



ECH

Journal

of environmental and community health

VOL.8 NO.1 January - April 2023

วารสาร อนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน

ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2566

ISSN : 2672-9717

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นันทพร ศรีเมฆรัตน์ ,สิวพร พานเมือง	1
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา สุวรรณา ภูบุญเดิม	12
รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์	22
จรรยา แลโสภา	
โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform กาฬสินธุ์พร้อม	30
บุรินทร์ จินดาพรรณ	
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงการะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	39
วาสนา สุริสาร	
ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการปฏิบัติงานของข้าราชการ ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2565 วิไลยน สีหะวงษ์	48
การพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจาก โรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ	56
จารุมน ลักนาวิวัฒน์ ,มยุรี ลักนาศิริรัตน์ ,ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์ ,ธีระยุทธ แซ่ฮ่อ	
การพัฒนาแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษา โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์	67
จุฑารัตน์ บุตรดีขันน	
รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย อนุชิต หน่อแหวน	79
รูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง	87
อัษฎาฐ สอนพรหม	
การพัฒนาแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์	97
จิราภรณ์ ฉัตรสุกุล ปนัดดา ภูบรรทัด	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา ของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง	109
วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา ,พิภพพัฒน์ จันทะเทียน ,พัชรนันท์ รัตนภาค ,ชุตินา ปัญญาพิณจิณกุล ,ทรงพร จันทพัฒน์ ,สัมพันธ์ มณีรัตน์	
ผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอกสาร งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี .. กฤษยากร อินยา	119
การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา เทคโนโลยีสุขภาพจิต แบบบูรณาการอย่างยั่งยืน	130
มยุรี ลักนาศิริรัตน์ ,จารุมน ลักนาวิวัฒน์ ,สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์,	
การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง .. กัญญาวิทย์ ต้นสวรรค์ ,อุษณีย์ รามฤทธิ์	143
การพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย	153
พิสมัย บุชบุญ ,มะลิวรรณ อังคณิตย์	
การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	166
วิภา ดวงสุวรรณกุล	
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักและมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ	176
พิรุณ กมลผาด	
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน: กรณีศึกษา	185
ศศิธร วัตรศรี	

สารบัญ

รายงานการวิจัย	หน้า
การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลลุงสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์	198
อนันต์ ปุรินทะ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม	205
อนุชา มหานิล รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์	220
อรรคราชร สวงนตระกูล ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2565	229
อุทัย บุญเรือน โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย	239
พิทักษ์ กาญจนะกร, ฌมณีนี โชติการณ์ ผลของการใช้โปรแกรมการจดทะเบียนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์	251
สงกรานต์ นะรินยา การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์	259
อภิญา ตันเจริญ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพือ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์	269
วัชรารุช แก้วเกตุ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือด โรงพยาบาลพลจังหวัดขอนแก่น	280
มหรณพ รัตนวรวิทย์ ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูฟื้นคืนอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี	287
พัชรี ฤทธิ์ศรี รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	294
มยุรี ภูไรรัตน์ รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชนของ แกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์	303
มยุรี ภูไรรัตน์ ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอศรีสมเด็จ	311
ศิริพร ฝักรัตน์, สุภาวดี ศิริโอด ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม	324
พัชราพร วรรณสุ, พิเศษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์, นันทนา วรรณสุ การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านค้อ อำเภอภูผามาศ จังหวัดกาฬสินธุ์	337
ชนม์ ฉายแมน การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและยาเสพติด อำเภอโนนสูง จังหวัดกาฬสินธุ์	346
วิจิราภรณ์ สอระสัน	

บทบรรณาธิการ

วารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม ตลอดจนผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขภาพชุมชน จัดทำขึ้นโดย ชมรมศิษย์เก่าอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี

สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 21 (ปีที่ 8 ฉบับที่ 1) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน มกราคม – เมษายน 2566 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อผ่าตัด แกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง ภาวะโรคเมตาบอลิก การคงอยู่ในการปฏิบัติงานของข้าราชการ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระบบสุขภาพอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา การสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยแอปพลิเคชัน การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักและมีโรคร่วม ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน การพัฒนานตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยารักษาโรค คักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย กระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิง พฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคฉี่หนู การออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การตั้งครุฑไม้ฟุ้งประสงค์ในวัยรุ่นหญิง เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหา สำหรับวารสารวารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 นี้ จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชนต่อไป

