทายเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ผลลัพธ์ของการวิจัยนี้จะนำไปสู่การเพิ่มอัตราการผ่านการรับรอง QA ของโรงพยาบาลในจังหวัด และที่สำคัญคือการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่ออธิบายสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ
- 2.เพื่ออธิบายการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- 3.เพื่ออธิบายผลของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล(QA)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart 2 วงรอบ ๆ ละ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) การสังเกตการณ์ (Observing) และการสะท้อนความคิด (Reflecting) ระหว่างเดือนมีนาคม 2567 ถึงเดือนเดือนกุมภาพันธ์ 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลผู้บริหารขององค์กรพยาบาล จำนวน 45 คน จากโรงพยาบาลกันทรารมย์ ศรีรัตนะ โนนคูณ น้ำเกลี้ยง วังหิน ภูสิงห์ และ บึงบูรพ์

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling technique) ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล แห่งละ 1 คน รวม 7 คน

หัวหน้างานโรงพยาบาลกันทรารมย์ จำนวน 8 คน
หัวหน้างานโรงพยาบาลศรีรัตนะ โนนคูณ น้ำเกลี้ยง
วังหิน ภูสิงห์ และบึงบูรพ์ แห่งละ 5 คน รวม 30 คน

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย
(Inclusion criteria) โดย 1) เป็นผู้บริหารขององค์กร
พยาบาลของโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ 2) เป็นผู้
มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการ
พยาบาล (QA) ของโรงพยาบาล 3) เป็นผู้ที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน และ 4) มีความ
สนใจเข้าร่วมการวิจัยนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) โดย
1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม 2) มี
ความต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ 3) มีอาการ
เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนไว้ 2 ระยะ คือ ระยะ
เตรียมการ และระยะดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. **ระยะเตรียมการ** ดำเนินการช่วงเดือน
มีนาคม 2567 ถึงเดือนเมษายน 2567 โดยศึกษาค้นคว้า
ข้อมูลจากเอกสาร ตำราต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์
รวบรวมความรู้แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยต่าง ๆ ที่
เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อ
รับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล ศึกษาข้อมูล
การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อ
รับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลและผลการ
ดำเนินงานตามแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล
ชุมชนทั้ง 7 แห่ง ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจกระบวนการ
พัฒนาต่อผู้ร่วมวิจัย ทั้งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และ
หัวหน้างานของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง ติดต่อ
ประสานงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง
เพื่อขอความร่วมมือแจ้งรายละเอียดของโครงการวิจัย
วัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ เตรียมจัดทำแบบเก็บข้อมูล
ตัวชี้วัดเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และ

เก็บรวบรวมข้อมูล และวางแผนงานเพื่อดำเนินการวิจัย
เชิงปฏิบัติการ

2. **ระยะดำเนินการวิจัย** ดำเนินการวงรอบที่
1 ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือน
พฤศจิกายน 2567 และวงรอบที่ 2 ช่วงเดือนธันวาคม
2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ดำเนินการโดยร่วมกับ
ผู้ร่วมวิจัย ดำเนินการตามแนวคิดของ Kemmis และ
McTaggart ในลักษณะวงรอบ (spiral) 4 ขั้นตอนหลัก
คือ การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติงาน
(Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation)
และการสะท้อนกลับการปฏิบัติงาน (Reflection) โดย
มีขั้นตอนในการดำเนินงาน คือ เพื่อตอบวัตถุประสงค์
ข้อที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การพัฒนาคุณภาพ
บริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการ
พยาบาล ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ
ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) โดยการ
ทบทวนเอกสารการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อ
รับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลและผลการ
ดำเนินงานตามแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล
ชุมชนทั้ง 7 แห่ง ในปีที่ผ่านมา 2. จัดสนทนากลุ่ม
(Group discussion) ทีมบริหารด้านการพยาบาล
ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างาน
เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพ
บริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการ
พยาบาลทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล สิ่ง
สนับสนุนและประเด็นที่ต้องการปรับปรุงหรือพัฒนา
เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง มีการดำเนินงาน
ประกันคุณภาพการพยาบาล 3. ประเมินความรู้
ทัศนคติ และทบทวนความเข้าใจแบบประเมินการ
ประกันคุณภาพทางการพยาบาลของหัวหน้ากลุ่มการ
พยาบาล และหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7
แห่ง และ 4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีมบริหารด้าน
การพยาบาล เพื่อคืนข้อมูลสถานการณ์ ร่วมกันกำหนด
เป้าหมาย และร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน ตาม
ตัวชี้วัด 4 ด้าน คือ (1) ความรู้เกี่ยวกับการประเมิน

คุณภาพทางการพยาบาลและการประเมินตนเอง (2) ทศนคติเกี่ยวกับการดำเนินการประกันคุณภาพการพยาบาล (3) ระดับการประเมินตนเองตามแบบประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาล (4) การผ่านการรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) ดำเนินการโดยจัดกิจกรรมจากแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) ดำเนินการโดย 1) จัดประชุมบริหารด้านการพยาบาล และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบ 2) การนิเทศติดตามตัวชี้วัด 4 ด้าน ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ทั้งในพื้นที่และออนไลน์

4. ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) ดำเนินการโดย 1) จัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อหาข้อสรุป ข้อเสนอแนะ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในวงรอบต่อไปหากตัวชี้วัดไม่บรรลุผล ในขั้นตอนนี้จะตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล 2) ประเมินผลตัวชี้วัดทั้ง 4 ด้าน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3 ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล และเครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล

1) เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในระดับหน่วยงาน (กองการพยาบาล, 2544) มี 10 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การมอบหมายผู้รับผิดชอบ ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดขอบเขตของการบริการ/การดูแล ขั้นตอนที่ 3 การระบุประเด็นสำคัญของการพยาบาลและกำหนดมาตรฐาน หรือแนวทาง

ปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล ขั้นตอนที่ 5 การกำหนดเกณฑ์ระดับคุณภาพที่ยอมรับได้ ขั้นตอนที่ 6 การเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนที่ 7 การวิเคราะห์และประเมินผลคุณภาพการพยาบาล การวิเคราะห์ และประเมินผล ขั้นตอนที่ 8 การแก้ไขข้อบกพร่องและปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ขั้นตอนที่ 9 การเฝ้าระวังและประเมินคุณภาพของการพยาบาลต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 10 การรายงานผลการประกันคุณภาพการพยาบาล (Communicate result)

2) แบบประเมินตนเองการประกันคุณภาพการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2562) มี 7 หมวด ได้แก่ (1) การนำองค์กร (2) กลยุทธ์ (3) ผู้ให้บริการ (4) การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ (5) บุคลากร (6) การปฏิบัติการพยาบาล (7) ผลลัพธ์ทางการพยาบาล เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ทั้ง 7 หมวด กำหนดคะแนน รายหมวดตามลำดับความสำคัญของการพัฒนาองค์กร คะแนนรวมของทั้ง 7 หมวด เท่ากับ 1,000 คะแนน โดยหมวดผลลัพธ์มีคะแนนมากที่สุด คือ 400 คะแนน รองลงมาคือหมวด 6 มีคะแนน 200 คะแนน หมวด 3 และหมวด 5 มีคะแนนเท่ากัน คือ 100 คะแนน หมวด 1 และหมวด 2 มีคะแนนเท่ากัน คือ 60 คะแนน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1) แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล มี 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มี 5 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งงาน ระยะเวลาในการทำงาน ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส และการเข้ารับการอบรมการประกันคุณภาพทางการพยาบาลและการประเมินตนเอง เป็นแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล มี 10 ข้อ เป็นแบบถูก-ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 10 คะแนน และมีการแบ่งระดับความรู้ตามแนวคิดของ Bloom (1968) เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ได้คะแนน 0 – 5

(น้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง ได้คะแนน 6 – 7 (ร้อยละ 60 - 79) สูง ได้คะแนน 8-10 (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) **ส่วนที่ 3** ความรู้ในการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ทางกายภาพ มี 11 ข้อ เป็นแบบถูก-ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 1 คะแนน และมีการแบ่งระดับความรู้ตามแนวคิดของ Bloom (1968) เป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ได้คะแนน 0 – 6 (น้อยกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง ได้คะแนน 7 – 8 (ร้อยละ 60 - 79) สูง ได้คะแนน 9-11 (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) **ส่วนที่ 4** ทักษะการประกันคุณภาพทางกายภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มี 9 ข้อ ข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และ 8 ข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 7 และ 9 ให้คะแนน ตามความคิดเห็น ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนตามข้อคำถามเชิงบวก คือ 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ ส่วนคะแนนตามข้อความเชิงลบ คือ 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ คะแนนที่เป็นไปได้ 9-45 คะแนน แบ่งระดับทัศนคติตามแนวคิดของ Bloom (1968) เป็น 3 ระดับ ต่ำ ได้คะแนน 9-26 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) ปานกลาง ได้คะแนน 27-35 (ร้อยละ 60-79) สูง ได้คะแนน 36-45 (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

2) แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล เป็นคำถามปลายเปิดมี 5 คำถามในประเด็น ความสำคัญของการประกันคุณภาพการพยาบาล ความสำคัญของการเขียนแบบประเมินตนเอง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล การสนับสนุนการขับเคลื่อนการประกันคุณภาพการพยาบาล และประเด็นที่ต้องการปรับปรุงหรือพัฒนา เพื่อให้โรงพยาบาลมีการดำเนินการประกันคุณภาพการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล

ทั้งความรู้ในการประกันคุณภาพทางกายภาพ ความรู้ในการประเมินตนเอง และทัศนคติต่อการประกันคุณภาพทางกายภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) กำหนดค่า 0.5-1.0 ถือว่าข้อนั้นใช้ได้ แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ต่อไป

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยเครื่องมือทั้ง 2 ส่วนตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ 1) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลที่มีประสบการณ์ขับเคลื่อนการประกันคุณภาพทางกายภาพ 2) ผู้มีประสบการณ์ขับเคลื่อนการดำเนินงานคุณภาพการบริการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ 3) อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษประจำหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ

3. ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษา และเกณฑ์การให้คะแนนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ของงานวิจัย (The Index of Item Objective Congruence, IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชุมชนทั้ง 7 แห่ง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล เก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด ได้แก่ (1) ความรู้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพทางกายภาพและการประเมินตนเอง (2) ทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินการประกันคุณภาพการพยาบาล (3) ระดับการประเมินตนเองตามแบบประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาล และ (4) การผ่านการรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาล ก่อนการ

ดำเนินการ และมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เก็บข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานจากกลุ่มสนทนากลุ่มตามแนวทางสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล เมื่อดำเนินการตามกระบวนการพัฒนา ได้ประมาณ 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด 1 ครั้ง และหลังจากนั้นทบทวนในอีก 3 เดือน 1 ครั้ง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มผู้ป่วย เช่น ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อายุงาน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล ความรู้ในการประเมินตนเอง และทัศนคติต่อการประกันคุณภาพทางการพยาบาล ทั้งแบบรายข้อและระดับ ใช้ร้อยละ และความถี่

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ รวมทั้งตรวจสอบความชัดเจนโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) จากข้อมูลทั้งหมด คือ (1) ด้านแหล่งข้อมูล เวลา สถานที่ และบุคคลที่ต่างกัน (2) ด้านวิธีเก็บรวบรวม ใช้วิธีเก็บข้อมูลหลายวิธีในเรื่องเดียวกัน เช่น การศึกษาจากเอกสาร และการสนทนากลุ่ม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยขออนุญาตศึกษาวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 7 แห่ง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามผู้ร่วมวิจัย จะเก็บเป็นความลับ เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย และจะทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยใน

มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-077 ลงวันที่ 9 พฤษภาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส 35 คน ร้อยละ 77.78 รองลงมา โสด 5 คน ร้อยละ 11.11 หย่าร้าง 3 คน ร้อยละ 6.67 หม้าย 2 คน ร้อยละ 4.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ปริญญาตรี 42 คน ร้อยละ 84.44 รองลงมา ปริญญาโท 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15.56 ตำแหน่งงานปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างาน 38 คน ร้อยละ 84.44 หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล 7 คน ร้อยละ 15.56 ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี 27 คน ร้อยละ 60.00 รองลงมา 1-2 ปี 8 คน ร้อยละ 17.78, 3-4 ปี 5 คน ร้อยละ 11.11, 8-10 ปี 4 คน ร้อยละ 8.89, 5-7 ปี 1 คน ร้อยละ 2.22 เคยผ่านการประชุม/อบรมเกี่ยวกับ QA พบว่า ผ่านการอบรม/ประชุม มาก่อน 36 คน ร้อยละ 80 มีเพียง 9 คน หรือร้อยละ 20 ที่ยังไม่ผ่านการประชุม/อบรม ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=45)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส	โสด	5	11.11
	สมรส	35	77.78
	หม้าย	2	4.44
	หย่าร้าง	3	6.67
ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม			
สถานภาพสมรส	โสด	5	11.11
	สมรส	35	77.78
	หม้าย	2	4.44
	หย่าร้าง	3	6.67
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	42	84.44
	ปริญญาโท	3	15.56
	ปริญญาเอก	0	0
	อื่นๆ	0	0
ตำแหน่งงานปัจจุบัน			
หัวหน้ากลุ่มงาน	การพยาบาล	7	15.56
	หัวหน้างาน รพช	38	84.44

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป (n=45)(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในตำแหน่งปัจจุบัน		
1-2 ปี	8	17.78
3-4 ปี	5	11.11
5-7 ปี	1	2.22
8-10 ปี	4	8.89
มากกว่า 10 ปี	27	60.00
เคยผ่านการประชุม/อบรม เกี่ยวกับ QA		
เคย	36	80.00
ไม่เคย	9	20.00

2 สถานการณ์การพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาล

จากการวิเคราะห์ตาราง ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานะการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดศรีสะเกษ พบข้อมูลที่สำคัญและสามารถสรุปได้เป็นประเด็นภาพรวม

1.จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในรายงาน: 22 แห่ง สถานะการรับรอง (Acc / Re-Acc / ยังไม่รับรอง): Acc (ได้รับการรับรอง) : 15 แห่ง Acc รอวันจากองการพยาบาล 2 แห่ง Re-Acc (ขอต่ออายุการรับรอง) : 8 แห่ง เคยส่ง SAR แต่ไม่ผ่าน / อยู่ระหว่างรอวันรับรอง : 5 แห่ง ยังไม่หมดอายุการรับรอง 4 แห่ง ไม่ต่ออายุการรับรอง 3 แห่ง เนื่องจากช่วงเดียวกับการส่งประเมินHA และเพื่อเตรียมข้อมูลการรับรอง 3 ปี

2.การจัดระดับชั้น (Class) F2 : มากที่สุดในรายงาน (โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก) ส่วนใหญ่ได้รับการรับรอง Acc และอยู่ในช่วงการเตรียมส่ง SAR M1 M2 : โรงพยาบาลขนาดกลาง ส่วนใหญ่กำลังต่ออายุรับรอง (Re-Acc) F1 : จำนวน 2 แห่ง อยู่ระหว่างรอวันรับรองจากกองการพยาบาลการดำเนินการเกี่ยวกับ SAR (Self-Assessment Report) หลายโรงพยาบาลมีหมายเหตุ "ส่ง SAR ภายใน 31 มีนาคม 68 โรงพยาบาลที่เคยส่งในปี 67 แล้วไม่ผ่านการคัดเลือก กำลังเตรียมส่งใหม่ มีโรงพยาบาลที่ "รอวันรับรอง" จากกองการฯ (ยังไม่กำหนดแน่ชัด)

3. กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ

พยาบาล QA

3.1 ขั้นตอนที่ 1 ขั้นการวางแผน (Plan) 1) ทบทวนเอกสารการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลและผลการดำเนินงานตามแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ชุมชนทั้ง 7 แห่ง ในปีที่ผ่านมา 2) จัดสนทนากลุ่ม (Group discussion) ทีมบริหารด้านการพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างาน เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล สิ่งสนับสนุนและประเด็นที่ต้องการปรับปรุงหรือพัฒนา เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง มีการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาล 3) ประเมินความรู้ ทักษะ และทบทวนความเข้าใจแบบประเมินการประกันคุณภาพทางการพยาบาลของหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้างานในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง 4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการทีมบริหารด้านการพยาบาล เพื่อค้นหาข้อมูลสถานการณ์ ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย และร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน ตามตัวชี้วัด 4 ด้าน คือ (1) ความรู้เกี่ยวกับการประเมินคุณภาพทางการพยาบาลและการประเมินตนเอง (2) ทักษะเกี่ยวกับการดำเนินการประกันคุณภาพการพยาบาล (3) ระดับการประเมินตนเองตามแบบประเมินการประกันคุณภาพการพยาบาล (4) การผ่านการรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาล

3.2 ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action) จัดกิจกรรมจากแผนปฏิบัติการที่ได้จากขั้นตอนการวางแผน

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) โดย 1) จัดประชุมบริหารด้านการพยาบาล และแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบ 2) การนิเทศติดตามตัวชี้วัด 4 ด้าน 7 หมวด ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง ทั้งในพื้นที่และออนไลน์ โดยนำเอาจากผลลัพธ์ในโรงพยาบาลที่ผ่านการ

ประเมินแล้วนำมาถ่ายทอดให้แก่ โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการประเมิน โดยใช้แกนนำจากโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินแล้ว

3.4 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflect) โดย 1) จัดประชุมที่มนำองค์กรพยาบาล ได้แก่ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานแต่ละงาน เพื่อหาข้อสรุป ข้อเสนอแนะ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาในรอบต่อไปหากตัวชี้วัดไม่บรรลุผลในขั้นตอนนี้จะตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อรับรองการประกันคุณภาพการพยาบาล 2) ประเมินผลตัวชี้วัดทั้ง 4 ด้าน เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3 ผลของการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาล

การเขียน SAR มีส่วนสำคัญในการขอประกันคุณภาพ จากการวิเคราะห์คำตอบของผู้ให้ข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่ มีความเห็นสอดคล้องกันว่ามีความสำคัญ เนื่องจากการเขียน SAR ทำให้เห็นตัวตนของตนเอง และได้ทบทวนกระบวนการปฏิบัติงาน และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานตนเองว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่ อย่างไร ทำให้รู้ GAP จุดอ่อน จุดแข็งในแต่ละด้าน เพื่อใช้ในการมาปรับปรุง พัฒนาต่อไป และจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า การเขียนรายงานการประเมินตนเอง (Self-Assessment Report: SAR) มีบทบาทสำคัญต่อการประกันคุณภาพในหลายมิติ คือ สร้างความเข้าใจร่วมกันในองค์กร: การเขียน SAR เป็นกระบวนการที่ทำให้หน่วยงานมีความเข้าใจตรงกันในเรื่องมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติงาน ช่วยในการปรับปรุงงาน: เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้หน่วยงานสามารถระบุข้อบกพร่อง และปรับปรุงพัฒนางานให้สอดคล้องกับมาตรฐานการพัฒนอย่างเป็นระบบ หน่วยงานตระหนักถึงจุดแข็ง-จุดอ่อน และวางแผนพัฒนาอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ QA

โดยรวม พบว่า บุคลากรพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ QA อยู่ในระดับดีถึงดีมาก

โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายหลัก ความต่อเนื่องของกระบวนการ และความสำคัญของการประกันคุณภาพต่อองค์กร (ข้อ 1-3, 6-10) อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในเรื่องของ ความเข้าใจเชิงเทคนิคเกี่ยวกับองค์ประกอบของ QA (ข้อ 5) และการตีความเกี่ยวกับ ความต่อเนื่องของ QA (ข้อ 4) ซึ่งจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความรู้และให้การอบรมอย่างเป็นระบบ

5. ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับ SAR

พบว่า บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่ดีในเรื่อง เป้าหมายและประโยชน์ของการทำ SAR โดยเฉพาะในข้อที่เกี่ยวกับภาพรวม แนวคิดการประเมินและบทบาทของส่วนนำและส่วนสาระ อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างความรู้ ในประเด็นเกี่ยวกับ โครงสร้างองค์ประกอบของ SAR (ข้อ 16 และ 19) และ แนวทางการประเมินหมวดต่าง ๆ โดยเฉพาะหลักการ LeTCLi และ ADLI

6. ทิศนคติต่อการดำเนินงานประกัน QA

พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกในระดับสูงมาก โดยเฉพาะในประเด็นด้านกระบวนการพยาบาลที่เป็นระบบ การสนับสนุนจากนโยบาย และการเชื่อมั่นในความสามารถขององค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาอย่างยั่งยืนของระบบคุณภาพพยาบาล ขณะเดียวกัน บุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่เห็นด้วยกับแนวคิดที่จำกัดบทบาทของการประกันคุณภาพ ว่าเป็นภาระงาน หรือเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นต้องทำต่อเนื่อง หากไม่มีความเสี่ยงเกิดขึ้น และจากการวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า การประกันคุณภาพการพยาบาลเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ การมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของบุคลากร และการสนับสนุนในทุกระดับ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน QA ดังนั้น การพัฒนาโมเดลหรือแนวทางสนับสนุนเชิงระบบจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมการประกันคุณภาพในโรงพยาบาลระดับจังหวัดอย่างยั่งยืน ซึ่งส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า QA ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้รับบริการ และส่งผลกระทบต่อมาตรฐานของงานพยาบาล และการบันทึก

ข้อมูลและกระบวนการพยาบาลที่ครบถ้วนเป็นสิ่งที่มี
ผู้ตอบแบบสอบถามยอมรับว่าเป็นหัวใจสำคัญของ QA

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาเชิงระบบตามแนวคิด QA 10 ขั้นตอน การประยุกต์ใช้แนวทาง QA 10 ขั้นตอนของ กองการพยาบาล ช่วยให้การดำเนินงานมีระบบชัดเจน ตั้งแต่การมอบหมายผู้รับผิดชอบ การกำหนดขอบเขต บริการ การกำหนดมาตรฐาน การประเมิน และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (1988) และ Johnson & Brown (2021) ที่เน้นการประกันคุณภาพต้องประกอบด้วยโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงกัน การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานคือหัวใจสำคัญ ผู้ร่วมวิจัยในระดับปฏิบัติการเข้ามามีบทบาทโดยตรง สอดคล้องกับแนวคิดของ “Bottom-Up” จาก QA Unit-Based Model (JCAH, 1986 อ้างในกองการพยาบาล, 2544) ซึ่งเน้นการกระจายอำนาจ และสอดคล้องกับ Kemmis & McTaggart ที่ย้ำว่า “ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” ต้องร่วมกัน กำหนดแนวทาง สะท้อนผล และพัฒนา ความรู้และ ทักษะที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ ผลวิจัยพบว่าการเพิ่มความรู้ และทักษะที่เชิงบวกทำให้การดำเนินงาน QA มี ประสิทธิภาพ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Bloom (1968) ที่ เน้นว่าความรู้และเจตคติเป็นพื้นฐานของพฤติกรรม รวมถึงงานของ Hughes & Blegen (2017) และ Smith & Parker (2020) ที่ระบุว่าความรู้ที่ถูกต้องทำให้ พยาบาลสามารถประกันคุณภาพได้ดีขึ้น ความต่อเนื่อง ในการพัฒนา คือกฎแห่งความยั่งยืน ลักษณะการ ดำเนินงานแบบวงรอบ (spiral cycle) ทำให้สามารถ เรียนรู้จากปัญหาและนำกลับไปปรับปรุงได้ทันที ตาม หลักของ Continuous Quality Improvement (CQI) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Berwick & Fox (2016), Hafeez et al. (2022) และ Underwood et al. (2022) ความแตกต่างเชิงบริบทของแต่ละโรงพยาบาล แม้จะใช้ แนวทางเดียวกัน แต่ผลสำเร็จในแต่ละโรงพยาบาล ต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบริบท เช่น โครงสร้างองค์กร จำนวนบุคลากร และวัฒนธรรมการทำงาน ซึ่งสอดคล้อง

กับแนวคิดของ Halmin et al. (2022) ที่เห็นว่า QA ต้องปรับตามบริบทของแต่ละพื้นที่ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประกันคุณภาพการพยาบาล ในการยกระดับมาตรฐานการบริการพยาบาลใน โรงพยาบาล. ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของ Donabedian (2018) ที่เน้นว่าการประกันคุณภาพเป็น กระบวนการที่ช่วยในการพัฒนามาตรฐานการดูแล พยาบาล ซึ่งส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วย การที่บุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกต่อการประกัน คุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการ พัฒนาระบบ QA. ทัศนคติที่ดีช่วยส่งเสริมให้บุคลากรมี ส่วนร่วมในการดำเนินงานและเห็นความสำคัญของการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาระบบ QA เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เน้นการมีส่วนร่วม การ สะท้อนความคิด และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถปรับปรุง กระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบ QA อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของ มาตรฐานการพยาบาลและบริบทของโรงพยาบาล
2. ควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน QA และสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ
3. ควรนำผลการประเมิน QA มาใช้ในการ วางแผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและกำหนด เป้าหมายในการพัฒนา
4. ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ในการดำเนินงาน QA ระหว่างโรงพยาบาล เพื่อเป็น แนวทางในการพัฒนาซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ ส่งผลต่อ ความสำเร็จในการดำเนินงาน QA ในโรงพยาบาลอย่าง

ละเอียด เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบ QA ให้มี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินงาน
QA ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผลลัพธ์ทางคลินิก

3. ควรมีการพัฒนารูปแบบการประเมิน QA
ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในประเทศไทย

4. ควรมีการศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยี
สารสนเทศในการพัฒนาระบบ QA

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการประกันคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์การแพทย์แห่งชาติ; 2562.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด; 2562.
- กรรณิการ์ ชัยนันท์, และคณะ. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน: การวิเคราะห์สภาพปัจจุบันและความคาดหวัง. วารสารการพยาบาล. 2563;38(1):45-58.
- เกษร สังข์กฤษ, ไพลีน นิตสันเทียะ, วิภา แก้วเคน, ปิยนุช บุญกอง. การพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จังหวัดสกลนคร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2558;30(2):110-21.
- พัชรภรณ์ แสงงาม. การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2560;35(2):45-56.
- พิมล เมฆสวัสดิ์. คุณภาพบริการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์; 2550. หน้า 11.
- มะลิวรรณ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์, บุษบา วงศ์พิมล. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายภาพบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563; 38(1):107-16.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาล. มหाराช นครศรีธรรมราชเวชสาร. 2564; 4(2):76-88.
- วาที ดิเรกศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดชัยภูมิ [วิทยานิพนธ์]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
- ศิริพร ศิริวัฒน์ไพศาล, และคณะ. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารพยาบาล. 2566;35(2):120-135.
- สมบุญม พวงดอกไม้. การจัดการคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์. วารสารวิชาการพยาบาล. 2558;29(1):67-78.
- สุทธิลักษณ์ อรัณยานนท์. แนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. นนทบุรี: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัย; 2555.
- ไสว ชัยบุญเรือง. คุณภาพการบริการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์; 2555. หน้า 10.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก. กรุงเทพฯ: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2554.
- Corral B, Brewerton P. Service quality. London: Publisher; 1999. p. 16.
- Sheeran P, Webb TL, Gollwitzer PM, Schütz B, Sniehotta FF. Quality assurance in nursing education: Lessons from experienced practitioners. J Nurs Educ. 2022;61(3):145-151.
- Underwood M, Smith J, Brown T. Continuous quality improvement and re-evaluation in healthcare organizations. Int J Health Care Qual Assur. 2022;35(4):310-325.

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

นวนนิตย์ ไชยเพชร¹, ปัญญณีย์ ดิณชาติอารักษ์² และ มยุรี คชนาม³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีโรคร่วมรุนแรง ที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 25 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากไม่แทนที่ และวัดกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่ระยะสงบ จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย น้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนรับประทานอาหารเช้า ลดลง ($p < 0.05$) ส่วนดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย มีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่มีความแตกต่าง ($p > 0.05$)

สรุปผล การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลด น้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้าได้ ซึ่งนำไปสู่การการปรับลดยาและหยุดยาได้ในอนาคต

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ, ประสิทธิผลของโปรแกรม, โรคเบาหวานระยะสงบ

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย E-mail: tuckatan.2554@gmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประเทศไทย

Effectiveness of the health behavior change program aimed at diabetes remission in controlling type 2 diabetes at Mueangphotawat Community Health Center, Mueang District, Surat Thani Province

Nuannit Chaipetch ¹, Punjanee Tinnachartarak ² and Mayuree Khotchanam ³

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a health behavior modification program for diabetes remission in type 2 diabetic patients without severe comorbidities who received services at the Phothawat Community Health Center. The sample consisted of 25 people, using simple random sampling without replacement, and the samples were measured before and after the experiment. Research instruments were a health behavior modification program aimed at diabetes remission at the Phothawat Community Health Center and a health behavior record form for diabetic patients towards remission. The health behavior modification activities were organized for 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. The differences before and after the experiment were compared by using a paired t-test.

The results of the study found that after the experiment, the sample group showed a significant decrease in mean weight, waist circumference, and fasting blood sugar ($p < 0.05$). The body mass index and average glycemic control significantly decreased but were non-significant ($p > 0.05$).

In conclusion, using this health behavior modification program aimed at diabetes remission resulted in type 2 diabetic patients being able to reduce their weight, waist circumference, and blood sugar level before breakfast, which leads to a reduction in medication and possible discontinuation of medication in the future.

KEYWORDS: Health Behaviour Modification Program for Diabetes Remission, Program Effectiveness, Diabetes Remission

^{1,2} Registered Nurse, Mueangphotawat Community Health, Thailand, *E-mail:* tuckatan.2554@gmail.com

³ Registered Nurse, Urban Community Health Center, SuratThani Provincial Administrative Organization, Thailand

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญของทั่วโลก ทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมด จากข้อมูล IDF Diabetes Atlas พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคน คาดการณ์ว่าภายในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มขึ้นมากถึง 783 ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) สำหรับประเทศไทยประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน ส่วนใหญ่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในจำนวนนี้มีเพียง 2.6 ล้านคนที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษา และสามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาได้เพียง 0.9 ล้านคน ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในประเทศไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2567) จากข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2566) จากผลการศึกษาวิจัยของ กิตติยา ชูโชติ และนิลวรรณ อยู่ภักดี (2561) ศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากแนวคิดระบบการประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน (โดยใช้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม HbA1c) สนับสนุนว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากกลุ่มความเสี่ยงต่ำไปยังกลุ่มความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี เขตอำเภอเมืองในปี พ.ศ.2566 พบมีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในระบบ 8,419 ราย สามารถคุมเบาหวานได้ดี 3,468 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.36 และเป็นผู้ป่วยในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราส 832 ราย สามารถคุม

เบาหวานได้ดี คิดเป็นร้อยละ 46.75 Health Data Center (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2566) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามแนวทางที่เป็นมาตรฐาน จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่างๆ ของร่างกาย ทั้งภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดอยู่ระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยเบาหวาน ($HbA1c < 6.5$) และคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565) ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ในผู้เป็นเบาหวาน ไม่ว่าจะเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เป็นเบาหวานเอง หรือร่วมกับการรักษาด้วยยา และในบางกรณีหลังจากหยุดยาเบาหวาน ผู้เป็นเบาหวานบางรายก็ยังสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ โดยเฉพาะในผู้ซึ่งเป็นเบาหวานมาไม่นาน (กรมยุทธศาสตร์, 2565) กระบวนการดูแลหลักที่นำไปสู่โรคเบาหวานระยะสงบโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เน้นที่การจัดการด้านการบริโภคอาหาร ซึ่งในปัจจุบันมีหลากหลายแนวทางในการจัดการด้านการบริโภค เช่น การบริโภคอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารพลังงานต่ำ อาหารจากพืช และการอดอาหารเป็นช่วงเวลา ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย เป็นเวลา 3 ถึง 6 เดือน ควรมีการกำหนดเป้าหมายให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักลง ร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักเดิม (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ท้วมโคกหม้อ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาล

สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ผลการวิจัยสนับสนุนว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ การศึกษาของ ชนินท์นรา ใจดี (2566) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และการลดน้ำหนักของ นักศึกษามหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา ผลวิจัยสนับสนุนว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและมีน้ำหนักตัวลดลง และการศึกษาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยเบาหวานมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) หลังการศึกษา 3 เดือน และ 6 เดือน (พิชิต สุขสบาย, 2567)

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จึงนำมาใช้จัดทำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ	
ระยะที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) สร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง และอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถตนเองผ่านกิจกรรม	
1. การตรวจและประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย น้ำตาล-ก่อนอาหารเช้า (FPG) น้ำตาลสะสมเฉลี่ย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	
2. กิจกรรมสัญญาใจเบาหวานควบคุมได้ด้วยตัวคุณ เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมาย	
3. เรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จผ่านสื่อวีดิทัศน์/ต้นแบบในพื้นที่ใกล้เคียง	
4. ร่วมวางแผนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับทีมสหวิชาชีพ	
ระยะที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-4) เพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม	
1. บันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อ/วัน รวมถึงกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่ระยะสงบ	
2. นัดติดตามตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า ที่สถานบริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
3. ร่วมเรียนรู้ผลน้ำตาลในเลือดกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากแบบบันทึก ทักพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่ระยะสงบ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	
ระยะที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5-11) ทราบถึงผลของการรับรู้ความสามารถตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม	
1. บันทึกปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	
2. นัดติดตามตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า ที่สถานบริการทุก 1-2 สัปดาห์	
3. ร่วมเรียนรู้จากการแปลผลตรวจน้ำตาลในเลือด ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทุก 1-2 สัปดาห์	
ระยะที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12)	
1. การตรวจและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย น้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG) น้ำตาลสะสมเฉลี่ย หลังเข้าร่วมกิจกรรม	

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยสนใจศึกษา รูปแบบการจัดการอาหารพลังงานต่ำ (1200-1500 แคลอรี/วัน) การจัดการอาหาร 2:1:1 อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ (< 130 กรัม/วัน) ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มทางเลือกในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และเพิ่มรูปแบบในการจัดกิจกรรมการดูแลของทีมสหวิชาชีพ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องและเกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม อำเภอมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวแปรตาม

1. น้ำหนัก
2. เส้นรอบเอว
3. ดัชนีมวลกาย
4. น้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG)
5. น้ำตาลสะสมเฉลี่ย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (Quasi experimental research) แบบ one group pretest- posttest design โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีโรคร่วมรุนแรงและไม่มีภาวะทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด สมัครใจเข้าร่วมโครงการระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาวิจัย 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน – กันยายน 2567 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Two Dependent means (เชษฐา งามจรัส, 2564) จากวิจัยของ มยุรี คชนาม และสุรัตน์ อรรถวิเชียร (2563) วิจัยเรื่องการเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างการสอนแบบมีแบบแผนและการสอนแบบปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเท่ากับ 8.53 และ 7.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังใช้โปรแกรมเท่ากับ 1.44 และ 1.24 ตามลำดับ เมื่อกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และอำนาจในการทดสอบ 95%

$$n = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - \beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

เมื่อ Standard deviation (σ) = $1.44 + 1.24 = 1.34$

Differenced data between 2 group (Δ) = $8.53 - 7.55 = 0.98$

Alpha (α) = 0.05

Beta (β) = 0.20

n = 13.53

เกณฑ์การรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่มีโรคร่วมรุนแรง เช่น โรคไตเสื่อมที่มีอัตราการกรองมากกว่าหรือเท่ากับ 45 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ตารางเมตร ขึ้นไป

- ผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ได้ สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

- มีสติสัมปชัญญะ พุดคุยรู้เรื่อง

เกณฑ์การไม่รับอาสาสมัครออกจากโครงการ

- ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโรคร่วมรุนแรง เช่น โรคไตเสื่อมที่มีอัตราการกรองน้อยกว่า 45 มิลลิลิตร/นาที/1.732 ตารางเมตร หรือมีภาวะโรคหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน

- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามนัดหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม โดยใช้รูปแบบ อาหารพลังงานต่ำ (1200-1500 แคลอรี/วัน) การจัดจานอาหาร 2:1:1 อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ (< 130 กรัม/วัน) ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทีมสหวิชาชีพ จัดแบ่งเป็น 4 ระยะ

1.1 ระยะที่ 1 กิจกรรมที่จัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองและอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถตนเองผ่านกิจกรรมดังนี้

1.1.1 การตรวจร่างกายและแปรผลการตรวจร่างกาย เพื่อกระตุ้นให้เกิดความคาดหวังที่จะจัดการปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG) และระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (ใช้เวลา 30 นาที)

1.1.2 กิจกรรมสัญญาใจเบาหวานควบคุมได้ด้วยตัวคุณ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นให้กลุ่ม

ตัวอย่างกำหนดเป้าหมายรายบุคคล เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ใช้เวลา 10 นาที)

1.1.3 เรียนรู้จากต้นแบบผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถหยุดยาหรือลดยาเบาหวานผ่านสื่อวีดิทัศน์ (ใช้เวลา 10 นาที)

1.1.4 ร่วมวางแผนจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละวัน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์, พยาบาล, นักโภชนาการ, เภสัชกรรม, นักกายภาพ, นักวิชาการสาธารณสุข (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง)

1.2 ระยะที่ 2 กิจกรรมจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2 - 4 เพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม (ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง)

1.2.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อแต่ละวันตามหมวดหมู่รายการอาหาร และกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย ในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ และนำมาด้วยทุกสัปดาห์

1.2.2 นัดติดตามตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.2.3 ร่วมเรียนรู้จากการแปลผลตรวจน้ำตาลในเลือด ปริมาณอาหาร กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย จากแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ เพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงให้คำปรึกษา หรือแก้ไขปัญหาที่อาจพบระหว่างการปรับพฤติกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

1.3 ระยะที่ 3 กิจกรรมจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 5 - 11 เพื่อสะท้อนให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบถึงผลของการรับรู้ความสามารถตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง

1.3.1 ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.3.2 นัดติดตามตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า ทุก 1-2 สัปดาห์

1.3.3 ร่วมเรียนรู้จากการแปลผลตรวจน้ำตาลในเลือด ปัญหาอุปสรรค ข้อสงสัย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทุก 1-2 สัปดาห์

1.4 ระยะที่ 4 กิจกรรมจัดขึ้นในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อสะท้อนให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบถึงผลของการรับรู้ความสามารถตนเอง ใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ประกอบด้วย กิจกรรม การตรวจและประเมินผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย น้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG) น้ำตาลสะสมเฉลี่ย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมุ่งสู่ระยะสงบ ร่วมกันออกแบบโดยทีมสหวิชาชีพ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน จำนวน 16 หน้า คือ

2.1 ส่วนที่ 1 ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัย (หน้า 1-10) ประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (หน้า 1) เป็นแบบคำถามปลายปิดให้เติมคำประกอบด้วย โรคประจำตัวและโรคร่วม น้ำหนักส่วนสูง เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้า (FPG) ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย สัญญาณเบาหวานควบคุมได้ด้วยตัวคุณ ก่อนเข้าร่วมวิจัย เพื่อระบุเป้าหมายในการลดน้ำหนักตัว (10-15% ของน้ำหนักเดิม) หรือลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ดี (< 110 mg/dL)

2.2.2 แบบคำนวณดัชนีมวลกาย (หน้า 2) เป็นแบบปลายปิดให้เติมคำ ใช้คำนวณสัดส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูง แปลผล 5 ระดับ คือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ สมส่วน น้ำหนักเกิน อ้วนระดับ1 อ้วนระดับ2

2.2.3 การหาน้ำหนักที่ควรจะเป็น และการคำนวณพลังงานที่ควรได้รับใน 1 วัน (หน้า 3) เป็นแบบปลายปิดให้เติมคำ ใช้คำนวณพลังงานที่ควรได้รับในการตั้งเป้าหมายเพื่อการลดน้ำหนัก

2.2.4 แบบบันทึกการรับประทาน อาหารและออกกำลังกาย (หน้า 4-7) เป็นแบบบันทึก ใช้สำหรับบันทึกปริมาณเป็นตัวเลขสำหรับอาหารที่รับประทานแต่ละมื้อในแต่ละวัน โดยบันทึก 7 รายการ ประกอบด้วย ข้าว ระบุเป็นจำนวนทัพพี ผักระบุเป็นจำนวนทัพพี เนื้อสัตว์ระบุเป็นจำนวนชิ้น ไข่ ผลไม้ ระบุเป็นจำนวนส่วน/กำมือ น้ำมันระบุเป็นจำนวนช้อนชา นมระบุเป็นจำนวนกล่อง อาหารว่างระบุเป็นจำนวนชิ้น/ถ้วย การบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกาย ระบุชนิดกีฬาเป็นนาที

2.2.5 แบบบันทึกการนัดติดตาม ภาวะสุขภาพ (หน้า 8-10) ใช้บันทึกทุกครั้งที่มีการนัดหมาย เป็นแบบปลายปิดให้เติมคำ ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ค่าน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า

2.2 ส่วนที่ 2 ใช้เป็นเอกสารความรู้สำหรับผู้ร่วมวิจัย (หน้า 11-16) ประกอบด้วย ตารางอาหารพลังงานต่ำแบบดัดแปลงและไม่ดัดแปลง, รูปแบบจัดจานอาหารพลังงานต่ำ 2:1:1 และ ตารางอาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ อาหารแลกเปลี่ยนหมวดข้าว แป้ง อาหารแลกเปลี่ยนหมวดผัก เนื้อสัตว์ที่ควรรับประทาน เนื้อสัตว์ที่ควรเลี่ยง อาหารแลกเปลี่ยนหมวดผลไม้ ตัวอย่างนมที่แนะนำ อาการน้ำตาลในเลือดต่ำและการแก้ไขเบื้องต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาและเกณฑ์การให้คะแนนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ ของงานวิจัย (The Index of Item Objective Congruence, IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.75