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวานขณะตั้งครรภ์
Factors to predict glycemic control behavior of pregnant women with gestational diabetes

(Received: April 27,2023 ; Revised: April 28,2023 ; Accepted: April 30,2023)

นันทพร ศรีเมฆารัตน์¹ สีวาพร พานเมือง²
Nantaporn Srimekharat¹ Siwaporn Phanmuang²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายของปัจจัยทำนาย ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 110 คน ที่มารับการรักษา ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สถิติที่ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ รายได้ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถทำนายได้ ร้อยละ 25.9 จากผลการศึกษานี้การจัดบริการคลินิกฝากครรภ์ ควรส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ ได้รับข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่เหมาะสม มีการนัดผู้ป่วยมารับการตรวจต่อเนื่อง บุคลากรในทีมสุขภาพ ควรให้คำแนะนำการปฏิบัติตนในควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และคำนึงถึงปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ในการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง
คำสำคัญ หญิงตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ABSTRACT

Descriptive research was used in conjunction with correlational research. This research aimed to study factors that could predict behaviors that reduced blood sugar levels of Gestational diabetic Meletus in Kalasin Hospital. The samples were pregnancies who had diabetes. Samples of 110 pregnancies were selected using a simple random sampling technique. The data were analyzed by multiple regression analysis. Factors related to behavior that reduced blood sugar levels were income information support and health continuing. A perceived susceptibility and severity could predict behaviors to reduce blood sugar levels of gestational diabetes mellitus pregnancy with the coefficient at 0.259 that were statistically significant at the .05 level.

¹โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

²วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

As a result of the findings of this research, Antenatal care clinics should events to strengthen awareness knowledge health care in diabetic pregnant women and monitoring to ensure pregnancy with diabetes have follow up in antenatal care . Moreover, other personnel can use the findings of this study for monitoring and advising pregnancy individually to achieve a good relationship with nurse and regular follow-up which will reduce blood sugar levels including to reduce the risk of gestational diabetes meletus.

Keyword : Pregnant women , Gestational Diabetes Melitus .

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคทางอายุรกรรมที่สามารถพบได้ขณะตั้งครรภ์ อัตราความชุกของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน นั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและองค์ประกอบทางวัฒนธรรม ในปัจจุบันภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes mellitus, GDM) พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการสำรวจภาวะเบาหวานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ¹ (international diabetes federation) พบแนวโน้มสถิติการเกิดเพิ่มขึ้น ในปีค.ศ. 2015-2517 มีผู้หญิงเป็นเบาหวานจากจำนวน 199.5 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 204 ล้านคน มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จำนวน 20.9 ล้านคนหรือร้อยละ 16.2 โดยร้อยละ 85.1 วินิจฉัยว่าเป็นภาวะเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์(gestational diabetes) พื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูงสุด คือ พื้นที่ในเขตตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ (ร้อยละ 12.9) รองลงมา คือ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และพื้นที่ ด้านตะวันตกของมหาสมุทรแปซิฟิก (ร้อยละ 11.7) พื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูงได้แก่ ไต้หวัน และฮ่องกง (ร้อยละ 38.6 และ 32.5 ตามลำดับ) สำหรับประเทศไทยพบความชุกของโรคสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทวีปเอเชียเท่ากับร้อยละ 17.12 จากผลการสำรวจภาวะเบาหวานของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย² พบว่า มีความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 (พ.ศ. 2562) เป็น ร้อยละ 8.9 (พ.ศ. 2564) มี ผู้ เป็น โรคเบาหวานได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาล

ได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 และมีแนวโน้มผู้เป็นเบาหวานสูงขึ้น หญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคต ร้อยละ 8.4 (ใน 8 ปี) เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เป็น เบาหวาน ร้อยละ 3.312 และทารกมีโอกาสได้รับผล กระทบจากแม่ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 14.35 จากข้อมูลดังกล่าวสามารถ สรุปได้ว่า ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัญหาด้านสุขภาพสำคัญทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องร่วมกันในการส่งเสริมและดูแลสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้สามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (Diabetes Mellitus in Pregnancy) เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ มีการทำลายอินซูลินโดยรกและฮอร์โมนจาการก ซึ่งมีฤทธิ์ต้านอินซูลินทำให้เกิดการเผาผลาญภายในร่างกายผิดปกติ ผลกระทบโดยตรงของโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อมารดา และทารก โดยผลกระทบต่อมารดา ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ครรภ์แฝดน้ำ การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การคลอดยาก การตกเลือดหลังคลอด และการคลอดก่อนกำหนด ผลกระทบ

ต่อทารก และทารกในครรภ์ ได้แก่ ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโต ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด ภาวะปิริลูบินในเลือดสูง ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ กลุ่มอาการหายใจลำบากแรกเกิด และภาวะตายคลอด³ ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดขึ้นในขณะตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยโรคเบาหวานตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดการตั้งครรภ์ ลดผลกระทบ หรืออันตรายดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นได้ สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติแนะนำการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์โดยการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในพลาสมาหลังการอดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) ตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก การตรวจคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เชื้อชาติ อายุ 35 ปีขึ้นไป น้ำหนักเกินหรืออ้วน มีประวัติคลอดทารกตัวโต มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยหากมีการคัดกรองซ้ำในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ด้วยวิธี “one-step” ซึ่งเป็นการทำการ ตรวจครั้งเดียวโดยใช้ 75 กรัม OGTT หรือ “two-step”⁴ ซึ่งจะใช้การตรวจคัดกรองด้วย 50 กรัม Glucose challenge test แล้วตรวจยืนยันด้วย 100 กรัม OGTT เป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์จะต้องมีการจัดการสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม หลักการสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ คือ หญิงตั้งครรภ์ต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลของพลังงานที่รับประทานเข้าไปและพลังงานที่นำออกมาใช้ แนวคิดทฤษฎีที่อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ดี คือ แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ที่เชื่อ

ว่า กระบวนการเกิดพฤติกรรมของบุคคลควรมีลักษณะของการกำหนด การอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้น พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคเบาหวาน การเข้าถึงข้อมูล และการสื่อสารข้อมูล กับบุคลากรทางสุขภาพ ลักษณะครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ เป็น ปัจจัยภายในบุคคลที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรม เป็นทักษะ ส่วนบุคคล ด้านความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูล เพื่อใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านทางสุขภาพมีผลต่อ พฤติกรรม การดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($R^2 = .179, p < .05$)⁵ การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยเชิงพฤติกรรม ที่เกี่ยวกับ ความเชื่อมั่นในความสามารถปฏิบัติ พฤติกรรมของตนเอง หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับสูง จะส่งผล ให้มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่าง เหมาะสม สอดคล้องกับ การศึกษาพบว่า การรับรู้ ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้าในผู้ป่วยเบาหวาน และในสตรีที่เป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของสตรี ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากที่สุด ($\beta = .63, t = 11.65, p < .001$)⁶ ลักษณะของครอบครัวเป็นอีกปัจจัย หนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยบุคคลที่มีลักษณะครอบครัว ขยายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การไม่ดื่มสุรา และการไม่สูบบุหรี่

จากอุปนิสัยการเกิดโรคที่สูงขึ้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ รายได้ น้ำหนักที่เพิ่ม ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ การได้ข้อมูลข่าวสาร การดูแลอย่างต่อเนื่อง การเผชิญความเครียด เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

ผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลและการจัดบริการการพยาบาล เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติต่อไป เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ อายุ รายได้ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ การเผชิญความเครียด การดูแลอย่างต่อเนื่อง และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เข้ารับบริการที่คลินิกฝากครรภ์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) หญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 18 ปี 2) อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) มีความผิดปกติในขณะตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เลือดออกขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น 2) Preterm (GA ≤ 37 wks)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน คำนวณด้วยการวิเคราะห์ อำนาจทดสอบ กำหนดค่าความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .9 (Grove, Burns, & Gray, 2012) ^{7, 8} และค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง กำหนดที่ .15 (Cohen, 1988) ⁹ จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษาเท่ากับ 3 ใช้ สถิติ F-test และ Linear multiple regression: Fixed model, R² deviation from zero ได้กลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 100 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 110 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จำนวนการตั้งครรภ์ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลข่าวสาร