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ตัวแปรที่ศึกษา ก่อน-หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขโครงการ STPHO2024-34 วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 72.0 และ 28.0 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 62.40 ปี ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานนานเฉลี่ย 5.08 ปี เป็นโรคเบาหวานมีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 56.0 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 20.0 และโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.0 และน้อยสุดเป็นโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 8.0

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-Value เท่ากับ 0.000*, 0.000*, 0.005* ตามลำดับ ส่วนดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสม

ในเลือด มีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรจากผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=25)

ตัวแปร	Mean	SD	t	P-value
น้ำหนัก(กิโลกรัม)				
ก่อนการทดลอง	67.676	14.9621	7.395	.000*
หลังการทดลอง	64.292	15.0098		
รอบเอว (เซนติเมตร)				
ก่อนการทดลอง	93.04	10.718	7.363	.000*
หลังการทดลอง	88.48	11.322		
ดัชนีมวลกาย(กิโลกรัม/เมตร ²)				
ก่อนการทดลอง	27.424	5.1104	1.389	.178
หลังการทดลอง	26.736	5.0740		
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (mg/dl)				
ก่อนการทดลอง	129.84	31.052	3.109	.005*
หลังการทดลอง	114.56	19.977		
ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (%)				
ก่อนการทดลอง	7.156	1.1068	.875	.390
หลังการทดลอง	7.008	.9759		

ผลลัพธ์การใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับลดการใช้จ่ายเบาหวานได้ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 และสามารถหยุดการใช้จ่ายเบาหวานได้ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการใช้จ่ายรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง (n=25)

การใช้จ่ายรักษาโรคเบาหวาน	จำนวน(n=25)	ร้อยละ
คงเดิม	10	40.0
ลดยา	11	44.0
หยุดยา	2	8.0
เพิ่มยา	2	8.0

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ

ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมี

ค่าเฉลี่ย น้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนรับประทานอาหารเช้า (FPG) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ส่วนดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย มีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$)

อภิปรายผล

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ในการควบคุมเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบกิจกรรม 4 ระยะ รวม 12 สัปดาห์ โดยใช้การจัดการอาหารในรูปแบบ อาหารพลังงานต่ำ (1200-1500 แคลอรี/วัน) การจัดจานอาหาร 2:1:1 อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ (< 130 กรัม/วัน) ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทีมสหวิชาชีพ จัดกิจกรรมโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง สะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีการกำหนดเป้าหมายที่สามารถทำได้ เพื่อลดน้ำหนักและลดระดับน้ำตาลในเลือด การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการรักษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าและการออกกำลังกาย ในช่วงแรก (สัปดาห์ที่ 2-4) มีการติดตามอย่างใกล้ชิดทุกสัปดาห์จากทีมสหวิชาชีพ ร่วมเรียนรู้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจากการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนรับประทานอาหารเช้า เปรียบเทียบกับปริมาณอาหารแต่ละมื้อแต่ละวันที่ผู้ป่วยบันทึก พร้อมให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตน ในสัปดาห์ที่ 5-11 ติดตามเจาะน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้าทุก 1-2 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับผลน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้า และปัญหาอุปสรรคที่พบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากโปรแกรمدังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ผู้ป่วย

เบาหวานมีค่าเฉลี่ย น้ำหนัก เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนรับประทานอาหารเช้า (FPG) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ จงกล สุกิจจักษ์ (2567) ศึกษาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสະບ້ായ้อย การศึกษาของสุริยะ คูหะรัตน์และดวงเดือน ก้อนทอง (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม DPA Crb Ketogenic Diet ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า กลุ่มทดลองสามารถลดน้ำหนักตัว และ DTX ได้ และแตกต่างจากก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของพิชิต สุขสบาย (2567) ศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย มีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย (2567) ศึกษาประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าดัชนีมวลกายใกล้เคียงกัน และการศึกษาของสุริยะ คูหะรัตน์และดวงเดือน ก้อนทอง (2565) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม DPA Crb Ketogenic Diet ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า หลังการทดลอง การลดลงของน้ำตาลสะสมไม่มีความแตกต่างจากก่อนการทดลอง ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดได้ใน สัปดาห์ที่ 5-11 เนื่องจากในสัปดาห์แรกๆอยู่ในช่วงปรับตัว

และหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมยังไม่ชัดเจน เพราะต้องใช้ระยะเวลา 2-3 เดือนหลังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2566) และจากการติดตามการใช้ยาโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาหลายชนิดหรือใช้ยาชนิดเดียวขนาดสูง สามารถปรับลดการใช้ยาเบาหวานลงได้ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 และสามารถหยุดการใช้ยาเบาหวานในผู้ป่วยที่ใช้ยาชนิดเดียวขนาดต่ำได้ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 จากการศึกษาพบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธิ์वास ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมโรคได้ และเห็นการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ชัดเจนและนำไปสู่การหยุดยาและการลดยารักษาโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. การดูแลรักษาเบาหวานระยะสงบ นับเป็นมิติใหม่ของแนวทางการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การให้ความเชื่อมั่นและเสริมพลังให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระยะสงบนั้น ต้องใช้ความพยายามอย่างสูง ร่วมกับแนวทางที่มีความชัดเจนของทีมสหวิชาชีพทุกแขนงในการช่วยขับเคลื่อนและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิดให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแล

2. เป็นทางเลือกสำหรับสถานบริการในเขตเมือง ซึ่งการเดินทางค่อนข้างสะดวก แต่ไม่มีงบประมาณในการสนับสนุนเครื่องวัดน้ำตาลชนิดพกพาหรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำ SMBG (Self-Monitoring of Blood Glucose) โดยใช้เทคนิคการนัดติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ใช้รูปแบบการนัดติดตามให้มาตรวจน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหารเช้าที่สถานบริการและสะท้อนผลตรวจเปรียบเทียบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละสัปดาห์ พร้อมชี้แนะ สนับสนุน

ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เร็วขึ้น

3. การกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมและไม่ยากจนเกินไป ส่งผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดน้ำหนักลง 5-10% ของน้ำหนักเดิมในระยะแรก และค่อยๆ ปรับเพิ่มขึ้นเมื่อประสบความสำเร็จ และใช้เป้าหมายที่ผู้ป่วยกำหนดขึ้น ในการติดตามทุกครั้งเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

4. การนัดติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อตรวจประเมิน น้ำหนัก เส้นรอบเอว และน้ำตาลปลายนิ้วก่อนอาหาร ร่วมกับการเรียนรู้จากการจดบันทึกการรับประทานอาหารในแต่ละวันของผู้ป่วย ทำให้ง่ายในการสื่อสารและสะท้อนให้เห็นว่าชนิดและปริมาณอาหารที่ทำให้เกิดหรือไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด

5. การจัดคลินิกหรือสถานที่ให้บริการที่เหมาะสม จะเอื้อให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6. การให้บริการด้วยความเป็นมิตร และเทคนิคในการสื่อสารเชิงบวก การชื่นชม ให้กำลังใจ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ทีมสหวิชาชีพที่สนใจจะศึกษาวิจัยในประเด็นนี้ควรเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็น 6 เดือน - 1 ปี เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้น

3. ผู้สนใจสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงเรือนอื่นๆ ที่น้ำหนักตัวและเส้นรอบเอวส่งผลกระทบต่อโรค เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

- กิตติยา ชูโชติ และนิลวรรณ อยู่รักดี. (2561). ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามหลักการจัดกลุ่มโรค ผู้ป่วยนอกเพื่อการจ่ายเงินที่โรงพยาบาลบางบัวทอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 12 (4), 645-656.
- กรภัทร มยุระสาร. (ม.ป.ป.). การควบคุมเบาหวานด้วยโภชนาการรายบุคคล (personalized diabetes nutrition). สืบค้น 15 กุมภาพันธ์ 2567, จาก <https://cimjournal.com/confer-update/personalized-diabetes-nutrition/>
- กรมควบคุมโรค. (2566). รณรงค์วันเบาหวานโลก ตระหนักถึงการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่างทั่วถึง. สืบค้น 18 กุมภาพันธ์ 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&dEptcode>
- กัลยา ท่วมโคกหม้อ. (2565). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. สืบค้น 5 มกราคม 2567, จาก <http://www.tako.moph.go.th>.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE). สืบค้น 25 กุมภาพันธ์ 2567, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1517720240105042138.pdf>.
- จกมล สุกิจจารักษ์. (2567). พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาโรงพยาบาลสะบ้าย้อย. สืบค้น 18 ตุลาคม 2567, จาก <https://www.skho.moph.go.th/oa/uploads/research-36.pdf>.
- ชนินท์นรา ใจดี. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและการลดน้ำหนักของนักศึกษา มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 34 (1), 113-126.
- เชษฐา งามจรัส. (2564). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ศูนย์นวัตกรรมการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิชิต สุขสบาย. (2567). ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 38(1), 1-15.
- มยุรี คชนาม และสุรัตนา อรรถวิเชียร. (2563). การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ระหว่างการสอนแบบมีแบบแผน และการสอนแบบปกติ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 3 (2), 15-24.
- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: พีพี มีเดีย ดีไซน์ แอนด์ พรินท์. จาก https://drive.google.com/file/d/1_pooxEPbFFvH6IR5DR3tNjk9q1nOUIUD/view
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2567). ไทยป่วยเบาหวานพุ่งสูงต่อเนื่อง. สืบค้น 22 กุมภาพันธ์ 2567, จาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=221088>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (2566). ฐานข้อมูล Health Data Center. สืบค้น 1 มีนาคม 2567, จาก <https://sni.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี และสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.

สุริยะ คูหะรัตน์ และดวงเดือน ก้อนทอง. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรม DPACrb Ketogenic Diet ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(ฉบับเพิ่มเติม), 365-375.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่ตับประเมนโดยวิธีแบบไม่รุกราน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

รัชศักดิ์ พลับพลึง, วท.บ.¹

บทคัดย่อ

การติดเชื้อ Hepatitis C Virus (HCV) เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตับ ภาวะพังผืดที่ตับ ตับแข็ง และนำไปสู่ มะเร็งตับ การตัดสินใจระดับ เป็นวิธีการมาตรฐานสำหรับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ตับ อย่างไรก็ตาม เป็นวิธีที่รุกราน มีความเสี่ยง การประเมินแบบไม่รุกราน รวมถึงการใช้ดัชนีทางชีวเคมี เช่น FIB-4 Index และ APRI ตลอดจนเทคนิคการสร้างภาพ เช่น Ultrasound FIB-4 Index และ APRI เป็นดัชนีที่คำนวณได้ ง่ายจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่า FIB-4 Index และ APRI กับผลการตรวจ Ultrasound ตับของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง คือผู้ที่ได้รับการตรวจ Anti HCV แล้วให้ผลบวกมีผลตรวจทางชีวเคมี Aspartate aminotransferase (AST) Alanine aminotransferase (ALT) Platelet count ผล ultrasound ตับ และเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษในช่วง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยชายมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยหญิงในทุกกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีอายุ 56-65 ปี มีสัดส่วนของ ผู้ป่วย ตับแข็ง และ มะเร็งตับ สูงที่สุด ความสัมพันธ์ค่าระหว่าง FIB-4 Index กับผลการตรวจ Ultrasound มีความสัมพันธ์กัน ($p < 0.05$)

สรุปผลค่า APRI และ FIB-4 Index ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะตับแข็งและมะเร็งตับ APRI และ FIB-4 มีความไวและความจำเพาะอยู่ในระดับปานกลาง ควรใช้ APRI และ FIB-4 Index ร่วมกับข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อความแม่นยำในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ตับ

คำสำคัญ: ไวรัสตับอักเสบบี (HCV), APRI, FIB-4 Index, อัลตราซาวนด์

¹ นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: r.plubplung@gmail.com

Factors associated with liver complications assessed using non-invasive methods in a group of hepatitis C infected patients in Sisaket Hospital

Ratchasak Plubplung, *Bs.C.*¹

Abstract

Hepatitis C Virus (HCV) infection is a cause of liver complications, including liver fibrosis, cirrhosis, and hepatocellular carcinoma. Liver biopsy is the gold standard method for assessing liver complications. However, it is an invasive procedure with risks. Non-invasive assessments, including biochemical indices such as the FIB-4 Index and APRI, as well as imaging techniques such as ultrasound, are used. The FIB-4 Index and APRI are indices that can be easily calculated from common laboratory test results. Objective: to study the relationship between FIB-4 Index and APRI values and liver ultrasound findings in Hepatitis C Virus patients at Sisaket Hospital. This was a retrospective study of individuals who tested positive for anti-HCV and had biochemical tests for aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), and platelet count, as well as liver ultrasound results, and who received treatment at Sisaket Hospital between October 1, 2023, and September 30, 2024.

The study results showed that there were more male patients than female patients in all groups. Patients aged 56-65 years had the highest proportion of cirrhosis and liver cancer. There was a correlation between FIB-4 Index values and ultrasound findings ($p < 0.05$). There was a correlation between APRI values and ultrasound findings ($p < 0.05$).

In conclusion, higher APRI and FIB-4 Index values are associated with an increased risk of cirrhosis and liver cancer. APRI and FIB-4 have moderate sensitivity and specificity. APRI and FIB-4 Index should be used in conjunction with other clinical data and additional diagnostic tests for accurate assessment of liver complications.

Keywords: Hepatitis C Virus (HCV), APRI, FIB-4 Index, Ultrasound

¹ Medical Technologist, professional level, Sisaket Hospital, Sisaket Province, *E-mail:* r.plubplung@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อ Hepatitis C Virus (HCV) ถือว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของโลกในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตับ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อแบบเรื้อรัง หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาจะมีภาวะพังผืดที่ตับ (liver fibrosis) ตับแข็ง (cirrhosis) และนำไปสู่ มะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma :HCC) แต่คาดว่าผู้ติดเชื้อเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 170 ล้านคน หรือ 3% ของประชากรโลก(1) ผู้ป่วยที่ติด HCV นานกว่า 20-30 ปี ส่งผลให้เกิดตับแข็งประมาณ 10-20% เมื่อตับแข็งเกิดขึ้นแล้ว จะมีความเสี่ยงต่อ HCC ต่อปี 1-5% และมีความเสี่ยงต่อตับเสื่อมลงต่อปี 3-6% หลังจากภาวะตับเสื่อมลง ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในปีถัดไปจะอยู่ระหว่าง 15% ถึง 20% (2,3) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี กรมควบคุมโรคติดต่อ พบอัตราป่วย 0.33-2.16 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2562 พบผู้ป่วย 466 ราย โดยพบมากในกลุ่มอายุ 55-64 ปี (4)

การตัดชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) เป็นวิธีการมาตรฐานสำหรับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ตับ อย่างไรก็ตาม เป็นวิธีที่รุกราน มีความเสี่ยง และมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ในวงกว้าง ด้วยเหตุนี้ จึงมีความพยายามในการพัฒนาวิธีการประเมินแบบไม่รุกราน ซึ่งรวมถึงการใช้ดัชนีทางชีวเคมี เช่น FIB-4 Index และ APRI ตลอดจนเทคนิคการสร้างภาพ เช่น Ultrasound

สูตรการคำนวณ FIB-4 Index

$$FIB - 4 = \frac{Age (years) \times AST (U/L)}{Platelet count (10^9/L) \times \sqrt{ALT (U/L)}}$$

แปลผล FIB-4>3.25 หมายถึง Cirrhosis

FIB-41.45-3.25 หมายถึง Significant fibrosis

FIB-4<1.45 หมายถึง Rule out Significant fibrosis

FIB-4 Index และ APRI เป็นดัชนีที่คำนวณได้ง่ายจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป และได้รับการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินภาวะพังผืดในตับ ตับแข็ง และมะเร็งตับในผู้ป่วย HCV Ultrasound เป็นวิธีการสร้างภาพที่ใช้กันทั่วไปและมีราคาไม่แพง ซึ่งสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสัณฐานวิทยาของตับและตรวจหาภาวะแทรกซ้อนบางอย่างได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่า FIB-4 Index และ APRI กับผลการตรวจ Ultrasound ในตับของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ในโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study)] การศึกษานี้ดำเนินการที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดศรีสะเกษ ประชากรเป้าหมายคือผู้ที่ได้รับการตรวจ Anti HCV แล้วให้ผลบวก มีผลตรวจทางชีวเคมี Aspartate aminotransferase (AST) Alanine aminotransferase(ALT) Platelet count ผล ultrasound ตับ และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษในช่วง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

สูตรการคำนวณ APRI

$$APRI = \left(\frac{AST \text{ (IU/L)}}{\text{ค่าปกติของ AST}} \right) \times 100 \div \text{เกล็ดเลือด (10}^9\text{/L)}$$

แปลผล APRI > 1.5 หมายถึง Cirrhosis

APRI 0.5-1.5 หมายถึง Significant fibrosis

APRI < 0.5 หมายถึง Rule out Significant fibrosis

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรคำนวณ Single proportion แบบทราบจำนวนประชากรทั้งหมด (finite population) ของ Wayne W., D. (1995)

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

เมื่อกำหนด

N = จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่ได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลศรีสะเกษ = 121 ราย

P = อัตรา (อุบัติการณ์โรค) = 0.41

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 % = 0.05

$\alpha = 0.05$, $Z(0.975) = 1.959964$

แทนค่าในสูตร $n = \frac{(121 \times 0.41) \times (1-0.41) \times 3.8416}{0.0025 \times 120 + 0.41 \times 0.59 \times 3.8416}$

$n = 70$ ราย

การศึกษานี้ได้ใช้ค่าอุบัติการณ์โรคโดยอ้างอิงจากการศึกษาในปี ค.ศ. 2014 โดย Tam Nguyen

Truong และคณะ(5)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาหมายเลขโครงการวิจัย SSKHREC No.065/2567 เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No. 007/2568 วันที่รับรอง 19 มีนาคม 2568 วันหมดอายุ 18 มีนาคม 2569

ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีจากจำนวน 70 คน เป็นเพศชาย 51 คน เพศหญิง 19 คน คิดเป็นร้อยละ 72.9 และ 17.1 พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีมากในช่วงอายุ 56-65 ปี และ 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.5 และ 37.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Demographic data on patient Hepatitis C from October 2023 to September 2024

Sex	Demographic data							
	Number (%)		Age (year)					
			35-45	(%)	46-55	(%)	56-65	(%)
Male	51	72.9	8	11.4	25	35.9	18	25.7
Female	19	17.1	2	2.8	1	1.4	16	22.8
Total	70	100	10	14.2	26	37.3	34	48.5

จากการศึกษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ที่มีระดับ APRI FIB-4 Ultrasound ต่ำที่ผิดปกติพบว่า มีจำนวนมากกว่าระดับปกติ และพบมากในช่วงอายุ 56-65 ปี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Demographic data shows abnormal APRI FIB-4 Ultrasound levels

Demographic data	APRI		FIB-4		Ultrasound		
	≤ 1.5	>1.5	≤ 3.5	>3.5	Normal	Cirrhosis	HCC
	Case(%)	Case(%)	Case(%)	Case(%)	Case(%)	Case(%)	Case(%)
Sex							
Male	23(32.9)	28(40.0)	23(32.9)	28(40.0)	23(32.9)	23(32.9)	5(7.0)
Female	7(10.0)	12(17.1)	5(7.1)	14(20.0)	7(10.0)	9(13.2)	0
Age (ปี)							
35-45	6(8.6)	4(5.6)	3(4.3)	6(8.6)	6(8.6)	4(5.6)	0
46-55	16(22.9)	10(14.3)	13(18.6)	14(20.0)	14(20.0)	10(14.3)	2(2.9)
56-65	13(18.6)	21(30.0)	8(11.4)	26(37.1)	13(18.6)	18(25.7)	3(4.3)

จากการหาความสัมพันธ์ระหว่างค่า APRI FIB-4 กับผล Ultrasound ดัชนี พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 Relationship between APRI FIB-4 values and Ultrasound results

		Ultrasound	APRI	FIB-4
Ultrasound	Pearson Correlation	1	.258*	.286*
	Sig. (2-tailed)		0.031	0.016
APRI	Pearson Correlation	.258*	1	.892**
	Sig. (2-tailed)	0.031		0
FIB-4	Pearson Correlation	.286*	.892**	1
	Sig. (2-tailed)	0.016	0	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

จากการศึกษาเปรียบเทียบ APRI FIB-4 ผล Ultrasound ดัชนี ที่มีผล Normal Cirrhosis และ HCC พบว่า ค่า APRI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยที่มีผล Ultrasound ปกติ($P<0.05$)และไม่แตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญ ในผู้ป่วย Cirrhosis และ HCC ($p>0.05$) ค่า FIB4 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีผล Ultrasound ต่างกัน ($p>0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Comparison of APRI FIB-4 and liver ultrasound results

Dependent Variable	Ultrasound	Ultrasound	Std. Error	Sig.
APRI	Normal	Cirrhosis	0.67013	0.018
		HCC	1.29625	0.138
	Cirrhosis	Normal	0.67013	0.018
		HCC	1.29891	0.802
	HCC	Normal	1.29625	0.138
		Cirrhosis	1.29891	0.802

ตารางที่ 4 Comparison of APRI FIB-4 and liver ultrasound results (ต่อ)

Dependent Variable	Ultrasound	Ultrasound	Std. Error	Sig.
FIB4	Normal	Cirrhosis	1.78602	0.113
		HCC	3.45472	0.069
	Cirrhosis	Normal	1.78602	0.113
		HCC	3.46181	0.315
	HCC	Normal	3.45472	0.069
		Cirrhosis	3.46181	0.315

* The mean difference is significant at the 0.05 level.

จากการศึกษาหาความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ระหว่างผล ultrasound ดับ กับ APRI FIB-4 ให้ความไวที่ 68.6% และ 74.3% ความจำเพาะ 71.4% และ 69.0% ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 Sensitivity, Specificity between liver ultrasound results and APRI FIB-4

	APRI		FIB-4	
	Sensitivity	Specificity	Sensitivity	Specificity
Ultrasound	68.60%	74.30%	71.40%	69.00%

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเป็นเวลา 1 ปี ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ผู้ป่วยที่มีค่า APRI และ FIB-4 สูง มีแนวโน้มที่จะมีผลการตรวจ Ultrasound ที่ บ่งชี้ถึงความผิดปกติของตับ (Cirrhosis และ HCC) มากกว่าผู้ป่วยที่มีค่า APRI และ FIB-4 ต่ำ นอกจากนี้ ยังสามารถเห็นการกระจายของเพศและอายุในแต่ละกลุ่มผลการตรวจ ผู้ป่วยชายมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยหญิงในทุกกลุ่มของ APRI, FIB-4 และ Ultrasound มะเร็งตับ (HCC) พบในผู้ป่วยชายเท่านั้นในการศึกษานี้ ผู้ป่วยที่มีอายุ 56-65 ปี มีสัดส่วนของผู้ป่วย Cirrhosis และ HCC สูงที่สุด ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าค่า APRI และ

FIB-4 มีความสัมพันธ์กับการตรวจ Ultrasound ซึ่งบ่งชี้ว่าตัวแปรทั้งสองอาจมีประโยชน์ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ตับในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี นอกจากนี้ APRI และ FIB-4 เองก็มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง APRI FIB-4 มีความจำเพาะสูงกว่าความไวเล็กน้อย แสดงว่า APRI FIB-4 มีความสามารถในการระบุผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ตับได้ดีกว่าการตรวจหาผู้ที่ มีภาวะแทรกซ้อนที่ตับ ทั้ง APRI และ FIB-4 มีความไวและความจำเพาะอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหมายความว่าทั้งสองตัวแปรสามารถใช้ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ตับได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็มีโอกาสที่จะเกิดผลบวกлож (false positive) และผลลบлож (false negative) ได้เช่นกัน ดังนั้นการใช้ APRI และ FIB-4 ควรใช้ร่วมกับ

ข้อมูลทางคลินิกอื่น ๆ และการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อความแม่นยำในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ตับ

สรุป

ค่า APRI และ FIB-4 ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของภาวะตับแข็งและมะเร็งตับ นอกจากนี้ เพศชายและอายุที่มากขึ้นยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่ตับ

ข้อเสนอแนะ

ค่า APRI และ FIB-4 เป็นส่วนในการช่วยวินิจฉัยคนไข้ร่วมกับข้อมูลทางคลินิกอื่นๆ ปัจจุบันห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ยังไม่ได้ดำเนินการคำนวณค่าดังกล่าว

การตรวจที่ใช้ในการคำนวณค่า APRI และ FIB-4 เปิดให้บริการอยู่ ดังนั้นควรให้มีการดำเนินการค่าดังกล่าวเพื่อประโยชน์ของคนไข้ รวมทั้งเป็นการดูแลรักษาแต่เนิ่นๆ โดยเฉพาะแต่โรคตับอักเสบไวรัสซี แต่ยังคงรวมถึงโรคอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับตับด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณเอนก จัคดี หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก ที่ให้คำปรึกษา คุณวิไลวรรณ เสาร์ทอง บรรณารักษ์ห้องสมุดโรงพยาบาลศรีสะเกษ และขอขอบพระคุณแพทย์หญิงแคทรียา เทนสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่อนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. Int J Med Sci. 2006;3(2):47-52.
2. Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. J Hepatol. 2014;61(1Suppl):S58-68.
3. Sebastiani G, Gkouvatsos K, Pantopoulos K. Chronic hepatitis C and liver fibrosis. World J Gastroenterol. 2014;20(32):11033-53.
4. การเฝ้าระวังโรคประจำ พ.ศ. 2562 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
5. Nguyen Truong T, Laureillard D, Lacombe K, Duong Thi H, Pham Thi Hanh P, Truong Thi Xuan L, et al. High Proportion of HIV-HCV Coinfected Patients with Advanced Liver Fibrosis Requiring Hepatitis C Treatment in Haiphong, Northern Vietnam (ANRS 12262). PLoS One. 2016;11(5):e0153744.

รูปแบบม่านตาอักเสบในจังหวัดศรีสะเกษ Pattern of Uveitis in Sisaket Hospital ,Thailand

วราพร ชื่นแหม่ม, พ.บ.¹

Waraporn Chuenchaem, M.D.¹

Abstract

This retrospective descriptive study was aimed at studying the pattern of uveitis in Sisaket Hospital, Thailand. This study was to review patient information from the medical records of 120 uveitis patients who visited Sisaket Hospital between June 2022 and July 2023. Data analyzed by a descriptive statistic for the variable was performed.

The result of this study, uveitis in 200 patients, includes 100 male cases (50%) and 100 female cases (50%); the mean average age was 54 years old. Anterior, intermediate, posterior, and panuveitis accounted for 150 (79%), 4 (2%), 4 (2%), and 34 (17%) of cases retrospectively. Idiopathic was the most frequent etiology, followed by non-infection and infection. The diagnosis of all patients was shown in the table. The most specific diagnoses were Vogt-Koyanagi-Harada (7%), HLA-B27-associated anterior uveitis (5%), herpes-associated anterior uveitis (3%), and Behcet disease (1%). Ocular complications were found in patients. Glaucoma was 27% (32), cataract 4% (5), band keratopathy 2% (2), corneal decompensation 2% (2), and epimacular membrane 1% (1).

Conclusion: The pattern of uveitis was the most idiopathic, VKH, and HLA-B27-associated anterior uveitis.

KEYWORDS: Uveitis, Pattern, Sisaket

¹ Medical Doctor, Sisaket Hospital, Sisaket province Thailand; E-mail: praewwrp@gmail.com

Introduction

Uveitis is a group of ocular disorders characterized by inflammation inside the eye, which can cause significant visual impairment¹, accounting for 5-10% off all legal blindness¹⁻². The etiology of Uveitis differs throughout the world because of various factors, including geographic and demographic. This study to report the pattern of uveitis in the Department of ophthalmology at Sisaket Hospital, Thailand.

Purpose

This study was aimed at studying the pattern of uveitis in Sisaket Hospital, Thailand.

Materials and methods

This study is a retrospective descriptive study. The population is all patients with uveitis visiting the Department of Ophthalmology, Sisaket Hospital, collected data from the patients records between June 2022 and July 2023. The study followed the tenets of the declaration of Helsinki and was approved by the Ethics Committee Sisaket Hospital. We include patient diagnosis Uveitis in Sisaket Hospital . Then we excluded patient diagnosis with post-operative endophthalmitis, traumatic endophthalmitis, Episcleritis, Scleritis, Peripheral ulcerative keratitis. Patient information was record from Clinical record, including age, gander, geographic data, laterality, anatomy diagnosis, type, etiology, course, activity of disease, and complication. Patient were anatomical classified to SUN criteria ².The specific diagnosis was either confirmed or strongly suspected by clinical history, ocular finding, laboratory and ancillary tests . For the evaluation of visual impairment.

Statistical analysis

Data analyzed by a descriptive statistical for variable was perform.

Result

Finding that, there were 200 patients of uveitis, included were 50% male and 50% female. The mean age was 54 years. laterality in the study was shown unilaterality 74% (150), bilaterality 26% (52). Anatomy classification of 200 patients. Anterior uveitis was the most common at 79% (150). Panuveitis uveitis was found 17% (34), Posterior uveitis 2% (4), and intermediate uveitis in 2% (4). The clinical course of disease presenting with non-infectious 13% (26), infectious 3% (6) and idiopathic 84% (168), showed on table 1.

Table 1 Characteristics of patient by anatomical involvement

Anatomical involvement	No. of patient (%)
Anterior	150 (79%)
Intermidate	4 (2%)
Posterior	4(2%)
Panuveitis	34 (17%)
Total	200

The diagnosis of all patients was shown in Table 2. The most specific diagnosis were Vogt-Koyanagi-Harada (7%), HLAB27 associated anterior uveitis (5%),Herpes associated anterior uveitis (3%), Behcet disease (1%)

Table 2 Characteristics of patient by definite diagnosis

Diagnosis	No. of patient (%)
Idiopathic	168 (84%)
VKH	16 (7%)
HLAB27 associated Anterior uveitis	10 (5%)
Herpes associated Anterior uveitis	6(3%)
Bechet's disease	2(1%)

Ocular complications were found in patients. Glaucoma was 27% (32),cataract 4% (5), Band keratopathy 2% (2), corneal decompensation2% (2), Epimacular membrane 1% (1), showed on table 3.

Table 3 Complication of uveitis

Complication	No. of patients (%)
Glaucoma	52 (27%)
cataract	8 (4%)
corneal decompensation	4 (2%)
Band keratopathy	4 (2%)
Epimacular membrane	2 (1%)

Discussion

Our study provides the pattern of patients with uveitis in Siasaket hospital, Thailand. The result showed not different in gender. The mean average age was 54 years old, which is consistent with previous studies³⁻¹². Majority of uveitis patients was in middle age range. The most common location of uveitis in this study was anterior (71%). Anterior uveitis was the most common

location reports published in central of Thailand, India, North Africa, Italy, USA. In this study, non-infectious etiology was common in panuveitis and anterior. Idiopathic etiology was common in intermediate uveitis. The most common identified diagnosis in this study was VKH which is same to report in Northeastern of Thailand. Herpes uveitis was most infectious cause in this study. Central and southern report Herpetic uveitis and Chaigmai report CMV uveitis. VKH disease was common etiology in non infectious uveitis same in previous study in other region of Thailand³⁻¹².

Our study, the most ocular complications were Glaucoma (27%) fellow Cataract 4% but differented reports from central of Thailand, which had common complication from cataract.

In conclusion, Anterior uveitis was the most common presentation. Herpes infection was common infectious cause. Vogt-Koyanagi-Harada was the most common non-infectious cause. the most ocular complications were Glaucoma.

Reference

1. **Nussenblatt RB**, Whitcup SM. *Uveitis: fundamentals and practice*. 3rd edn. Mosby: Philadelphia, 2004
2. **Wakefield D**, Chsng JH (2005) Epidemiology of uveitis. *Int Ophthalmol Clin* 45: 1-13
3. **Pathanapitoon K**, Kunavisarut P, Ausayakhun S, et al. Uveitis in tertiary ophthalmology centre in Thailand. *Br J Ophthalmol*. 2008;92:474-478
4. **Kongyai N**, Pathanapitoon K, Sirirungsi W, et al. Infectious causes of posterior uveitis and panuveitis in Thailand. *Jpn J Ophthalmol* (2012) 56: 390. <https://doi.org/10.1007/s10384-012-0144-5>
5. **Sittivarakul W**, Bhurayanontachai P, Ratanasukon M. Pattern of uveitis in a university-based referral centre in southern Thailand. *Ocul Immunol Inflamm*. 2013;21:53-60.
6. **Silpa-archa S**, Noopradej S, Amphornphruet A. Pattern of uveitis in Referral Ophthalmology Centre in the Central District of Thailand. *Ocul Immunol Inflamm*. 2015;23:4,320-328
7. **Sukavatcharin S**, Kijdaoroong O, Lekhanont K, et al. Pattern of Uveitis in a Tertiary Ophthalmology Center in Thailand. *Ocul Immunol Inflamm*, DOI: 10.1080/09273948.2016.1215475
8. **Rathinam SR**, Namperumalsamy . Global variation and pattern changes in epidemiology of uveitis. *Indian J Ophthalmol*. 2007;55:173-183
9. **Kitamei H**, Kitaichi N, Namba K, et al. Clinical features of intraocular inflammation in Hokkaido, Japan. *Acta Ophthalmol*. 2009 87:424-428
10. **M Khairallah**, S Ben Yahia, A Ladjimi, et al. Pattern of uveitis in a referral centre in Tunisia, North Africa. *Eye* (2007) **21**, 33–39. doi:10.1038/sj.eye.6702111
11. **Nisha R**, ViVien M, Esterberg E, et al. Incidence and Prevalence of Uveitis Results From the Pacific Ocular **Inflammation** Study. *JAAMA Ophthalmol*. 2013;131(11):1405-1412

12. **Luca C**, Raffaella A, Sylvia M ,et al. Changes in patterns of uveitis at tertiary centre in Northern Italy: analysis of 990 consecutive cases .*The Author (s)* 2017
13. **Silvio P. Mario**†, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.2010 :1-2

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ

หนูเวียง ต้นสกุล, ส.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและศึกษาผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกาดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย โดยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 50 คน ดำเนินการวิจัยโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ ครั้งนี้มี 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นสิ่งที่ทำให้เครือข่ายเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้เกิดกิจกรรมที่หลากหลายที่เป็นประโยชน์

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในชุมชน อาทิ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องความเชี่ยวชาญในการเขียนโครงการเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยกว้าง จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: nuviangtansakul@gmail.com

Development of The Elderly Care Model by Community Participation, Kluaikwang Sub-district, Huaithabthan District, Sisaket Province

Nuviang Tansakul, *B.P.H.*¹

Abstract

This participatory action research (PAR) involves community network partners. The objectives of the study were to develop a health care model for the elderly and to examine the results of implementing this model in the community of Kluai Kwang Subdistrict, Huai Thap Than District, Sisaket Province. The sample group consisted of 50 individuals involved in elderly health care and network partners, selected through simple random sampling. The research employed both quantitative and qualitative data collection methods: questionnaires and interviews were used to gather quantitative data, while observation was used for qualitative data.

The research found that the development of the elderly health care model through the participation of community network partners in Kluai Kwang Subdistrict consisted of four main steps: 1) Planning, which included (1) analyzing the context and identifying problems, (2) conducting a SWOT analysis with stakeholders, and (3) organizing a participatory health care planning workshop for the elderly. 2) Implementation, following the elderly health care action plan. 3) Observation: monitoring the elderly healthcare activities. And 4) Reflection, evaluating the outcomes of elderly health care. The results showed that the participatory model development process encouraged knowledge-sharing and exchange of ideas and experiences among network members, leading to a variety of beneficial activities.

Recommendations: Community network partners such as community leaders, Village Health Volunteers (VHVs), and elderly caregivers should be supported in developing expertise in project writing to ensure continuity in elderly health care services.