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha's coefficient) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม รพ. กาฬสินธุ์ รหัส 10/2565 จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบาย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง มีสิทธิเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผล กระหนาบต่อการรักษา และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอ ผลการศึกษาเป็นภาพรวม และภายหลังที่มีการเผยแพร่ ผลการศึกษาข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 110 ราย ร้อยละ 58.6 อายุเฉลี่ย 28.59 ปี มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 4190.4 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.6 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาร้อยละ 88.7

ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 55.0 มีรายได้เฉลี่ย 4,186.57 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.9 มี BMI ก่อนการตั้งครรภ์ เกินเกณฑ์มาตรฐาน และร้อยละ 57.1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน มากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .01$) รองลงมาคือ การดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, .277$ และ $.19, p < .01$) ตามลำดับ ส่วนระดับ BMI ก่อนการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.18, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีเบาหวาน (N=110)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. อายุ	1									
2. สถานภาพสมรส	-.24*	1								
3. BMI ก่อนตั้งครรภ์	.10	-.39*	1							
4. รายได้	-.23*	.24*	-.15	1						
5. จำนวนครั้งการตั้งครรภ์	.03	.16	-.24*	-.10	1					
6. การออกกำลังกาย	-.05	.16	-.27*	-.08	.67*	1				
7. การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	.00	.04	-.06	-.15*	.47*	.48*	1			
8. พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	.01	-.08	.01	-.01	.04	.05	-.18*	1		
9. การได้รับข้อมูลข่าวสาร	.09	.08	-1.6	-.15	.49*	.52*	.40*	.01	1	
10. พฤติกรรมการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด	.05	-.04	-.18*	-.15	.28**	.19*	.32*	-.02	.43*	1

* $p < .05$

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดสามารถ

ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 25.9 ($R^2 = .259$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยตัวแปรที่สามารถ ทำนาย

พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ รายได้ ($\beta = .38, p < 0.001$) การดูแลอย่างต่อเนื่อง ($\beta =$

.21, $p < .05$) และ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\beta = -.19, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (N = 110)

ตัวแปร	b	S.E.	β	t	p-value
	Constant	50.54	6.08	8.32	<.001
1. อายุ	.30	1.18	.02	.25	.801
2. สถานภาพสมรส	-1.58	1.23	-.11	-1.29	.200
3. BMI ก่อนตั้งครรภ์	-2.59	1.18	-.19	-2.20	.029
4. รายได้	-.90	1.27	-.06	-.71	.480
5. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	.18	.23	.08	.76	.449
6. การออกกำลังกาย	-.48	.27	-.20	1.77	.079
7. การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง	.71	.31	.21	2.28	.025
8. การเผชิญความเครียด	.03	.15	.02	.21	.831
9. การได้รับข้อมูลข่าวสาร	.79	.20	.38	4.05	<.001

*R = 0.509, R² = 0.259, R² adj = 0.199, F (degree of freedom 9, 130) = 5.044 Sig. of F = < .001, b = unstandardized beta coefficient, β = standardized beta coefficient

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานได้ร้อยละ 25.9 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายได้ คือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ รายได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี

สนับสนุนด้านการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนาย พฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำให้สามารถปฏิบัติตัวควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ การที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดและการได้รับการเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้นเตือนจากบุคคลใกล้ชิด แพทย์ พยาบาล และ ทีมสุขภาพ แสดงให้เห็นว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีความเชื่อทางด้านสุขภาพ จากการศึกษาของ เบคเกอร์⁹ พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้น เมื่อหญิงตั้งครรภ์ให้ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดความพอใจต่อการบริการ การยอมรับคำแนะนำ ข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมที่ดูแลสุขภาพ ทำให้สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ดี ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร ทำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัดสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนการศึกษา พบว่า ญัฐธยาน์ ประเสริฐ อำไพสกุล และคณะ¹⁰ ให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้สอดคล้องกับงานวิจัย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน¹¹ จากการศึกษา ขวัญเรือน ก้าวิฑู และชนิดา มัททวงกูร¹² ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ พบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาล ($r = 0.185, p\text{-value} = 0.007$)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือด ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในเรื่องข้อมูลข่าวสาร จากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวในระดับดี จะช่วยให้มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม สามารถปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของตนเอง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดให้มีความลดลง จากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรคและการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การศึกษาเชิงคุณภาพของ Carolan, Gill และ Steele¹³ พบว่า บุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น การทำหรือจัดหาอาหาร การออกกำลังกายร่วมกัน และการเป็นแบบอย่างที่ดีในการ รับประทานอาหาร เป็นต้น และบุคลากรทางการแพทย์ เป็นแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูลที่ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ผลการศึกษาสอดคล้องกับ

แนวคิด ความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ 9 ที่ว่าการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางของการปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์¹⁴ ที่ได้กล่าวไว้ว่าการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ ซึ่งจะส่งผลทางบวกหรือเสริมแรงบวกของการกระทำนั้นที่เป็น เช่นนี้เนื่องมาจากการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นมักคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติ และจะปฏิบัติพฤติกรรมให้เกิดประโยชน์สูงสุด การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัย ความเชื่อและการรับรู้ข้อมูล และแต่ละคนต้องการการกระตุ้นในระดับ ที่ไม่เท่ากันโดยการกระตุ้นของสิ่งเร้าเป็นได้ทั้งภายใน และภายนอก เช่น อาการของโรคที่เป็นจากประสบการณ์ของตนเองหรือ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวหรือ เพื่อนฝูง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่ยอมรับคำแนะนำ ข่าวสารคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว ทำให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การที่หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้รับข่าวสารหรือช่องทางที่เป็นประโยชน์ ทำให้เกิดความรอบรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สามารถค้นหาข้อมูล และมีทักษะการสื่อสารข้อมูลโดยขอคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพได้ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีการปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมไปถึง การรับการรักษาที่เหมาะสมได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีและสามารถดูแล การศึกษาวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยานัน ประเสริฐอำไพสกุล , เกสร สำเภาทอง และ ชดช้อย วัฒนะ¹⁵ พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันน้ำตาลในเลือดสูง และรายได้ ได้ $R^2 = .259$

รายได้เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ในทางลบ แสดงว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้สูง จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี อธิบายได้ว่าการที่มีรายได้แตกต่างกัน อาจมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถใช้จ่ายในการเลือกซื้ออาหาร อาหารเสริม ผลการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา โดยแตกต่างจากแนวคิดของเพนเดอร์¹⁶ ที่กล่าวว่าผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สูงจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ ในการดูแลสุขภาพและเอื้ออำนวยให้สามารถได้รับอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งการศึกษานี้แตกต่างจาก ผลการศึกษาของขวัญเรือน กำวิตุและชนิดา มัททวงกูรพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ สูงจะมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สะดวกสบาย มี สิ่งอำนวยความสะดวก ไม่มีภาระในการประกอบอาชีพ หรือดูแลครอบครัว จึงไม่ได้ออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย (sedentary lifestyle) ทั้งนี้เนื่องจากวิถี การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่อาศัยอยู่ในสังคมไทยในต่างจังหวัดอาจมีความเปลี่ยนแปลงไปคล้าย ผู้ที่อาศัยในสังคมเมือง อีกทั้งพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เน้นเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากกว่า การรับประทานยา และการมาพบแพทย์ตามนัด อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีแนวโน้มว่าบุคคลกลุ่มนี้โดยทั่วไปจะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด จึงทำให้มีพฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาลในระดับดี สอดคล้องกับ การศึกษาของ Rattanawarang, & Chantha¹⁷ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านทางสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 17.9 และความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยไม่สามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ รายได้ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มตลอดการตั้งครรภ์ การเผชิญความเครียด สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน เนื่องจากบุคคลที่มีอายุต่างกัน มีคุณลักษณะ การคิดพิจารณาญาณ ที่ต่างกัน ส่งผลให้มีความใส่ใจในสุขภาพที่ต่างกัน มีผลต่อความรับผิดชอบต่อความสามารถในพฤติกรรมและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาล

จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสูงของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน การตั้งครรภ์ที่ผ่านมาอาจมีผลต่อการรับรู้ปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ โดยประสบการณ์การตั้งครรภ์จะทำให้บุคคลเรียนรู้ และยอมรับสถานการณ์ต่างที่เปลี่ยนแปลงไปได้ดี ทำให้มีพฤติกรรมในทางที่ดี สามารถอธิบาย ได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านการตั้งครรภ์มาแล้ว ร้อยละ 52.9 เมื่อมารับบริการจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน และเป็นเรื่องซ้ำๆ จึงอาจรู้สึกละเลยการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานมีครรภ์แรกและครรภ์มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูงไม่แตกต่างกัน