Keywords: Elderly health care model, community network participation

¹ Public Health Technical Officer, Professional level, Ban Kluai Kluang Health Promoting Hospital, Sisaket Province,
E-mail: nuviangtansakul@gmail.com

บทนำ

ในขณะที่ประชากรโลกกำลังเพิ่มช้าลง จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2565 ทั้งทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน จากข้อมูลกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติระบุว่าประชากรทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.3 และภายในปี 2593 หรืออีก 29 ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็นเกือบร้อยละ 22 ของประชากร

รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรไทยโดยรวมมีอัตราเพิ่มติดลบ (ประชากรลดลง) แต่ประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคนเหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน

สังคมสูงอายุไทย รูปแบบของครอบครัวและการอยู่อาศัยของผู้คนจะเปลี่ยนไป ซึ่งจะส่งผลไปยังการดูแลซึ่งกันและกันของคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุในสังคมไทยแต่ดั้งเดิมที่ประชากรยังมีอยู่น้อย ครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย พ่อแม่และลูกหลานอยู่ด้วยกันเป็นครอบครัวใหญ่ แต่ละครอบครัวมีเครือญาติขยายแผ่กว้างออกไป คนรุ่นก่อนที่แก่ตัวลงจะมีลูกหลานซึ่งอาศัยอยู่ด้วยคอยช่วยดูแล “หุงข้าว หาปลาให้กิน” “ป้อนข้าว ป้อนนํ้า ยามเจ็บป่วย” และในวาระสุดท้าย “ช่วยปิดตายมสั่นใจ” ในอดีตอายุเฉลี่ยของคนไทยไม่ยาวนานนัก ผู้สูงอายุจึงมีเวลาให้ลูกหลานช่วยดูแลไม่นานเกินไป แต่สังคมไทยทุกวันนี้เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ครอบครัวมีขนาดเล็กลง คนไทยจำนวนมากครองตัวเป็นโสด ไม่แต่งงาน คนที่แต่งงานแล้วส่วนใหญ่ก็เลือกที่จะมีลูกน้อยลง ผู้สูงอายุรุ่นใหม่มีลูกหลานน้อยลงแต่ละคนและแต่ละครอบครัวมีเครือ

ญาติน้อยลง ผู้สูงอายุที่อยู่ ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสมีสัดส่วนสูงขึ้นเรื่อยๆ “ครอบครัวผู้สูงอายุ” ที่มีแต่ผู้สูงอายุอยู่ด้วยกัน แบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยลูกหลานหรือคนในครอบครัว “ช่วยดูแลพ่อแม่ ยามแก่เฒ่า” ได้เปลี่ยนไปแล้ว แม้แต่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลานในสมัยนี้ลูกหลานส่วนใหญ่ก็ต้องออกไปทำมาหากินนอกบ้านไม่สามารถอยู่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านดังแต่ก่อน

สถานการณ์ผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 มีผู้สูงอายุจำนวน 262,087 คนจากประชากรทั้งหมด 1,536,897 คิดเป็นร้อยละ 17.05 เป็นผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 11,825 คน กลุ่มติดสังคม จำนวน 77,007 คน กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) จำนวน 1,354 คน และอำเภอห้วยทับทันจังหวัดศรีสะเกษ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 7,127 คน จากประชากรทั้งหมดจำนวน 42,194 คน คิดเป็นร้อยละ 16.87 จากข้อมูลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2565 พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะข้อเข่า จำนวน 4,435 คน คิดเป็นร้อยละ 62.23 พบข้อเข่าผิดปกติ จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองมีภาวะหกล้ม 4,604 คน คิดเป็นร้อยละ 64.60 พบผิดปกติ จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 4.30 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 4,654 คน คิดเป็นร้อยละ 64.59 พบ เป็นกลุ่มติดสังคม 4,173 คน คิดเป็นร้อยละ 89.33 เป็นกลุ่มติดบ้าน 432 คน คิดเป็นร้อยละ 9.28 เป็นกลุ่มติดเตียง 49 คน คิดเป็นร้อยละ 1.06 ซึ่งการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะเป็นการจัดบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ ตั้งขึ้น ในรูปแบบของคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคณะกรรมการ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน

การทำงานแบบเครือข่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญของการสร้างเสริมให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาด้านต่างๆ ทั้งนี้เพราะสมาชิกของเครือข่ายต่างมีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายโดยมีกลไกการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์มีการร่วมมือในเรื่องต่างๆในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เครือข่ายที่มีบทบาทและมีส่วนร่วมที่สำคัญที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วยเครือข่ายภาคประชาชนและเครือข่ายภาครัฐเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

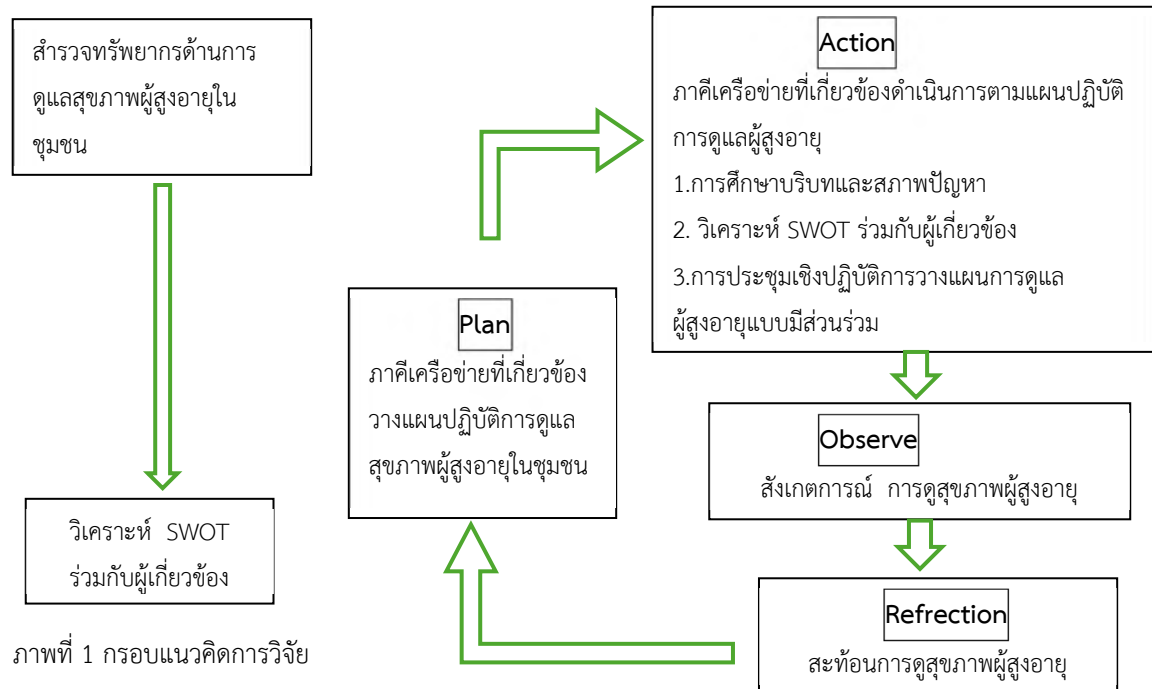
เมื่อพิจารณาปัญหาข้างต้นของผู้สูงอายุแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้เครือข่ายความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อหาแนวทางและรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่

เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานและให้เกิดแนวทางการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริง เหมาะสมกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้างอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้างอำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยมุ่งศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

พื้นที่ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน โดยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ประกอบด้วย คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ (10 คน) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลกล้วยกว้าง (10 คน) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (14 คน) อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (อผส.) (14 คน) นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน (2 คน) รวมจำนวน 50 คน ทั้งหมดเป็นเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จนครบกระบวนการ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย กิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ชุดที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ 1) แบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 29 ข้อ โดยเป็นคำถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแบบคำถามปลายเปิดสัมภาษณ์ผู้แทนผู้มีส่วนร่วม จำนวน 4 ข้อ 3) แบบสังเกตพฤติกรรมเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในระหว่างการปฏิบัติตามแผนในขั้นปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการทดสอบใช้ในกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือและคำนวณค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83 การตรวจสอบความตรง (Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เป็นการหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง .50 – 1.00 ตามเกณฑ์ยอมรับ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และการสังเกตเพื่อศึกษา

สภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการที่จะนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเครือข่ายชุมชน ชุมชนตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1. การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม 2. การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างดำเนินการ โดยนำผลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาวิเคราะห์ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 3. การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินการโดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูล สภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ข้อบกพร่องและแนวทางการดำเนินการแก้ไขต่อไป

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลแบบวัดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์นำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นสำคัญ โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และ

ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยิตรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงลายมือชื่อในใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชากร จำนวน 50 คน ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 54) อายุอยู่ระหว่าง 40 –49 ปี (ร้อยละ 52) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 72) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26) มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 64) และรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 2,501–5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 52)
2. ขั้นตอนการพัฒนา
ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Planning) ผลการวิเคราะห์ จากการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 50 คน สรุปผลการวางแผนการดำเนินการได้ ดังนี้

2.1 การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา สํารวจทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนผลการสํารวจ พบว่า ในชุมชน ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ มีแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยกว้าง ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดี มีการให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขแต่ยังไม่มืรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เป็นแบบแผนชัดเจนและจากการสัมภาษณ์เชิงลึกภาคีเครือข่าย

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยะหา จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 50 คน พบว่ามีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนดูแลและขยายอายุสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(LTC) ซึ่งดำเนินงานโดยองค์การบริหารส่วนตำบลกล้วยกว้าง ให้กับชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2 การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยนำผลการสำรวจแหล่งประโยชน์ทางด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกล้วยกว้าง มาวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสในการพัฒนาและอุปสรรค (SWOT) ในการพัฒนารูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดประชุมร่วมกันกับคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

จุดแข็ง(Strengths) มีแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกล้วยกว้าง มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนดูแลและขยายอายุสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ซึ่งดำเนินงานโดยองค์การบริหารส่วนตำบลกล้วยกว้างและมีสมุนไพรมะขาม

จุดอ่อน (Weakness) ยังขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานของคณะกรรมการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

โอกาส (Opportunities) ชุมชนตำบลกล้วยกว้าง มีการคมนาคมที่สะดวก สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้

อุปสรรค (Treats) ชุมชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.3 การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม

2.3.1 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและทบทวนบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการแต่ละภาคส่วน

2.3.1 ประชุมเพื่อจัดทำ

แผนงานโครงการแก้ไขปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน โดยบูรณาการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา มีการใช้ทรัพยากรในด้านต่างๆร่วมกันจากหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากทุกหน่วยงาน บูรณาการกับแผนงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขององค์การบริหารส่วนตำบลกล้วยกว้าง คณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ประชุมและร่วมวางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเน้นเรื่องการทำสมุนไพรมาใช้เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน พร้อมกับเสริมสร้างศักยภาพและความมั่นใจในการดำเนินงานของคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทบทวนความรู้ จัดการอบรม เรื่อง บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการตามแผน(Action) การปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการหรือโครงการที่ได้ในขั้นตอนการวางแผนไปปฏิบัติ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ มีการดำเนินการ ดังนี้

1. จัดประชุมวางแผนร่วมกับคณะกรรมการดำเนินการ

2. การดำเนินงานตามแผนกิจกรรมที่ได้วางไว้ในโครงการในการดำเนินการครั้งนี้เป็นการจัดดำเนินงานตาม “โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชน โดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ โดยจัดการอบรม เป็น 2 ครั้ง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักธรรมชาตินิยมและด้านการใช้สมุนไพรกับการสร้างเสริมสุขภาพ ในอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำดูแลสุขภาพ โดยดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ใน

การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในด้านต่างๆที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกิจกรรมที่ 2 ถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ถ่ายทอดความรู้และทักษะในการดำเนินการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกต (Observation) เป็นขั้นการสังเกตในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเก็บรวบรวม

3. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

หลักฐานจากการปฏิบัติตั้งแต่ขั้นตอนก่อนการดำเนินงาน ระหว่างดำเนินงานและหลังการดำเนินงาน จากการประชุมกลุ่มย่อยของคณะกรรมการต่างๆ ติดตามและสนับสนุน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค วางแผนในการปรับปรุงแผนการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อไป

ตาราง 1 คะแนนเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินงาน

ระดับการมีส่วนร่วม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (ค่าเฉลี่ย 3.65 – 5.00)	0	0	42	84
ปานกลาง (2.34 – 3.66)	33	66	8	16
น้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)	17	34	0	0

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยักษ์ทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66) และหลังการดำเนินงาน พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 84)

4. ข้อมูลจากสัมภาษณ์ผู้แทนผู้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างในประเด็นเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้นกระบวนการร่วมในการวางแผนการดำเนินการคิดกิจกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า กิจกรรมนี้ทำให้เกิดการเข้าใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น... “...กล่าที่จะให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น”

5. การวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยักษ์ทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ คือ

5.1 การใช้กลยุทธ์การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยดึงศักยภาพของแต่ละบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

5.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ และมีคณะกรรมการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม ส่งผลให้การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครั้งนี้บรรลุเป้าหมายในที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action research) โดยมุ่งศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยแก้ว อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยมีการดำเนินการตามขั้นตอนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ขั้นการวางแผน ประกอบด้วย 1) การศึกษาวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การวิเคราะห์ SWOT ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม 2. ขั้นปฏิบัติการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3. ขั้นการสังเกตการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4. ขั้นการสะท้อนผลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า

1. พัฒนารูปแบบในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยแก้ว อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Action research) สามารถทำให้เกิดโครงการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้ 1 โครงการ ซึ่งเป็นโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนให้การดูแลและส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของและต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสอดคล้องกับการวิจัยของบุญมาก ไชยฤทธิ์ (2556) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชุมชน ตำบลโป่งเปือย อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ภายหลังการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการได้มีการประเมินพัฒนาการดำเนินงานมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์; ยุวดี รอดจากภัย (2557) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการมี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นพฤติกรรมด้านปฏิบัติด้านโภชนาการ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญของการกระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนคือ ประเพณีหรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่หน่วยงานราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาขึ้นไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคลได้ จึงควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสร้างทางเลือกเพื่อหากิจกรรมที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการได้มากขึ้นสอดคล้องกับ พนิดา เทียงสันเทียะ, สันติสิทธิ์ เขียวเงินและบัณฑิต วรรณประพันธ์ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เหมาะสม คือ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับ เข้ามามีบทบาทรวมรับผิดชอบและร่วมดำเนินการโดยมีกลไกการปลูกฝังให้เยาวชนในพื้นที่เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่ต้น เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนและต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ สุทธิรัตน์ (2561) ได้ศึกษาการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชนในลักษณะเครือข่ายสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการจัดเวทีประชาคม การมีส่วนร่วมในการคิดวางแผนออกแบบกิจกรรมและการประเมินผล มีการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิก การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก การสร้างบรรยากาศที่ดี การมีผู้นำในการดำเนินการที่ดี มีงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินการ การให้เกียรติซึ่งกันและกันของเพื่อนสมาชิก และการร่วมกันสร้างค่านิยมและวัฒนธรรมที่ดีทำให้เครือข่ายสุขภาพเกิดความเข้มแข็งและสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนสอดคล้องกับ พิสิษฐ์ พิริยาพรณและเวธกา กลิ่นวิจิต (2561) ที่ศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ

มีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก พบว่า การสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของบ้านอันอบอุ่นเพื่อ สร้างสังคมผู้สูงอายุให้มีความรัก การแบ่งปันและความเอื้อเฟื้อเอื้ออารีต่อกันเปรียบเสมือนเพื่อนบ้านที่ดี ที่มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมและชุมชนร่วมกัน สอดคล้องกับ เพียวร์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ผุสดี ก่อเจติย์, เกศ แกส สอนดี และจันทร์พร โชคถวาย (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของเครือข่ายสุขภาพชุมชนจังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ได้แก่ เรื่องพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. จากการศึกษา พบว่า ในการดำเนินการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยทั่วไปจะเกิดจากการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เป็นผู้คิดริเริ่มในการดำเนินกิจกรรม ยังไม่มีกิจกรรมที่ได้จาก

การประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เช่น ผู้ดูแลภายในชุมชน กลุ่มผู้นำชุมชนในการดำเนินการ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ในครั้งนี้ จึงทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและการจัดกิจกรรมที่ได้จากความต้องการของคนในชุมชนอย่างแท้จริง

2. ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้ในการค้นหาปัญหาจากชุมชน และนำมาวางแผนงานทั้งในแผนงานโครงการระยะสั้น และแผนระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวางแผนการทำวิจัยในระยะยาว เพื่อติดตามความคงทนของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดศรีสะเกษ

2. นำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลกล้วยกว้าง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ไปปรับใช้ และศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาในกลุ่มวัยอื่น

3. ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพทุกระดับมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). 10 อ.เพื่อการมีสุขภาพดี. สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2566, จาก [http:// hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/10care/topic006.php](http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/10care/topic006.php)
- กฤตเมธ อัดภูมิ, มนชยา พรหมศรี, และพล ทองสถิตย์. (2556). รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน บ้านดงสวนพัฒนา ตำบลนาทัน อำเภอดำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. บทความนำเสนอผลงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
- ฉัตรนภา พรหมมา. (2560). การพัฒนาระบบบริหารงานวิจัยและพันธกิจสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ กับสังคม. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์, 12(1), 7-12.

- ดรรรัตน์ พิษนอก, และการุณย์ บัวเฟื่อน. (2557). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบัวลาย อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา. ใน การประชุมวิชาการ
บัณฑิตศึกษาระดับชาติครั้งที่ 5, (หน้า 12-22). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นรินทร์ หมั่นแสน, และ สุชาดา ไกรพิบูลย์. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุหมู่บ้านทุ่งหลุก อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 41(1), 1-12.
- เบญจพร สุธรรมชัย, นภัส แก้ววิเชียร, และนลินีเชื้อคำฟู. (2557). บทบาทกรรมการแพทย์ด้านเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(4), 629-641.
- พิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว, (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสาร สมาคมนักวิจัย,
21(2), 94-109..
- วิไล ตาปะสี, ประไพวรรณ ดานประดิษฐ์ , และสินวล รัตนวิจิตร . (2560). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังตะกู จังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อการุณย์, 24(1), 42-54..
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557.
กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อภิรติ พูลสวัสดิ์. (2560). การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2566,
จาก [http:// www.gj.mahidol.ac.th](http://www.gj.mahidol.ac.th)

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด: กรณีศึกษา 2 ราย

จุไลพร ดีสุข พย.บ.¹, สุติดา หล้าเลิศ พย.ม.², สุกนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์.ปร.ด.³

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้แนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนมาเป็นแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วย และนำเครื่องมือประเมินผู้ป่วย Sepsis ชื่อ NEW score มาใช้เพื่อคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยทำการศึกษาอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมัญจาคีรี โดยทำการเปรียบเทียบกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Sepsis ผลที่ได้จากการศึกษาพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะช็อก การพยาบาลที่สำคัญได้แก่ การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต การดูแลระบบทางเดินหายใจ การเฝ้าระวังภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ การให้สารน้ำและโภชนาการ การดูแลด้านจิตใจ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกรณีศึกษา ทั้ง 2 รายได้วางแผนการจำหน่ายตามหลัก D-M-E-T-H-O-D เมื่อติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีอาการดีขึ้นตั้งแต่ช่วงแรก ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีแนวปฏิบัติที่ดีในการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและทันต่อการเปลี่ยนแปลง จะช่วยลดความเสี่ยงลดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : กระบวนการพยาบาล, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

NURSING CARE OF PATIENTS WITH SEPTIC SHOCK : 2 CASE STUDIES

Julaiporn Deesuk B.N.S.¹, Sutida Lalert M.N.S.² Sukhontip Arunkamonphat.Ph.D.³

Abstract

This study aims to study the use of nursing processes in the nursing care of patients with septic shock using the concept of Gordon's health model as a guideline for evaluating patient conditions. The sepsis assessment tool called NEW score was also used to screen and search for patients with sepsis. Two patients with symptoms of septic shock who were admitted to Mancha Khiri Hospital were studied and compared according to the guidelines for caring for patients with sepsis. The results showed that the two patients had a shock condition and were treated by taking care of the circulatory system, respiratory system, monitoring for electrolyte imbalances, providing fluids and nutrition, and providing psychological care and monitoring for complications that may occur, while the second patient had a fever and a low level of potassium in the blood. Both patients were provided the discharge plan according to the D-M-E-T-H-O-D principle. The results obtained from the follow-up process revealed that both case studies improved initially. Therefore, it is necessary to have good practices for closely monitoring and following up on patient symptoms and keeping up with changes, which will help in reducing the risk and the complications, including reducing the death rate of patients.

Key words : nursing process, sepsis, septic shock

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

³ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email: Sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด(sepsis) ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) ถือเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิต เกิดจากการที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้เกิดความเสียหายของเนื้อเยื่อ หากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและรวดเร็วทันเวลา จะทำให้มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นจนเสียชีวิตตามมา (Rhodes, A., et al. 2017) ปัจจุบันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ใน พ.ศ.2560 พบว่ามีอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือด ทั่วโลกประมาณ 48.9 ล้านราย และเสียชีวิตจากการติดเชื้อ 11 ล้านราย⁸ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่าประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี 2563-2565 จำนวน 75,209, 72,647 และ 79,088 รายตามลำดับ และพบอัตราการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เท่ากับ 31.91 , 34.09 และ 35.35 ต่อแสนประชากร(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข,2565)โดยพบว่าการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด คิดเป็นร้อยละ 32.03 ของอัตราการตายทั้งประเทศ และยังมีแนวโน้มอุบัติการณ์การติดเชื้อและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต คือการได้รับการวินิจฉัยล่าช้า การได้รับการรักษานอกห้องผู้ป่วยวิกฤต การเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้ากว่า 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย การไม่ได้รับสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสมและการมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ทั้งนี้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดพบว่า การวินิจฉัยภาวะนี้ให้รวดเร็ว และให้การรักษาประคับประคองด้วยสารน้ำที่เพียงพอและเหมาะสม

อาจรวมกับการให้ยาในกลุ่มกระตุ้นแรงดันโลหิต (Vasopressor) เพื่อทำให้การไหลเวียนและแรงดันโลหิตดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายในเป้าหมาย 6 ชั่วโมงที่เรียกว่า early goal-directed therapy(EGDT)⁵ สามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลวได้ในปัจจุบันโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้รักษาผู้ป่วย Septic shock ตาม Surviving Sepsis Campaign Bundle 2018 จาก 3 hr. bundle/ 6 hr. bundle มาอยู่ใน 1 hr. bundle ซึ่งการจัดการและการ Resuscitation ภายใน 1 ชั่วโมง จะช่วยลดความรุนแรงของ Septic shock ได้ดีขึ้น(สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย,2558)

โรงพยาบาลมัญจาคีรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 90 เตียง มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยใน ด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis and Septic shock) ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 จำนวน 41, 55 และ 77 รายตามลำดับ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตติด 1 ใน 5 อันดับแรก โดยข้อมูลอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 ร้อยละ 1.32, 0.36, 0.9 ตามลำดับ ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง และผู้ป่วยเสียชีวิตมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น จากการทบทวนในปี 2566 มีผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่ถูกส่งตัวไปรักษาต่อจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.62 ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe sepsis and Septic shock) และยังพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุดคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นปอดอักเสบ(Pneumonia) จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 39.29) รองลงมาคือติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ(UTI) 18 ราย (ร้อยละ 21.42) ติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร(GI) 14 ราย (ร้อยละ 16.67) ติดเชื้อในระบบผิวหนัง Skin & soft tissue จำนวน 10 ราย(ร้อยละ11.90) และติดเชื้อด้วยสาเหตุอื่น ๆ 9 ราย (ร้อยละ 10.71) ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลมัญจา

ศิริ,2565) โรงพยาบาลมัจจุศิริ มีการใช้แนวทางการดูแลตาม Sepsis bundle protocol ในการประเมินรักษา แต่บุคลากรยังขาดสมรรถนะในการปฏิบัติตาม Sepsis protocol ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดถือเป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาตาม Surviving Sepsis Campaign Bundle 2018 (1 hour bundle) จากทีมสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมที่มีความสำคัญเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือคัดกรอง เพื่อ ค้นหาผู้ป่วยได้โดยเร็วเพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early detection) เพื่อการรักษาที่รวดเร็ว (Early treatment) พยาบาลต้องมีความเชี่ยวชาญในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อให้การพยาบาลภายในชั่วโมงที่ 0 ภายในชั่วโมงที่ 1 ภายในชั่วโมงที่ 6 ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตลอดจนการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษา ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 ราย เพื่อนำมาศึกษาและหาแนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเลือกกรณีศึกษา 2 ราย มาศึกษาเปรียบเทียบเรียนรู้ด้านการพยาบาลร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะและความตระหนักให้กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบทบาทอิสระ บทบาทวิชาชีพ และการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยภาวะช็อกจากการติดเชื้อใน

กระแสเลือด กรณีศึกษา ๒ ราย ที่เข้ารับการรักษาใน การพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมัจจุศิริ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยคัดเลือกกรณีศึกษาจำนวน 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลมัจจุศิริ จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2567 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์และการสังเกตผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคิดการประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วย กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลสรุปและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและแผนการรักษา

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพเกษตรกร เข้ารับการรักษาวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2567 เวลา 09.50 น. ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาด้วยอาการไข้ ไอ หายใจหอบเป็นก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 สัปดาห์มีอาการไอมีเสมหะสีขาวลดได้มารับประทานเอง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลไอมีเสมหะมากขึ้น ยังมีอาการไข้ อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะร่วมด้วย 1 วันมีอาการไอร่วมกับมีอาการหายใจหอบผู้ป่วยได้พ่นยาฉุกเฉินที่บ้าน 2 ครั้งอาการหายใจหอบยังไม่ดีขึ้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจโรครักษาหายรับประทานยาครบตั้งแต่ปี พ.ศ.2561 เป็นโรคหอบหืด (asthma) รับประทานที่โรงพยาบาลมัจจุศิริตั้งแต่ ปี พ.ศ.2559 เคยเข้ามานอนรักษาที่โรงพยาบาลมัจจุศิริ 2 ครั้ง ด้วยโรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน (acute asthmatic attack) ในปี พ.ศ.2560 และปี พ.ศ.2564 เนื่องจากไม่ได้พ่นยาต่อเนื่องจากการรับ

ไปทำงานที่ไร่ไม่ได้เอายาพ่นไปด้วย ร่วมกับผู้ป่วยทำอาชีพเกษตรกรรมมีการเผาหญ้าที่นา สามมีอาชีพเผาถ่านขายบางวันผู้ป่วยก็ได้ไปช่วยเผาถ่าน และบุตรชายสูบบุหรี่ใกล้ๆบ่อยครั้ง แรกวันที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทามตอบรู้เรื่อง ประเมิน GCS E4V5M6 มีอาการหายใจหอบ mild subcostal retraction (ผิวหนังกระดูกซี่โครงยุบตัวลงขณะหายใจเข้า) สัญญาณชีพแรกเริ่ม ประเมิน NEWS score 12 คะแนน ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที = 3 คะแนน 2) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด=92% =2 คะแนน 3)การให้ออกซิเจนทดแทน= ใช้ = 2 คะแนน 4)อุณหภูมิร่างกาย= 38.9 องศาเซลเซียส= 1 คะแนน 5) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว =88mmHg=3 คะแนน 6) อัตราการเต้นชีพจร =102 ครั้ง/นาที =1 คะแนน ได้รับดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมุ่งเป้าหมายอย่าง รวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก(Hour -1 bundle: Initial Resuscitate for sepsis and septic shock) 1)มีการตรวจวัดระดับซีรัมแลคเตท (serum lactate) ในเลือด = 2.7 mmol/L 2)เจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ 3)ให้ยาต้านจุลชีพ Ceftriaxone 2 gm IV OD 4)ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,500 ml ปริมาณ 30 ml/kg/hr 5)ได้รับยา levophed (4:250) IV drip 10ml/hr ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำนอก ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ ฟัง lung wheezing and crepitation both sound both lung ,CXR : reticulonodular infiltration แพทย์วินิจฉัยโรคที่ ER : pneumonia with septic shock with asthmatic attack ได้พ่นยาขยายหลอดลม beradual 1 NB ทุก 15 นาที 3 ครั้ง ฉีด dexamethasone 4 mg IV stat then 4 mg IV q 6 ชั่วโมง รับไว้ในหอผู้ป่วยในหญิงเวลา 13.00 น. ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบ หายใจ 24-26 ครั้ง/นาที มี retraction ลดลง ได้ on high flow nasal canular (HFNC) 40 LPM, FIO2 0.4 หลัง on HFNC O2 saturation 98 % tritrate levophed (4:250) IV drip 30 ml/hr

ได้รับยา Hydrocortisone 200 mg vein stat then Hydrocortisone 200 mg + nss 100 ml. IV drip in 24 hr. ผล Electrolyte Na=133.0mmol/L, K= 3.2 mmol/L, CO2=18.57 mmol/L BUN= 26 mg/dL, Creatinine (Cr)1.29 mg/dL, eGFR= 45.43 นาที /1.73ตร.ม. GFR stage 3 ให้ยา E. KCL 30 ml oral q 3 hr จำนวน 3 dose ผล H/C day 3 พบเชื้อ Klebsiella pneumoniae แพทย์ off ยา Ceftriaxone 2 gm IV OD เป็นยา ceftazidime 2 gm IV q 8 hr. วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2567 wean off levophed (4:250) เวลา 17.00 น หลัง off วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส, ชีพจร 98 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 107/65 มิลลิเมตรปรอท, วันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ไม่หอบเหนื่อย แพทย์ off High flow nasal canular (HFNC) ให้ On oxygen canular 5 LPM O2 sat= 97%, ผล Electrolyte Electrolyte: Na=135mmol/L, K= 3.7 mmol/L, CO2=23 mmol/L , CL 100mmol/L Serum Lactate=1.8 mmol/L Cr ลดลง จาก 1.29 mg/dLเป็น 1.25mg/dL และ ค่า eGFR เพิ่มขึ้นเป็น 49.8 ml/min/1.73m³ วันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2567 ผู้ป่วยสดชื่นดี หายใจได้เองตามปกติ ไม่มีหอบเหนื่อย off O2canular O2sat room air = 97% แพทย์ off foley Cath หลัง off foley cath ผู้ป่วยปัสสาวะได้ดี ไม่มีแสบขัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90ครั้ง/นาที, หายใจ 20 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท CXR : พบ infiltration ลดลง ได้วางแผนการจำหน่ายโดยให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและอาการผิดปกติที่ควรรับมารักษาในโรงพยาบาลตามหลัก DMETHOD วันที่ 6 เมษายน พ.ศ.2567ผู้ป่วยสดชื่นดี ลูกทำกิจกรรมได้เองข้างเตียง ไม่หอบเหนื่อย O2 sat room air = 98%, Vital sign T= 37.5 °c, P=90/min, RR= 22/min, BP=124/72 mmHg จำหน่ายกลับบ้าน ให้ยา Augmentin 1x2 pc ทานต่อเนื่อง 10 วัน, seretide MDI 2 puff พ่น เข้า – เย็น,

salbutamal MDI 1 puff พ่น prn q 4-6 ชั่วโมง, theophylline 1 tab oral hs, bromhexine 1 tab oral tid pc, prednisolone 2 tab oral tid pc มีนัดติดตามอาการ 1 เดือน พร้อมตรวจ CBC, Cr, E'lyte รวมอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 7 วัน 1 สัปดาห์ต่อมาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติ ผลเลือดปกติ แพทย์นัดเข้าคลินิกหอบหืดอีก 1 เดือน

กรณีศึกษาที่ 2 หญิงไทยวัยสูงอายุตอนต้น อายุ 64 ปีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพค้าขาย เข้ารับการรักษาที่ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 21.30 น. ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาด้วยอาการสำคัญ ใช้ หนวสนั้น ปัสสาวะแสบขัด ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 เดือนมีอาการปวดหลังร้าวไปยังท้องน้อย คิดว่าเกิดจากการยกของหนัก ได้ซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง (ยา paracetamol) อาการปวดเป็นๆหายๆ ไม่ได้ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาล 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการใช้ หนวสนั้น ปัสสาวะแสบขัด ได้ซื้อยาลดไข้มารับประทานอาการไม่ทุเลา ญาติโทรแจ้ง 1669 ให้รับผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย ปฏิเสธโรคประจำตัว ผู้ป่วยเคยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบ่อยครั้งได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้รับยาฆ่าเชื้อมารับประทาน บางครั้งซื้อยามาซื้อจากร้านขายยามารับประทานเอง ผู้ป่วยไม่เคยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล แรกแรกที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการใช้ หนวสนั้น หายใจหอบตื้น ปวดหลังร้าวมาท้องน้อย pain score 3/10 คะแนน ร่วมกับมีปัสสาวะแสบขัด มีกลิ่นในอุ้งเชิงกราน 4 ครั้ง ผลตรวจ UA : WBC >200 cell/HPF, RBC 20-30, Blood 2+, ผลอัลตราซาวด์ พบ : Right staghorn renal calculi (นิ่วที่ไตด้านขวา) แรกที่ประเมิน NEWS score 14 คะแนน ได้แก่ 1) อัตราการหายใจ = 28 ครั้ง/นาที = 3 คะแนน 2) ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด = 91% = 3 คะแนน 3) การให้ออกซิเจนทดแทน = ใช้ = 2 คะแนน 4) อุณหภูมิร่างกาย = 39.1 องศาเซลเซียส = 2 คะแนน 5) ความดันโลหิตขณะ

หัวใจบีบตัว = 83 mmHg = 3 คะแนน 6) อัตราการเต้นชีพจร = 104 ครั้ง/นาที = 1 คะแนน ได้รับดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก (Hour -1 bundle: Initial Resuscitate for sepsis and septic shock) 1) มีการตรวจวัดระดับซีรัมแลคเตท (serum lactate) ในเลือด = 2.8 mmol/L 2) เจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อก่อนเริ่มให้ยาต้านจุลชีพ 3) ให้ยาต้านจุลชีพ Ceftriaxone 2 gm IV OD 4) ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,500 ml ปริมาณ 30 ml/kg/hr 5) ได้รับยา levophed (4:250) IV drip 10 ml/hr แพทย์วินิจฉัยโรคที่ ER : urinary tract infection with septic shock วันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2567 เวลา 00.30 น. ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบตื้น ไม่มี retraction ฟัง lung clear On Oxygen mask with bag 10 LPM O2 Saturation 98% ปรับ ยา Levophed (4:250) IV drip 20 cc/hr. ได้รับ ยา Hydrocortisone 200 mg vein stat then Hydrocortisone 200 mg+ nss 100 ml. IV drip in 24 hr. ผล Lab Electrolyte: Na=134 mmol/L, K= 3.36 mmol/L, CO2=19.24 mmol/L BUN=21 mg/dL, Creatinine (Cr) 1.22 mg/dL eGFR= 54 ml/min/1.73m³ ให้ยา E. KCL 30 ml oral q 3 hr จำนวน 3 dose off On Oxygen mask 10 LPM On เป็น On O2 canular 3 LPM ผู้ป่วย O2 Sat= 97-98%, วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หอบลดลง on Levophed (4:250) IV drip 7 ml/hr try wean off keep MAP ≥ 65 mmHg O2 Sat room air = 97%, ผล urine culture: Escherichia coli IV fluid เป็น 0.9% NSS 1000 ml IV drip 60 cc/hr วันที่ 10 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัว สดชื่นดี off levophed (4:250) เวลา 10.00 น หลัง off วัดสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/64 มิลลิเมตรปรอท ใช้เริ่มลดลง off foley cath ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง มีปัสสาวะ

แสบขัดเล็กน้อย ปวดหลังร้าวมาท้องน้อย pain score 2/10 ค่ะ แนน repeat UA ซ้ำ WBC 2-3 RBC 0-1 lab Cr ลดลง จาก 1.22 mg/dL เป็น 0.93 และ ค่าeGFR เพิ่มขึ้น เป็น 82.6 ml/min/1.73m³, Electroly : Na=138 mmol/L, K= 3.8 mmol/L, CO₂= 24 mmol/L , CL 98 mmol/L, วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยสดชื่นดี ไม่หอบเหนื่อย จำหน่วยกลับบ้าน ให้ยา HM: Bactrim 1x2 pc ทานต่อเนื่อง 14 วัน นัดติดตามอาการ 2 อาทิตย์ พร้อมตรวจ CBC, Cr, E'lyte, UA +ใบส่งตัวให้ผู้ป่วยไปตรวจ

renal calculi รวมอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 4 วัน 2 สัปดาห์ต่อมาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีอาการผิดปกติ ผล Lab ปกติ และผู้ป่วยเตรียมตัวสลายนิ่วต่อที่โรงพยาบาลขอนแก่นอีก 1 เดือน

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากปัญหาของผู้ป่วย สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1.ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ข้อวินิจฉัยนี้พบได้ทั้ง 2 กรณีศึกษา)	- ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่า SBP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท และ ค่า MAP $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง จึงประเมินทุก 30 นาที เมื่ออาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมง - ดูแลให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว คือ 0.9%NSS 1,000 มิลลิตร vein in 1 ชั่วโมง จากนั้น 80 มิลลิตร/ชั่วโมง และควบคุมหยดของสารน้ำให้ได้ปริมาณครบทุกชั่วโมงอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา - ฟังปอดก่อน/ขณะ/หลัง load IV เพื่อประเมินภาวะ pulmonary edema - ดูแลให้ oxygen high flow nasal canular 40 LPM, FIO₂ 0.4 ตามแผนการรักษาเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา สังเกตอาการเหนื่อยหอบ เขียว หรือซีดปลายมือปลายเท้า ชีพจร สับสน - เจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวดจากคนละตำแหน่ง ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และติดตามผลเพาะเชื้อ - ดูแลให้ยา Ceftriazone 2-gram IV drip stat then OD อย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง หลังแพทย์วินิจฉัย สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เจ็บบริเวณที่มีการฉีดยา ผื่นคันตามร่างกาย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน	- ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จนกว่า SBP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท และ ค่า MAP $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ครั้ง จึงประเมินทุก 30 นาที เมื่ออาการคงที่ ประเมินทุก 1 ชั่วโมง - ดูแลให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว คือ 0.9%NSS 1,000 มิลลิตร vein in 1 ชั่วโมง จากนั้น 100 มิลลิตร/ชั่วโมง และควบคุมหยดของสารน้ำให้ได้ปริมาณครบทุกชั่วโมงอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา - ฟังปอดก่อน/ขณะ/หลัง load IV เพื่อประเมินภาวะ pulmonary edema - ดูแลให้ oxygen mask with bag 10 LPM ตามแผนการรักษาเพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ - จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา สังเกตอาการเหนื่อยหอบ เขียว หรือซีดปลายมือปลายเท้า ชีพจร สับสน - เจาะเลือดเพาะเชื้อ 2 ขวด จากคนละตำแหน่ง ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ และติดตามผลเพาะเชื้อ - ดูแลให้ยา Ceftriazone 2-gram IV drip stat then OD อย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง หลังแพทย์วินิจฉัย สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น เจ็บบริเวณที่มีการฉีดยา ผื่นคันตามร่างกาย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	จากการให้ยา เช่น เจ็บบริเวณที่มีการฉีดยา ผื่นคันตามร่างกาย ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน 8. ดูแลให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด คือ Levophed 4 มิลลิกรัม + 5%DW 250 ml IV drip 10ml/hr titrate ครั้งละ 5 ml	8. ดูแลให้ยาเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด คือ Levophed 4 มิลลิกรัม + 5%DW 250 ml IV drip 10ml/hr titrate ครั้งละ 5 ml ทุก 15 นาที ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำและสังเกตความผิดปกติขณะให้ยา เช่นการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดเพราะจะทำให้เกิดเนื้อตายและหากให้ยา
1.ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ต่อ)	ทุก 15 นาที ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำและสังเกตความผิดปกติขณะให้ยา เช่นการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือดเพราะจะทำให้เกิดเนื้อตายและหากให้ยาเป็นเวลานานให้เปลี่ยนบริเวณที่ให้ยาเป็นระยะเพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดหดตัวในบริเวณที่แทงเข็ม 9. ดูแลให้ยา Hydrocortisone 200 mg+ nss 100 ml. IV drip in 24 hr. ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ เพื่อลดการอักเสบของร่างกาย และเพิ่มความไวของตัวรับ (receptors) เพื่อให้ยากระตุ้นความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น 10.ประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ (Tissue perfusion) โดยสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว O ₂ sat ทุก 15นาที เมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง และรับรายงานแพทย์ทราบถึงความผิดปกติทันทีที่พบจากการประเมินเช่น ซึมลง สับสน SBP<90มิลลิเมตรปรอท, MAP< 65 มิลลิเมตรปรอท,ปัสสาวะ 0.5ml/kg/hr.การหายใจ>30ครั้ง/นาที ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill time >2 วินาที	เป็นเวลานานให้เปลี่ยนบริเวณที่ให้ยาเป็นระยะเพื่อลดการเกิดภาวะหลอดเลือดหดตัวในบริเวณที่แทงเข็ม 9. ดูแลให้ยา Hydrocortisone 200 mg+ nss 100 ml. IV drip in 24 hr. ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ เพื่อลดการอักเสบของร่างกาย และเพิ่มความไวของตัวรับ (receptors) เพื่อให้ยากระตุ้นความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น 10.ประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและรับรายงานแพทย์ทราบถึงความผิดปกติทันทีที่พบจากการประเมินเช่น ซึมลง สับสน SBP<90มิลลิเมตรปรอท, MAP< 65 มิลลิเมตรปรอท,ปัสสาวะ <0.5ml/kg/hr.การหายใจ>30 ครั้ง/นาที ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill time >2 วินาที 11. ประเมิน NEW score อย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำงานหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) 12. Retain foley' catheter บันทึกปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมงและรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr ติดตามทุก 1 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	1 1. ประเมิน NEW score อย่างต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วยและการเกิดกลุ่มอาการการทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome: MODS) 12. Retain foley' catheter บันทึกปัสสาวะที่ออกเป็นซีซีต่อชั่วโมงและรายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5ml/kg/hr ติดตามทุก 1 ชั่วโมง	
2.มีภาวะกรดจากการเผาผลาญเนื่องจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (ข้อวินิจฉัยนี้พบได้ทั้ง 2 กรณีศึกษา กิจกรรมการพยาบาลเหมือนกัน)	1. ประเมินสภาพผู้ป่วยโดย ติดตามสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมงจนอาการคงที่ 2. ดูแลให้ได้รับยา ceftriazone 2 gm IV stat. then OD. หรือยา Antibiotic อื่น ๆ ตามแผนการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะช็อก 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 1,000 ml. IV drip 80 cc/hr. ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ 4. . Retain foley' catheter บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออกจากร่างกายทุก 8 ชั่วโมง 5. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอทำความสะอาดปากฟันเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร 6. ติดตามผล Serum lactate และ HCO₃ รายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไขหากพบผิดปกติ	
3.ภาวะของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตสูญเสียหน้าที่ในการกรองอย่างเฉียบพลัน (ข้อวินิจฉัยนี้พบได้ทั้ง 2 กรณีศึกษา กิจกรรมการพยาบาลเหมือนกัน)	1. บันทึกปริมาณน้ำที่ได้รับ และน้ำที่ขับออกทุกชั่วโมงในระยะแรก และทุก 4 ชั่วโมงเมื่อดีขึ้น การบันทึกปริมาณน้ำเข้าต้องรวมถึงน้ำที่ใช้ผสมยาด้วยส่วนน้ำที่ขับออก ต้องรวมน้ำที่สูญเสียทางปัสสาวะและทางผิวหนังด้วย รายงานแพทย์ เมื่อปัสสาวะออก <0.5ml/kg/hr. ติดต่อกัน 2 ชั่วโมง 2.สังเกตอาการของของเสียคั่งในร่างกายภาวะของยูริเมีย เช่น ปัสสาวะออกน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียบวม ค้นตามตัว หายใจหอบ ความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกายประเมินสัญญาณชีพการทำหน้าที่ของระบบประสาทเช่น ระดับความรู้สึกตัวอาการกระสับกระส่ายปวดศีรษะ การมองเห็น ขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาประเมินทุกชั่วโมงในระยะแรก หากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ให้การรักษา 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา ให้ 0.9%NSS 1,000 ml. IV drip 80 cc/hr. ภายใต้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ 4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำตามแผนการรักษา มากกว่า 2000 มิลลิลิตร / วัน 5.แนะนำให้รับประทานอาหารรสจืด งดเค็มประเมินความความรู้สึกตัวผู้ป่วยและญาติในการจัดอาหารเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วย 6.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดปาก ฟันอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดความชุ่มชื้นในปาก	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. ติดตามผล lab BUN, Cr, eGFR เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย	
4.ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ (ข้อวินิจฉัยนี้พบเฉพาะกรณีศึกษาที่ 1)	1.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ระดับความรู้สึกตัว ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อบุผิวหนังมีลักษณะซีดเขียว 2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและทราบถึงความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน วัด O2 saturation ทุก 2 ชั่วโมง Keep O2 saturation $\geq$ 95 % 3. ดูแลให้ได้รับ oxygen High flow nasal canular 40LPM, Fio2 0.4 ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ดูแลการทำงานของเครื่อง HFNC ให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้ ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา จัดสายเครื่องช่วยหายใจไม่ให้ตึงรั้ง ระวังท่อหลุดหักพับงอ และไม่มีน้ำขังเพราะจะมีผลต่อการทำงานของเครื่อง การได้รับออกซิเจนของผู้ป่วยลดลงและเสี่ยงต่อการก่อตัวสะสมของเชื้อโรคสังเกตเสียงของเครื่องช่วยหายใจที่ผิดปกติ เพื่อช่วยประคองการหายใจและลดงานของการหายใจของผู้ป่วย 4. ดูแลพ่นยาขยายหลอดลม beradual 1 NB x 3 dose then q 4 hrs.	
	5. ให้ยา Dexamethasone 4 mg IV q 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อลดการอักเสบของทางเดินหายใจ 6. ดูแลให้ Bromhexine 1 tab oral tid PC เพื่อลดเสมหะ 7. ดูแลให้ยา Ceftriazone 2-gram vein drip stat then OD เพื่อรักษาการติดเชื้อที่ปอด 8. ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร IV drip 80 cc/hr. กระตุ้นดื่มน้ำมากกว่า 2000 ml/day เพื่อให้เสมหะเหนียวลดลงขับออกง่ายขึ้น 9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมต่างเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 10. แนะนำการไอขับเสมหะที่มีประสิทธิภาพ (Effective coughing) 11.ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานให้แพทย์ทราบ	
5.มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (ข้อวินิจฉัยนี้พบได้ทั้ง 2 กรณีศึกษา กิจกรรมการพยาบาลเหมือนกัน)	1. เฝ้าระวังอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น มีอาการชักเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ ระดับความรู้สึกตัวลดลง 2.วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ประเมินลักษณะการหายใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ 3.ให้ยา Elixir kcl 30 ml ทุก 3 ชั่วโมง 3 ครั้ง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4.ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 มิลลิลิตร v drip 80 cc/hr. ควบคุมโดยเครื่อง infusion pump กระตุ้นดื่มน้ำมากกว่า 2000 ml/day 5.เจาะเลือดตรวจ สมดุลอิเล็กโทรไลต์ และติดตามผลถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ 6.บันทึกปริมาณ น้ำเข้าและออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตสี ลักษณะ ปริมาณ ถ้า Fluid intake น้อยกว่า Fluid output ปัสสาวะน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง มีสีเข้มเป็นข้อมูลสนับสนุนว่าขาดน้ำ ถ้า Fluid intake น้อยกว่า Fluid output เป็นข้อมูลสนับสนุนว่าน้ำเกิน 7.ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	8.ติดตามอาการคลื่นไส้อาเจียน แนะนำให้หายใจเข้าออกลึกๆ และดื่มน้ำอุ่นเพื่อลดอาการคลื่นไส้อาเจียน 9.ดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน เพื่อช่วยลดอาการปากแห้ง และรสนม รสไม่ดีขึ้นๆ ทำให้มีความรู้สึกรับประทานอาหารมากขึ้น	
6.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะไข้ (ข้อวินิจฉัยนี้พบได้ทั้ง 2 กรณีศึกษา กิจกรรมการพยาบาลเหมือนกัน)	1. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ (Tepid Sponge) เมื่อมีไข้ ≥ 38 องศาเซลเซียส เพื่อเป็นการถ่ายเทความร้อนออกจากร่างกาย และประเมินไข้หลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที 2.เพื่อลดไข้ ให้ยาParacetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา 3. เพื่อลดสาเหตุของการติดเชื้อดูแลให้ยาปฏิชีวนะครบจำนวน และถูกต้องตามแผนการรักษา 4. ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ 6.ปฏิบัติการพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) เช่นล้างมือก่อนและหลังทำการพยาบาลทุกครั้ง 7. อธิบายถึงเหตุผลให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจที่ต้องทำกิจกรรมพยาบาลต่างๆบ่อยๆที่เป็นการรบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย	
7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (ข้อวินิจฉัยนี้พบได้ทั้ง 2 กรณีศึกษา กิจกรรมการพยาบาลเหมือนกัน)	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในตัวพยาบาล กล่าวพูดระบายความรู้สึกมากขึ้น 2. ประเมินความวิตกกังวลโดยสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง 3. แสดงออกถึงความเข้าใจ ห่วงใยในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติ 4. เปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และซักถามสิ่งที่วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและรับฟังอย่างตั้งใจเห็นอกเห็นใจ 5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นจริงในปัจจุบันการรักษาและอธิบายเข้าใจได้ตามความเหมาะสมเมื่อญาติไม่พร้อมที่จะได้รับข้อมูล 6. เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง แจ้งอาการ ความก้าวหน้าการดูแลรักษาพยาบาลเป็นระยะๆ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแก่ญาติ และลดความวิตกกังวล 7. อนุญาตให้ญาติ หรือบุคคลสำคัญเข้าเยี่ยมได้ตามความเหมาะสม 8. ติดต่อให้พบแพทย์เมื่อญาติต้องการพบ 9. ให้กำลังใจญาติผู้ป่วยด้วยการพูดคุย สัมผัสเพื่อลดความวิตกกังวลที่มีอยู่	
8.ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านตามหลัก D-M-E-T-H-O-D	1. ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย ตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการกลับไปดำรงชีวิตที่บ้าน และประสาน รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มงวด	1. ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการกลับไปดำรงชีวิตที่บ้าน และประสาน รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เนื่องจากมีโรคประจำตัว โรคหอบหืด มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ปอดได้ง่าย D: Disease สอนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดติดเชื้อ และโรคหอบหืด โดยใช้กระบวนการทำ nursing round ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยร่วมวางแผนดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค M: Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน การพ่นยาต่อเนื่อง ทั้งยาควบคุมอาการ (controller) เช่นยาต้านการอักเสบกลุ่ม สเตียรอยด์ คือ Seretide MDI 2 puff เข้า เย็น, และยาบรรเทาอาการ (reliever) กลุ่มยาขยายหลอดลม เพื่อออกฤทธิ์บรรเทาอาการหลอดลมตีบ คือ salbutamol MDI 1 puff พ่น เมื่อมีอาการหอบ ทุก 4-6 ชั่วโมง ประสานเภสัชกรประเมินการพ่นยา และสอนการพ่นยาที่ถูกต้อง แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และการรับประทานยา antibiotic ต่อเนื่องที่บ้านจนครบ ยา Augmentin 1 tab oral bid pc การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย E: Environmen/ Econimic/Equipment ดูแลสภาพแวดล้อมเช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีแสงแดดส่องถึงได้ มีอากาศถ่ายเทได้ดี การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ และระวังการพลัดตกหกล้ม อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบของโรคหอบหืด เช่น ควันต่างๆ โดยเฉพาะควันบุหรี่ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้	D: Disease สอนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยใช้กระบวนการทำ nursing round ร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยร่วมวางแผนดูแลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค M: Medication ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ยา antibiotic bactrim 1 tab oral bid pc ต่อเนื่องจนครบ 14 วันห้ามขาดยาเพราะจะทำให้เชื้อโรคดื้อยาได้ การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยา แนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย E: Environmen/ Econimic/Equipment ดูแลสภาพแวดล้อมเช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด การดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอ และระวังการพลัดตกหกล้ม T: treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นโรคนี้ที่ไตชนิด staghorn renal calculi (นิ่วรูปเขากวาง) ซึ่งเป็นนิ่วที่มีขนาดใหญ่ จึงเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรีย หลบเลี่ยงระบบภูมิคุ้มกันและยาปฏิชีวนะ และเกิดการอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดการระคายเคืองทำลายเยื่อบุทางเดินปัสสาวะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะไม่หายขาดและเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายจึงต้องสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดแหว่ ปัสสาวะแสบขัด ขุ่นมีเลือดปน หรือมีไข้หนาวสั่น ควรรีบพบแพทย์ภายใน 1 - 2 วันเสมอ และถ้าอาการรุนแรงควรต้องพบแพทย์/ไปโรงพยาบาลเป็นการฉุกเฉิน