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์การศึกษาที่

ผ่านมา (mean = 23.34 กก./ม²) ส่วนใหญ่เป็นงาน
วรรณกรรมในแถบประเทศตะวันตก มีการแบ่งเกณฑ์ที่
แตกต่างกัน การศึกษารังนี้ขึ้นประเด็นเกี่ยวกับดัชนี
มวลกายของชาวเอเชีย ดังนั้นควรมีการศึกษาใน
ประชากรขนาดใหญ่ที่สามารถเป็นตัวแทนได้ทั้งหมด
ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ดัชนีมวลกายก่อนการ
ตั้งครรภ์ จากการศึกษา วิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-
analysis) พบว่าสตรีที่มีภาวะ น้ำหนักตัวเกินก่อนการ
ตั้งครรภ์ (BMI = 25-29.9 กก./ม²) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่ม ขึ้นเป็นสอง
เท่า และจะเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า และแปดเท่าใน สตรี
ตั้งครรภ์ที่มี BMI > 30 กก./ม² และ BMI > 35 กก./ม²
ตามลำดับ¹⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าดัชนีมวลกายสามารถ
ทำนายการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ 1.099
เท่า (95%CI, 1.028-1.176, p < .05)

การเผชิญความเครียด ไม่สามารถรวมทำนาย
พฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่
เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง
มีการดูแลสุขภาพจิตโดยมีการรวมกลุ่มกับเพื่อนบ้าน
หรือกลุ่มผู้ป่วย เบาหวาน หรือญาติ พี่น้อง ทำกิจกรรม
เมื่อมีเวลาว่างอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ เมื่อมี
ความเครียด กลุ่มตัวอย่างมีที่ปรึกษาเพื่อปรับทุกข์
ระบายความคับข้องใจ เช่นสามี ภรรยา พ่อ แม่
ลูกหลานหรือ เพื่อนสนิทอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่ม
ตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และบริเวณบ้าน
อยู่ ใกล้เคียงกัน จึงมีการรวมกลุ่มกับเพื่อนบ้านและมี
กิจกรรมยามว่างเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับผล
การศึกษาของกรรณิกา สายแดง¹⁹ ศึกษากระบวนการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย โรคเบาหวานศูนย์สุขภาพ
ชุมชนแม่หล่าย อำเภอเมือง จังหวัดแพร่ พบว่า
กลุ่มเป้าหมายมีคะแนน พฤติกรรมด้านการดูแล
สุขภาพจิตและการจัดการความเครียดก่อนเข้าร่วม
กระบวนการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.9 และหลังเข้า
ร่วมโครงการอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 82.4 เนื่องจาก
กลุ่มเป้าหมายอยู่ในช่วงกลางคนค่อนข้างไปวัยสูงอายุ

(ช่วงอายุ 46 -60 ปี) ทำให้มีประสบการณ์ชีวิตหลาย
รูปแบบ จนควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่าวัยอื่น

น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ ไม่สามารถร่วม
ทำนายพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ
สตรีที่เป็นเบาหวาน ขณะตั้งครรภ์ อธิบายได้ว่า การ
รับประทานอาหารมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ
วิทยาลัย สูติ-นรีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา¹⁶ มีโอกาส
เกิดเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากพลังงาน
อาหารที่รับประทานจะมีผลกระทบต่อ ระดับน้ำตาล
หลังมื้ออาหาร และการตอบสนองของอินซูลิน
ก่อให้เกิดความทนทานต่อระดับน้ำตาลในร่างกายลดลง
จึงทำให้เกิดเป็นภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และมี
ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น 7 ซึ่งสอดคล้อง กับ
การศึกษาของ Kriser พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่รับประทาน
อาหารประเภทไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้ 1.1 เท่าของสตรีที่
รับประทาน อาหารตามปกติ (RR = 1.1, 95%CI =
1.02-1.12)⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ
รัตน์และคณะ²¹ ศึกษาในหญิงที่มีตั้งครรภ์ที่มีระดับ
น้ำตาลผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05)
ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่รับ
ประทานอาหารประเภทเส้นใยธัญพืช และ ผลไม้มี
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเบาหวานลดลง ร้อยละ 26
(95%, CI 9-49) เนื่องจากการรับประทานอาหาร
ประเภทเส้นใยและธัญพืชช่วยลดความรู้สึกลอย
อาหาร และทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการผู้ป่วยในคลินิกฝากครรภ์ ควร
จัดกิจกรรมการพยาบาลในการให้ความรู้ ได้แก่ การให้
ข้อมูลข่าวสารหรือการให้ความรู้โรคเบาหวาน ผ่านสื่อ
โทรทัศน์ ฟังวิทยุ รวมทั้งการแจกคู่มือเกี่ยว การปฏิบัติ
ตนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