ข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	เกิดปอดติดเชื้อได้ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ T: treatment ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ร่วมกับโรคหอบหืดและได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์ ซึ่งมีผลทำให้ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ หากมีไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ควรรีบพบแพทย์ภายใน 1 - 2 วันเสมอ และถ้าอาการรุนแรง ควรต้องพบแพทย์/ไปโรงพยาบาลเป็นการฉุกเฉิน H: Health care การดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่มีไข้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปัสสาวะขัด ชून O; Outpatient การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง Diet: การเตรียมอาหาร และเสริมสร้างสุขภาพตามภาวะทุพโภชนาการกินอาหารมีประโยชน์ 5 หมู่ให้ครบถ้วนกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ ล้างมือก่อนหยิบจับอาหาร	H: Health care เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือนิวโมไต์ และมีการติดเชื้อแนะนำให้ระมัดระวังเรื่องการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพราะเป็นบริเวณที่มีความชื้นค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นตัวกลางสำคัญของการติดเชื้อโดยอาจแนะนำให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้า กางเกงที่โปร่งสบายควรเป็นผ้าคอตตอนมากกว่าในลอนให้ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่ายและไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน และแจกเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับการติดเชื้อในกระแสเลือด นิวโมไต์ ให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน O; Outpatient การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ สม่ำเสมอและการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เกี่ยวกับเรื่องนิวโมไต์อธิบายขั้นตอนการส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น รวมทั้งเตรียมเอกสารการส่งต่อ Diet: ให้รับประทานอาหารมีประโยชน์ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 2-3 ลิตร เพื่อเพิ่มปริมาณน้ำปัสสาวะทำให้แบคทีเรียที่อยู่ในทางเดินปัสสาวะถูกขับออกมา รวมถึงการเจาะสารที่เป็นองค์ประกอบของนิวโมไต์ แคลเซียมออกซาเลต ทำให้ลดโอกาสการตกพัสสาวะหรือก่อตัวของนิวโมไต์

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ด้านการพยาบาล

กระบวนการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้ง 2 ราย มีความครอบคลุมและมีการประสานงานร่วมกันตั้งแต่แรกรับจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน การค้นหาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโดยใช้เครื่องมือ NEWS score และใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วย

sepsis ร่วมกับการรักษาพยาบาลตามหลัก Hour- 1 sepsis bundle ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก อวัยวะสำคัญต่าง ๆ กลับมาทำงานได้ดี ไปจนถึงในหอผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่องในหอผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องจนถึงการวางแผนจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งรูปแบบดังกล่าวใช้กระบวนการการพยาบาล ดูแลตามแนวทางร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ที่ได้รับการรักษา เพื่อพยุงระบบการไหลเวียนโลหิต นอกจากการให้สารน้ำทดแทนในปริมาณที่เหมาะสมและการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตก็มีส่วนสำคัญ ในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับยา Norepinephrine อย่างรวดเร็วหลังเกิดภาวะช็อกเพื่อรักษาให้ค่า ความดันโลหิต MAP $\geq$ 65 mmHg มีผลในการลดอัตราการตายจึงอาจอนุมานผลลัพธ์ที่ได้จากประสิทธิภาพในการช่วยพยุงการไหลเวียนโลหิตจากตัวยาเอง ส่วนหนึ่งการส่งตรวจระดับ lactate เนื่องจากการลดลงของค่า lactate บ่งชี้ถึงการประคับประคองการไหลเวียนเลือด (Hemodynamic) ที่ดี ทำให้สามารถเพิ่มการใช้ ออกซิเจนระดับเซลล์ได้มีผลต่อการติดตามการรักษาในผู้ป่วยทั้ง 2 ราย การมีระดับ lactate สูงขึ้น บ่งชี้ถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงทั้ง 2 ราย เกิดภาวะอวัยวะทำหน้าที่บกพร่อง (Organ failure) กรณีศึกษาที่ 1 พบอวัยวะล้มเหลว 2 ระบบคือ 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด จากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีการหลั่ง inflammatory cytokines ซึ่งมีผลต่อกล้ามเนื้อเรียบของผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะ prostacyclin ทำให้หลอดเลือดเกิดการขยายตัว (vasodilatation) เกิดการรั่วของของเหลวออกนอกหลอดเลือดส่งผลให้ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่ส่งออกต่อหน้าที่ลดลง (low cardiac output) ทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ค่าความดันโลหิตต่ำ 88/46 มิลลิเมตรปรอท 2) ระบบทางเดินหายใจจากการตอบสนองของร่างกายต่อกระบวนการอักเสบ Systemic inflammatory response syndrome ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายลดลงทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน (tissue hypoxia) อวัยวะต่างๆขาดเลือด (organ ischemia) ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยมีการเต้นของหัวใจเร็วขึ้นเพื่อให้เกิดอัตราการแลกเปลี่ยนก๊าซที่เพิ่มมากขึ้น กรณีศึกษาที่ 1 มีปัญหาเรื่องหายใจหอบเหนื่อยร่วมกับเกิดการติดเชื้อที่ปอดและโรคร่วมคือโรคหอบ

หืดเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการหายใจหอบรุนแรงมากขึ้นจากภาวะหลอดลมตีบและการมีเสมหะสะสมมาก ผล CXR: infiltration both lung ฟังเสียงปอดพบ wheezing and Rhonchi both lung ได้รับการ on High flow nasal canular (HFNC) 40 LPM , FIO₂ 0.4 และได้รับยา dexamethasone 4 mg v stat then 4 mg IV q 6 ชั่วโมง ซึ่งมีฤทธิ์ช่วยต้านการอักเสบและกดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppressant) เพื่อช่วยเรื่องระบบหายใจล้มเหลว กรณีศึกษาที่ 2 พบอวัยวะล้มเหลว 3 ระบบ คือ 1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตต่ำ 83/44 มิลลิเมตรปรอท 2) ระบบทางเดินหายใจ มีปัญหาเรื่องหายใจหอบเหนื่อย ซึ่งทั้ง 2 ระบบ เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อกระบวนการอักเสบ (Systemic inflammatory response syndrome) เหมือนกับกรณีศึกษาที่ 1 และ 3)ระบบทางเดินปัสสาวะ พบการติดเชื้อ WBC = 30-50 Cell/HPF ผลเพาะเชื้อ susceptible ต่อ Bactrim ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลให้การรักษาดูแลตามแผนการรักษาและปฏิบัติการพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง ตามแนวทางปฏิบัติ (sepsis protocol) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการส่งเข้ารับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย ตามหลัก D-M-E-T-H-O-D โดยที่ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิต ได้รับการดูแลรักษาให้การพยาบาล รวมระยะเวลาดูแลในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 7 วัน และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเสียชีวิต ได้รับการดูแลรักษาให้การพยาบาล รวมระยะเวลาดูแลในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 4 วัน

อภิปรายและสรุปผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีช่วงวัยอายุสูงอายุที่ใกล้เคียงกัน เพศเดียวกัน แต่พบการติดเชื้ออวัยวะที่แตกต่างกัน อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลคล้ายคลึงกันคือมาด้วยอาการไข้ ซึ่งเป็นอาการทั่วไปของการติดเชื้อในกระแสเลือด และพบ

อาการเฉพาะที่หรือเฉพาะตำแหน่งที่ติดเชื้อ ช่วยให้การตำแหน่งของการติดเชื้อ เช่น ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการไอมีเสมหะร่วมกับอาการหายใจหอบ มีตำแหน่งติดเชื้อที่ปอด ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีอาการไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะแสบขัด มีตำแหน่งติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อในแต่ละตำแหน่ง ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 เป็นโรคหอบหืดซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเพราะการไวต่อสิ่งกระตุ้นของโรคหอบหืด ส่งผลต่อระบบป้องกันทางเดินหายใจ ทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้เชื้อโรคที่เข้าสู่ปอดถูกกำจัดได้ช้าลงจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการที่หลอดลมตีบทำให้เกิดการสร้างเสมหะผิดปกติ และมีมากขึ้น ร่วมกับกรณีศึกษานี้มีประวัติไข้ยาสเตียรอยต์ในการรักษาเป็นระยะเวลานานจึงเพิ่มโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ปอดและติดเชื้อในกระแสเลือดได้ง่ายและส่งผลให้ความรุนแรงของโรคมะเร็งสูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของคลนภา ภัทรฐิตินันท์(2565) พบว่าการที่ผู้ป่วยเป็นโรคหอบหืด เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปอดติดเชื้อและเพิ่มโอกาสในการนอนรักษาที่โรงพยาบาล 6.8 เท่า และผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 นี้ มีพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหอบหืดกำเริบ เช่น การเผาหญ้าและขยะ การเผาถ่าน รวมถึงการสูดดมควันบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการไวต่อสิ่งกระตุ้นของโรคหอบหืด ส่งผลต่อประสิทธิภาพการป้องกันเชื้อโรคในระบบทางเดินหายใจและเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปอดติดเชื้อได้ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 แม้ปฏิเสธโรคประจำตัว แต่ในขณะรักษา ultrasound พบ : right staghorn renal calculi (นิ่วรูปเขากวาง) ซึ่งเป็นนิ่วที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งเกิดจากการสะสมแร่ธาตุในไต เช่น แมกนีเซียมแอมโมเนียมฟอสเฟต(struvite) ซึ่งนิ่วนี้เป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรียหลบเลี่ยงระบบภูมิคุ้มกันและยาปฏิชีวนะ และเกิดการอุดตันในระบบทางเดินปัสสาวะ เกิดการระคายเคืองทำลายเยื่อบุทางเดินปัสสาวะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่

ก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะไม่หายขาด และเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดในกรณีศึกษาที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของพงศ์ภัค ภิญโญบุรณ(2564) ซึ่งพบว่านิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะมีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ และเกิดซ้ำถึงร้อยละ 50 สอดคล้องกับกรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะบ่อยครั้ง กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบลักษณะการอักเสบที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) และมี ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) คือ ภาวะล้มเหลวของระบบไหลเวียนเลือด โดยมีความผิดปกติของระบบการไหลเวียนเลือดของเนื้อเยื่อทั่วร่างกายอย่างต่อเนื่อง (Poor tissue perfusion) เพื่อรักษาปริมาตรเลือดที่ส่งออกตอนาที (cardiac output) เพื่อปรับลดเซกความดันโลหิตที่ต่ำนี้ ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จึงมีหัวใจเต้นเร็ว มีอาการหายใจหอบ ร่วมกับ มีผิวหนังเย็นชื้น และการที่มีการไหลเวียนเลือดไปที่ลดลงทำให้ปัสสาวะออกน้อย มีสีเข้ม และเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันขึ้น เกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติก (lactic acid) ร่างกายอยู่ในภาวะเป็นกรด (metabolic acidosis) จึงเกิดภาวะสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายที่ไม่สมดุล (electroly imbalance) ขึ้นด้วย จากปัญหาที่เกิดขึ้น พยาบาลสามารถประเมินคัดกรองผู้ป่วยทั้ง 2 กรณี ในระยะแรกได้อย่างรวดเร็ว (Early Detection) ให้การรักษาพยาบาลแบบมุ่งเป้าหมายอย่างรวดเร็วใน 1 ชั่วโมงแรก ได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย Septic Shock เหมือนกัน และดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษาจึงปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะแทรกซ้อนไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในเรื่องการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการนำเครื่องมือ news score ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย รวมถึง sepsis protocol ให้แก่ ทีมพยาบาล

วิชาชีพ รวมถึงสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด นิเทศ กำกับ ติดตามการนำเครื่องมือ new score ไปใช้ในการประเมินผู้ป่วย และเฝ้าระวังในหน่วยงาน โดยหัวหน้าเวร และหัวหน้างาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเกิดความปลอดภัย

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่ชัดเจน มีระบบการประเมิน และเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางให้ได้มาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดอัตราการส่งต่อและเสียชีวิต

3. จัดกิจกรรมทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

4. ทบทวนหรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศหรือระดับนานาชาติเพื่อให้บุคลากรมีความมั่นใจว่ามีการ จัดการในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการที่ทันสมัยและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

6 พัฒนาทักษะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วย ออกซิเจน ชนิด High Flow Nasal Cannula (HENC) ควรจัดอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อพัฒนาทักษะการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบ Non-invasive ventilator ชนิด High Flow Nasal Cannula (HFNC) และการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับออกซิเจนทุกชนิดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- งานเวชระเบียนโรงพยาบาลมัญจาคีรี. สถิติผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. 2565. ขอนแก่น: โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น.
ดลนาถ ภัทรฐิตินันท์. (2565). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดของโรงพยาบาลบางใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 5(3), 181-192.
พงศ์ภัก ภิญญานุรักษ์. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยนิวโมไต์ที่ไม่มีอาการในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. วารสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(3), 37-48.
สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic Shock (ฉบับร่าง) แนวทางเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : สมาคมเวชบำบัดวิกฤต.
Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign : international guidelines for management of severe sepsis and septic shock:2012. Crit Care Med 2013; 39(2): 165-228.
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/>.
Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., et al. (2017). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Critical Care Medicine, 45(3), 486-552.
World Health Organization [WHO] . Sepsis. [Internet] . 2023. [cited 2016 Sep 12]. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย

อติยา เนตรสุวรรณ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินกรณีศึกษาในผู้ป่วย 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยในช่วงระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567 การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องผลจากกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นชายไทย อายุ 77 ปี มีอาการซึม พูดไม่ชัด และอ่อนแรงซีกซ้ายภายใน 1 ชั่วโมงหลังเริ่มมีอาการ ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นชายไทย อายุ 77 ปี มีอาการเวียนศีรษะและอ่อนแรงซีกซ้ายแบบค่อยเป็นค่อยไป ถูกส่งตัวมารักษาหลังเกิดอาการ 4 ชั่วโมง ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และการประเมินเพื่อส่งตัวไปโรงพยาบาลศรีสะเกษและให้ยาทั้ง 2 ราย แนวทางการพยาบาลมุ่งเน้นการเฝ้าระวังระบบประสาท ติดตามสัญญาณชีพ ควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาล ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้คำแนะนำแก่ญาติ หลังการรักษาพบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 ฟื้นตัวได้เร็วกว่ารายที่ 2 เนื่องจากได้รับการรักษาเร็วกว่า ดังนั้น พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการประเมินที่รวดเร็วและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเกิดโรคซ้ำ

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: poppyhova@gmail.com

Nursing care of patient acute ischemic stroke at emergency department : Case study 2 case

Thitiya Netsuwan, B.N.S.¹

Abstract

This study presents a comparative analysis of nursing care for stroke patients in the emergency room, focusing on two cases admitted to Uthumphonphaisai Hospital between June 1, 2024, and August 31, 2024. The study utilized the five-step nursing process and relevant nursing theories to evaluate patient care and outcomes. The comparative case study revealed that Patient 1, a 77-year-old Thai male, presented with drowsiness, slurred speech, and left-sided weakness within one hour of symptom onset. He received thrombolytic therapy within three hours of onset. Patient 2, also a 77-year-old Thai male, experienced dizziness and progressive left-sided weakness and was transferred to the hospital four hours after symptom onset. He underwent a computed tomography (CT) brain scan and was subsequently referred to Sisaket Hospital for further evaluation and treatment. Standard nursing protocols were implemented in both cases, including neurological monitoring, vital sign assessment, blood pressure and blood sugar control, complication prevention, and caregiver education. Following treatment, Patient 1 exhibited a faster recovery compared to Patient 2, emphasizing the crucial role of early intervention in improving stroke outcomes. These findings highlight the importance of timely assessment and prompt treatment in emergency nursing care for stroke patients. Additionally, educating patients and caregivers about risk factor management, including hypertension, diabetes, and lifestyle modifications, is essential in preventing recurrent strokes.

Keywords: Nursing care, Stroke patients

¹ Registered Nurse, Professional level, Uthumphonphaisai Hospital, Sisaket Province E-mail: poppyhova@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองของโลก รองจากโรคมะเร็ง ทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของความพิการ พบได้ในทุกเพศทุกวัย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (2022) พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 101 ล้านคนทั่วโลก และมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุก 3 วินาที ในประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 มีอัตราการเสียชีวิต 55.53 ต่อประชากรแสนคน

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ซึ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมงแรกสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญ การดูแลพยาบาลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงต้องเน้นการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน พร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ

จากสถิติของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย (2564-2567) มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ยปีละ 134 ราย และได้รับยา rt-PA เฉลี่ยปีละ 15 ราย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและทีมพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มโอกาสรอดชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยกับทฤษฎีการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: กรณีศึกษา 2 ราย
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจเป็นกรณีศึกษาเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา 2 ราย
2. ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วิจัยทางการแพทย์ สืบค้นจาก Internet แล้วนำข้อมูลมาบูรณาการกับประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
3. ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน โดยมีการวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน จนถึงจำหน่ายโดยให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสาน พร้อมทั้งติดตามแผนการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง
4. ระยะเวลาการศึกษา วันที่ 1 มิถุนายน 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน
5. สรุปกรณีศึกษา วางแผนการจำหน่าย ติดตาม และข้อเสนอแนะ
6. รวบรวมข้อมูลจัดทำรูปเล่มเป็นเอกสารทางวิชาการและนำเสนอหน่วยงาน

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน : กรณีศึกษา 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า

กรณีศึกษารายที่ 1 อายุ 77 ปี อาชีพเกษตรกร โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2567 เวลา 06.23 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ด้วยอาการแขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง หน้าเบี้ยว และพูดไม่ชัด ซึ่งเข้าได้กับภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) ทีมแพทย์ให้การรักษาตามแนวทาง Stroke Fast Track และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษเพื่อรับ ยา

rt-PA หลังการรักษา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2567

กรณีศึกษารายที่ 2 อายุ 77 ปี อาชีพเกษตรกร โรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2567 เวลา 20.19 น. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย ด้วยอาการเวียน

ศีรษะ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรง และพูดไม่ชัด ซึ่งเข้าได้กับภาวะ โรคหลอดเลือดสมองตีบตีบแพทย์ให้การรักษาดูตามแนวทาง Stroke Fast Track และส่ง ต่อไปยัง โรงพยาบาลศรีสะเกษ เพื่อรับยา rt-PA หลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยฟื้นตัว แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 30 สิงหาคม 2567

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

รายละเอียด	รายที่ 1	รายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	77 ปี	77 ปี
น้ำหนัก/ส่วนสูง	น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร	น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย	25.29	20.70
สถานภาพ	สมรส (ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก)	สมรส (อาศัยอยู่กับภรรยาและบุตร)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาปีที่ 4	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	เกษตรกร	เกษตรกร
สิทธิการรักษา	บัตรทอง (UC)	บัตรทอง (UC)
ภูมิลำเนา	จังหวัดศรีสะเกษ อ.อุทุมพรพิสัย	จังหวัดศรีสะเกษ อ.อุทุมพรพิสัย
ผู้ดูแลหลัก	บุตรชายและภรรยา	ภรรยาและบุตรชาย
วันที่เข้ารับการรักษา	4 มิถุนายน 2567 เวลา 06.23 น.	25 สิงหาคม 2567 เวลา 20.19 น.
วันที่จำหน่าย	9 มิถุนายน 2567	30 สิงหาคม 2567
การวินิจฉัยโรค	Ischemic Stroke	Ischemic Stroke

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

รายละเอียด	รายที่ 1	รายที่ 2
อาการสำคัญนำส่ง	อ่อนแรงซีกซ้าย, พูดไม่ชัด, หน้าเบี้ยว	เวียน, เหนื่อย, อ่อนแรงซีกซ้าย 20
โรงพยาบาล	20 นาทีก่อนมา	นาที่ก่อนมา
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	ตื่นนอนเวลา 05.00 น. และไปปั่นจักรยานในทุ่งนา ต่อมาเวลาประมาณ 06.00 น. ญาติพบล้มนอนอยู่ มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว จึงรีบนำส่งโรงพยาบาล	เวลา 16.00 น. อาการปกติ ต่อมาขณะนั่งฟังสวดอภิรกรรม รู้สึกขาแขนซ้าย 20.00 น. มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ค่อยๆ ล้มลงด้านซ้าย พูดไม่ชัด จึงถูกนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	- DM, HT, Old CVA	- HT
ประวัติการแพ้ยา	- ไม่มีประวัติแพ้ยา - ดื่มสุราทุกวัน วันละ 30 ml/วัน - สูบบุหรี่ยวันละ 4-5 มวนต่อวัน นาน 20 ปี ปัจจุบันยังสูบอยู่	- ไม่มีประวัติแพ้ยา - ไม่ดื่มสุรา - ไม่สูบบุหรี่
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	พ่อดีประวัติป่วยเป็นโรคหลอดเลือด
อาการแรงแบบระดับคะแนน	รู้ตัวดี, พูดรู้ ถิ่นแข็ง, อ่อนแรงแขนซ้าย E4V5M6 NIHSS = 5 คะแนน	ง่วงซึม ตอบสนองช้า, พูดไม่ชัด E4V5M6 NIHSS = 5 คะแนน
Vital Signs	BT 36.7°C, RR 20, HR 100, BP 144/71 mmHg OsatRA98%	BT 36.7°C, PR 53, BP 177/82 mmHg OsatRA98%
การตรวจร่างกาย (PE)	pupil 3 mm, dysarthria (พูดไม่ชัด), Lt facial palsy (หน้าเบี้ยวซ้าย), Motor: Lt Grade III/III	pupil 2 mm RTLB, moderate dysarthria (พูดไม่ชัดปานกลาง), ไม่มีอาการหน้าเบี้ยว, Motor: Rt Grade V, Lt Grade IV+
DTX	121 mg%	138 mg%
EKG	NSR, Rate 70 BPM	Sinus Bradycardia, Rate 53 BPM
CT Brain	ไม่พบรอยโรค Hyper/Hypodensity	ไม่พบ ICH (เลือดออกในสมอง) หรือ Large Infarction
การวินิจฉัยเบื้องต้น (IMP)	R/O Stroke Fast Track (SFT)	R/O Stroke Fast Track (SFT)
ระยะเวลาารวม	- มีอาการจนถึงโรงพยาบาล 20 นาที - คัดกรองจนถึงแพทย์ตรวจ 10 นาที - ส่ง CT-brain จนถึงผลออก 10 นาที - LAB จนถึงผลออก 15 นาที - refer SSKH 20 นาที รวมระยะเวลาตั้งแต่มีอาการมาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับการ refer เพื่อให้ยา (rt-PA) 75 นาที	- มีอาการจนถึงโรงพยาบาล 20 นาที - คัดกรองจนถึงแพทย์ตรวจ 15 นาที - ส่ง CT-brain จนถึงผลออก 10 นาที - LAB จนถึงผลออก 20 นาที - refer SSKH 25 นาที รวมระยะเวลาตั้งแต่มีอาการมาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับการ refer เพื่อให้ยา (rt-PA) 90 นาที

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ดังนี้

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
ระยะวิกฤติ	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล	
ปัจจัยต่อการเกิดโรค	โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว โดยมีปัจจัยเสี่ยงทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ กรณีศึกษานี้เป็นผู้ป่วยชายอายุ 77 ปีทั้งสองราย ซึ่งอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้ เพศชายมีแนวโน้มเสี่ยงสูงกว่าหญิง เนื่องจากฮอร์โมนเพศชายอาจส่งผลต่อความดันโลหิตและระบบไหลเวียนโลหิต	

ระยะวิกฤติ ปัจจัยต่อการเกิดโรค	<u>รายที่ 1</u> มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ได้แก่ โรคเบาหวาน (DM), ความดันโลหิตสูง (HT), และประวัติการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเดิม (Old CVA) ซึ่งทำ <u>รายที่ 1 (ต่อ)</u> ให้มีโอกาสเกิดโรคซ้ำสูงขึ้น นอกจากนี้ น้ำหนักตัวของผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์เกินอ้วน (BMI = 25.95) อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและส่งผลต่อภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ผู้ป่วยยังมีประวัติการสูบบุหรี่วันละ 4 มวน เป็นเวลานานกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากสารพิษในบุหรี่สามารถทำลายผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและเกิดลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น อีกทั้งการดื่มสุราทุกวัน วันละ 30 มิลลิลิตร อาจส่งผลให้ความดันโลหิตไม่คงที่และเพิ่มภาระให้แก่ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยรายที่ 2 เนื่องจากมีโรคร่วมหลายอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีเพียงโรคความดันโลหิตสูง แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรค แนวทางการพยาบาลจึงมุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ปรับพฤติกรรมสุขภาพ ลดการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	<u>รายที่ 2</u> มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่าคือ มีเพียงโรคความดันโลหิตสูง (HT) เท่านั้น และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม น้ำหนักตัวที่ <u>รายที่ 2 (ต่อ)</u> ค่อนข้างต่ำ (53 กิโลกรัม) อาจบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและไขมันในร่างกาย
พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง	- อ่อนแรงซีกซ้าย, พูดไม่ชัด, หน้าเบี้ยว 20 นาทีก่อนมา - ตื่นนอนเวลา 05.00 น. และไปปั่นจักรยานในทุ่งนา ต่อมาเวลาประมาณ 06.00 น. ญาติพบล้มนอนอยู่ มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย พูดไม่ชัด หน้าเบี้ยว จึงรีบนำส่งโรงพยาบาล - อาการแรกรับรู้ตัวดี, พูดรู้ ลื่นแข็ง, อ่อนแรงแขนซ้าย E4V5M6 NIHSS = 5	- วิงเวียน, เหนื่อย, อ่อนแรงซีกซ้าย 20 นาทีก่อนมา - เวลา 16.00 น. อาการปกติ ต่อมาขณะนั่งฟังสวดอภิธรรม รู้สึกขาแขนซ้าย 20.00 น. มีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย ค่อยๆ ล้มลงด้านซ้าย พูดไม่ชัด จึงถูกนำส่งโรงพยาบาล - อาการแรกรับรู้ตัวดี, พูดรู้ ลื่นแข็ง, อ่อนแรงแขนซ้าย E4V5M6 NIHSS = 5

BT 36.7°C, RR 20, HR 100, BP 144/71 mmHg OsatRA98% pupil 3 mm, dysarthria (พูดไม่ชัด), Lt facial palsy (หน้าเบี้ยวซีกซ้าย),	BT 36.7°C, PR 53, BP 177/82 mmHg OsatRA98% pupil 2 mm RTLBE, moderate dysarthria (พูดไม่ชัดปานกลาง), ไม่มี

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
พยาธิสภาพอาการและ อาการแสดง	Motor: Lt Grade III/III DTX = 121 mg% EKG = NSR, Rate 70 BPM CT ไม่พบรอยโรค Hyper/Hypodensity	อาการหน้าเบี้ยว, Motor: Rt Grade V, Lt Grade IV+ DTX = 138 mg% EKG = Sinus Bradycardia, Rate 53 BPM CT ไม่พบ ICH (เลือดออกในสมอง) หรือ Large Infarction

การวิเคราะห์เปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้สมองขาดออกซิเจนและเกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมอง ซึ่งอาจนำไปสู่อาการผิดปกติทางระบบประสาท เช่น อ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย พูดไม่ชัด หรือสูญเสียความสามารถในการสื่อสาร ผู้ป่วยทั้งสองรายในกรณีศึกษาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดสมอง อย่างไรก็ตาม มีความแตกต่างกันในด้านพยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดงที่ส่งผลต่อแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม

อาการก่อนมาโรงพยาบาล ของผู้ป่วยทั้งสองรายมีความคล้ายคลึงกัน โดยมีอาการอ่อนแรงซีกซ้ายและพูดไม่ชัด ประมาณ 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม รายที่ 1 มีอาการหน้าเบี้ยว ซึ่งบ่งชี้ว่ามีผลกระทบต่อเส้นประสาทสมอง (Cranial Nerve) ขณะที่รายที่ 2 ไม่มีอาการหน้าเบี้ยว แต่เริ่มต้นด้วยอาการชาแขนซ้ายก่อนและค่อยๆ พัฒนาเป็นอ่อนแรงซีกซ้าย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการเกิดโรคที่ต่างกัน รายที่ 1 มีลักษณะของ อาการเฉียบพลัน และรุนแรงตั้งแต่แรกเริ่ม ในขณะที่รายที่ 2 มี อาการค่อยเป็นค่อยไป

เมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน รายที่ 1 ยังคงรู้ตัวดี พูดรู้ ลื่นแข็ง และอ่อนแรงแขนซ้าย ส่วนรายที่ 2 มีอาการง่วงซึม ตอบสนองช้า และพูดไม่ชัด ซึ่งอาจสะท้อนถึง ระดับความรุนแรงของภาวะสมองขาดเลือด ที่แตกต่างกัน แม้ว่าทั้งสองรายจะมี คะแนน NIHSS เท่ากัน (5 คะแนน) แต่รายที่ 2 มีอาการของ ภาวะสมองขาดเลือดที่อาจลุกลามได้เร็วกว่า เนื่องจากมีระดับความรู้สึกตัวลดลง

คำสัญญาณชีพแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่สำคัญ รายที่ 2 มีระดับความดัน

โลหิตสูง (177/82 mmHg) และภาวะหัวใจเต้นช้า (Bradycardia, HR 53 BPM) ในขณะที่รายที่ 1 มีค่าความดันโลหิตปกติ (144/71 mmHg) และอัตราการเต้นหัวใจปกติ (HR 100 BPM) ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหลอดเลือดสมองที่มีผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตมากกว่ารายที่ 1 และต้องได้รับการเฝ้าระวังภาวะ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
	ความดันโลหิตสูงและภาวะหัวใจเต้นผิดปกติอย่างใกล้ชิด จากการตรวจร่างกาย รายที่ 1 มีอาการหน้าเบี้ยวซีกซ้าย (Lt facial palsy) และอ่อนแรงแขนซ้ายระดับ Grade III/III ในขณะที่รายที่ 2 ไม่มีอาการหน้าเบี้ยว แต่มีอาการพูดไม่ชัดในระดับปานกลาง (moderate dysarthria) และอ่อนแรงซีกซ้ายระดับ Grade IV+ ซึ่งบ่งชี้ว่า รายที่ 1 มีความผิดปกติของเส้นประสาทสมองมากกว่า รายที่ 2 อย่างไรก็ตาม ทั้งสองราย ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองจากผล CT Brain ทำให้สามารถดำเนินการรักษาในแนวทางของ Ischemic Stroke ได้ จากการวิเคราะห์พยาธิสภาพและอาการของผู้ป่วยทั้งสองราย แนวทางการพยาบาลที่สำคัญคือ - เฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท โดยใช้ NIHSS Score และ GCS Score เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการอย่างใกล้ชิด ควบคุมความดันโลหิต โดยเฉพาะในรายที่ 2 ซึ่งมีภาวะความดันโลหิตสูงมาก ควรได้รับการติดตามและปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสม - ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ และ EKG Monitoring อย่างใกล้ชิด เนื่องจากรายที่ 2 มีภาวะ Bradycardia ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตและความสามารถในการควบคุม Stroke	
การรักษา	รายที่ 1	รายที่ 2
	- NSS 1000 ml V 80 ml/hr - LAB CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Prothrombin Time (PT), INR ,DTX - EKG 12 lead - CT brain (non-contrast) - Refer SSKH	- NSS 1000 ml V 80 ml/hr - LAB CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, Prothrombin Time (PT), INR ,DTX - EKG 12 lead - CT brain (non-contrast) - Refer SSKH
	การวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการรักษาและนำไปสู่การพยาบาล จากการวิเคราะห์แนวทางการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองราย พบว่าได้รับการรักษาตามแนวทางมาตรฐานที่เหมือนกัน ได้แก่ การให้สารน้ำ NSS 1000 ml V 80 ml/hr การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, BUN, Creatinine,	

Electrolyte, PT, INR, DTX) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 Lead) การตรวจ CT Brain (non-contrast) และการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ (Refer SSKH) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทั้งสองรายจะได้รับแนวทางการรักษาที่เหมือนกัน แต่สภาพร่างกายและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้แนวทางการพยาบาลต้องมีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (HT) และเบาหวาน (DM) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การให้สารน้ำจึงต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน (fluid overload) ที่อาจทำให้เกิดอาการบวมหรือภาวะหัวใจล้มเหลวได้ นอกจากนี้ ควรติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลสูงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะหัวใจเต้นช้า (Bradycardia, HR 53 bpm) และความดันโลหิตสูง (BP 177/82 mmHg) ซึ่งอาจส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น การเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจและการควบคุมความดันโลหิตจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LAB) มีความสำคัญในการประเมินสภาพร่างกาย โดยเฉพาะค่าการแข็งตัวของเลือด (PT, INR) ที่ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) มีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยในกรณีของผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีภาวะหัวใจเต้นช้า จำเป็นต้องได้รับการติดตามสัญญาณชีพและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง เช่น อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หรือหมดสติ การตรวจ CT Brain (non-contrast) ในผู้ป่วยทั้งสองรายพบว่าไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง (ICH) หรือรอยโรคที่บ่งชี้ภาวะสมองขาดเลือดขนาดใหญ่ (Large Infarction) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงมีความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ ดังนั้น ควรมีการติดตามระดับความรู้สึกตัว (GCS Score) และการทำงานของระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ สำหรับการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ (Refer SSKH) แนวทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยต้องติดตามสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการส่งต่อ นอกจากนี้ ควรมีการเตรียมความพร้อมสำหรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ เช่น การจัดเตรียมเอกสารทางการแพทย์และรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้แพทย์สามารถดำเนินการรักษาต่อได้อย่างรวดเร็วและมี	

ประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายจะได้รับแนวทางการรักษาแบบเดียวกัน แต่เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงและภาวะร่างกายที่แตกต่างกัน จึงต้องมีการดูแลเฉพาะราย รายที่ 1 ต้องเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ในขณะที่รายที่ 2 ต้องเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตสูง แนวทางการพยาบาลจึงต้องเน้นการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท การติดตามภาวะสมดุลของของเหลว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบและวิเคราะห์ข้อมูลกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ต่อ

ประเด็นเปรียบเทียบ	รายที่ 1	รายที่ 2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อน Refer (ที่ห้องฉุกเฉิน - ER) 1. เสี่ยงต่อการลดลงของการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง เนื่องจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 3. เสี่ยงต่อการสำลัก (Aspiration) จากการทำงานของกลไกการกลืนผิดปกติ 4. วิดกกังวลเนื่องจากการเกิดภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระหว่าง Refer (ในรพพยาบาล) 5. เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนโลหิตระหว่างการเคลื่อนย้าย 6. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ระหว่าง Refer	

ผู้ป่วยในกรณีศึกษานี้เป็นชายไทยอายุ 77 ปี จำนวน 2 ราย ประกอบอาชีพเกษตรกร โดยผู้ป่วยรายแรกมีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนผู้ป่วยรายที่สองมีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งสองรายมีอาการที่เข้าได้กับภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) และถูกนำส่งโรงพยาบาลอาการและการดูแลเบื้องต้นผู้ป่วยรายแรกมีอาการอ่อนแรงซีกซ้าย หน้าเบี้ยว และพูดไม่ชัด ขณะที่ผู้ป่วยรายที่สองมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนแรงซีกซ้าย และพูดไม่ชัด โดยทั้งสองรายได้รับการตรวจ CT Brain และพบว่าไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง ทีมพยาบาลดำเนินการตามแนวทาง Stroke Fast Track ด้วยการเฝ้าระวังอาการ ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที และเตรียมส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ศรีสะเกษ การส่งต่อและการรักษาระหว่างการส่งต่อ

ทีมพยาบาลได้เฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง ภาวะสำลัก และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายที่สองที่พบภาวะหัวใจเต้นช้า (HR 53 bpm) จึงต้องมีการติดตาม EKG อย่างใกล้ชิด เมื่อถึงโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยทั้งสองรายได้รับยา rt-PA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) และได้รับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังให้ยาการฟื้นฟูและติดตามอาการหลังจากอาการคงที่ ทีมพยาบาลวางแผนการจำหน่ายและติดตามอาการผ่าน Stroke Clinic โดยเน้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การทำกายภาพบำบัด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสองรายสามารถฟื้นตัวได้ โดยรายที่หนึ่งมีการฟื้นตัวเร็วกว่ารายที่สองเนื่องจากได้รับการรักษาเร็วกว่า

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลชุมชน ควรมี แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สำหรับการดูแลผู้ป่วย Stroke ตั้งแต่ระยะวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้กระบวนการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. ผลักดันให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ยา rt-PA ได้แม้ว่า รพช. จะมีเครื่อง CT Scan แล้ว แต่ยังต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับยา rt-PA ที่ รพศ. ซึ่งทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ควรมีการพัฒนาและสนับสนุนการอบรมแพทย์และพยาบาลให้สามารถให้ยา rt-PA ได้ในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีความพร้อม ลดระยะเวลาการส่งต่อและเพิ่มโอกาสการฟื้นตัวของผู้ป่วย
3. ปรับปรุงระบบส่งต่อให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ควรมี ระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบ Fast Track ที่มีการประสานงานล่วงหน้าระหว่าง รพช. และ รพศ. เพื่อลดระยะเวลารอคอย และจัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรพช.ให้พร้อมสำหรับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2566). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/stroke>.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย*. สำนักพิมพ์กรมการแพทย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยและแนวทางการดูแล*. สืบค้นจาก <https://www.moph.go.th>.
- กาญจนา วัฒนานนท์. (2564). *ประสิทธิภาพของระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชนสู่โรงพยาบาลศูนย์*. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(3), 72-88.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2563). *โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการรักษา*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล ศรีสว่าง. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: หลักการและแนวปฏิบัติ*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลรามารามิ. (2566). *ภาวะหลอดเลือดสมองตีบและแนวทางการรักษา*. สืบค้นจาก <https://med.mahidol.ac.th/ramachannel>.

4. เสริมสร้างทักษะและศักยภาพของบุคลากรทาง การแพทย์ ควรจัด อบรมบุคลากรพยาบาลใน รพช. ให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย Stroke เฉียบพลัน ฝึกการใช้ NIHSS Score อย่างแม่นยำ และการเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อนของ rt-PA เพื่อให้สามารถจัดการ ภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. พัฒนาแนวทางการฟื้นฟูและติดตามผลในระยะ ยาว ควรมี ระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน รพช. อย่างเป็นระบบ โดยสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด นักการบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลด ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเคลื่อนไหวจำกัด

6. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ควรมี โครงการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองและการดูแลหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมสุขภาพ ลดโอกาสการเกิดโรคซ้ำและ เพิ่มคุณภาพชีวิต

- โรงพยาบาลศิริราช. (2566). ความสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงเวลาทอง.
สืบค้นจาก <https://www.sirirajhospital.com>.
- วีรชัย สุขสำราญ. (2566). การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วย
rtPA. วารสารการแพทย์ไทย, 51(1), 25-40.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางการใช้ยา rtPA ในโรงพยาบาลชุมชน.
สืบค้นจาก <https://www.stroke.or.th>
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมองตีบเฉียบพลัน. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- สมชาย พัฒนาวงค์, และคณะ. (2565). ผลของการใช้ยา rtPA ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(2), 45-60.
- สมฤดี ภูมิชัย. (2566). แนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้ยา rtPA ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
วารสารวิชาชีพพยาบาลและสุขภาพ, 45(2), 15-30.
- อัมพร วิริยะกุล, และคณะ. (2565). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับยา rtPA.
วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 38(4), 33-47.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด :

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

อุทิศ สุชาติ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต เกิดจากระบบการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรง และต่อเนื่องจนทำให้เกิดภาวะช็อค (Septic shock) ซึ่งนำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ส่งผลให้เนื้อเยื่อหรือเซลล์ถูกทำลายและได้รับบาดเจ็บอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด ถึงแม้ว่าปัจจุบันได้เริ่มมีการนำแนวทางการรักษา EGDT(early goal-directed therapy) มาประยุกต์ใช้ในการรักษาซึ่งถือได้ว่าเป็นฐานความรู้ใหม่ ที่ต้องทำความรู้จัก และคุ้นเคยในการนำมาประยุกต์ใช้การดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ตาม EGDT ต้องอาศัยความเหมาะสม ถูกต้อง รวดเร็ว โดยเน้น การคัดกรอง การรักษา การพยาบาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต พิกการ และเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และไม่เพียงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแต่หากส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมด้วย การได้รับการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องทันเวลาที่และมีแนวทางการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและพิกการของผู้ป่วยลงได้ เพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และกลับสู่สภาวะปกติหรือระยะที่ปลอดภัยโดยเร็ว ซึ่งพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมิน ดูแล เฝ้าระวัง ต่อเนื่อง ไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่ต้องมีทั้งความรู้ ทักษะและความชำนาญในการดูแล

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะช็อค, ติดเชื้อในกระแสเลือด

Nursing care of patients with shock from sepsis: 2 comparative case studies

Abstract

Sepsis is a life-threatening critical condition caused by the process. Inflammation that occurs in the body is severe and continuous until it causes shock (septic shock), which leads to the condition of multiorgan dysfunction syndrome. As a result, tissues or cells are destroyed and injured continuously. If not treated correctly and quickly, it is the cause of death of up to 1 in 4 of all infected patients with infection. Although the EGDT (early goal-directed therapy) treatment guidelines have begun to be applied to treatment, which can be considered a new knowledge base, one must know and be familiar with the application to patients. Sepsis patients, according to EGDT, rely on appropriate, accurate, and fast focus on screening, treatment, nursing, and prevention of complications to reduce the risk of death, disability, and the cost of care. And it not only affects the patient himself, but it also affects the family, community, and society as well. Getting the correct diagnosis and medical treatment in a timely manner is important, and there are guidelines to prevent risks that may occur in patients.

Keywords: Nursing, Sepsis, Septic shock

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email: ing.mannurse@gmail.com

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ในปี 2015 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั่วโลกประมาณ 5,760 ล้านราย (77.7/100,000 ประชากรต่อปี) เกิดจากระบบการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่องจนทำให้เกิด

ภาวะช็อค (Septic shock) ที่นำไปสู่การมีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ (Multiple Organ Dysfunction Syndrome : MODS) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด เนื่องจากอวัยวะต่างๆทำงานล้มเหลว เนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตตามมา ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนที่พบได้บ่อยในห้องฉุกเฉิน นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญอันเนื่องมาจากการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่มีอัตราการเสียชีวิต (ร้อยละ 60-70)

ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis guideline) ปัจจุบันมีหลักฐานว่าวิธีการรักษาที่อาจจะลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยต่างๆของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอภายในเวลาไม่เกิน 6 ชั่วโมง (Early gold directed therapy) การให้ยาต้านจุลชีพที่ครอบคลุมเชื้ออย่างเหมาะสมและรวดเร็วหลังการเก็บเลือดเพื่อเพาะเชื้อ โดยมีการมีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Fast Tract) ร่วมกับการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยมีองค์ประกอบ 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างกลไกในการค้นพบผู้ป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น 2) การรักษาการติดเชื้อและฟื้นฟูระบบไหลเวียนเลือดอย่างรวดเร็วร่วมกับการรักษาแบบประคับประคองของอวัยวะต่างๆ และ 3) การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพการประสานและการเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง การกำกับให้ดำเนินการตามแนวปฏิบัติครบถ้วน ทันเวลาสามารถลดอัตราการเสียชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในสหสาขาวิชาชีพในการคัดกรองประเมิน ดูแล เฝ้าระวังต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินนับว่าเป็นบุคคลสำคัญด่านหน้าในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในทุกๆระยะของการรักษา ซึ่งบทบาทดังกล่าวนี้ว่าเป็นความท้าทายของพยาบาลห้องฉุกเฉินในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการติดเชื้อโดยเร็วที่สุด ลดความรุนแรงจากความทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น และผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤตต่อไป

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ มีผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะช็อคจากการติดเชื้อเป็นจำนวนมาก ปีงบประมาณ 2565 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 456 และภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 28 คน ปีงบประมาณ 2566 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 462 คน และภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 32 คน ปีงบประมาณ 2567 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 420 คน และภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 35 คน และปีงบประมาณ 2568 (ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2567-มกราคม 2568) จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 110 และภาวะช็อคจากการติดเชื้อ 9 คน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ด้วยความสำคัญดังกล่าว พยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องมีความรู้เรื่องโรค การวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง อาการและ อาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา ฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาที่มีความเสี่ยงสูง มีทักษะความชำนาญในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และให้การพยาบาลตามความเร่งด่วน อย่างถูกต้องและเหมาะสม ตามปัญหาที่พบโดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย

จิตใจอารมณ์ สังคมและจิต วิญญาณ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

ศึกษาปัญหา วิเคราะห์ วินิจฉัย และวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septic shock) โดยคัดเลือกกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาศึกษา เดือน ธันวาคม 2567 - กุมภาพันธ์ 2568 โดยศึกษารวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 79 ปี ศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรส รูปร่างผอมบาง มีอาการเหนื่อย เวียนศีรษะบ้านหมุน อาเจียน 2 ครั้ง ไม่มีแรงทั้งตัว ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีแน่นหน้าอก สามารถรับรู้ได้ว่ามีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยขาดยาขาดนัดเนื่องจากคิดว่าอาการดีขึ้นเองแล้วจึงไม่มาตรวจตามนัด การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิต ของตนเองและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยครั้งนี้มากเพราะรู้สึกว่าจะเป็นหนักกว่าทุกครั้ง จากทฤษฎีทางการพยาบาลของโรธัมพบว่า

1. ทฤษฎีดูแลตัวเอง (Self – care Theory) ผู้ป่วยชาย ไทยรูปร่างผอมบาง มีอาการเหนื่อย เวียนศีรษะบ้านหมุน อาเจียน 2 ครั้ง ไม่มีแรงทั้งตัว ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีแน่นหน้าอก สามารถรับรู้ได้ว่ามีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ที่ต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด แต่ขาดยาขาดนัดเนื่องจากคิดว่าอาการดีขึ้นเองแล้วจึงไม่มาตรวจตามนัด การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิต ของตนเองและครอบครัว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยครั้งนี้มากเพราะรู้สึกว่าจะเป็นหนัก กลัวว่าจะเป็นซ้ำ ผู้ป่วยยินยอมที่จะรักษาโดยมีการใช้ เครื่องมือพิเศษ เช่น การใช้ออกซิเจน การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายสวนหลอดเลือดดำ หรืออาจจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เนื่องจากเป็น

ผู้สูงอายุ มีเพียงภรรยาที่สูงอายุเช่นกันคอยดูแล กังวลในเรื่อง การขาดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจในการที่จะดูแลตนเอง ผู้ป่วยได้รับ คำแนะนำในการดูแลตนเอง โดยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ นอกจากในการดูแลตนเองของบุคคลยังต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองร่วมด้วย โดยเฉพาะการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ รักษา ไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จำเป็นสำหรับทุกคน ทุกวัย แต่ต้องมีการปรับให้มีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค แต่ปกติ เป็นคนแข็งแรงดี ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และทำงานได้ตามวัย สามารถช่วยภรรยาทำงานเล็กน้อยๆ ในบ้านได้ อาศัยอยู่กับ ภรรยา 2 คน ลูกหลานทำงานต่างจังหวัด มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน บ้านและให้ความช่วยเหลือในชุมชนได้ดี จากการเจ็บป่วยครั้งนี้ ทำให้ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล มีการใช้เครื่องมือที่ทำให้ ต้องพักรักษาบนเตียงเท่านั้น ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง คิดว่า ตนเองเป็นภาระของผู้อื่นตลอดจนภรรยาต้องมาดูแลและ ยังไม่ทราบว่าจะอาการจะดีขึ้นหรือไม่ ขณะรับไว้ในโรงพยาบาลติด อายกรรมการขายเหิน้อยยิ่งเท่าๆเดิม แต่เวียนศีรษะลดลง ไม่มี อาเจียนแล้ว สัญญาณชีพมีไข้เป็นๆหายๆความดันโลหิตอยู่ใน เกณฑ์ปกติ ยังให้การพยาบาลโดยการให้ออกซิเจนทดแทนใน ภาวะการหายใจเป็นช่วงๆและให้ยากระตุ้นความดันโลหิต ผู้ป่วย ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ พยาบาลและทีมการรักษาทั้งแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นัก กายภาพบำบัด ได้มีการวางแผนในเรื่อง อาหารและน้ำ ที่ผู้ป่วย ต้องได้รับอย่างเพียงพอ การฝึกหายใจ การป้องกัน การเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น แผลกดทับให้ความรู้ คำแนะนำใน เรื่องแผนการรักษา จนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เบื้องต้นมี ความมั่นใจที่จะดูแลตนเองได้โดยไม่เป็นภาระของครอบครัว จนกระทั่งหายจากการเจ็บป่วยสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้

3. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The theory of nursing system) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผอมบางและ อ่อนเพลียมาก หายใจเหนื่อย ดูกระสับกระส่าย ผิวหนังดูซีด เหมื่อออก ตัวเย็น จากการประเมินผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ ถูกเฉือนและคุกคามต่อชีวิตจากอาการเจ็บป่วย พยาบาลจึงต้องมึ การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ร่วมกับ กระบวนการพยาบาลใน การดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการ ดูแลตนเองที่ต้องได้รับการทดแทนข้อบกพร่องนั้น ในผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลได้มีประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแลว่ามีศักยภาพเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการ

การดูแลตนเองตามสภาพของความเจ็บป่วย โดยการช่วยสอนให้ รู้วิธีปฏิบัติ ฝึกทักษะและปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลตามความต้องการ ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ได้มีการวางแผนในการให้ความ ช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยไว้ใน ความดูแลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยช่วย เหลือตนเองไม่ได้จนกระทั่ง สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยได้ลดบทบาทการ ช่วยเหลือด้วยการทำแทนแทนของพยาบาลและผู้ดูแลเรื่อยๆ จนในที่สุดผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอยู่ได้เองอย่างอิสระ โดยมีการ พึ่งพาผู้ดูแลน้อยที่สุดเมื่อกลับบ้าน

กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี ศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรส รูปร่างสมส่วน ผิวเหลือง ซีด มีอาการ 5 วันก่อนมา รพ. ไข้สูงเป็นๆหายๆ ปัสสาวะแสบขัด ไม่ถ่าย อุจจาระ ยังไม่รักษาที่ไหน 4 ชม. ก่อนมา รพ. ไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออก จุกแน่นท้อง ไม่ถ่ายอุจจาระ มีโรคประจำตัวเป็น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นหัวหน้าครอบครัว รับ การรักษามาเสมอ อาชีพเกษตรกร ในผู้รายนี้อาศัยแนวคิด และแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎี ทางการพยาบาลของกอร์ดอน 11 แบบแผน โดยปกติผู้ป่วยแข็งแรงดีไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง เมื่อ มีภาวะเจ็บป่วยก็รับการรักษาที่โรงพยาบาลตลอด ผู้ป่วยมีความ กังวลจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้าน กายภาพ อัตมโนทัศน์ มีความวิตกกังวล ต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยมี **แบบแผนที่ 1.** การรับรู้และการ ดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรู้ว่ามีการติดเชื้อรุนแรงในร่างจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสาเหตุจากระบบทางเดินปัสสาวะ มีอาการไข้ สูง หนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออก อ่อนเพลีย ต้องดื่มน้ำเยอะๆเพื่อ ช่วยขับเชื้อโรค **แบบแผนที่ 2.** อาหารและการเผาผลาญอาหาร มีการสูญเสียอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายจนมีภาวะไตวายเฉียบพลัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ รับประทาน อาหารครบ 3 มื้อ และได้รับเกลือแร่โพแทสเซียมเสริม **แบบแผนที่ 3.** การขับถ่าย ปกติผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องการขับถ่ายแต่การ เจ็บป่วยครั้งนี้ปัสสาวะไม่ออก ตรวจพบภาวะไตวายเฉียบพลันจาก การประเมินการทำงานของไต ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะและ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นอาการดีขึ้น ค่าการทำงานของ ไตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถอดสายสวนปัสสาวะออกแล้วผู้ป่วย ปัสสาวะออกได้เองไม่มีแสบขัด **แบบแผนที่ 4.** กิจกรรมประจำวัน และการออกกำลังกาย ปกติทำกิจวัตรต่างๆด้วยตนเอง จาก ภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีไข้ มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนบน เตียงใช้ออกซิเจน มีผลกระทบบต่อการทำกิจวัตร ซึ่งพยาบาลต้อง ดูแลช่วยเหลือเพื่อให้มีการฟื้นฟูสภาพที่เร็ว **แบบแผนที่ 5.** การ พักผ่อนนอนหลับ ปกติ ไม่มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ แต่ครั้งนี้ พักผ่อนน้อย นอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากไข้ ปวดท้องและเปลี่ยน สถานที่ พยาบาลได้จัดบริเวณที่พักให้เงียบสงบกลางคืน

ปิดไฟตำแหน่งตรงเตียง ผู้ป่วยนอน และให้ยาช่วยลดและบรรเทาอาการปวดท้อง **แบบแผนที่ 6.** สถิติปัญหา และการรับรู้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี มีการรู้สถิติแม้ว่าต้องมีการใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา มีการรับรู้ต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น เหนื่อย หอบ อ่อนแรง **แบบแผนที่ 7.** การรับรู้ตนเองและอัตโนมัติ มีความกังวล เนื่องจากปกติแข็งแรงดี การเจ็บป่วยครั้งนี้ รู้สึกว่ารุนแรงที่สุด แต่มีความหวังว่าจะหายเนื่องจากครอบครัวดูแลและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิดและต้องหายกลับไปดูแลครอบครัว **แบบแผนที่ 8.** บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยเป็นบิดาและเป็นผู้นำครอบครัว สัมพันธภาพ ในครอบครัวดี มีความรักใคร่กันดี ภรรยาและบุตรคอยดูแลตลอดเวลา **แบบแผนที่ 9.**

เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ ไม่มีปัญหาเรื่องนี้ เนื่องจากมีบุตรสามคนแล้ว **แบบแผนที่ 10.** การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยสีหน้ากังวลขณะเข้ามารับการรักษาและเครียดเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พยาบาลได้ให้การดูแลตามมาตรฐานและใช้กระบวนการพยาบาล ให้ ภรรยาและบุตรคอยดูแลตามเวลาเยี่ยมและสามารถปรึกษาแพทย์ได้ ผู้ป่วยคลายความกังวลให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาจนสามารถพ้นภาวะวิกฤตได้ **แบบแผนที่ 11.** คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจคือบิดา มารดา ภรรยาและบุตร เป็นบุคคลที่ต้องดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงต้องรักษาสุขภาพตนเองให้ตั้งค่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับมาเป็นซ้ำ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย : กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
HN / AN	HN : 62696 / AN : 953	HN : 287373 / AN : 684
ข้อมูลทั่วไป	เพศ ชาย อายุ 79 ปี ศาสนา พุทธ – สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ	เพศชาย อายุ 64 ปี ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ
อาชีพ	เกษตรกร	เกษตรกร
การศึกษา	ไม่ได้ศึกษา	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2
ที่อยู่	147 หมู่ 7 ตำบลขุน อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ	390 หมู่ 15 ตำบลกุศลเสลา อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
การวินิจฉัยโรค	Septic shock c Simple Hyperglycemia c AF	Sepsis c Septic shock
อาการสำคัญ	วิงเวียนศีรษะ อาเจียน 3 ชม.ก่อนมา รพ.	ไข้สูง ปัสสาวะไม่ออก 4 ชม. ก่อนมา รพ.
อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 วันก่อนมา รพ. เหนื่อย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ไม่มีอาเจียน ไม่มีอ่อนแรง ยังไม่รักษาที่ไหน 3 ชม. ก่อนมา รพ. เวียนศีรษะมากขึ้น บ้านหมุน อาเจียน 2 ครั้ง ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีแน่นหน้าอกจึงมา รพ.	5 วันก่อนมา รพ. ไข้สูงเป็นๆหายๆ ปัสสาวะแสบขัด ไม่ถ่ายอุจจาระ ยังไม่รักษาที่ไหน 4 ชม. ก่อนมา รพ. ไข้สูง หวานสั่น ปัสสาวะไม่ออก จุกแน่นท้อง ถ่ายอุจจาระลำบาก จึงมา รพ.
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีตและโรค ประจำตัวของคนในครอบครัว	ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีตและโรค ประจำตัวของคนในครอบครัว
โรคประจำตัว	DM/HT/DLP/AF	DM/HT
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร	Amlodipine
การใช้ยา/สารเสพติด	ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นบางครั้งตามโอกาสงานหรือเทศกาลสำคัญ ไม่สูบบุหรี่	ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นบางครั้งตามโอกาสงานหรือเทศกาลสำคัญ สูบบุหรี่ วันละ 2-3 มวน ต่อวัน นาน 30 ปี
การเข้าถึงระบบ EMS	ญาตินำส่ง	EMS นำส่ง
ระยะเวลาเข้ารับการรักษา	15 – 23 มกราคม 68	10 – 16 มกราคม 2568
การคัดแยกที่ ER ด้วย MOPH ED. Triage	Level 1 (สีแดง) เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยอาการ เหนื่อย วิงเวียนศีรษะ 3 ชม.ก่อนมา รพ. แรกผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ 57/45 mmHg. MAP=47 mmHg. คัดแยกผู้ป่วยเป็น Level 1 ประเมินให้ผู้ป่วยเข้าระบบช่องทางด่วน (Sepsis Fast Track)	Level 1 (สีแดง) เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยอาการ ไข้สูง ปัสสาวะไม่ออก 4 ชม. ก่อนมา รพ. แรก รับมีความดันโลหิตต่ำ 67/41 mmHg. MAP=49 mmHg.คัดแยกผู้ป่วยเป็น Level 1 ประเมินให้ผู้ป่วยเข้าระบบช่องทางด่วน (Sepsis Fast Track)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลผู้ป่วย : กรณีศึกษา 2 ราย		
ข้อมูลผู้ป่วย	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2
HN / AN	HN : 62696 / AN : 953	HN : 287373 / AN : 684
อาการแรกเริ่มที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 Pupil 2 mmRTLBoth eyes. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที. อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 57/45 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 47 มิลลิเมตรปรอท. DTX=592 mg% Oxygen saturation 92% Room air	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 Pupil 2 mmRTLBoth eyes. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 67/41 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 49 มิลลิเมตรปรอท. DTX= 112 mg%, Oxygen saturation 90% Room air
ซักประวัติและบันทึกในแบบฟอร์ม Early Warning Sign for Sepsis (EWS) ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้ MEW Score	ประเมิน MEW score อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. = 2 Oxygen saturation 92% = 2 อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที= 3 ความดันโลหิตค่าบน 57 มิลลิเมตรปรอท = 3 อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส. = 0 Neuro sign = Alert = 0 คะแนน Total score 10 คะแนน	ประเมิน MEW score อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที. = 2 Oxygen saturation 90% = 3 อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที= 0 ความดันโลหิตค่าบน 57 มิลลิเมตรปรอท = 3 อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส. = 2 Neuro sign = Alert = 0 คะแนน Total score 10 คะแนน
การรักษาของแพทย์ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	- EKG 12 lead - Monitor EKG - 0.9%NSS 1000 ml IV load 1 L - Lab CBC,BUN,Cr,Electrolyte, LFT,Ca,Mg,PO, VBG,Serum ketone, H/C*II,UA - P.CXR - Fortum 2 gm. IV stat - Load NSS 500 ml <total 1.5> - then NSS rate 60 ml/hr - JVP =3 , U/S IVC Collapse > 50% - Retain foley's Cath - RI 12 U sc. stat - Amiodarone 150 mg.+5%DW 100 ml IV drip in 30 min - then Amiodarone 900 mg.+5%DW 500 ml IV in 24 hr - Levophed 4 : 250 iv rate 5 ml/hr - On O2 canular 3 LPM keep O2 sat >95%	- EKG 12 lead - 0.9%NSS 1000 ml IV load 1 L - Lab CBC,BUN,Cr,Electrolyte,LFT,Ca,Mg,PO, PT,PTT,INR,H/C*II,UA,UC - Film AAS, TL-spine, LS-spine - Ceftriaxone 2 gm. IV stat - Load NSS 500 ml <total 1.5> - then NSS rate 60 ml/hr - JVP 2.5, U/S IVC Collapse > 50% - Retain foley's Cath - Levophed 4:250 iv rate 10 ml/hr - On HFNC T=34 C , Flow 40 , FiO2 0.4

บทวิเคราะห์

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อมูลทั่วไปที่เหมือนกัน ได้แก่ เพศ วัย และโรคประจำตัว เป็นเพศชาย วัยสูงอายุ มีโรคประจำตัว DM/HT เหมือนกัน มีความแตกต่าง ผู้ป่วยรายที่ 1 มีโรคประจำตัว DLP/AF ร่วมด้วยและขาดยาที่ไม่มาตรวจตามนัด 1 ปี ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 รับประทานยาต่อเนื่อง มาตรวจตามนัดตลอด และพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ตี๋มสุราเป็นบางครั้งตามโอกาสงานหรือเทศกาลสำคัญเหมือนกันต่างกันที่ผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สูบบุหรี่ ผู้ป่วยรายที่ 2 สูบบุหรี่ วันละ 2-3 มวน ต่อวัน นาน 30 ปี และ ผู้ป่วยรายที่ 1

มารพ.โดยญาตินำส่งเอง ส่วนรายที่ 2 มาโดยระบบ EMS ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่แตกต่างกัน แต่มีความดันโลหิตต่ำเหมือนกัน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลได้รับการคัดแยกโดยพยาบาลวิชาชีพโดยใช้เกณฑ์ MOPH ED. Triage Level 1 ผู้ป่วยได้เข้ารับบริการระบบช่องทางด่วน Activate Sepsis Fast Track ได้รับการดูแลตามหลัก Primary survey and initial management และได้รับการรักษาพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด Sepsis protocol Kantharalak Hospital Doctor's Order sheet ได้รับการ Admit ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อให้สารน้ำและยา Antibiotic อย่างต่อเนื่องและปลอดภัย ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) : กรณีศึกษา 2 ราย

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) : กรณีศึกษา 2 ราย			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อ	เพศชาย อายุ 79 ปี มีโรคประจำตัว DM/HT/DLP/ AF ขาดยาและขาดนัด ต้มสุราเป็นบางครั้งตามโอกาสสำคัญ	เพศชาย อายุ 64 ปี มีโรคประจำตัว DM/HT ไม่ขาดยา ต้มสุราบางครั้งตามโอกาสสำคัญ ใช้น้ำดื่มยาหม้อ บางครั้ง สูบบุหรี่ วันละ 2-3 มวน ต่อวัน นาน 30 ปี	จากการศึกษากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชายวัยสูงอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และมีประวัติต้มสุรา สูบบุหรี่และใช้น้ำดื่มยาหม้อ
พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง	พยาธิสภาพในเคสนี้เป็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด Septic shock มีความดันโลหิตต่ำ อาการ และอาการแสดง เหนื่อย วิงเวียนศีรษะ อาเจียน 2 ครั้ง ความดันโลหิตต่ำ 57/45 mmHg. MAP=47 mmHg.	พยาธิสภาพในเคสนี้เป็นภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด Septic shock มีความดันโลหิตต่ำ อาการและอาการแสดง ไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออกมีความดันโลหิตต่ำ 67/41 mmHg. MAP=49 mmHg.	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างคือ รายที่ 1 มาด้วยอาการเหนื่อย เวียนศีรษะบ้านหมุน อาเจียน 2 ครั้ง ส่วนรายที่ 2 มีอาการไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออก แต่มีความรุนแรงที่คล้ายกันคือมีภาวะช็อค (Septic shock)
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ	วันที่ 15 มกราคม 68 CBC WBC 12,000 cell/mm ³ Neutrophils 65% Lymphocytes 24% Platelet count 205,000 cell/mm ³ Electrolyte Sodium 126 mmol/L Potassium 4.1 mmol/L Chloride 98 mmol/L Carbon dioxide 19 mmol/L BUN 29 mg/dl Creatinine 1.74 mg/dl Serum Ketone : negative UA WBC 0-1 RBC 0-1 Urine sugar 4+ Venous blood gas pH 7.43 HCO ₃ 21 mmol/L	วันที่ 10 มกราคม 68 CBC WBC 18,200 cell/mm ³ Neutrophils 74% Lymphocytes 20% Platelet count 387,000 cell/mm ³ Electrolyte Sodium 137 mmol/L Potassium 2.5 mmol/L Chloride 99 mmol/L Carbon dioxide 26 mmol/L BUN 105 mg/dl Creatinine 6.93 mg/dl UA WBC 0-1 RBC 0-1 Urine sugar normal Urine culture Candida albicans,10 ³ CFU/mL Venous blood gas pH 7.44 HCO ₃ 28.2 mmol/L	จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของทั้ง 2 รายพบว่าผลการตรวจเลือด CBC WBC > 12,000 cell/mm ³ ทั้ง 2 ราย การตรวจปัสสาวะ normal ทั้ง 2 ราย แต่รายที่ 1 urine sugar 4+ เนื่องจากผู้ป่วยขาดยาเบาหวานและได้ตรวจ Serum ketone ในรายที่ 1 negative และ electrolyte Potassium 4.1 mmol/L, Carbon dioxide 19 mmol/L ยังไม่นึกถึง DKA เคสที่ 2 ได้ส่ง Urine culture : Candida albicans,10 ³ CFU/m ได้ Antibiotic ตาม Antibiogram และผล Lactate > 2 ทั้ง 2 ราย ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะ Septic shock

ตารางที่ 2 การศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) : กรณีศึกษา 2 ราย			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	pCO ₂ 33.3 mmHg Lactate 4.63 mmol/L Hemoculture ขวด 1 : No growth day 5 Hemoculture ขวด 2 : No growth day 5	pCO ₂ 22.0 mmHg Lactate 2.79 mmol/L Hemoculture ขวด 1 : No growth day 5 Hemoculture ขวด 2 : No growth day 5	
การรักษาภาวะ Septic shock	- EKG 12 lead - Monitor EKG - 0.9%NSS 1000 ml IV load 1 L - Lab CBC,BUN,Cr,Electrolyte, LFT,Ca,Mg,PO, VBG,Serum ketone, H/C*II,UA - P.CXR - Fortum 2 gm. IV stat - Load NSS 500 ml <total 1.5> - then NSS rate 60 ml/hr - JVP =3 , U/S IVC Collapse > 50% - Retain foley's Cath - RI 12 U sc. stat - Amiodarone 150 mg.+5%DW 100 ml IV drip in 30 min - then Amiodarone 900 mg.+5%DW 500 ml IV in 24 hr - Levophed 4 : 250 iv rate 5 ml/hr	- EKG 12 lead - 0.9%NSS 1000 ml IV load 1 L - Lab CBC,BUN,Cr,Electrolyte,LFT,Ca,Mg, PO, PT,PTT,INR,H/C*II,UA,UC - Film AAS, TL-spine, LS-spine - Ceftriaxone 2 gm. IV stat - Load NSS 500 ml <total 1.5> - then NSS rate 60 ml/hr - JVP 2.5, U/S IVC Collapse > 50% - Retain foley's Cath - Levophed 4:250 iv rate 10 ml/hr - E.KCL 30 ml oral q 3 hr x 3 dose	กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการรักษาด้วยการ Load 0.9%NSS 1,000 ml รวมเคสละ 1,500 ml ประเมิน US IVC Collapse >50% then 0.9%NSS rate 60 ml/hr ทั้ง 2 ราย และได้ให้ยากระตุ้นความดันคือ Levophed (4:250) iv drip รายที่ 1 rate 5 ml/hr รายที่ 2 rate 10 ml/hr ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการ Retained foley's catheter ประเมินสารน้ำทั้ง 2 ราย และได้ Oxygen canular 3 LPM ในรายที่ 1 ส่วนรายที่ 2 หายใจเร็ว เหนื่อย หอบ 28 ครั้ง/นาที ได้รับ ออกซิเจนชนิด HFNC อาการเหนื่อยหอบ ลดลง รายที่ 1 มีภาวะ Simple hyperglycemia และ AF ร่วมด้วยจึงได้ยา RI 12 U sc.stat และAmiodarone 150 mg.+5%DW 100 ml IV drip in 30 min then Amiodarone 900 mg. + 5%DW 500 ml IV in 24 hr หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนแอดมิทเข้าตึกผู้ป่วยใน

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
1. มีภาวะช็อก เนื่องจากการติดเชื้อในร่างกาย			
ข้อมูล สนับสนุน	S : ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อย เวียนศีรษะ O : สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้น ของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 57/45 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP)47 มิลลิเมตรปรอท CBC WBC=12,000 cell/mm ³ Lactate 4.63 mmol/L	S : ผู้ป่วยบอกไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออก O : . สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส.อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 67/41 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และทั้ง 2 รายได้รับสารน้ำ Load 0.9%NSS 1,000 ml รวม total เคสละ 1,500 ml ประเมิน US IVC Collapse > 50% then

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
วัตถุประสงค์ กิจกรรมการ พยาบาล	MEW score 10 คะแนน - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะช็อค 1.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรกที่ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 แล้วยืดเวลาทุกๆ 4 ชั่วโมง บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย (I/O) 2.ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,500 ml IV Load (เปิด IVF 2 เส้นด้วยเข็มเบอร์ 18 ทั้ง 2 ข้าง load 0.9%NSS ขวดละ 750 ml) ขวดต่อไป 0.9%NSS 1,000 ml IV 60 ml/hr. 3.ดูแลการให้ยา Fortum 2 gm. ผสมใน 0.9% NSS 100 ml IV drip stat. ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา 4.ดูแลให้ยา Levophed 4 mg.+ 5%DW 250 ml IV rate 5 ml/hr keep MAP >65 mmHg. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ใส่เครื่อง Infusion Pump และติดป้าย High Alert Drug. 5.ดูแลให้การเจาะเลือด CBC,BUN,cr,electrolyte,LFT,Hemoculture 2 specimen , Venous blood gas , Serum ketone ส่ง Lab Sepsis (ปัสสาวะ COAD FAST TRACK) ตามแผนการรักษา 6.จัดผู้ป่วยนอนราบ ดูแลให้ Oxygen Canular 3 Liter per minute. 7.ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ตามหลักปราศจากเชื้อ เพื่อประเมินสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย 8.ดูแลความสุขสบายทั่วไป ช่วยเหลือกิจกรรมบนเตียง เช่น เช็ดตัวลดไข้ 9.ลดการแพร่กระจายเชื้อด้วยการล้างมือตามหลัก 5 moment. 10.ติดตามและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด ผลการเพาะเชื้อในเลือดเมื่อพบว่ามีผลบวกติ รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป	Pressure (MAP)49 มิลลิเมตรปรอท. CBC WBC =18,200 cell/mm³ Lactate 2.76 mmol/L MEW score 10 คะแนน - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค 1.) ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรกที่ให้สารน้ำทุกๆ 30 นาทีในช่วงที่ 2 แล้วยืดเวลาทุกๆ 4 ชั่วโมง บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกาย (I/O) 2.ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,500 ml IV Load (เปิด IVF 2 เส้นด้วยเข็มเบอร์ 18 ทั้ง 2 ข้าง load 0.9%NSS ขวดละ 750 ml) ขวดต่อไป 0.9%NSS 1,000 ml IV 60 ml/hr. 3.ดูแลการให้ยา Ceftriaxone 2 gm. ผสมใน 0.9% NSS 100 ml IV drip stat. ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา 4.ดูแลให้ยา Levophed 4 mg.+ 5%DW 250 ml IV rate 10 ml/hr keep MAP >65 mmHg. ตามแผนการรักษาของแพทย์ ใส่เครื่อง Infusion Pump และติดป้าย High Alert Drug. 5.ดูแลให้การเจาะเลือด CBC,BUN,cr,electrolyte,LFT,Hemoculture 2 specimen , Venous blood gas , Serum ketone ส่ง Lab Sepsis (ปัสสาวะ COAD FAST TRACK) ตามแผนการรักษา 6.จัดผู้ป่วยนอนราบ ดูแลให้ Oxygen Canular 3 Liter per minute. 7.ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ตามหลักปราศจากเชื้อ เพื่อประเมินสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย 8.ดูแลความสุขสบายทั่วไป ช่วยเหลือกิจกรรมบนเตียง เช่น เช็ดตัวลดไข้	0.9%NSS rate 60 ml/hr ทั้ง 2 ราย และได้ให้ยา Inotropic drug คือ Levophed (4:250) iv drip รายที่ 1 rate 5 ml/hr รายที่ 2 rate 10 ml/hr ก่อน admit วัดสัญญาณชีพ รายที่ 1 อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 94/62 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 72 มิลลิเมตรปรอท Fluid intake 1,700 ml / output 600 ml. และรายที่ 2 อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 106/69 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 81 มิลลิเมตรปรอท. Oxygen saturation 100% , Fluid intake 1,600 ml , output 750 ml.รู้สึกตัวดี สีหน้าสด ชี้นิ้วทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยหอบลดลง สีหน้าสด ชี้นิ้ว Glasgow coma scale E4V5M6 Pupil 2 mmRTL Both eye. สัญญาณชีพก่อนย้ายเข้าตึก อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส.

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
	11.ดูแลห่มผ้าให้ความอบอุ่น	9.ลดการแพร่กระจายเชื้อด้วยการล้างมือตามหลัก 5 moment. 10.ติดตามและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจนับเม็ดเลือด ผลการเพาะเชื้อในเลือดเมื่อพบว่าผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป	อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 94/62 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 72 มิลลิเมตรปรอท , Oxygen saturation 99-100%
2.มีโอกาสดีกภาวะระบบหายใจล้มเหลวเนื่องจากพร่องออกซิเจน			
ข้อมูล สนับสนุน	S : ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อย เวียนศีรษะ O : สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 57/45 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 47 มิลลิเมตร Oxygen saturation 92%RA Capillary filling time 3 วินาที -EKG atrial fibrillation rate 130 bpm	S : ผู้ป่วยบอกใช้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออก O : . สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส.อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 67/41 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP)49 มิลลิเมตรปรอท. Oxygen saturation 90%RA Capillary filling time 3 วินาที	ผู้ป่วยรายที่ 2 เหนื่อย หอบลดลง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 106/69 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 81 มิลลิเมตรปรอท. Oxygen saturation 100% MEW score 2 คะแนน
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากระบบหายใจล้มเหลว	- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากระบบหายใจล้มเหลว	
กิจกรรมการพยาบาล	1.ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงโดยเฉพาะลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัว และ O2sat ทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง 2.ดูแลให้ Oxygen Canular 3 LPM 4. ดูแลให้ยา Amiodarone 150 mg.+5%DW 100 ml IV drip in 30 min then Amiodarone 900 mg.+5%DW 500 ml IV in 24 hr. ตามแผนการรักษา 4.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน ยกปลายเท้าสูงเล็กน้อย(supine position) เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด โดยปราศจากการรบกวนกระบังลมที่หย่อนลงมาขณะหายใจเข้า ซึ่งเป็นผลดีที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น 5.สังเกตอาการขาดออกซิเจน คือ ปลายมือ ปลายเท้าเขียว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็นประเมินอาการ เปลี่ยนแปลง โดยการ	1.ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงโดยเฉพาะลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัว และ O2sat ทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง 2.ดูแลให้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง High Flow Nasal Canular : HFNC ตั้งค่า T=34 Flow 40 , FiO2 0.4 3.จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอนยกปลายเท้าสูงเล็กน้อย(supine position) เพื่อ ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือด โดยปราศจากการรบกวนกระบังลมที่หย่อนลงมาขณะหายใจเข้าและช่วยคลรีเฟล็กซ์ของ aorticและcarotid sinus baroreceptors ซึ่งเป็นผลดีที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น 4.สังเกตอาการขาดออกซิเจน คือ ปลายมือปลายเท้าเขียว กระสับ กระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็นประเมินอาการ	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
	วัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง หากพบอาการเปลี่ยนแปลงรายงานให้ แพทย์ทราบเพื่อให้การรักษาต่อไป 6.ดูแล Monitor EKG และ Monitor Oxygen saturation ติดตามบันทึกผล	เปลี่ยนแปลง โดยการวัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง หากพบอาการเปลี่ยนแปลงรายงานให้ แพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาต่อไป 5.ดูแล Monitor EKG และ Monitor Oxygen saturation ติดตามบันทึกผล	
3. ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด			
ข้อมูล สนับสนุน	S : ผู้ป่วยบอกเหนื่อย O : สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส.อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 57/45 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 47 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 92%RA Capillary filling time 3 วินาที EWS for sepsis MEW score 10 คะแนน WBC=12,000 cel/cu.mm Lactate 4.63 mmol/l	S : ผู้ป่วยบอกไข้สูง ทนาวสัน ปัสสาวะไม่ออก O : . สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส.อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 67/41 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 49 มิลลิเมตรปรอท. Oxygen saturation 92%RA Capillary filling time 3 วินาที EWS for sepsis MEW score 10 คะแนน WBC=18,200 cel/cu.mm Lactate 2.76 mmol/l	ผู้ป่วยรายที่ 1 เหนื่อย ลดลง ไม่มีไข้ อุณหภูมิ อยู่ในเกณฑ์ปกติ สีหน้า สดชื่นขึ้น Glasgow coma scale E4V5M6 Pupil 2 mmRTL Both eye. สัญญาณชีพก่อนย้ายเข้าตึก วัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 94/62 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 72 มิลลิเมตรปรอท , Oxygen saturation 99-100% Hemoculture ขวด 1 : No growth day 5 Hemoculture ขวด 2 : No growth day 5 หลังได้ Fortum 2 gm. IV. stat then ทุก 8 ชั่วโมง Repeat CBC, WBC day 5 (20/1/68) 8,700 cel/mm³, neutrophil 59% ผู้ป่วยรายที่ 2 เหนื่อย หอบลดลง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 106/69 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 81 มิลลิเมตรปรอท.
วัตถุประสงค์	-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	
กิจกรรมการพยาบาล	- ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจและส่งเลือดตรวจด้วยวิธีเพาะเชื้อ - ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก และ ทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 หากคงให้ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง - ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข - ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและเทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ - ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย รักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดร่างกาย	- ซักประวัติค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อ เก็บปัสสาวะและเสมหะส่งตรวจและส่งเลือดตรวจด้วยวิธีเพาะเชื้อ - ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก และ ทุก 30 นาทีในช่วงที่ 2 หากคงให้ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง - ดูแลผู้ป่วยให้มีความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ โดยมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไข - ลดปัจจัยที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นใช้เทคนิคในการพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและเทคนิคปลอดเชื้อต่างๆ	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
	6. ติดตามผล WBC และค่า neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. IV. stat then ทุก 8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38 °C และให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา	5. ส่งเสริมความสบายของผู้ป่วย รักษาความสะอาดของปากและฟัน การทำความสะอาดร่างกาย 6. ติดตามผล WBC และค่า neutrophil เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. IV. OD with statตามแผนการรักษาของแพทย์ 8. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38 °Cและให้ได้รับยาลดไข้ตามแผนการรักษา	Oxygen saturation 100% MEW score 2 คะแนน Hemoculture ขวด 1 : No growth day 5 Hemoculture ขวด 2 : No growth day 5 หลังได้ Ceftriaxone 2 gm. IV OD repeat CBC, WBC day 5 (15/1/68) 7,500 cell/mm³ , Neutrophil 61%
4.ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด			
ข้อมูล สนับสนุน	S : ผู้ป่วยบอกว่า เหนื่อย เวียนศีรษะ อาเจียน 2 ครั้ง O : ผลการตรวจ blood Electrolyte เมื่อแรกได้รับ Sodium (Na) 126 mmol/L	S : - O : ผลการตรวจ blood Electrolyte เมื่อแรกได้รับ Potassium 2.5 mmol/L	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เหนื่อย อ่อนเพลียลดลง สิ้นสุดขึ้น
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด	เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในเลือด	ขึ้น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยรายที่ 1 (16/1/2568) Repeat Electrolyte Sodium (Na) =141 mmol/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ Fluid intake 1,200 ml – output 750 ml สัญญาณชีพ (16/1/68 เวลา 14.00 น.) อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 101/75 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 83.67 มิลลิเมตรปรอท , Oxygen saturation 100%
กิจกรรมการพยาบาล	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง สับสน การตอบสนองของ Reflex ลดลง 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ อย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml. IV. 60 ml/hr. 3. Monitor EKG ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 5. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาและสารน้ำครบตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ประเมิน อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา คลื่นไส้ อาเจียน 7. ประเมินความสมดุลของ Fluid intake – output ทุก 8 ชั่วโมง	1.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น ง่วง ซึม สับสน หายใจตื้น อ่อนล้ากล้ามเนื้ออ่อนแอแรงขาเป็นตะคริว การตอบสนองต่อ Reflex ลดลง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องผูก 2. ดูแลให้รับประทานยา Elixer. Potassium chloride 30 ml oral q 3 hr x 3 dose ตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml. IV. 60 ml/hr. 4. Monitor EKG ประเมินความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 5. ติดตามผล Electrolyte หลังได้ยาและสารน้ำครบตามแผนการรักษาของแพทย์	ผู้ป่วยรายที่ 2 (11/1/2568) Repeat Electrolyte Potassium 4.1 mmol/L ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีเกร็ง กระตุก Fluid intake 950 ml – output 720 ml สัญญาณชีพ (11/1/68 เวลา 14.00 น.) อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 125/69 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
			(MAP) 87.67 มิลลิเมตรปรอท , Oxygen saturation 99%
5.มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากขาดความรู้และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน			
ข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล	S : ผู้ป่วยบอกรู้มีอาการ เหนื่อย เวียนศีรษะ อาเจียน 2 ครั้ง O : - สีหน้าเหนื่อย อ่อนเพลีย -DTX=592 mg% -Urine sugar 4+ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 1. แนะนำเกี่ยวกับอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ใน สัดส่วนที่พอเหมาะ รับประทานอาหารเป็นเวลา และงดดื่ม น้ำหวาน ดื่มน้ำเปล่า 2.ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,500 ml IV Load (เปิด IVF 2 เส้นด้วยเข็มเบอร์ 18 ทั้ง 2 ข้าง load 0.9%NSS ขวดละ 750 ml) ขวดต่อไป 0.9%NSS 1,000 ml IV 60 ml/hr ตามแผนการรักษา 3.ให้ยา Regular insulin 12 U sc. ตามแผนการรักษา 4. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกาย โดยการ กระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยก และกาง แขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้น ให้เดินออกกำลังกาย วันละประมาณ 30-50 นาที สัปดาห์ละ 3-5วัน และในแต่ ละวัน อาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้ง 5. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และรายงานแพทย์ เมื่อค่าสูงหรือต่ำผิดปกติ 6. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม อ่อนเพลีย ผิวแห้ง กระหายน้ำ อาเจียน ปวดท้อง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ซิพจรเต้นเร็ว ถ้ามีอาการดังกล่าวควรแจ้งแพทย์พยาบาลทันที	รายที่ 2 ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ	ผู้ป่วยรายที่ 1. เหนื่อย อ่อนเพลียลดลง สีหน้าดูสดชื่นขึ้น Repeat DTX ก่อนแอดมิดเข้าตึกผู้ป่วยในได้ 409 mg% ประเมินซ้ำที่ตึกอายุรกรรมชาย (16/1/2568) DTX ac+hs. ได้ 208 , 154 , 139 และ 161 mg% ตามลำดับได้ยา RI Scale ตามผลการรักษา ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรืออาการน้ำตาลในเลือดสูง สัญญาณชีพ (16/1/68 เวลา 14.00 น.) อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 101/75 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 83.67 มิลลิเมตรปรอท , Oxygen saturation 100% ส่วนผู้ป่วยรายที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรืออาการน้ำตาลในเลือดสูง
6.ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้			
ข้อมูลสนับสนุน	S : ผู้ป่วยบอกเหนื่อย O : สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 57/45 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 47 มิลลิเมตร	S : ผู้ป่วยบอกไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออก O : . สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 67/41	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย สุขสบายมากขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น ไข้ลดลง ผู้ป่วยรายที่ 1 เหนื่อยลดลง ไม่มีไข้ อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ สีหน้าสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพ

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษา รายที่ 1	กรณีศึกษา รายที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
วัตถุประสงค์ กิจกรรมการพยาบาล	Oxygen saturation 92%RA EWS for sepsis MEW score 7 คะแนน WBC=12,000 cell/cu.mm Lactate 4.63 mmol/l เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายอุณหภูมิร่างกายลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวล เพราะน้ำจะช่วยพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนังทำให้อุณหภูมิลดลงและทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น 2.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 3.ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆเพราะเป็นการทดแทนการขาดน้ำและเป็นการลดความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ 4.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Fortum 2 gm. ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 5.ดูแลให้รับประทานยาลดไข้ Paracetamol 500 mg. 1 tab เวลา มีไข้ ตามแผนการรักษา 6.ดูแลให้ความอบอุ่นห่มผ้าให้ผู้ป่วย 7.เฝ้าระวังติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ 8.เฝ้าระวังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ WBC Neutrophil , Lymphocyte	มีลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 49 มิลลิเมตรปรอท. Oxygen saturation 92%RA EWS for sepsis MEW score 10 คะแนน WBC=18,200 cell/cu.mm Lactate 2.76 mmol/l เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายอุณหภูมิร่างกายลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาอย่างนุ่มนวลเพราะน้ำจะช่วยพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนังทำให้อุณหภูมิลดลงและทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้น 2.ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพราะเป็นการลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์ ลดการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการลดการผลิตความร้อน ทำให้อุณหภูมิร่างกายลดลง 3.ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆเพราะเป็นการทดแทนการขาดน้ำและเป็นการลดความร้อนของร่างกายโดยการขับออกทางเหงื่อและปัสสาวะ 4.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm. ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา 5.ดูแลให้รับประทานยาลดไข้ Paracetamol 500 mg. 1 tab stat ตามแผนการรักษา 6.เฝ้าระวังติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม. เพื่อประเมินความรุนแรงของการติดเชื้อ 7.เฝ้าระวังผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ WBC Neutrophil, Lymphocyte	ก่อนย้ายเข้า อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 94/62 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 72 มิลลิเมตรปรอท , Oxygen saturation 99-100% วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 106/69 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 81 มิลลิเมตรปรอท. Oxygen saturation 100%
7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเรื่องโรคและการเจ็บป่วยเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ			
ข้อมูล สนับสนุน	S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยเป็นศูนย์รวมด้านจิตใจของลูกหลาน และญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์อยู่บ่อยครั้ง O : ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส	S : ญาติสอบถามอาการของผู้ป่วยและแนวทางการรักษาของแพทย์อยู่บ่อยครั้ง จากการซักถามของญาติเกี่ยวกับอาการรักษาของโรค O : ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้มแย้มแจ่มใส	ผู้ป่วยและญาติทั้ง 2 ราย สีหน้าคลายวิตกกังวลลดลง ยิ้มแย้มมากขึ้น สอบถามอาการของผู้ป่วยน้อยลง เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลาเยี่ยมที่รพ.กำหนด
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย	เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษาผู้ป่วย	

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
กิจกรรมการพยาบาล	1.อธิบายเรื่องโรคการดำเนินของโรคสาเหตุการเกิดและแนวทางในการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ สั้นๆในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยและญาติยังไม่เข้าใจ 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยพร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน 3.ประเมินความเข้าใจหลังการอธิบายโดยการสุ่มถามจากผู้ป่วยและญาติ 4.ให้กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยระลึกถึงความรักของภรรยาและบุตรตลอดจนญาติคนอื่นๆที่มีให้กับผู้ป่วย 5.แนะนำให้ผู้ป่วยระลึกถึงคุณค่าของตนเองในด้านสติปัญญาและความคิดในการทำกิจกรรม 6.ลดความวิตกกังวลต่างๆดูแลและส่งเสริมให้คนในครอบครัวมีส่วนร่วมและส่งเสริมการดูแลตนเอง	1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ ด้วยท่าที่เป็นมิตร อ่อนโยน เห็นอกเห็นใจและให้ความเป็นกันเอง 2. ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การรักษา และร่วมในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจะทำให้ ผู้ป่วยยอมรับและเกิดคุณค่าเป็นที่ต้องการของญาติและ ครอบครัว 3. อธิบายให้ญาติทราบถึงอาการ การดำเนินของ โรค แผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย อย่างเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วย 4. เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามปัญหาอาการ เจ็บป่วยของผู้ป่วย พร้อมทั้งอธิบายให้ฟังอย่างชัดเจน เข้าใจง่ายด้วยวาจาที่นุ่มนวลและท่าทีที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและศรัทธา 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก วิตกกังวล เพื่อเป็นการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติตามความเป็นจริง 6. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ โดยคอยดูแลอย่าง ใกล้ชิด เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจและซักถามสิ่งที่ สงสัย	
8.เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงและดิ้นอุป กรณ์ทางการ แพทย์			
ข้อมูลสนับสนุนวัตถุประสงค์กิจกรรมการพยาบาล	○ : สูงอายุและระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยเกิดพลัดตกเตียงและดิ้นอุปกรณ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกันเตียง ให้อยู่ใน สภาพปลอดภัย 3. ยกร่างกันเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งภายหลังให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย 4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกับ ญาติและขอ อนุญาตใส่ถุงมือกันดิง	○ : สูงอายุและระดับความรู้สึกตัวลดลง เพื่อไม่ให้เกิดผู้ป่วยเกิดพลัดตกเตียงและดิ้นอุปกรณ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ 1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยและดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 2. ตรวจสอบสภาพเตียง เหล็กกันเตียงให้อยู่ใน สภาพปลอดภัย 3. ยกร่างกันเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งภายหลังให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย 4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผน การพยาบาลร่วมกับญาติ และขออนุญาตใส่ถุงมือกันดิง	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่มีการพลัดตกเตียง มีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่มีการดิ้นอุปกรณ์การแพทย์ เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามเวลาเยี่ยมที่กำหนด

ตารางที่ 3 กิจกรรมการพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์			
ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การประเมินผลลัพธ์
	5. ให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกัน กาตก เติง การใช้เหล็กกันเติง การใช้กรัง	5. ให้ข้อมูลญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการ ป้องกันกาตกเติง การใช้เหล็กกัน เติง การใช้กรัง	

แผนการจำหน่าย

ประเมินปัญหาเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่ายตามหลัก DMETHOD เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการกลับไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดย **D : Disease**: สอนความรู้เรื่องโรคโดยใช้กระบวนการการทำ Nursing Round ร่วมกันระหว่าง แพทย์ พยาบาลญาติ ผู้ดูแล ผู้ป่วย โดยร่วมวางแผนการดูแลการปฏิบัติตัวที่ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับโรค **M : Medication** ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์ของยาแนะนำไม่ให้ซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการเจ็บป่วย **E : Environment/ Economic/ Equipment** ดูแลสภาพแวดล้อม เช่น ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดการดูแลเครื่องใช้ประจำตัวให้สะอาดอยู่เสมอและระวังการลัดตกหกล้ม **T : Treatment** ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนท่านอนเพื่อป้องกันแผลกดทับ ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ต้อง **H : Health care** การดูแลสุขอนามัย การดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอการฝึกปฏิบัติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ มีไข้ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อย หอบ **O : Outpatient** การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการ **Diet** : แนะนำรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายอาหารรสเค็ม หวาน และสร้างเสริมสุขภาพตามภาวะทุพโภชนา

สรุปกรณีศึกษา

สรุปกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 79 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 1 วันก่อนมา รพ. เหนื่อย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ไม่มีอาเจียน ไม่มีอ่อนแรง ยังไม่รักษาที่ไหน 3 ชม. ก่อนมา รพ. เวียนศีรษะมากขึ้น บ้านหมุน อาเจียน 2 ครั้ง ไม่ปวดท้อง ไม่มีถ่ายเหลว ไม่มีแน่นหน้าอก จึงมา รพ. แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 Pupil 2 mmRTL Both eyes. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 35.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 57/45 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 47 มิลลิเมตรปรอท. DTX=592 mg% Oxygen saturation 92% RA ประเมิน Early Warning Sign for Sepsis (EWS) ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้

ใช้ MEW Score รวม 10 คะแนน ประเมินคัดแยกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้ MOPH ED triage เป็น Level 1 (สีแดง) รายงานแพทย์ทันที แพทย์ตรวจเย็บอาการ Activated Sepsis Fast Track แพทย์วินิจฉัย Septic shock with simple hyperglycemia with AF ได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยการให้ออกซิเจนชนิด Canular 3 LPM สารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml IV load 1.5 Liter then 60 ml/hr ได้ Antibiotic Fortum 2 gm. IV stat ,U/S bed side JVP =3 , U/S IVC Collapse > 50%, Levophed 4 : 250 iv rate 5 ml/hr และ Retain foley's Catheter ได้ urine สีเหลืองเข้ม 600 ml. ได้ RI 12 U sc. stat และ Amiodarone 150 mg.+5%DW 100 ml IV drip in 30 min then Amiodarone 900 mg.+5%DW 500 ml IV in 24 hr. ก่อน admit วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 94/62 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 72 มิลลิเมตรปรอท. DTX=409 mg% Oxygen saturation 100% MEW score 5 คะแนน ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง ไม่มีอาเจียน เวียนศีรษะลดลง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ. 9 วัน

สรุปกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 5 วันก่อนมา รพ. ไข้สูงเป็นๆหายๆ ปัสสาวะสับสน ไม่ถ่ายอุจจาระ ยังไม่รักษาที่ไหน 4 ชม. ก่อนมา รพ. ไข้สูงหนาวสั่น ปัสสาวะไม่ออก จุกแน่นท้องมากขึ้น ไม่ถ่ายอุจจาระจึงมา รพ.ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale E4V5M6 Pupil 2 mmRTL Both eyes. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.9 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 67/41 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 49 มิลลิเมตรปรอท. DTX= 112 mg%, Oxygen saturation 90% ประเมิน Early Warning Sign for Sepsis (EWS) ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้ MEW Score รวม 10 คะแนน ประเมินคัดแยกที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยใช้ MOPH ED triage เป็น Level 1 (สีแดง) รายงานแพทย์ทันที แพทย์ตรวจเย็บอาการ Activated Sepsis Fast Track แพทย์วินิจฉัย Septic shock with simple hyperglycemia with AF ได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยการให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงชนิด HFNC T=34C,Flow 40, FIO2 0.4 สารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml IV load 1.5 Liter then 60 ml/hr ได้ Antibiotic Ceftriaxone 2 gm. IV

stat ,U/S bed side JVP =2.5 , U/S IVC Collapse > 50%, Levophed 4 : 250 iv rate 10 ml/hr และ Retain foley's Catheter ได้ urine สีเหลืองใส 750 ml. ได้รับประทานยา E.KCL 30 ml ก่อน admit วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.7 องศาเซลเซียส. อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที. ความดันโลหิต 106/69 มิลลิเมตรปรอท. Mean Arterial Pressure (MAP) 81 มิลลิเมตรปรอท. Oxygen saturation 100% MEW score 2 คะแนน ผู้ป่วยเหนื่อยอ่อนเพลียลดลง สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาเจียน ปวดท้องลดลง ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ รพ. 6 วัน

ข้อเสนอแนะ

1. การติดเชื้อในกระแสโลหิตที่มีภาวะช็อก เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย มีอัตราการเสียชีวิตสูงซึ่งการติดเชื้อในร่างกายมีผลกระทบต่ออวัยวะภายในร่างกายในระยะแรก ร่างกายมีกลไกการปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุล การดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมและรวดเร็วจะส่งผลให้ผู้ป่วยจะคืนสู่สภาวะปกติ หากได้รับการประเมินที่ล่าช้าและรักษาล่าช้าจะส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลวและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
2. พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินคัดกรองผู้ป่วยแรกเริ่มเพื่อนำสู่การปฏิบัติตาม CPG Sepsis fast tract และการดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้า

ระวังอาการ จำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ พยาธิสรีรวิทยาของภาวะช็อก การประเมินสภาพผู้ป่วย การรายงานแพทย์เมื่ออาการผิดปกติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกเป็นเวลานาน และลดระยะเวลาในการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล

3. กำหนดแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการ ดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock ที่ชัดเจน มีระบบการ ประเมินและเฝ้าระวังการปฏิบัติตามแนวทางให้ได้ มาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกันทั้งองค์กร เพื่อให้ได้ มาตรฐานในการพยาบาล และสอดคล้องนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข
4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทุกระดับให้ สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis/septic shock และผนวกเข้าโปรแกรมการ อบรมนิเทศบุคลากรใหม่และโปรแกรมการฟื้นฟู บุคลากรระหว่างประจำการ (On the Job Training: OJT)
5. ควรส่งเสริมจัดกิจกรรมทบทวนการดูแล ผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วย Septic shock เข้ารับการรักษาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มพูน ความรู้และทักษะ ของพยาบาลวิชาชีพ และกระตุ้นเตือนให้พยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในการเฝ้าระวังกระบวนการ ดูแลผู้ป่วย
6. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้บริการพยาบาลที่มี คุณภาพ ปราศจากความเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

- ทิฏฐิ ศรีวิสัย และวิมล อ่อนแสง.2560.ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์.ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 : กรกฎาคม - ธันวาคม 2560.
- แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556)
- แนวทางการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Severe sepsis/Septic shock กรณีเร่งด่วน สาขาวิชา โรคติดเชื้อและอายุรศาสตร์เขตร้อน ภาควิชาอายุรศาสตร์ วันที่ 20 กันยายน 2555.
- เพ็ญศรี อุ่นสวัสดิพงษ์,กรองกาญจน์ สังภาศ , ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และ ยงค์ รงค์รุ่งเรือง. 2554. ผลของกิจกรรมพยาบาลเป้าหมายในระยะ 6 ชั่วโมงแรกต่อความรุนแรงของอวัยวะล้มเหลว ในผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ Sepsis. วารสาร พยาบาลศาสตร์. 29(2): 102-110.
- ภาพิมล โกมล, รัชนี นามจันทรา และ วารินทร์ บินโฮเซ็น.2560.คุณภาพการจัดการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดที่หน่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี.
- วิไลวรรณ เนื่อง ณ สุวรรณ จิราพร น้อมกุลล รัตนา ทองแจ่ม, และธนชัย พนาพุฒิ. 2557. การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 32(2): 25-36.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน สพฉ.
- สมพร ศรีทันดร. 2556. การพัฒนาระบบปฏิบัติการ พยาบาลในการนำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีกลุ่มอาการติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Unpublished Master's thesis). มหาวิทยาลัย ยัยรังสิต.ปทุมธานี.

การพยาบาลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อต้านจุลชีพ หลายชนิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ๒ ราย

อำไพ กันยวิมล, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*: MDR-AB) เป็นภาวะที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงมักเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเชื่อกันว่ามีความสามารถในการดื้อยาหลายชนิด เช่น Carbapenems, Aminoglycosides และ Fluoroquinolones ร่วมกับมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ไข้สูง หายใจลำบาก อิมมูนต่ำ ออกซิเจนต่ำ เสมหะเปลี่ยนสี ซึ่งอาจมีอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่มากขึ้น และสามารถทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะไตวายเฉียบพลัน หรืออาจถึงขั้นผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด จำนวน 2 ราย เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลและการจัดการผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 2 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย การสัมภาษณ์ญาติ และการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการจำหน่าย และการดูแลเชิงเนื้อหา

สรุปกรณีศึกษา กรณีที่ 1: ชายอายุ 28 ปี มีประวัติการดื่มสุราและสูบบุหรี่ มีภาวะ Sepsis และ Scrub Typhus ร่วมกับการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (MDR) และ *Stenotrophomonas maltophilia* ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษา การรักษาประกอบด้วยการใช้ยาเฉพาะทางหลายชนิด เช่น Colistin และ Levofloxacin ผลการรักษาดีขึ้น และผู้ป่วยกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย กรณีที่ 2: ชายอายุ 12 ปี มีภาวะ Septic Arthritis ของข้อเข่าขวา และ Sepsis ตรวจพบเชื้อ MDR-AB ได้รับการรักษาใน ICU ด้วยการเจาะน้ำไขข้อ ใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 วัน รักษาด้วย Ceftriaxone และยาปรับสูตรตาม MIC ได้ผลดีและควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้

ผลการศึกษา การติดเชื้อ MDR-AB ในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจมีลักษณะแตกต่างกันตามบริบทและปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย รายแรกมีปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมส่วนบุคคลและโรคประจำตัว รายที่สองไม่มีโรคประจำตัวแต่ติดเชื้อแทรกซ้อนจากบาดแผล การรักษาที่สอดคล้องกับแนวทาง IC อย่างเข้มงวด การเฝ้าระวังและการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพมีส่วนสำคัญต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

คำสำคัญ : *Acinetobacter baumannii*, เชื้อดื้อยา, เครื่องช่วยหายใจ, การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต, Ventilator-Associated Pneumonia, Infection Control

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ Email : noolek.ampai@gmail.com

Nursing and Management of Patients Infected with Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii* Using Mechanical Ventilation: A Comparative Case Study of 2 Patients

Ampai Kanyawimon, B.N.S.¹

Abstract

Infections caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* (MDR-AB) are frequently observed in critically ill patients, particularly in intensive care units (ICUs), especially among those requiring prolonged mechanical ventilation. This pathogen exhibits resistance to multiple antibiotic classes, including carbapenems, aminoglycosides, and fluoroquinolones. Clinical manifestations include high fever, respiratory distress, decreased oxygen saturation, and purulent sputum. These infections can lead to severe complications such as ventilator-associated pneumonia (VAP), bloodstream infections, acute kidney injury, or even death. This study aimed to compare the nursing care and clinical management of two patients with MDR-AB infections who were admitted to the ICU and placed on mechanical ventilation at Kantharalak Hospital. Data collection tools included medical record review forms, caregiver interviews, and direct observations. The analysis focused on comparing risk factors, complications, pathophysiology, symptoms, treatments, nursing diagnoses, discharge planning, and the content of care provided.

Case 1 involved a 28-year-old male with a history of alcohol consumption and smoking, diagnosed with sepsis and scrub typhus, and co-infected with MDR *Acinetobacter baumannii* and *Stenotrophomonas maltophilia*. He was placed on mechanical ventilation from day one of admission. Treatment included targeted antibiotics such as colistin and levofloxacin, which led to improvement, and the patient was safely discharged. Case 2 was a 12-year-old male diagnosed with septic arthritis of the right knee and sepsis. MDR-AB was detected, and he was treated in the ICU with joint aspiration and three days of mechanical ventilation. Ceftriaxone and adjusted antibiotics based on MIC results were administered, resulting in good clinical outcomes and control of complications.

The study found that MDR-AB infections in ventilated patients vary based on patient context and underlying factors. The first case involved personal behavior and comorbidities, while the second case involved infection from an external wound in an otherwise healthy patient. Strict adherence to infection control protocols, vigilant monitoring, and interprofessional communication played critical roles in improving clinical outcomes.

Keywords: *Acinetobacter baumannii*, drug-resistant bacteria, mechanical ventilation, critical care nursing, ventilator-associated pneumonia, infection control

¹ Registered Nurse, Professional level, Kantaraluk Hospital, Sisaket Province, Email: noolek.ampai@gmail.com

บทนำ

การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*: MDR-AB) เป็นหนึ่งในปัญหาทางคลินิกที่สำคัญและท้าทายในหอผู้ป่วยหนัก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) การติดเชื้อชนิดนี้สามารถส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจอย่างรุนแรงนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อในปอดเรื้อรัง และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องอาศัยการพยาบาลที่มีความรู้ ความเข้าใจในการควบคุมการติดเชื้อ และการใช้แนวทางการรักษาที่เหมาะสม เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิต การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจาก *Acinetobacter baumannii* ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) โดยเฉพาะเชื้อที่ดื้อยาหลายชนิด ซึ่งยากต่อการรักษาและมักต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีผลข้างเคียงสูง เช่น Polymyxins หรือ Carbapenem-Resistant Regimens (Kalil et al., 2016) ดังนั้น การป้องกันการติดเชื้อและการจัดการผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล

ในระดับโลก การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาหลายชนิดได้รับการจัดลำดับให้เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ (WHO, 2020) โดยมีอัตราการตายจากการติดเชื้อในผู้ป่วยวิกฤตสูงถึง 35–70% โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Torres et al., 2017) ในประเทศไทย การติดเชื้อชนิดนี้ก็พบมากในหอผู้ป่วยหนัก และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จากข้อมูลของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ พบว่ายอดผู้ป่วยทั้งหมดในปี 2565, 2566 และ 2567 มีจำนวน 679, 735 และ 420 ราย ตามลำดับ โดยจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจคิดเป็น 438, 508 และ 322 ราย ตามลำดับ จากจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าว มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*

คือยาหลายชนิดคิดเป็นร้อยละ 2.05, 3.15 และ 3.42 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา

จากการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ พบว่า การดูแลและป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจยังมีความซับซ้อนจำกัดหลายประการ เช่น การขาดมาตรการควบคุมการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ความรู้และทักษะการพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่ยังไม่เพียงพอ รวมถึงภาระงานที่สูงในหอผู้ป่วยหนักที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาหลายชนิดจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาเรื่อง “การพยาบาลและจัดการผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย” เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลที่เหมาะสม และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในบริบทของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และสามารถนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้เป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลและการจัดการผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 2 ราย

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากาณศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับแนวทางการพยาบาลและการจัดการผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* คือยาต้านจุลชีพหลายชนิด ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 31
มีนาคม พ.ศ. 2568

พยาธิสรีรวิทยาของโรค

Acinetobacter baumannii เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชนิดไม่สร้างสปอร์ (non-spore forming), มีลักษณะเป็นคอกซีบาซิลลัส (coccobacillus) ซึ่งพบได้ในสิ่งแวดล้อมทั่วไป เช่น ดิน น้ำ และพื้นผิวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในบริเวณที่มีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ซ้ำ และในผู้ป่วยวิกฤตที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit: ICU) เชื้อชนิดนี้สามารถแพร่กระจายได้ง่ายทั้งจากมือของบุคลากรทางการแพทย์ พื้นผิวที่ปนเปื้อน รวมถึงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีการใช้งานร่วมกัน ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน *Acinetobacter baumannii* มักก่อให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator-Associated Pneumonia: VAP) โดยเชือนี้มีคุณสมบัติสำคัญคือ ความสามารถในการดื้อยาต้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug Resistance: MDR) ได้แก่ 1. กลุ่ม β -lactams โดยเฉพาะ Carbapenems 2. กลุ่ม Aminoglycosides เช่น Gentamicin, Amikacin 3. กลุ่ม Fluoroquinolones เช่น Ciprofloxacin

กลไกการดื้อยาของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ได้แก่

1. การผลิตเอนไซม์ β -lactamase ที่ยับยั้งการออกฤทธิ์ของยาปฏิชีวนะ 2. การเปลี่ยนแปลงโปรตีนช่องผ่านบนเยื่อหุ้มเซลล์ (porin) ทำให้ยาซึมเข้าสู่เซลล์ได้น้อยลง 3. การเพิ่มการทำงานของปั๊มขับยา (efflux pumps) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเป้าหมายของยาในระดับพันธุกรรม

เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย จะกระตุ้นกระบวนการอักเสบโดยการหลั่งไซโตไคน์และสารสื่อกลางการอักเสบจำนวนมาก นำไปสู่การทำลายเยื่อปอดและเส้นเลือดฝอย ทำให้เกิดภาวะบวมน้ำในถุงลม (alveolar edema), ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxemia) และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute Respiratory Failure) ในบางกรณี เชื้ออาจแพร่เข้าสู่กระแส

เลือด ก่อให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (septicemia) หรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น ภูมิคุ้มกันต่ำ การได้รับยากดภูมิ การใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง การใส่สายสวนหลอดเลือด การได้รับยาปฏิชีวนะหลายชนิด หรือเคยติดเชื้อในโรงพยาบาลมาก่อน จะมีโอกาสติดเชื้อชนิดนี้สูงขึ้นและมีความรุนแรงของโรคมักขึ้นตามลำดับ

การวินิจฉัยโรค

Acinetobacter baumannii เป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมลบชนิดไม่สร้างสปอร์ ที่สามารถพบได้ทั่วไปในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) มีความสามารถในการอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมได้นาน และมีความสามารถในการดื้อยาหลายชนิด เช่น Carbapenems, Aminoglycosides และ Fluoroquinolones ส่งผลให้การรักษายากขึ้น โดยผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้แก่ ผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน ผู้มีแผลเปิด การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน และระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

อาการสำคัญ ไข้สูง หายใจลำบาก เสมหะเปลี่ยนสีหรือมีลักษณะข้นเหนียว ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ

ความรู้สึกตัวลดลงในบางราย

การตรวจวินิจฉัย

1. เพาะเชื้อจากเสมหะ หรือจากเครื่องดูดหลอดลม
2. การเพาะเชื้อจากเลือด (ในกรณีสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด)
3. X-ray ทรวงอก แสดงภาวะปอดอักเสบเฉียบพลัน
4. การตรวจค่าเม็ดเลือดขาว (WBC), CRP, Procalcitonin เพื่อประเมินภาวะอักเสบ

การพยาบาลและการจัดการ

1. การประเมินผู้ป่วย
 - ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
 - ประเมินลักษณะเสมหะ สี กลิ่น ปริมาณ
 - ประเมินระดับความรู้สึกตัวด้วย GCS
 - ประเมินอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ช็อก ติดเชื้อในกระแสเลือด
2. การดูแลทางการพยาบาล

- ดูแลความสะอาดของทางเดินหายใจ ดูแลเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ
 - ปรับท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่ากึ่งนั่ง (Semi-Fowler's position) เพื่อลดการสะสมของเสมหะ
 - ป้องกันการติดเชื้อเพิ่มเติม โดยเน้นมาตรการ Contact Precautions
 - เปลี่ยนตำแหน่งทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ
 - ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายให้อาหารอย่างเหมาะสม
 - ติดตามผลการเพาะเชื้อและความไวต่อยาของเชื้อ (Antibiogram)
 - ประสานแพทย์เพื่อการปรับยาปฏิชีวนะให้เหมาะสม
3. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ
- ปฏิบัติตาม มาตรการการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด (Standard & Contact Precautions)
 - ใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ได้แก่ ถุงมือ เสื้อกาวน์ หน้ากาก
 - ล้างมือก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยทุกครั้ง
 - การทำความสะอาดพื้นผิวและอุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง

สรุปกรณีศึกษาครั้งที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 28 ปี อาชีพรับจ้าง ไม่มีโรคประจำตัวชัดเจน แต่มีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เรื้อรัง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ด้วยอาการไข้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย ซึมลง และมีอิมตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ ($SpO_2 = 82\%$) การประเมินเบื้องต้นพบว่า สัญญาณชีพผิดปกติ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย $39.2^{\circ}C$, อัตราการเต้นของหัวใจ 168 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที และความดันโลหิต 121/87 mmHg แสดงถึงภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory failure) ภาพรังสีทรวงอก (CXR) พบลักษณะฝ้าขาว (haziness) ที่ปอดกลีบล่างขวาและซ้าย (RLL และ LLL) สงสัยภาวะปอดอักเสบจากเชื้อหลายชนิด (Multibacterial pneumonia) การย้อมเสมหะพบเชื้อ Gram-positive cocci in chain นำไปสู่การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็น Streptococcus pneumoniae ร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis, A419) ผู้ป่วยจึงได้รับ

การใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 22 ซม. ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจโหมด CMV (Controlled Mandatory Ventilation) ตั้งค่าดังนี้: TV 500 mL, RR 20, PEEP 8, FiO_2 0.6

ในช่วงแรกผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติหลายระบบ ตรวจพบ Lactic acidosis (Lactate 6.82 mmol/L), Metabolic acidosis (HCO_3^- 19.8 mmol/L) และ Acute Kidney Injury (Creatinine 2.08 mg/dL, BUN 34 mg/dL) ภาวะเกลือแร่ผิดปกติประกอบด้วย $Na = 121.1$, $K = 2.5$, $Ca = 6.9$, $Mg = 1.2$ สะท้อนภาวะวิกฤติและการทำงานของอวัยวะที่บกพร่อง นอกจากนี้ยังพบค่า AST สูงถึง 1119 U/L และ ALT 152 U/L สอดคล้องกับภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic hepatitis) ผล CBC พบภาวะซีด ($Hb = 9.3$ g/dL), เกล็ดเลือดต่ำรุนแรง (Platelet = 10,000/ μ L) และมีลักษณะเม็ดเลือดขาวผิดปกติ (Toxic granulation, Left shift) สอดคล้องกับการตอบสนองต่อการติดเชื้อรุนแรง ค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเล็กน้อย (aPTT 38.6 sec, PT 13.5 sec, INR 1.2) ร่วมกับ D-dimer สูงถึง 3.76 μ g/mL FEU ซึ่งสะท้อนถึงภาวะการอักเสบจากการติดเชื้อและความเสี่ยงลิ่มเลือดอุดตัน หลังการรับไว้รักษาใน ICU ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพาะเชื้อเสมหะวันที่ 25 ตุลาคม 2567 พบการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii complex (MDR) และ Stenotrophomonas maltophilia ซึ่งเป็นเชื้อดื้อยาหลายขนาน (Resistant ต่อ Cefepime, Cefotaxime, Amikacin, Imipenem, Piperacillin/Tazobactam ฯลฯ) จึงเริ่มการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเฉพาะ ได้แก่ Colistin 150 mg IV q12hr Sulperazone 3 g IV q8hr Levofloxacin ต่อมาเปลี่ยนเป็น Meropenem 1 g IV q8hr ตั้งแต่ 18/11/67 ถึง 1/12/67 ร่วมกับการให้ยาฆ่าเชื้อเสริม ได้แก่ Vancomycin (18/11/67–30/11/67) และ Fluconazole สำหรับรักษาเชื้อ Candida tropicalis (21/11/67–26/11/67) นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อ Scrub typhus (IgM positive) และให้ Doxycycline 17/11/67–21/11/67 จนภาวะติดเชื้อมีแนวโน้มดีขึ้น ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนเพิ่มเติม ได้แก่ ภาวะหูอื้อข้างขวาหลัง

ถอดท่อช่วยหายใจ (off ETT วันที่ 24 พ.ย. 2567) ได้รับการประเมินพบว่า EOM ปกติ, เยื่อแก้วหูไม่บวม ไม่พบสารคัดหลั่ง สะท้อนถึงอาการข้างเคียงจากการใส่ท่อที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Sepsis with MODS จากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ตื้อยา (MDR), *Candida tropicalis* และ *Scrub typhus* การรักษาประกอบด้วยยาปฏิชีวนะเฉพาะ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการดูแลแบบประคับประคองครบทุกระบบ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้เมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2567 ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 26 พฤศจิกายน 2567 รวมระยะเวลานอนรักษา 40 วัน โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มเติม

สรุปกรณีศึกษา รายที่ 2

ผู้ป่วยเด็ก เพศชาย อายุ 12 ปี 7 เดือน น้ำหนัก 35 กิโลกรัม ถูกนำตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ด้วยอาการสำคัญคือ ปวด บวม แดง ที่เข่าขวา เดินลำบาก และมีไข้สูงต่อเนื่องประมาณ 3 วัน อาการปวดมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนไม่สามารถลงน้ำหนักขาขวาได้ จากการตรวจร่างกายเบื้องต้นพบอาการอักเสบรุนแรงที่ข้อเข่าขวา ร่วมกับขอบเขตการเคลื่อนไหวข้อจำกัด (Limited ROM) และกดเจ็บมากที่ข้อเข่า ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัวหรือการใช้สารเสพติด ไม่มีประวัติแพ้ยาใด ๆ สัญญาณชีพขณะ Admit พบว่า ไข้สูงถึง 39.0°C, ชีพจร 114 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 145/76 mmHg และ SpO₂ 99% บน Room Air การวินิจฉัยเบื้องต้นชี้ไปที่ภาวะ Septic arthritis ร่วมกับ Acute osteomyelitis ภายหลังผล Hemoculture พบเชื้อ *Staphylococcus aureus* ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกที่พบบ่อยในภาวะข้ออักเสบติดเชื้อและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ทีมแพทย์จึงวางแผนผ่าตัดเพื่อระบายหนอง โดยในวันที่ 13 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัด Arthrotomy + Lavage ที่ข้อเข่าขวา (Right Knee Arthrotomy) ภายใต้อาณัติยาและใส่ Endotracheal tube (ET) เพื่อการควบคุมทางเดินหายใจ และการระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยถูกส่งเข้าดูแลใน หอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เพื่อเฝ้าระวัง

ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อรุนแรง โดยได้รับ เครื่องช่วยหายใจ (on ventilator) ในโหมด Pressure Control (PC Mode) และให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือด เช่น Vancomycin และ Cloxacillin อย่างไรก็ตาม หลังเริ่ม Vancomycin ได้ไม่นาน ผู้ป่วยมีอาการ Red Man Syndrome (ผื่นแดงทั่วลำตัว) ซึ่งเป็นภาวะแพ้ยาอย่างหนึ่ง แพทย์จึงเปลี่ยนยาจาก Vancomycin เป็น Cefazolin ร่วมกับ Cloxacillin และให้ IV fluid NSS อย่างต่อเนื่อง ในวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจ (Off ET) ได้สำเร็จหลังอาการทางหายใจที่ และเริ่มหายใจเองได้ แต่ในวันเดียวกันพบว่าผู้ป่วยมีค่า BUN = 63.9 mg/dL และ Cr = 2.00 mg/dL แสดงถึงการเกิด ภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) ซึ่งอาจเป็นผลจากภาวะขาดน้ำร่วมกับการติดเชื้อรุนแรง ทำให้ต้องมีการติดตาม Electrolyte, UA และให้ IV fluid อย่างระมัดระวัง แม้จะมีการควบคุมการติดเชื้อในข้อเข่าแล้ว แต่อาการไข้อย่างคงสูง และในวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 แพทย์ได้วางแผนให้ผู้ป่วยเข้ารับ การผ่าตัดครั้งที่ 2 โดยมีคำสั่ง “Set OR for DB Rt. leg” ซึ่งตีความได้ว่าเป็นการ Drainage Biopsy หรือการผ่าตัดเพื่อระบายหนองเฉพาะที่ที่ขาขวา (บริเวณใต้ข้อเข่าที่สงสัยว่ามีการสะสมของหนองลึก) โดยในช่วงนี้ผู้ป่วยยังต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจซ้ำ และมีการใส่ Poly-cath สำหรับการให้ยาและของเหลว จากการเพาะเชื้อเสมหะ (Sputum C/S) ในช่วงหลังการผ่าตัดครั้งที่สองพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* (ABOM) และ *Klebsiella pneumoniae* ซึ่งเป็นเชื้อแกรมลบที่มีความตื้อต่อยาหลายชนิด โดยเฉพาะ *Acinetobacter baumannii* ที่ตอบสนองต่อ Colistin เพียงชนิดเดียว เป็นไปได้ว่าสาเหตุของการติดเชื้อ ABOM เกิดจาก การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Hospital-acquired infection) โดยเฉพาะในผู้ป่วย ICU ที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ สายสวนหลอดเลือด และการรักษาเชิงรุกอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อตื้อยา การรักษาจึงถูกปรับเป็นการให้ Meropenem ร่วมกับ Colistin เพื่อควบคุมการติดเชื้อ *A. baumannii* และให้ Clindamycin สำหรับเชื้อ *S. aureus* ร่วมกับการพ่นยา MO (Methacholine) เพื่อลดการตีบของทางเดินหายใจ และการ

ให้ PRC transfusion เมื่อ Hb ต่ำลง ในช่วงวันที่ 24 พฤศจิกายน ถึง 2 ธันวาคม พ.ศ. 2567 อาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อุณหภูมิร่างกายลดลง อัตราการหายใจคงที่ และระดับออกซิเจนในเลือด (SpO₂) ดีขึ้นถึง 99–

100% ขณะหายใจเอง (Room Air) ผู้ป่วยไม่มีไข้ RR/HR อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่า AST/ALT ลดลงจนใกล้ปกติ ค่า WBC ลดลงหลังรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย (Discharge) กลับบ้านในวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พร้อมนัดติดตามที่คลินิกผู้ป่วยนอก

การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

จากปัญหาของผู้ป่วย สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
1. เสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำหรือแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา (MDR-AB) ที่รุนแรง เนื่องจากการติดเชื้อ Acinetobacter baumannii ดื้อยา และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากภาวะวิกฤติของร่างกาย	- ติดตามผลเพาะเชื้ออย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบผลผิดปกติ เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแนวทางการรักษาหรือยาปฏิชีวนะใหม่ - จัดห้องแยกโรค (Isolation) และดูแลตามแนวทาง contact precaution อย่างเคร่งครัด - ให้เจ้าหน้าที่สวม PPE ทุกครั้งก่อนสัมผัสผู้ป่วย - ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนและหลังสัมผัส - ทำความสะอาดพื้นผิวและอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ - สังเกตสัญญาณชีพและอาการของภาวะติดเชื้อซ้ำ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ความดันต่ำ ชีพจร - ดูแลทางเดินหายใจ โดย suction เสมหะด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) และประเมินการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ (Vt, RR, FiO₂, ABG) อย่างต่อเนื่อง - ติดตามผลเลือด ได้แก่ CBC, Creatinine, LFTs, และการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ เช่น CRP, Procalcitonin - ประเมินอาการข้างเคียงจากยา Colistin และ Meropenem เช่น nephrotoxicity และ neurotoxicity	- ดูแลและประเมินการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด - วัด vital signs (อุณหภูมิ, RR, HR, BP) ทุก 4 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้นตามอาการ - สังเกตอาการไข้ หนาวสั่น ผื่น หรือการตอบสนองผิดปกติจากยา - ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ - WBC, CRP, Procalcitonin - ค่า Renal function (BUN, Cr) เพื่อเฝ้าระวัง nephrotoxicity จาก Colistin - AST/ALT เพื่อประเมินตับ - Electrolytes และ UA เพื่อติดตามภาวะ AKI - ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Infection Control) - ปฏิบัติตามแนวทาง Isolation และ Contact precaution - ล้างมือก่อน-หลังสัมผัสผู้ป่วย - เปลี่ยนสายให้น้ำเกลือ, สาย Poly-cath ตาม protocol และดูแลจุดเจาะให้สะอาด - ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ร่วมกันทุกครั้ง - ประเมินการตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic monitoring) - สังเกตอาการข้างเคียงจากยา Colistin และ Meropenem เช่น ผื่น, หายใจลำบาก, ปวดศีรษะ, คลื่นไส้ - ประเมินอาการหลังเปลี่ยนยาจาก Vancomycin เป็น Cefazolin

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
2. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจาก การติดเชื้อที่ปอดและภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน	1. ประเมิน SpO₂ และ ABG ทุก 4-6 ชั่วโมง 2. ติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ 3. จัดทำผู้ป่วยเพื่อให้ระบายเสมหะได้ดี 4. Suction เสมหะอย่างปลอดภัย 5. ประเมินความต้องการ FIO₂ และ PEEP อย่างต่อเนื่อง 6. สังเกตอาการเขียวคล้ำและสัญญาณชีพผิดปกติ	1. ประเมิน RR, SpO₂, ลักษณะการหายใจทุก 2-4 ชม. 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง: suction, พลิกตัว, สังเกตเสมหะ 3. ให้ O₂ และพ่นยา MO ตามแผนการรักษา 4. ฝ้าระวังอาการ hypoxia: cyanosis, restlessness, ใช้น้ำเกลือช่วยหายใจ 5. วางแผน Weaning เครื่องช่วยหายใจหากค่าทางหายใจดีขึ้น
3. ความไม่สมดุลของกรดน้ำและอิเล็กโทรไลต์เนื่องจาก การติดเชื้อรุนแรง ร่วมกับภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) และการสูญเสียของเหลวจากไข้สูง	1. บันทึกปริมาณ I/O ทุก 8 ชั่วโมง 2. ชั่งน้ำหนักประจำวัน 3. ฝ้าระวังสัญญาณของ electrolyte imbalance (ชัก, อ่อนแรง, หัวใจเต้นผิดปกติ) 4. ให้สารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษา 5. ส่งตรวจ BUN/Cr และ Electrolyte ซ้ำตามแผนแพทย์	
4. เสี่ยงต่อภาวะการทำงานของไตลดลงเนื่องจากภาวะติดเชื้อรุนแรง (Sepsis)	1. ประเมิน I/O อย่างใกล้ชิด 2. บันทึก BUN, Cr, Electrolyte ทุกวัน 3. ให้ IV fluid ตามแผนการรักษาโดยคำนึงถึง fluid overload 4. สังเกตภาวะบวม ชีต หรือความผิดปกติของ urine output 5. เตรียมความพร้อมสำหรับการพิจารณา Renal replacement therapy หากจำเป็น	
5. ความปวดเฉียบพลันที่ข้อเข่าขวาเนื่องจากภาวะข้ออักเสบติดเชื้อ (Septic arthritis)	1. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะ (ใช้ Pain scale) 2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนแพทย์ และประเมินผลภายหลัง 30 นาที 3. ประคบเย็น/อุ่น บริเวณที่อักเสบตามความเหมาะสม 4. จัดทำผู้ป่วยให้ลดแรงกดที่ข้อเข่า 5. เตรียมวางแผนฟื้นฟูการใช้งานข้อหลังอาการดีขึ้น	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบไหลเวียน (Risk for impaired tissue perfusion) เนื่องจาก Sepsis และ D-dimer สูง บ่งชี้ภาวะเลือดแข็งตัวในหลอดเลือด (Coagulopathy)	1. ประเมินการไหลเวียนเลือดปลายมือปลายเท้า 2. ฝักระวังอาการเลือดออกผิดปกติ (เลือดออกตามไรฟัน จุดเลือดออกใต้ผิวหนัง) 3. บันทึกค่า DTX และอุณหภูมิปลายมือปลายเท้า 4. ป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน เช่น พลิกตัว, Passive ROM 5. ให้อาและประเมินผลตามแผนแพทย์	
7. มีความวิตกกังวล (Anxiety) ที่เกี่ยวข้องกับสภาพเจ็บป่วย	1. ประเมินระดับความวิตกกังวลจากพฤติกรรม การแสดงออกทางสีหน้า และการสื่อสาร 2. สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก 3. อธิบายขั้นตอนการพยาบาลและการรักษา ให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 4. ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาเยี่ยมและให้การสนับสนุนทางจิตใจ (ตามความเหมาะสมของนโยบาย ICU) 5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ สงบ เพื่อลดสิ่งกระตุ้น 6. สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึก ๆ การฟังเพลงบำบัด (หากผู้ป่วยสนใจ) 7. ประเมินผลตอบสนองหลังการดูแล เช่น การนอนหลับดีขึ้น การพูดคุยมากขึ้น สีหน้าเบาลง 8. บันทึกพฤติกรรมและสัญญาณชีพเพื่อติดตามแนวโน้มทางอารมณ์และจิตใจ	1. ประเมินระดับความวิตกกังวลเป็นระยะ เช่น ใช้สเกลวัดความวิตกกังวล (เช่น Faces Anxiety Scale) หรือใช้การสังเกตพฤติกรรม เช่น ความร่วมมือในการทำหัตถการ สีหน้า ท่าทาง 2. สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยผ่านการสื่อสารที่เหมาะสมกับวัย 3. ใช้คำอธิบายง่าย ๆ สั้น ๆ ก่อนทำหัตถการ เช่น "จะรู้สึกเหมือนยุงกัดนะครับ" 4. ใช้การ์ตูนหรือโมเดลจำลองช่วยอธิบายเครื่องมือหรือขั้นตอนการรักษา 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก เช่น พูดคุย ถามคำถาม หรือระบายความกลัวกับพยาบาล ผู้ดูแล หรือจิตแพทย์เด็ก หากมี 6. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกิจกรรมเล็ก ๆ เช่น เลือกแขนที่จะเจาะเลือด หรือเลือกสีหน้ากอนามัย เพื่อเพิ่มการควบคุมและลดความรู้สึกกลัว 7. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองอยู่ข้างเตียงในช่วงวิกฤต (ตามนโยบาย ICU) เพื่อให้การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจแก่เด็ก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล	
	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		8. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัย และเหมาะสมกับเด็ก เช่น ลดเสียงรบกวนใน ICU จัดมุมมองให้เห็นของเล่น หรือรูปภาพผ่อนคลาย 9. ร่วมงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น นักจิตวิทยาเด็ก หรือพยาบาลด้านสุขภาพจิต เพื่อดูแลภาวะความเครียดในระยะยาว

สรุปผลการศึกษา

การติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ต້อยาต้านจุลชีพหลายชนิด (Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*: MDR-AB) เป็นปัญหาใหญ่ในผู้ป่วยวิกฤต โดยเฉพาะในหอผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน เชื้อชนิดนี้มีความสามารถในการดื้อยาหลายกลุ่ม ทำให้การรักษาซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การศึกษานี้ เปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย ที่ติดเชื้อ MDR-AB และใช้เครื่องช่วยหายใจใน ICU ของโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ เพื่อวิเคราะห์แนวทางการพยาบาล การตอบสนองต่อแนวทางควบคุมการติดเชื้อ (IC) การใช้ยาปฏิชีวนะ (ABX) และบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม

1: การเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2
ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นชายไทย อายุ 28 ปี มีพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะ Sepsis และพบเชื้อ MDR-AB ร่วมกับเชื้ออื่น ได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจตั้งแต่วันแรก การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะเฉพาะ เช่น Colistin, Meropenem และ Doxycycline ควบคู่กับการควบคุมการติดเชื้อที่เข้มงวด ผู้ป่วยปลอดภัยและจำหน่ายภายใน 40 วัน

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเด็กชาย อายุ 12 ปี 7 เดือน ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาจากอาการข้อเข่าบวมแดง และภายหลังพบการติดเชื้อ MDR-AB และ *Klebsiella*

pneumoniae ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจระหว่างผ่าตัดรักษาด้วย Colistin, Meropenem และ Clindamycin ผู้ป่วยฟื้นตัวและจำหน่ายภายใน 22 วัน

2: บทวิเคราะห์และอภิปรายผลการพยาบาล: การตอบสนองต่อแนวทาง IC, ABX และการดูแลเชิงระบบแนวทาง IC ทั้งสองรายใช้มาตรการแยกโรค (Isolation), การล้างมืออย่างเคร่งครัด, PPE และการทำความสะอาดอุปกรณ์ โดยรายที่ 1 เน้นการควบคุมเชื้อในหอผู้ป่วยหนัก ในขณะที่รายที่ 2 มุ่งควบคุมหลังการผ่าตัดและช่วง ICU ด้าน ATB ทั้งสองรายได้รับการรักษาตามผล C/S และ MIC อย่างเหมาะสม โดยมีการติดตามอาการข้างเคียงของยา เช่น Nephrotoxicity จาก Colistin และการแพ้ยาในรายที่ 2 การดูแลเชิงระบบทั้งสองรายมีการประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง บันทึก I/O เฝ้าระวัง Electrolyte, GCS, และมีการวางแผน Weaning เครื่องช่วยหายใจอย่างเป็นระบบ

3: บทบาทของพยาบาลกับการควบคุมการติดเชื้อใน ICU พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญใน IC ด้วยการเฝ้าระวังการติดเชื้อ การประเมินอาการเบื้องต้น การสังเกตผลข้างเคียงของยา และการสื่อสารกับแพทย์เพื่อปรับการรักษา รวมถึงการให้ความรู้แก่ครอบครัว และการสนับสนุนทางจิตใจ โดยเฉพาะในกรณีของเด็ก

4: การสื่อสารทีมสหวิชาชีพและการวางแผนจำหน่าย ล้อกับกรณีศึกษา

ทั้งสองรายมีการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ และนักโภชนาการ รวมถึงการประสานการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ รายที่ 1 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว D-M-E-T-H-O-D อย่างครบถ้วน ส่วนรายที่ 2 มีการนัดติดตามและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ MDR-AB และใช้เครื่องช่วยหายใจจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการองค์ความรู้ด้าน IC, ABX, การพยาบาลแบบองค์รวม และการทำงานเป็นทีมข้ามวิชาชีพ พยาบาลมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการดูแลอย่างใกล้ชิด การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการเตรียมผู้ป่วยสู่การฟื้นฟอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาแนวทางการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาใน ICU

จากผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาในผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องมีการประเมินอย่างแม่นยำ รวดเร็ว และมีแนวทางการพยาบาลเฉพาะทางที่เหมาะสม ดังนั้น ควรมีการจัดทำแนวทางหรือ Clinical Pathway เพื่อใช้เป็นมาตรฐานในหน่วย ICU โดยครอบคลุมการประเมินการให้ยาปฏิชีวนะ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการควบคุมการติดเชื้อ

2. การเสริมสร้างความรู้และทักษะของพยาบาลในเรื่องเชื้อดื้อยา

ควรมีการจัดอบรม/ประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักมีความรู้ด้านเชื้อดื้อยา การประเมินอาการของผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรง และการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างปลอดภัย โดยเน้นการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับหลักการของ Antibiotic Stewardship และ Infection Control

3. การเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ

ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน เช่น AKI, MODS, Hypoxia อย่างเป็นระบบ โดยมีการใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น SOFA score, NEWS score หรือการติดตามค่า Procalcitonin, Lactate อย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยในการตัดสินใจรักษาได้รวดเร็วและแม่นยำ

4. การจัดระบบการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์, เภสัชกร, พยาบาล, นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยาเด็ก มีส่วนสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย ดังนั้นควรส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กและผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

5. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ควรวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา โดยร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager Nurse) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำในการดูแลต่อเนื่อง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ลดการกลับมารักษาซ้ำ

6. การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ในหอผู้ป่วยหนัก

ควรมีการตรวจสอบและบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ, สายดูดเสมหะ, และเครื่องมือดูแลระบบทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ พร้อมทั้งควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปลอดภัย และเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะในเด็กที่ต้องการสภาพแวดล้อมที่ลดความกลัวและความเครียด

เอกสารอ้างอิง

- นลินี แซ่สารกิจ. (2562). Pressure Injury. https://www.crhospital.org/web_nurse/แผลกดทับสอน%202562%20m.pdf.
- วาสนา กลิ่นชื่น และ นพเก้า ชนะภัย. (2561). การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น. คลินิกออสโตมีและแผลฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. <https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614841298-562.o.pdf>.
- วิจิตรา กุสมภ์, ธันดา ตระการวิชัย, ภัสพร ขำวิชา, ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตนา จารุวรรณ, อรุณี เฮงยศมาก, ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ์, และอภิญญา กุลทะเล. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม (พิมพ์ครั้งที่ 6). ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- สุวรรณชัย วัฒนาอิงเจริญชัย และ อภิชาติ วชิรพันธ์. (2563). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2561). แนวทางการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล Guide to Infection Prevention and Control in Hospital (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท มิ่งเมืองนอร์ดน์ จำกัด (โรงพิมพ์มิ่งเมือง).
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2565). แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล Guideline for <https://www.trathospital.go.th> Trat Hospital Publication วันที่เผยแพร่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 Prevention of Multidrug-Resistant Organisms Transmission in Hospitals (พิมพ์ครั้งที่ 5). บริษัท อินเนอร์การ์ด (ไทยแลนด์) จำกัด (สำนักงานใหญ่).

การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

สุนิสา มุขขันธุ์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันจำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิลาลาด ในช่วงเวลาระหว่างสิงหาคม 2567 – กันยายน 2567 ศึกษาด้วยการประเมินภาวะสุขภาพตามแบบแผนของกอร์ดอน การใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และทฤษฎี ทางพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผลจากกรณีศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 2 ราย รายกรณีศึกษาที่ 1 ชายไทย อายุ 48 ปี มาด้วยอาการชักเกร็งตาแดง คลื่นไส้อาเจียน หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว กรณีศึกษาที่ 2 ชายไทย อายุ 71 ปี มาด้วยอาการ ไข้สูง สับสน ปัสสาวะราด หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีภาวะติดเชื้อและมีการมีภาวะถอนพิษสุรา รุนแรง (alcohol withdrawal) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration Pneumonia) และมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลันผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอาการถอนพิษสุราตามมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ (ระยะแรกเริ่ม/ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง ระยะวางแผนจำหน่าย) การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลร่วมกันในทุกระยะของอาการเจ็บป่วย ได้รับการช่วยชีวิตโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ความแตกต่างในเรื่อง อายุ และภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษและจำหน่ายกลับบ้าน มีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนกรณีศึกษาที่ 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษจำหน่ายโดยผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสิลาลาดประสานทีมสหวิชาชีพในการให้คำแนะนำและให้กำลังใจครอบครัวของหลังจำหน่าย

คำสำคัญ: การพยาบาล, พิษสุราเรื้อรัง, ภาวะปอดติดเชื้อ, ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ Email : sunisamukkun@gmail.com

Nursing care of Alcohol withdrawal patient with pneumonia and respiratory failure : Two Case Comparative Studies

Sunisa mukkun, B.N.S.¹

Abstract

This study it is a comparative study of nursing care for two patients with alcoholism who had lung infection along with acute respiratory failure. who received treatment as a patient at Silalad Hospital During the period between August 2024 and September 2024, study with Gordon's conventional health assessment Using the 5-step nursing process and related nursing theories Results from the two comparative case studies Case study number 1: A 48-year-old Thai man came with a seizure. nausea and vomiting After stopping drinking for 3 days before coming to the hospital History of drinking alcohol every day Refuse to have congenital disease. Case study number 2: A 71-year-old Thai man came with symptoms of high fever, confusion, and urinating after stopping drinking for 3 days. History of drinking alcohol every day. Refuse congenital disease. The two case studies found that they were addicted to alcohol and had symptoms of severe alcohol withdrawal (alcohol withdrawal) and sepsis (sepsis), together with respiratory pneumonia and acute respiratory failure. Patients receive medical care for alcohol withdrawal symptoms according to nursing standards, consisting of assessment of problems and needs (first reception/critical phase, continuous phase, discharge planning phase) Nursing diagnosis Nursing planning

Evaluation of nursing practice, discharge planning, and continuing care. Joint care is planned for all stages of illness. Resuscitation was obtained through intubation. Sent for further treatment at Sisaket Hospital. Differences in age and health status Complications of the disease cause different levels of severity of the disease. In the first case, he received treatment at Sisaket Hospital and was sent home, likely to be a bedridden patient. The second case study received treatment at Sisaket Hospital and was distributed by a patient who died in the hospital. The researcher followed up on patients after discharge from Silalad Hospital, coordinating a multidisciplinary team to give advice and encouragement to families after discharge.

Keywords: nursing care, alcoholism, Pneumonia, acute respiratory failure

¹ Registered Nurse, Professional level, Silalad Hospital, Sisaket Province Email: sunisamukkun@gmail.com

บทนำ

โรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นโรคหนึ่งที่มีปัญหาในประเทศไทยมากในปัจจุบันมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้มากขึ้นทุกวันจนเกิดการรณรงค์ของทางภาครัฐได้เข้ามาควบคุมดูแลให้ประชาชนลดการดื่มสุรา โรคพิษสุราเรื้อรัง พบได้มากในผู้ชายประมาณร้อยละ 9 พบในผู้หญิงประมาณร้อยละ 4 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 35-55 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ,2554)จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี2557 พบว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า 38% ดื่มสุราเป็นประจำ มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา 3.3 ล้านคนทั่วโลกต่อปี สำหรับประเทศไทยมีการดื่มสุราเป็นอันดับที่ 40 ของโลกเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพอันดับ 3 ของคนไทย และเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนมากที่สุด(รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557, 2560)จำนวนการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2558-2562 คิดเป็นร้อยละ 6.6 ของการตายของประชาชนไทยรายปี อัตราตายเฉลี่ยเท่ากับ 14.7 ต่อแสนประชากรต่อปีผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่นการลดลงของระบบประสาทยับยั้งและการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรากะทันหันระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุรา ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในผู้ติดสุราเมื่อหยุดดื่มลดปริมาณการดื่มลงอาการขาดสุราจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลงและอาการค่อยๆเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอนระแวง เพ้อ สับสนตี หรือชักการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุราทำให้สามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการติดสุราคือการติดเชื้อปอดอักเสบ ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้ภูมิคุ้มกันของ

ร่างกายต่ำลง (สาวิตรี อัจฉนากรชัย,2564) ซึ่งในระยะบำบัดด้วยยาผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine (valium) ในช่วงสัปดาห์แรก ทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนผ่อนคลาย Benzodiazepine มีผลต่อการคลายตัวกล้ามเนื้อในการ กลืนทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบาก สำลักได้ง่าย ร่วมกับมีอาการถอนพิษสุราแขนขาอ่อนแรงต้องมีการผูกมัดจากฤทธิ์ valium ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับเป็นส่วนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดได้ง่ายมากขึ้น

โรงพยาบาลศีลาลาดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่มาพักรักษาตัวด้วยโรคอื่นๆ หลังจากนอนพักรักษาตัวได้2-3วัน มักจะเกิดภาวะ Alcohol withdrawalขึ้นตามมา โดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุรามาก่อน แต่ขณะนอนในโรงพยาบาลผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดดื่มสุราโดยไม่ตั้งใจ จนเกิดภาวะAlcohol withdrawal ขึ้นในที่สุด ในปี 2564 ,2565และปี2566 มีผู้ป่วย Alcohol withdrawal จำนวน 37 ,69 และ90 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลศีลาลาด,2566)จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคนี้มากขึ้นต่อเนื่องทุกปี จากภาวะAlcohol withdrawal ดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เช่น ภาวะชัก ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดการพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด ปอดติดเชื้อ เป็นต้น หากได้รับการดูแลที่ขาดคุณภาพและพบปัญหาที่สำคัญคือมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก(Aspirate pneumonia) รวมด้วย จากข้อมูลในปี 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วม จำนวน 20 ,49 และ 56 ราย ตามลำดับและพบว่าผู้ป่วยบางรายมีภาวะหายใจล้มเหลว(respiratory failure)ร่วมด้วยจึงต้องได้รับการดูแลช่วยชีวิต จากข้อมูลในปี 2564-2566 จำนวนผู้ป่วยAlcohol withdrawal ที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 5 ,6 และ 8 รายตามลำดับ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงจึงต้องมีองค์ความรู้ และ ความสามารถในการประเมินอาการถอนพิษสุราเพื่อสามารถ

ให้การพยาบาลกับผู้ป่วยสุราในระยะนี้ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะถอนพิษสุราพร้อมกับให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

2. เพื่อเสนอแนวทางการพยาบาลการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาโดยเลือกกรณีศึกษาแบบ เฉพาะเจาะจงเปรียบเทียบ 2 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ศีลาลาด ในช่วงเวลาระหว่าง สิงหาคม 2567 – กันยายน 2567 มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ข้อมูลการซักประวัติข้อมูลประวัติการตรวจร่างกาย รวมถึง การติดตามเยี่ยมและการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติศึกษา เอกสาร ตำราทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง การใช้กรอบแนวคิด ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน เพื่อประเมินสภาพ และวางแผนให้การพยาบาลตามทฤษฎีทางการพยาบาล เฝ้าระวังอาการ เปลี่ยนแปลง การจำหน่ายโดยหลัก D-METHOD ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลศีลาลาด เพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

จริยธรรมการวิจัย

กรณีศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH2024-111 วันที่รับรอง 8 กรกฎาคม พ.ศ.2567 หมดอายุวันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ.2568โดยผู้ศึกษาคำนึงถึง สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเคารพในบุคคล (Respect for person) คือให้เกียรติและเคารพในการตัดสินใจของผู้เป็นกรณีศึกษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็น ความลับการ

สุรา และดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

รายงานผลการศึกษานำข้อมูลมาใช้เฉพาะ การศึกษาในครั้งนี้เท่านั้น

ผลการศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผลการศึกษาพบว่า กรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทย อายุ 48 ปี มาด้วยอาการชักเกร็งตาคว้าง คลื่นไส้อาเจียน หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol withdrawal seizure with Aspiration pneumonia with sepsis with hypomagnesemia with hypokalemia. กรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทย อายุ 71 ปี มาด้วยอาการ ไข้สูง สับสน ปัสสาวะราด หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน ประวัติดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธโรคประจำตัว ได้รับการวินิจฉัยเป็น Aspiration pneumonia with Alcohol withdrawal syndrome with sepsis with hypomagnesemia with delirium โดยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)ร่วมกับมีภาวะปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration Pneumonia) และมีระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) ได้รับการช่วยชีวิตโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ความแตกต่างในเรื่อง อายุ และภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยกรณีรายที่ 1 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษและจำหน่ายกลับบ้านมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษจำหน่ายโดยผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาเปรียบเทียบ

การพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย มีรายละเอียดดังตารางที่ 1 ถึง ตารางที่ 4 ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ ที่มา โรงพยาบาล	ชักเกร็งตาค้าง น้ำลายฟูมปากเป็นก่อน มาโรงพยาบาล 30 นาที	ไข้สูงหนาวสั่น พุดจาสับสน ปัสสาวะราด รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง
ประวัติการ เจ็บป่วย ปัจจุบัน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาลญาติให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วันละ 2-3 ครั้ง ไม่มีชักเกร็ง ไม่มีถ่ายดำ ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ยังไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน	3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีไข้ เหนื่อย อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีถ่ายเหลว รับประทานยาลดไข้ที่บ้าน ญาติให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน
ประวัติการ เจ็บป่วยใน อดีต	มีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยการชักหลังหยุดดื่ม 2 ครั้งใน 1 ปี ที่ผ่านมา ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธ การแพทย์ แพ้อาหารและ สารเคมี	ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรง ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธ การแพทย์ แพ้อาหารและ สารเคมี
ประวัติการ ใช้สารเสพติด	30 ปีก่อน เมื่ออายุ 18 ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จาก การ อยากรลองและเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ 4-5 มวน/วัน และใช้ ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ 25 ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจาก การ ดื่มเบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อน นานๆ ครั้ง 15 ปีก่อน เริ่ม ดื่มสุราหนักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะ เป็นสุรา ขาว 40 ดีกรี และ 10 ปี ที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อนหลังเลิกงาน ดื่มทุกวัน จำนวน 1 ขวด กลม/วัน	50 ปีก่อน เมื่ออายุ 25 ปี เริ่มใช้สารเสพติดประเภทบุหรี่ จาก การ อยากรลองและเพื่อนชวน โดยเริ่มใช้ 5-6 มวน/วัน และใช้ ต่อเนื่องมาเรื่อยๆ 50 ปีก่อน เริ่มมาดื่มสุรา โดยเริ่มจาก การดื่ม เบียร์จากการสังสรรค์กับเพื่อน นานๆ ครั้ง 30 ปีก่อน เริ่มดื่ม สุราหนักขึ้นโดยดื่มสุราทุกชนิด ส่วนใหญ่จะ เป็นสุรา ขาว 40 ดีกรี และ 20 ปี ที่ผ่านมา ดื่มกับเพื่อนบ้านบางครั้งดื่มที่บ้านคนเดียว ดื่มทุกวัน จำนวน 1 ขวด กลม/วัน
อาการแรก รับ	ผู้ป่วยรู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่องไม่มีชักเกร็ง สัญญาณชีพและรับ อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจรเท่ากับ 108 ครั้งต่อนาทีหายใจเท่ากับ 20 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ 138/76 มิลลิเมตรปรอทระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 % ประเมิน AWS = 3 คะแนน	ผู้ป่วยรู้สึกตัวพูดจาสับสนอยู่ไม่นิ่ง สัญญาณชีพและรับอุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 40.4 องศาเซลเซียสชีพจรเท่ากับ 128 ครั้งต่อนาทีหายใจเท่ากับ 22 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ 89/46 มิลลิเมตรปรอทระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 %DTX เท่ากับ 88 mg/dL.ประเมิน AWS 10 คะแนน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 48 ปี มาด้วยอาการชักเกร็ง ตาค้าง น้ำลายฟูมปากเป็นก่อน มาโรงพยาบาล 30 นาทีให้ประวัติหลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน มีอาการคลื่นไส้อาเจียน วันละ 2-3 ครั้ง เบื่ออาหารจากประเมินแบบ แผนสุขภาพของกอร์ตอนพบว่า มีแบบแผน สุขภาพผิดปกติได้แก่ 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2.ภาวะโภชนาการและการเผา ผลาญสารอาหาร 3.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย 4.	1.แบบแผนสุขภาพ ผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี มาด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น พุดจาสับสน ปัสสาวะราด รับประทานอาหารไม่ได้ เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง ญาติให้ประวัติผู้ป่วยมีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย หลังหยุดดื่มสุรา 3 วัน จากประเมินแบบ แผนสุขภาพของกอร์ตอนพบว่า มีแบบแผน สุขภาพผิดปกติได้แก่ 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ 2.ภาวะโภชนาการและการเผา ผลาญสารอาหาร	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีพฤติกรรม การดื่มสุราทุกวันที่คล้ายคลึงกัน รวมทั้ง ยังไม่สามารถบอกได้ว่า จะหยุดดื่มสุราได้หรือไม่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การอยู่ใน สังคมที่สภาพแวดล้อมที่มีแต่คนดื่มสุรา เพื่อนดื่มสุรา ค่านิยมทางสังคมใช้สุราใน ทุกงานสังคม ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุและประวัติการดื่มสุราที่ ยาวนานกว่ารวมกับมีการทำงานในไร่นา ทำให้มีการติดเชื้อมากกว่ารายที่ 1 และ

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
การพักผ่อนนอนหลับ 5.สติปัญญาและการรับรู้ 6.การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด	3.กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย \\ 4.การพักผ่อนนอนหลับ 5.สติปัญญาและการรับรู้ 6.การปรับตัวและการเผชิญกับ ความเครียด	มีความรุนแรงของโรคมากกว่า กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุทั้ง 2 ราย กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการขาด สุราขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทำให้ ให้มีการสื่อสารด้านการรับรู้ที่บกพร่อง รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันได้ด้วยตัวเองจากอาการขาด สุรารุนแรงต้องได้รับการผูกมัดตาม แนวทางแต่แพทย์ยังอนุญาตให้ รับประทานอาหารทางปากได้ ผู้ป่วยถูก ผูกมัดให้อยู่ในท่านอนขณะ รับประทานอาหารและเสี่ยงต่อการเกิด การสำลักอาหารส่งผลทำให้เกิดปอด อักเสบจากการสำลักได้ง่าย
2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยรู้สึกตัว ตามตอบรู้เรื่องไม่มีชักเกร็ง สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 37.7 องศาเซลเซียส ชีพจรเท่ากับ 108 ครั้งต่อนาที หายใจเท่ากับ 20 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิต เท่ากับ 138/76 มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับ ออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 98 % ประเมิน AWS 3 คะแนนหลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 1 วันผู้ป่วยมีอาการอะโอะไว้วายพูดจาสับสน อยู่ไม่นั่งจำสถานที่เวลาและบุคคลไม่ได้ AWS 12 คะแนน ต้องได้รับยาได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine เพื่อสงบอาการควบคุมความ รุนแรงของอาการขาดสุรา ยากลุ่มวิตามินบี เพื่อ ป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ได้รับยาแก้ปวดตามอาการทางจิต เพื่อลดความ กังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนและ พฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับเกลือแร่และสารละลาย ทางหลอดเลือดดำ หลังจากได้รับการรักษาในวันที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการแสดงของภาวะช็อคและการติดเชื้อ ในกระแสเลือด ได้รับยาปฏิชีวนะร่วมกับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำและ Norepinephrine (4:250) เพื่อเพิ่มการหดตัวของหลอดเลือด ขณะรักษาผู้ป่วยยังได้รับการรับประทานอาหาร ทางปากมีมารดาเป็นผู้สูงอายุคอยดูแลป้อน	2.พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง ผู้ป่วย รู้สึกตัวพูดจาสับสนอยู่ไม่นั่ง สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกายเท่ากับ 40.4 องศาเซลเซียสชีพ จรเท่ากับ 128 ครั้งต่อนาที หายใจเท่ากับ 22 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตเท่ากับ 89/46 มิลลิเมตรปรอทประเมินระดับออกซิเจนที่ปลาย นิ้วเท่ากับ 98 % DTX เท่ากับ 88 mg/dL. ประเมิน AWS 10 คะแนนอาการขาดสุราตั้งแต่ แรกรับได้รับการผูกมัดและได้รับยาแก้ Benzodiazepine เพื่อสงบอาการ ควบคุมความ รุนแรงของอาการขาดสุรา ยาแก้ปวดวิตามินบี เพื่อ ป้องกันภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ได้รับยาแก้ปวดตามอาการทางจิต เพื่อลดความ กังวล อาการหูแว่ว ประสาทหลอนและ พฤติกรรมก้าวร้าว ได้รับเกลือแร่และสารละลาย ทางหลอดเลือดดำและมีอาการแสดงภาวะช็อค และการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับยาปฏิชีวนะ ร่วมกับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ Norepinephrine (4:250) เพื่อเพิ่มการหดตัวของ หลอดเลือด หลังจากได้รับการดูแลรักษาได้ 3 วันผู้ป่วยสามารถหยุดยากระตุ้นการหดตัวของ หลอดเลือดได้ อาการขาดสุราทุเลาลงแต่ผู้ป่วยยังมี อาการสับสน หลงลืมวันเวลาสถานที่ (Delirium) ขณะรักษาผู้ป่วยยังได้รับการ	กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการแสดงของ ภาวะขาดสุราหลังหยุดดื่ม 3 วัน เป็นไป ตามพยาธิสรีรวิทยาของการขาดสุรา ผู้ป่วยหยุดสุราจะขึ้นระบบต่างๆของ สมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ ระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็น กลุ่มอาการขาดสุราอาการขาดสุราที่ ตามมาอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมอง สับสน หรือ Delirium มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7- 10 วัน และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ การติดเชื้อในร่างกายน ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด กรณีศึกษา รายที่ 2 อาการแสดงของโรคตั้งแต่แรก รับซึ่งอาจเกิดการติดเชื้อมาจากที่บ้านอยู่ ก่อนแล้วร่วมกับมาโรงพยาบาลซ้ำ เนื่องจากมีไข้มา 3 วันแต่ไม่ได้มารักษา จนผู้ป่วยเริ่มมีอาการขาดสุราพร้อมกับ ญาติจึงพามาโรงพยาบาลทำให้แนวโน้ม ของโรครุนแรงกว่า ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการแสดงของการติดเชื้อและ อาการขาดสุราที่รุนแรงขณะนอน

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
อาหารผู้ป่วยมีอาการสำลักน้ำและอาหารบ่อยครั้ง เริ่มมีอาการหายใจหอบและซึมลงได้รับการพ่นยา berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 89 % ขณะให้ออกซิเจน maks with bag 10 LPM แพทย์ดูแลแผนการรักษา ร่วมกับญาติโดยวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ	รับประทานอาหารทางปากมีกรรยาอยู่ในวัยสูงอายุเช่นเดียวกับผู้ป่วยคอยป้อนอาหารผู้ป่วยมีอาการสำลักน้ำและอาหารบ่อยครั้ง เริ่มมีอาการหายใจหอบและซึมลงได้รับการพ่นยา berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจหอบเหนื่อย ประเมินระดับออกซิเจนที่ปลายนิ้วเท่ากับ 85 % ขณะให้ออกซิเจน maks with bag 10 LPM แพทย์ดูแลแผนการรักษา ร่วมกับญาติโดยวางแผนใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศรีสะเกษ	โรงพยาบาลทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วกว่า

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบแนวทางการประเมินสุขภาพและแผนการรักษา

กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
3.แผนการรักษาของแพทย์ - cbc bun cr electrolyte - Mg ,PT,INR -LFT -DTX - CXR ,EKG - On AWS protocol - Valium 10 mg V prn for agitate 0.9% NSS 1,000 ml v 100 cc/hr 50%MgSo4 4ml+5%D/W 100 ml V drip in 4 hr -AFB x 3 วัน - KCL 3 tab oral q 3 hr. x 3 ครั้ง - On ออกซิเจน canular 5 lpm - sputum G/S,C/S - Hemo culture 2 specimen - Hadol 5 mg M prn q 4 hr. for agitate - Berodual 1 Nb พ่น ทุก 6 hr - Thiamine 500 mg v q 8 hr. x 3 วัน - Larazepam (0.5) 1x4 oral pc c hs - Ceftriazone 2 gm iv OD - Clindamycin 600 mg in q 8 hr - paracetamal 500 mg 1 tab prn po - On ETT no.7 depth 20 cms - Retain foley's cath - Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ	3.แผนการรักษาของแพทย์ - cbc bun cr electrolyte,UA - Mg ,LFT,DTX,CXR ,EKG - On AWS protocol - Valium 10 mg V prn for agitate - sputum G/S,C/S - Hemo culture 2 specimen 50%MgSo4 4ml+5%D/W 100 ml V drip in 4 hr x 2 วัน - Retain foley's cath 0.9% NSS 1,000 ml v load then 100cc/hr - Norepinephrine (4:250) v 5 cc/hr - Berodual 1 Nb พ่น ทุก 6 hr - On ออกซิเจน canular 5 lpm - Thiamine 500 mg v q 8 hr. x 3 วัน - Larazepam (0.5) 1x4 oral pc c hs - Ceftriazone 2 gm iv OD - Clindamycin 600 mg in q 8 hr - paracetamal 500 mg 1 tab prn po - On ETT no.7 depth 20 cms - Refer โรงพยาบาลศรีสะเกษ	แผนการรักษาของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และกรณีศึกษารายที่ 2 ที่มีเหมือนกันคือ การประเมินและเจาะ lab พื้นฐาน และมีการใช้ AWS protocol มีการให้สารน้ำและเกลือแร่ในการรักษา การไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับยา กลุ่ม benzodiazepines ซึ่งต้องระวังเรื่องระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะขาดสารละลายที่รุนแรง ตามทฤษฎีและแนวคิดของผู้ป่วยที่ติดสุรา ได้รับการรักษาเรื่องการติดเชื้อในกระแสเลือดที่รุนแรงโดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับยา Levophed/ Norepinephrine ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หลังได้รับการดูแลรักษา ยังมีแนวโน้มของโรคที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจจากการอักเสบของปอด ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลม และมีการเปลี่ยนยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อโรคมมากขึ้น เนื่องจากกรณีศึกษา ทั้ง 2 ราย ประวัติดูแลหรือเป็นเวลานานร่วมกับการดื่มสุราอาจทำให้รู้สึก ตัวล้น น้อยลง มีอาการเมินเมา เวลารับประทานอาหารหรือนอนอาจทำให้เกิดการสำลักอาหาร เข้าปอดได้ทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีปัจจัยที่เพิ่มจากเป็นผู้สูงอายุจะมีภูมิต้านทานโรคต่ำ ซึ่งแตกต่างจากกรณีศึกษารายที่ 1 ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ความรุนแรงของโรคอาจแตกต่างกัน กรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการช่วยชีวิตโดยใส่ท่อช่วยหายใจส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษารายที่1	กรณีศึกษารายที่ 2		
1.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ	1.มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศที่ปอดลดลงจากภาวะปอดอักเสบ	1.ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อปมูหนั่งมีลักษณะการซีดเขียว ระดับความรู้สึกตัวและประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 2 ชั่วโมง และติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ และและ รายงานแพทย์ทราบเมื่อพบความผิดปกติ 2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ vital sign วัดระดับ O2 saturation ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและติดตามภาวะพร่องออกซิเจนของผู้ป่วย 3.ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน 4.ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา 5.ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลม ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา ได้แก่ berodual 1 NB พ่นทุก 6 ชั่วโมง 6.ติดตามผลภาพถ่ายรังสีปอดและรายงานผลให้แพทย์ทราบ 7.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ตามแผนการรักษาเพื่อทำลายเชื้อโรค 8.ระมัดระวังการติดเชื้อโดยใช้หลัก Aseptic technique 9.ช่วยแพทย์ทำหัตถการในการใส่ท่อช่วยหายใจ	กรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีปัญหาที่เหมือนกัน ได้รับการรักษาที่เหมือนกัน ได้แก่การ ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ยา ceftriazone ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่ตอบสนองต่อการรักษาจึง เปลี่ยนเป็น ยา cetazidime และ clindamycin ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาโดยการพ่นยาขยายหลอดลม การให้ออกซิเจน จากการติดตามอาการต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อยู่ในภาวะขาดสารที่รุนแรงมีการผูกยึด และยังให้รับประทานเองทางปากมีญาติช่วยป้อนส่งผลทำให้มีการรับประทานอาหารและเพิ่มการติดเชื้อที่ปอดร่วมกับผู้ป่วยในภาวะช็อกเนื้อเยื่อของร่างกายจะมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและเนื้อเยื่อต่างๆขาดออกซิเจน ทำให้มีอาการทางเดินหายใจล้มเหลวรุนแรงจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทั้ง 2 ราย
2.มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	2.มีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	1.จัดผู้ป่วยให้นอนเตียงใกล้ Nurse Station ซึ่งจัดให้เป็นโซนผู้ป่วยวิกฤต 2.ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะช็อก เช่น เหงื่อออก ตัวเย็นกระสับกระส่ายสับสน ซึม ไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็วชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ (Systolic ต่ำกว่า 50-90 มิลลิเมตรปรอทหรือต่ำทั้ง Systolic และ Diastolic) ผิวหนังซีดเย็น หรือเขียว (Cyanosis) 3.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว อาการ และอาการแสดงทุก 15 นาทีในช่วงแรก ทุก 30 นาทีและทุก 1-2ชั่วโมง หลังรับไว้ใน ICU เพื่อประเมินเฝ้าระวัง ติดตามอาการของผู้ป่วย และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม 4.ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 0.9% NSS 1,000 ml vein drip 80 ml/hr Control By	กรณีศึกษารายทั้ง ๒ มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน ซึ่งอาจจะเกิดจากการติดเชื้อนํ้ามาก่อน โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ปอดจากการสำลักน้ำและอาหารขณะเมาสุรา กรณีศึกษารายที่ 1 มีการติดเชื้อในกระแสเลือดขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ทำให้ได้รับยากระตุ้นยาหดตัวของหลอดเลือดจนถึงจำหน่ายส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 มีอาการแสดงของการติดเชื้อตั้งแต่แรกรับขณะนอนโรงพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาจนสามารถ หยุดการให้ยากระตุ้นการหด

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษา รายที่1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		Infusion pump 5.ดูแลให้ได้รับ Levophed 4 mg + 5%D/W 100 ml iv drip 5 mL/hr titrate Levophed Control By Infusion pump เพิ่มทีละ 5 mL/hr ทุก 15 นาทีตามแผนการรักษา 6.ของแพทย์ เพื่อรักษาระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอทและ MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยาและเฝ้าระวังการเกิด Extravasation ทุก 2 ชั่วโมง บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกเพื่อประเมินหน้าที่การทำงานของไตทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc/hr รายงานแพทย์ทราบ 7.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gms vein Drip OD ตามแผนการรักษาเพื่อลดการติดเชื้อ 8.ล้างมือก่อน – หลังให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มเติมติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และดูแลไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในกระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมงเพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์	ตัวของหลอดเลือด แต่กรณีศึกษาทั้ง 2 รายยังคงมีการให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่องถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
	3.เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายการคั่งของเสียในร่างกายเนื่องจากภาวะ Acute kidney injury	1) ประเมินภาวะขาดน้ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง 2) ประเมินและบันทึกปริมาตรปัสสาวะ ทุก 4 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ 3) Record I/O ทุก2 - 4 ชั่วโมง 4) ดูแลให้ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา 5) ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	หลังได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ผลเลือดการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น 1.BUN (Blood Urea Nitrogen) 31mg/dl 2.Creatinine 1.14mg/dL. 3. GFR 64.3mL/min/1.73m2 กรณีศึกษา รายที่2 มีการทำงานของไตลดลงอย่างเฉียบพลัน ตามทฤษฎี นอกจากการดื่มสุราเป็นเวลานานอาจเกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เป็นมานานกว่าจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลและอาจจะเกิดจากการเสื่อมของไตจากสูงอายุซึ่งผู้ป่วยรายนี้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษา รายที่1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
			ไม่เคยมีประวัติเข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพมาก่อน
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ	4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ	1.จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิดอุบัติเหตุ 2. ประเมินอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นลม 3.จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียง ลดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เลือดออกและหยุดยาก 4. หากผู้ป่วยมียาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดต้องกดด้วยสำลีนาน 7-10 นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวดคลึงหากผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณางดยาฉีด 5.ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกล็ดเลือดที่ต่ำเป็นปกติ และรายงานให้แพทย์ทราบถึง ผลการตรวจเกล็ดเลือดของผู้ป่วยทุกครั้ง 6.อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค พร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 7.ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร งดอาหารที่มีลักษณะสีดํา/แดง น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะของร่างกาย ไม่ได้มีการตรวจ Platelet count เข้ากรณีศึกษา รายทั้ง ๒ มีภาวะเกล็ดเลือดในร่างกายต่ำกว่าปกติ เนื่องจากมีการดื่มสุราเป็นเวลานานมีผลต่อตับทำงานผิดปกติ ร่วมกับมีการติดเชื้อในร่างกายร่วมด้วยซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆได้ง่ายผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลจากทีมแพทย์ พยาบาล เป็นอย่างดี ทำให้ไม่พบมีเลือดออกผิดปกติตามร่างกาย
4.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด	5.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Diazepam ชนิดฉีด	1. การฉีดยา Diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดดำต้องฉีดช้าๆหลีกเลี่ยงการทำให้เส้นเลือดแตกภายหลังการฉีด 2. ตรวจดูอาการอักเสบของหลอดเลือดว่ามีปวดแดงหรือมีลักษณะไหม้บริเวณฉีดยาหรือไม่ 3. ประเมินอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางยาได้แก่อาการง่วงนอนและสังเกตการหายใจเนื่องจากยามีฤทธิ์กดการหายใจอาจทำให้ผู้ป่วยหยุดหายใจได้และวัดสัญญาณชีพทุกครั้งหลังให้ยาโดยเฉพาะการหายใจและความดันโลหิตโดยวัดทุก 30 นาทีหลังให้ยาฉีดจำนวน 4 ครั้ง หลังจากนั้นวัดทุก 1 ชั่วโมงจำนวน 3 ครั้งจากนั้นวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงจนกว่าอาการคงที่ 4. เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการตื่นเต้นกระวนกระวายหรือวิตกกังวลมากให้ยาแล้วอาการไม่สงบประเมินถึงสาเหตุของอาการที่เกิดขึ้นอีกครั้งจัดท่านอนที่เหมาะสมจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้นได้แก่แสงสว่างที่มากเกินไปเสียงดังมีคนพลุกพล่าน	กรณีศึกษา รายทั้ง ๒ มีภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิด ต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออก มาก ชีพ จรด้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้น ร่วมกับมีอาการเพ้อสับสน หูแว่ว หวาดระแวง โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน ๒ – ๓ วันหลังหยุดดื่มสุรา และรุนแรงที่สุดในวันที่ ๔ – ๕ ส่วนใหญ่ กรณีศึกษาทั้ง 2 ขาดสุราก่อนมาโรงพยาบาล 3 วันและรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน ทำให้อยู่ในระยะขาดสุราขั้นรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับยาDiazepam ชนิดฉีด ควบคุมอาการให้สามารถพักได้

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
การพยาบาลระยะวิกฤต			
กรณีศึกษา รายที่1	กรณีศึกษา รายที่ 2		
		5. ติดตามผลของยาถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมหรือง่วงนอนมาก ทรงตัวไม่ไถ่ รายงานแพทย์ทราบอาการระงับสติเหตุต่างๆ ดูแลกิจวัตรประจำวันดูแลเรื่องการได้รับสารอาหารและน้ำ อย่างพอเพียง6. รายงานแพทย์กรณี 1) ให้ยา prn ซ้ำ 3 dose ติดต่อกันแล้วอาการของผู้ป่วยไม่สงบ 2) ได้ Valium ถึง 80 mg ภายใน 8 ชั่วโมง 3) ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนได้แก่ปลุกไม่ตื่น หรืออัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาทีที่ตรวจพบ Neurological signs ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงเช่น Weakness, Sign of increase intracranial pressure (เช่นอาเจียนมาก, Increased BP, Bradycardia)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2		
5. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด	6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด	1. พิจารณาผูกมัดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกมัดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกมัดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกมัดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 2. ใช้มือสองนิ้วสอดเข้าใต้เปลี่ยนเท้าผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง 3. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกมัดและการดำเนินของโรค 4. ตรวจสอบอาการสังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรือน้อยทุก 4 ชั่วโมง 6. คลายผ้าผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 7. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา	-ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่มีแผลลอกที่บริเวณผูกมัดกรณีศึกษาทั้งสอง 2 มีระยะของการขาดสุราขั้นรุนแรงจึงจำเป็นต้องได้รับการผูกมัด เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น จากอาการประสาทหลอนซึ่งพบได้ในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังและอยู่ในภาวะขาดสุรา พร้อมทั้งป้องกันการเกิดการผลิตทดกลับอีกด้วย
	7. ผู้ป่วยมีภาวะดับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน	1. ประเมินอาการคลื่นไส้เบื่ออาหารแน่นอึดอัดท้องหรืออาการคันตามผิวหนัง 2. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบลดเสียงรบกวนให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง	ผู้ป่วยยังมีการตัวเทาเหลือง ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ยังไม่ได้มีการติดตามค่าการทำงานของตับซ้ำกรณีศึกษาที่ 2 พบค่าการทำงานของตับมีความผิดปกติผล

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2		
		3. ประสานกับโภชนาการ จัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำ และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อย แต่บ่อยครั้ง 4. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับ (SGOT/SGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค พร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุรา	จากการดื่มสุราและพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุกๆดิบๆ เป็นเวลานาน และสุราเป็นสาเหตุให้ไขมันสะสมในตับ เป็นเหตุให้เซลล์ของตับตายแล้วเกิดแผลเป็นมีพังผืดบางๆ เกิดขึ้นในบริเวณนั้นเกิดตับอักเสบจะมีการทำลายเซลล์มากขึ้นจนกลายเป็นตับแข็งจาก สุรา (Alcoholic Liver Cirrhosis) อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งที่ตับได้
6.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ	8.เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะแมกนีเซียมต่ำ	๑. ประเมินอาการอ่อนเพลียแขนขาอ่อนแรง โดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน ๒. จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่มีสิ่งกีดขวางพื้น ไม่เปียกจัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงและยกไม้กั้นเตียงขึ้นขณะผู้ป่วยพักนอนเพื่อป้องกันการตกเตียง ๓. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องการขับถ่าย การทำความสะอาดร่างกายโดยช่วยพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุหกล้มกรณีผู้ป่วยเดินได้หากยังเดินไปห้องน้ำไม่ได้ช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายและทำความสะอาดร่างกายที่เตียง ๔. ประสานนักโภชนาการ จัดอาหารที่มีแมกนีเซียม ให้ผู้ป่วยรับประทานเช่นกล้วย ส้ม ๕. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 50% MgSO₄ 4 ml + 5% D/W 100 ml V drip in 4 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในเรื่องแนวทางการบริหารยาการติดตามอาการผู้ป่วยหลังได้รับยาแมกนีเซียมทดแทนและการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา ๖. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจนระดับแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ ๗. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ๘. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการอย่าง	ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุหกล้มหรือตกเตียง ขณะแมกนีเซียมต่ำ ระดับแมกนีเซียมของผู้ป่วยเข้าสู่ระดับปกติ กรณีศึกษา รายที่ ๒ มีการดื่มสุราเป็นเวลานานร่วมกับขณะเมาสุราทำให้รับประทานอาหารไม่เพียงพอไม่ครบ 5 หมู่ ส่งผลให้ Magnesium ในร่างกายลดต่ำลงอาจเกิดภาวะชัก หรือส่งผลให้กล้ามเนื้อต่างๆอ่อนแรงได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการแก้ไขไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก Magnesium ในร่างกายต่ำ ผล Magnesium อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้ง 2 ราย

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2		
		ต่อเนื่อง	
7.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา	9.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา	1.ซักประวัติแบบแผนการดื่มสุรา ประวัติการเกิดอาการขาดสุราและการชักหลังหยุดดื่มสุรา 2.แจ้งถึงอาการเตือนแก่ผู้ป่วยก่อนชักได้แก่เวียนศีรษะ จุกแน่นท้องคลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตกขนลุกมีความผิดปกติทางอารมณ์เช่นรู้สึกกลัว 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอีกทั้งปิดไฟกระพริบเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชัก 4.จัดผู้ป่วยนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการตกเตียงหากเกิดภาวะชัก 5.แจ้งญาติผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเตียงที่ใกล้เคียงที่มีการรับรู้ปกติช่วยดูแลหากพบผู้ป่วยชักให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที 6.ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราตามระดับอาการขาดสุรา 7.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะชัก	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชักขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7- 48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มสุราประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีการชักจะเกิดอาการ alcohol withdrawal delirium และเมื่อเกิดอาการ delirium แล้วพบน้อยกว่าจะเกิดการชักขึ้นอีก อาการชักหลังหยุดดื่มสุราไม่ได้ เป็นตัวบ่งถึง ความรุนแรงรุนแรงของการเป็นโรคพิษสุรา (Alcohol dependence) สาเหตุ ของการชักเกิดจากกลไกการลดการทำงานของ receptor ต่างๆ เช่น N-methyl-d-aspartate (NMDA), gammaaminobutyric acid (GABA), GABA-A (alpha 2 subunit) และ GABA-B receptors receptors ในระหว่างการ ดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน เมื่อหยุดดื่มจึงเกิดภาวะ hyperexcitable จนทำให้เกิดอาการชัก
8.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว	10.เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองผู้อื่นและทำลายอาคารสถานที่เนื่องจากมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว	๑.ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น ๒. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับได้ลดสิ่งกระตุ้นอาการขาดสุรา สะดวกมีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็นไม่มีสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่นอาวุธของแหลมไม้แก้ว เป็นต้น 3.พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุพองน้ำเพื่อป้องกันการกระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหวขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมากเมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอและตรวจเย็บมอาการสังเกตผิวหนังเพื่อป้องกันการกระคายเคืองหรือบาดเจ็บแผลวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการถอนพิษสุราทุก๑๕-๓๐ นาที ๔. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุกับผู้ป่วยทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ไม่พบอาการแสดงถึงการได้รับบาดเจ็บจากการผูกมัดไว้ไม่มีรอยขีดไม่เกิดแผลถลอกบริเวณผิวหนังจะเห็นได้ว่าการขาดสุราระดับรุนแรงมากขึ้น เพื่อดึง (Alcohol withdrawal delirium) ระดับสติสัมปชัญญะ และความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป เช่น สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง เดินไปมาเสี่ยงต่อการได้รับ อันตรายต่างๆ ได้ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย จึงต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่2		
		๕. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกมัดและการดำเนินของโรค ๖. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการหรืออย่างน้อยทุก๔ชั่วโมง ๘. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา ๙. เฝ้าระวังอาการที่เกิดจากยากระบบประสาทส่วนกลางได้แก่หายใจช้าอาการหลับลึกหากพบรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาด้านฤทธิ์ยากลุ่ม Benzodiazepine ๑๐. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันการขาดอาหารและสารน้ำเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในช่วงการรับรู้ที่ไม่ปกติ	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และผลลัพธ์การพยาบาล

การพยาบาลระยะจำหน่าย		กิจกรรมการพยาบาล	ผลลัพธ์ทางการพยาบาล
ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2		
9.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มนม	11.เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มนม	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มนม 2. แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยเลิกสุราให้สำเร็จต้องตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาดเมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มนมยาวนานจนเกิดภาวะติดสุราเมื่อหยุดดื่มได้แล้วและหวนกลับไปดื่มนมอีกครั้งจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มนมแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มนมได้จะทำให้ติดสุราซ้ำได้ง่าย 3. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุราเป็นทางออกอาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมให้หลังตื่นแต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่ 4. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหาก็ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุราเป็นทางออก 5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มนมสุราเช่นงานสังสรรค์ต่างๆ 6. แนะนำควรหากิจกรรมทำไม่ให้มีเวลาว่างเพราะการมีเวลาว่างมากจะทำให้คิดถึงสุราและมีโอกาสกลับไปดื่มนมอีก 7. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มนมสุรา 8. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุราและเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย	กรณีศึกษารายที่ 1 ได้รับการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับเนื่องจากยังสื่อสารเข้าใจยังไม่มีการขอการขาดสุรารุนแรง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้มีการวางแผนจำหน่ายในช่วงอาการขาดสุราเริ่มลดลงแต่ยังสื่อสารไม่ค่อยเข้าใจมากนัก ยังมีอาการหลงลืม มึนงง ญาติผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลให้คำแนะนำในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและเป็นระยะๆขณะผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลพร้อมมีการประสานสหวิชาชีพให้การดูแลแนะนำเพิ่มเติมในการวางแผนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีภาวะปอดติดเชื้อร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทั้ง 2 ราย เข้ารับการรักษาด้วยอาการที่แตกต่างกัน กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี กรณีศึกษารายที่ 1 อยู่ในวัยทำงานมีประวัติรับการรักษาที่โรงพยาบาล และได้มีการให้คำแนะนำในการเลิกสุรา ได้มีการคัดกรองสุขภาพขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 เป็นผู้สูงอายุ ไม่เคยมีประวัตินอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและไม่เคยได้รับการคัดกรองสุขภาพ ซึ่งทำให้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอาการถอนพิษสุราตามมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการ (ระยะแรกได้รับระยะต่อเนื่อง ระยะวางแผนจำหน่าย) การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลร่วมกันในทุกระยะของอาการเจ็บป่วยเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังเป็นการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา ต้องมีสมรรถนะ มีความรู้ ความเข้าใจตั้งแต่การวินิจฉัยโรคติดสุราในเบื้องต้น อาการแสดงของผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา โดยเฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีภาวะการขาดสุรา ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนที่ถูกต้องเหมาะสมสร้างแรงจูงใจให้ญาติ และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการรักษาตามหลัก D-METHOD กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีภาวะขาดสุราขั้นรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนตามพยาธิสภาพของโรค จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการช่วยชีวิตโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ ความแตกต่างในเรื่อง อายุ และภาวะสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของโรคทำให้ระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน โดยกรณีรายที่ 1 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษและจำหน่ายกลับบ้านมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยติดเตียง ส่วนกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษจำหน่ายโดยผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาได้ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมคณะกรรมการทีมนำด้านคลินิก(Patient Care Team : PCT)ได้มีการแนวทางการดูแลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง(CPG)และมีการทบทวน

มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

ด้านบุคลากร

ขาดความรู้ไม่ได้รับการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องและปัญหาการบริหารอัตรากำลังการมอบหมายและการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานในเวรอย่างเหมาะสมตามสถานที่ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนด้านความปลอดภัยยังไม่เหมาะสม

ด้านการพยาบาล

1.ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราควรได้รับการประเมินอย่างครอบคลุมการตรวจร่างกาย อาการถอนพิษสุรา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาสุขภาพทางกายทั้งในอดีตและปัจจุบันแล้วใช้กระบวนการพยาบาลตามขั้นตอน จัดการให้การพยาบาลที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและอาการดีขึ้น

2.ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุราถือเป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลควรมีความรู้ความสามารถทั้งด้านการประเมินอาการถอนพิษสุรา การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต พร้อมทั้งสามารถจัดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะถอนพิษสุรา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย/ทางจิตที่เกิดขึ้น

ด้านวิชาการ

1.การนำสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน

2.ส่งเสริมการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อนเพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ด้านนโยบาย

1.ควรเร่ง ส่งเสริม สนับสนุนค่านิยมใหม่เรื่องสุรา หาวิธีปรับเปลี่ยนเจตคติต่อการดื่มสุรา โดยการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจ ในกลุ่มวัยรุ่น นักเรียนเกี่ยวกับความรุนแรงและโทษของการดื่มสุราตั้งแต่วัยรุ่น ซึ่งคนในครอบครัวและชุมชนต้องร่วมมือกันอย่างเป็นรูปธรรมในการป้องกันปัญหาการดื่มและติดสุรา

2.ผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะถอนพิษสุรานั้นบุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสนพบผู้ป่วยเหล่านี้มารับบริการในแผนกต่างๆ

ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมและเผยแพร่องค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย
เสพติดสุราอย่างทั่วถึงเพื่อเป็นการพัฒนาวิชาชีพเพื่อสามารถดูแล
ผู้ป่วยสุราได้อย่างปลอดภัยและกลับไปเป็นคนดีของสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการนำแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง โดยมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบทดลองเพื่อให้

ได้หลักฐานผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือมากขึ้น นำมาปรับปรุงหรือ
พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกโดยสอดคล้องกับบริบทของ
โรงพยาบาล ภายใต้มาตรฐานของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้
ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังที่มีอาการถอนพิษสุรา ได้รับความปลอดภัยและมี
คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- จันจิรา กุญแก้ว. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด:กรณีศึกษา.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและ
สุขภาพ, 4 (2), 22-29.
- ฉวีวรรณ พึ่งพันธุ์. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสาร
สุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7 (1), 19-28.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. (ฉบับ
ปรับปรุง 2554). เชียงใหม่ : แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยปัญหาการดื่มสุรา, 2555.
- รายงานสถิติข้อมูล. (2567). โรงพยาบาลศีลาลาด อำเภอศีลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. (HIMPRO)
- วิจิตรา กุสมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ:แบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ. สหประชาพานิชย์. 84-168
- วิภา เสนารักษ์. (2546). การวินิจฉัยการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2565). แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์หาดใหญ่.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๖). สถิติผู้ป่วยสุรา
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๖. http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=2&id=9&Itemid=53
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2553).การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. พิมพ์ครั้งที่4 เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการรูปแบบและ
วิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)
- สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. กลุ่มภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์. จาก <http://www.ramamentel.com/gp/gp18.PDF>. สืบค้นเมื่อสิงหาคม 2567.
- อังกู ภัทรการ, ธนุรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูพัฒนานนท์, พัชร รัตนแสง และวิมล ลักขณาภิชนชัย. (บ.ก.). (๒๕๕๙).
แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ (ครั้งที่๒). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, พลเทพ วิจิตรคุณากร, และสาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. (2559). ข้อเท็จจริงและตัวเลข: เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน
ประเทศไทย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and application (3rd ed.). St. Louis: Mosby NANDA International.(2017).
Nursing Diagnosis Definitions and Classification 2015-2017.(3 th ed.)Oxford: Wiley Blackwell.
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts and Practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby WHO.

การพยาบาลมารดาและทารกที่มีผลเลือด VDRL เป็นบวก : กรณีศึกษา 2 ราย

บุญญลักษณ์ น้อยแสง, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้นำเสนอกรณีศึกษาเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ 2 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสระหว่างการฝากครรภ์ ทั้งสองรายมีความแตกต่างกันในแง่ของอายุครรภ์ขณะวินิจฉัย การรักษา และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด โดยรายแรกเป็นหญิงอายุ 18 ปี ครรภ์แรก ได้รับการวินิจฉัยในไตรมาสที่ 2 และได้รับการรักษาครบถ้วน ส่วนรายที่สองเป็นหญิงอายุ 24 ปี ครรภ์ที่สอง วินิจฉัยในไตรมาสที่ 3 และได้รับการรักษาครบถ้วน แต่มีค่า VDRL ที่ต่ำกว่าและมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่ต่างกัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และการรักษาที่ครบถ้วนเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก

คำสำคัญ: ซิฟิลิส, การตั้งครรภ์, Benzathine Penicillin, การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก, ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

Nursing care for mothers and infants with positive VDRL blood test results: 2 cases study

Boonyalak Noisaeng, B.N.S.¹

Abstract

This study presents a comparative case study of two pregnant women who were diagnosed with syphilis during antenatal care. The two cases differed in terms of gestational age at diagnosis, treatment, and postpartum complications. The first case was an 18-year-old woman with a first pregnancy, diagnosed in the second trimester, who received complete treatment. The second case was a 24-year-old woman with a second pregnancy, diagnosed in the third trimester, who received complete treatment but had a lower VDRL and different postpartum complications. The results demonstrate the importance of screening, early diagnosis, and complete treatment to prevent mother-to-child transmission.

Keywords: Syphilis, Pregnancy, Benzathine Penicillin, Mother-to-child transmission,
Postpartum complications

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีรัตน จังหวัดศรีสะเกษ Email: boonyalaknoisaeng@gmail.com

บทนำ

โรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก ปัจจุบันการติดเชื้อซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสามารถแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ (congenital syphilis) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการแท้ง ทารกตายในครรภ์ ทารกเสียชีวิตหลังคลอดหรือทารกมีความพิการแต่กำเนิด กรมอนามัยพบว่าผลการตรวจคัดกรองซิฟิลิสให้ผลบวกใน 9 ปีที่ผ่านมาโดยในปี 2562 มีหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดทั้งหมด 46,092 ราย ผাগครรภ์ ร้อยละ 98.71 ไม่ได้ ผাগครรภ์ ร้อยละ 1.29 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (RPR/VDRL) 444,171 ราย ผลบวก 2,124 ราย (ร้อยละ 0.48) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซิฟิลิส 2,029 ราย (ร้อยละ 0.45) ได้รับการรักษา 1,977 ราย (ร้อยละ 97.74) เด็กได้รับการรักษา 1,674 ราย (ร้อยละ 82.50) จากข้อมูลสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี 2567 พบว่า ในระดับประเทศมีผู้ป่วย 55,826 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 84.37 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 8 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:1.31 ในระดับจังหวัดศรีสะเกษมีผู้ป่วย 1,480 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 101.70 ต่อแสนประชากร ขณะที่อำเภอศรีรัตนะพบผู้ป่วย 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 9.42 ต่อแสนประชากร การติดเชื้อซิฟิลิสหากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลต่อทารกในครรภ์ได้แก่แท้ง ทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือตายคลอด หากทารกไม่ได้รับการรักษาใน 1 เดือนจะส่งผลกระทบต่อทารกในระยะยาว คือพัฒนาทางระบบประสาทและสติปัญญาล่าช้า ผลกระทบต่อคู่สามีภรรยา สามารถเกิดการแพร่เชื้อไปสู่คู่ชีวิตได้

จากข้อมูลสถานการณ์ผลกระทบจากการติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างการตั้งครรภ์ ผู้ศึกษาจึงได้ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถค้นหาปัญหาที่สำคัญ การคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างเหมาะสมซึ่งต้องให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งการใช้แบบแผนสุขภาพสามารถใช้ประเมินปัญหาที่

ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ป่วยเพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพ

จากสถิติการคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ของคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีรัตนะพบว่า ในปี 2565 มีหญิงตั้งครรภ์ 223 คน ได้รับการตรวจคัดกรอง 208 คน (93.27%) พบผู้ป่วยซิฟิลิส 3 ราย ในปี 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ 209 คน ได้รับการตรวจคัดกรอง 201 คน (96.17%) พบผู้ป่วยซิฟิลิส 2 ราย และในปี 2567 มีหญิงตั้งครรภ์ 218 คน ได้รับการตรวจคัดกรอง 198 คน (90.8%) พบผู้ป่วยซิฟิลิส 3 ราย ข้อมูลการฝากครรภ์และการตรวจคัดกรองแยกตามชนิดโรคพบว่า ในปี 2565-2567 พบเด็กซ์ 0-1 คน, ซิฟิลิส 2-3 คน, และไวรัสตับอักเสบบี 2-3 คน โดยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบคู่ แต่ในปี 2567 มีผู้ไม่มารับการรักษา 1 คน (0.47%) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดในระดับอำเภอ คือ 15-24 ปี (40%), 25-34 ปี (40%) และ 35-44 ปี (20%) โดยพบในกลุ่มอาชีพรับจ้าง (80%) และเกษตรกร (20%)

การศึกษานี้นำเสนอกรณีศึกษาเปรียบเทียบหญิงตั้งครรภ์ 2 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซิฟิลิสระหว่างการฝากครรภ์ แต่มีความแตกต่างในแง่ของระดับ VDRL อายุครรภ์ขณะวินิจฉัย และรูปแบบการฝากครรภ์ โดยรายแรกเป็นหญิงอายุ 18 ปี ครรภ์แรก มีค่า VDRL 1:256 ต่อมาลดลงเป็น 1:32 ผাগครรภ์ไม่สม่ำเสมอที่โรงพยาบาลวังหิน 7 ครั้งและโรงพยาบาลศรีรัตนะ 2 ครั้ง ส่วนรายที่สองเป็นหญิงอายุ 24 ปี ครรภ์ที่สอง มีค่า VDRL 1:8 ผাগครรภ์สม่ำเสมอที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ 18 ครั้ง ทั้งสองรายได้รับการรักษาด้วย Benzathine Penicillin G ครบ 3 เข็ม มีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี และไม่พบการแพร่เชื้อไปยังทารก แต่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้จะช่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์
ติดเชื้อซิฟิลิสโดยใช้กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย แบบเฉพาะเจาะจงที่
ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิส ในปี 2567
ทำการศึกษาประวัติการพยาบาล การรวบรวมข้อมูล
จากเวชระเบียน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ 1.แบบบันทึกข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยจากเวช
ระเบียน 2.แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 3. แบบบันทึก
ทางการพยาบาล เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมา
กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แบบแผน

สุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน วางแผนการพยาบาล
สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้ผ่านการขออนุญาต
จากผู้ป่วยและญาติ โดยขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์
อักษร อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยไม่ละเมิด
สิทธิของผู้ป่วยและเก็บข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ

ในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการ
พยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื้อซิฟิลิสและติดเชื้อเสียดูด โดยใช้
แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ผู้ศึกษาได้มีการประเมิน
และได้แบ่งการวินิจฉัยทางการพยาบาลออกเป็น 3
ระยะคือ ก่อนคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด ทั้ง
มารดาและทารกโดยให้การพยาบาลครอบคลุมด้าน
ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 1 กรณีศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1 เยาวลักษณ์	กรณีศึกษารายที่ 2 ละออง
ประวัติการตั้งครรภ์	หญิงไทยอายุ 18 ปี ครรภ์แรก (G1P0)	หญิงไทยอายุ 24 ปี ครรภ์ที่สอง (G2P1A0L1) last child 2 ปี
อาการสำคัญ	เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง	เจ็บครรภ์คลอดก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง
ประวัติการเจ็บป่วย	มารดาครรภ์แรกฝากครรภ์ครั้งแรกที่ร.พ.วัง หินฝากครรภ์ 7 ครั้ง ที่ร.พ. ศรีรัตนะ 2 ครั้ง ได้รับการตรวจเลือดปรีกษาแบบคู่ ผลเลือด สามี VDRL 1: 256 เมื่ออายุครรภ์ 12 สัปดาห์ VDRL 1:256 ต่อมา 1:32 ฝากครรภ์ไม่ สม่ำเสมอที่ รพ.วังหิน	มารดาครรภ์ที่ 2 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่ โรงพยาบาลศรีรัตนะ 18 ครั้ง ได้รับ การตรวจเลือดปรีกษาแบบคู่ ผลเลือด สามี VDRL 1:8 ฝากครรภ์ เมื่ออายุ ครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ บุตรคน แรกอายุ 2 ปี แข็งแรงดี
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคเบาหวาน ความดัน มีประวัติจากการฝากครรภ์ ตรวจเลือดพบ ซิฟิลิส VDRL 1:256 Benzathine 2.4 mu * 3 dose ครบ ตุลาคม 2566 ต่อมาผล VDRL 1:32	สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคเบาหวาน ความดันมีประวัติจากการฝากครรภ์ ตรวจเลือดพบซิฟิลิส VDRL 1:8 Benzathine 2.4 mu * 3 dose ครบ 15 /2/67 ต่อมาผล VDRL 1:4

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษารายที่ 1 เยาวลักษณ์	กรณีศึกษารายที่ 2 ละออง
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	VDRL 1:32	ผล VDRL 1:4
ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี	ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี
การวินิจฉัยแรกรับ		
การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย		
การรักษา	มารดา Benzathine 2.4 mu * 3 dose ครบ ตุลาคม 2566 ทารก	มารดา Benzathine 2.4 mu * 3 dose ครบ 15 /2/67 ทารก

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ข้อวินิจฉัย/ การวิเคราะห์
แบบแผนที่ 1. การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	หญิงอายุ 18 ปี ฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอที่โรงพยาบาลวังหิน 7 ครั้ง และโรงพยาบาลศรีรัตนะ 2 ครั้ง สะท้อนถึงการรับรู้และการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ดีเท่าที่ควร ให้ความสำคัญร่วมมือในการรักษาโดยได้รับยา Benzathine Penicillin G ครบทั้ง 3 เข็ม	หญิงอายุ 24 ปี ฝากครรภ์สม่ำเสมอที่โรงพยาบาลศรีรัตนะ 18 ครั้ง แสดงถึงการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเองและทารกในครรภ์ ให้ความสำคัญร่วมมือในการรักษาด้วยดี โดยได้รับยา Benzathine Penicillin G ครบทั้ง 3 เข็ม	1.มารดาและทารกมีการติดเชื้อซิฟิลิสขณะตั้งครรภ์ 2. ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของโรคซิฟิลิสในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	น้ำหนัก 68.7 Kg, ส่วนสูง 165 cm, BMI 25.0 kg/m ² อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินเล็กน้อย	น้ำหนัก 57 Kg, ส่วนสูง 154 cm, BMI 24.0 kg/m ² อยู่ในเกณฑ์ปกติ	มารดาเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	หลังคลอดมีอาการไข้ ปวดท้องน้อย และปัสสาวะแสบขัด แสดงถึงความผิดปกติในการขับถ่าย ปัสสาวะที่เกี่ยวข้องกับ	ภาวะติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ (perineal infection) ซึ่งอาจส่งผลต่อความสะอาดและความเจ็บปวดในการขับถ่าย	มีการติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ

แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ข้อวินิจฉัย/ การวิเคราะห์
	การติดเชื้อ post-partum sepsis		
แบบแผนที่ 4 กิจวัตร ประจำวันและการออกกำลังกาย	สัญญาณชีพปกติ (T 37°C, P 84/min, R 20/min, BP 120/80 mmHg) แต่มีข้อจำกัดด้านกิจกรรมในช่วงหลังคลอดเนื่องจากมีภาวะ post-partum sepsis	สัญญาณชีพปกติก่อนคลอด (T 36.5°C, P 84/min, R 20/min, BP 130/80 mmHg) แต่หลังคลอดมีภาวะ hemorrhagic shock และติดเชื้อที่แผลฝีเย็บ ซึ่งส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวและ กิจกรรม	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณฝีเย็บ
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ	พักผ่อน นอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง	พักผ่อน นอนหลับวันละ 8 – 10 ชั่วโมง	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้
แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญา และการรับรู้	หญิงครรภ์แรก อายุน้อย (18 ปี) การฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมออาจสะท้อนการรับรู้ความเสี่ยงและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซิฟิลิส และการดูแลครรภ์ที่ยังไม่เพียงพอ	ครรภ์ที่สอง อายุมากกว่า (24 ปี) ฝากครรภ์สม่ำเสมอ แสดงถึงความเข้าใจและการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์	
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ ตนเองและอัตมโนทัศน์	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ครั้งแรกและการติดเชื้อซิฟิลิส ส่งผลต่อการมองภาพตนเองในฐานะแม่	มีประสบการณ์การเป็นแม่มาก่อน (มีบุตรคนแรก อายุ 2 ปี) อาจมีความมั่นใจในการดูแลบุตรมากกว่า แต่อาจกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่รุนแรง	
แบบแผนที่ 8 บทบาทและ สัมพันธภาพ	มารดาครั้งแรก ต้องปรับตัวกับบทบาทใหม่ ได้รับการตรวจเลือดแบบคู่กับสามี (สามีมีผล VDRL 1:256)	มารดาครั้งที่สอง มีประสบการณ์ดูแลบุตรมาก่อน ได้รับการตรวจเลือดแบบคู่กับสามี (สามีมีผล VDRL 1:8)	

แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	ข้อวินิจฉัย/ การวิเคราะห์
แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์	หญิงอายุ 18 ปี ครรภ์แรก ติดเชื้อซิฟิลิสซึ่งเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลอดบุตรเพศหญิง น้ำหนัก 2,760 กรัม	หญิงอายุ 24 ปี ครรภ์ที่ สอง ติดเชื้อซิฟิลิส คลอด บุตรน้ำหนัก 2,780 กรัม	
แบบแผนที่ 10 ความเครียดและการเผชิญ ความเครียด	ต้องเผชิญกับความเครียด จากการตั้งครรภ์ครั้งแรก การติดเชื้อซิฟิลิส และ ภาวะติดเชื้อหลังคลอดมี ความเครียดระดับปาน กลาง ได้ 30 คะแนน(แบบ ประเมินความเครียด สวน ปรุง)	มีความเครียดจาก ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หลังคลอด (hemorrhagic shock และการติดเชื้อ) ซึ่งต้องการการปรับตัว และรับมือกับความเครียด มากกว่า มีความเครียด ระดับมากได้ 42 คะแนน (แบบประเมินความเครียด สวนปรุง)	
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและ ความเชื่อ	ให้ความร่วมมือในการ รักษาตามแนวทาง การแพทย์แผนปัจจุบัน แสดงถึงการยอมรับและ ให้คุณค่ากับการรักษาทาง การแพทย์	ผู้คลอดดำเนินชีวิตของ ตนเองตามปกติเห็นคุณค่า ของตนเอง	ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

ประเด็นปัญหา	การปฏิบัติการพยาบาล / การวิเคราะห์	
ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด	ระหว่างการฝากครรภ์ ผู้ป่วยได้รับการ ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสตามมาตรฐาน และพบผลบวก โดยมีค่า VDRL 1:32 จึงได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิส ในขณะนั้นอายุครรภ์ประมาณ 20 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2)	ระหว่างการฝากครรภ์ ผู้ป่วยได้รับการ ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสและพบ ผลบวก โดยมีค่า VDRL 1:8 จึงได้รับ การวินิจฉัยเป็นโรคซิฟิลิส ในขณะนั้น อายุครรภ์ประมาณ 24 สัปดาห์ (ไตร มาสที่ 2)

ลักษณะทั่วไป	น้ำหนัก 68.7 Kgs Ht 165 cms. BMI 25.0 /mm ² V/S : T 37 P 84/min R 20/min BP 120/80 mmHg.	น้ำหนัก 57 Kgs Ht 154 cms. BMI 24.0 /mm ² V/S : T 36.5 P 84/min R 20/min BP 130/80 mmHg.
การคลอดและภาวะหลังคลอด	ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์เมื่อวันที่ 23 มกราคม 2567 ที่อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ 2 วัน และคลอดบุตรโดยวิธีธรรมชาติในเวลา 12:25 น. ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,760 กรัม Apgar score 8, 9, 10 ทารกเพศหญิงแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง ไม่พบความผิดปกติที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด	ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บครรภ์เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2567 ที่อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ และคลอดบุตรโดยวิธีธรรมชาติในเวลา 20:12 น. BW 2,780 gms. AS 10 10 10 ทารกมีสุขภาพแข็งแรง ไม่พบความผิดปกติที่บ่งชี้ถึงการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด
F/U มารดา	3 , 6 , 12 เดือน VDRL titer	6 เดือน VDRL titer
ประวัติทารก	V/S T 36.6 P 156 /min R 50/min BW 2,760 gms, Ht 47 cms. VDRL 1:16 Treat Benzathine 140,000 Unit IM single dose. Refer รพศก. ตรวจหู ตา	V/S T 36.8 P 154 /min R 54/min BW 2,780 gms, Ht 52 cms. VDRL 1:2 Treat Benzathine 140,000 Unit IM single dose. Refer รพศก. ตรวจหู ตา
F/U ทารก	ทุก 2 months until NR	ทุก 2,4,6,9,12 month

การอภิปรายผล

กรณีศึกษาทั้งสองรายแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม แม้ว่าทั้งสองรายจะได้รับการรักษาครบถ้วน แต่มีความแตกต่างในแง่ของระดับ VDRL ขณะวินิจฉัยและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในกรณีศึกษาทั้งสอง ได้แก่

1. ระดับ VDRL ขณะวินิจฉัย: กรณีศึกษาที่ 1 มีค่า VDRL สูงถึง 1:32 ซึ่งบ่งชี้ถึงระดับการ

ติดเชื้อที่สูงกว่ากรณีศึกษาที่ 2 ที่มีค่า VDRL 1:8 แต่ทั้งคู่ได้รับการรักษาด้วยขนาดยาที่เท่ากัน คือ Benzathine Penicillin G 2.4 ล้านยูนิต 3 ครั้ง

2. ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด: กรณีศึกษาที่ 1 มีภาวะ post-partum sepsis ที่ตอบสนองต่อการรักษาได้ดี ในขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าคือ hemorrhagic shock และ perineal infection ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่า
3. การป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก: ทั้งสองกรณีไม่พบการติดเชื้อซิฟิลิสแต่กำเนิด

ในทารก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรักษาที่ครบถ้วนด้วย Benzathine Penicillin G มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก แม้ว่าจะมีระดับ VDRL ที่แตกต่างกัน

4. **ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด:** กรณีศึกษาที่ 2 มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ hemorrhagic shock ที่อาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการติดเชื้อซิฟิลิส แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่พบได้ ในขณะที่ภาวะติดเชื้อหลังคลอดในทั้งสองรายอาจมีความเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันที่ลดลงจากการติดเชื้อซิฟิลิสและการตั้งครรภ์

บทสรุป

กรณีศึกษาทั้งสองรายแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษาโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมและทันทั่วทั้ง การฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรก การตรวจคัดกรองซิฟิลิสตามมาตรฐาน และการรักษาที่ครบถ้วนเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการแพร่เชื้อซิฟิลิสจากมารดาสู่ทารกจากการศึกษาทั้งสองกรณี พบว่าแม้จะมี

ความแตกต่างในแง่ของระดับ VDRL ขณะวินิจฉัย แต่การรักษาที่ครบถ้วนด้วย Benzathine Penicillin G 3 ครั้งสามารถป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดที่แตกต่างกันในทั้งสองกรณีแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวังและการดูแลหลังคลอดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในรายที่มีประวัติการติดเชื้อซิฟิลิสระหว่างตั้งครรภ์

บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับความสำคัญของการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรักษาที่ต่อเนื่อง ครบถ้วน รวมถึงการตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอด เพื่อป้องกันผลกระทบร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งมารดาและทารก การศึกษากรณีเปรียบเทียบบนนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์อย่างครบถ้วนและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO guideline on syphilis screening and treatment for pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2017.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70(4):1-187.
3. Newman L, Kamb M, Hawkes S, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. PLoS Med. 2013;10(2):e1001396.
4. Trivedi S, Williams C, Torrone E, Kidd S. National Trends and Reported Risk Factors Among Pregnant Women With Syphilis in the United States, 2012-2016. Obstet Gynecol. 2019;133(1):27-32.

5. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.



กองบรรณาธิการ
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