2.พยาบาล ควรพัฒนาแนวทางในการส่งเสริม
พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดย การจัดกลุ่มให้คำแนะนำ เพื่อให้เกิด การเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ตลอดจนการสังเกตอาการผิดปกติ มีการแลกเปลี่ยนและแชร์ประสบการณ์ตรง ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

3. แพทย์ และพยาบาล ที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการฝากครรภ์ ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ ของการฝากครรภ์ตามนัดอย่างต่อเนื่องและการให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติมตามบริบทของสังคมไทย เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

5. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน ที่อยู่ในพื้นที่อื่น เช่น ระดับภาค หรือประเทศ เพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างขึ้น และควรมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาล ในเลือดสูง เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- 1.American Diabetes Association. (2019). Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes 2019 [internet]. [cited 17 March 2022]. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S13.full-text.pdf.
2. สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี . สถิติเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.html> 5 กันยายน 2565 .
- 3.Division of Medical Record Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital , Mahidol University. (2018). Statistical report 2018: Siriraj Hospital. Bangkok: Division of Medical Record Siriraj Hospital , 1-3 .
4. American Diabetes Association. (2020). Standards of medical care in diabetes-2020. Diabetes Care , 39 (Suppl 1), 97-112.
- 5.Committee on Practice Bulletins Obstetrics. (2018). ACOG practice bulletin No.190: gestational diabetes mellitus. Obstetric Gynecol , 131 (2) , 49-64.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2016. Diabetes Care. 2016;39 Suppl 1:1-112.
7. International Diabetes Federation. (2017). IDF Diabetes Atlas (8th ed.). Retrieved from [https://www.idf.org/component/ attachments/attachments.html?id=1405 &task=download](https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=1405 &task=download)
8. Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2012). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence (7th ed.). MO: Saunders.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
9. Becker ,M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior . Thorofare , NJ : Slack .

10. Nattaya P , Kaysorn S, Chodchoi W . (2008) . Factors Predicting Hyperglycemic Preventive Behavior among Older persons with Uncontrolled type 2 Diabetes Mellitus . Rama Nursig Journal , 14 (3) , 298-311 .
11. กฤษณา ปิงวงศ์ และ กัญญาณัฐ สิทธิภา . (2565) . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ . พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 , 313 -325 .
12. ขวัญเรือน กำวิตุ , ชนิดา มัททวงกูร . (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบมหาวิทยาลัยสยาม . วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม , ปีที่ 20 (38) ,82-95.
13. Makgoba M, Savvidou M, Steer P. An analysis of the interrelationship between maternal age, body mass index and racial origin in the development of gestational diabetes mellitus. BJOG. 2012;119(3):276-82.
14. Pender , N.J. (1996) . Health Promotion in Nursing practice (3rd ed.) Stanford , CT : Appleton & Lange .
15. Genova M, Todorova-Ananieva K, Tzatchev K. Impact of body mass index on insulin sensitivity/resistance in pregnant women with and without gestational diabetes mellitus. Acta Medica Bulgarica. 2013;40(2):60-7.
16. Chu SY, Callaghan WM, Kim SY, Schmid CH, Lau J, England LJ, et al. Maternal obesity and risk of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. Diabetes Care. 2007;30(8):2070-6. 12.
17. Rattanawarang, W., & Chantha, W. (2018). Health literacy of self-care behaviors for blood glucose control in patients with type 2 diabetes, Chainat province. The Journal of Baromarajonani College of Nursing Nakhonratchasima, 24(2), 34-51. [In Thai]
18. Lee, K.W. et al. (2018). Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth , 18 (1) , 481-494.
19. Radarith, C. et al. (2019). Factors influencing self-management among women with gestational diabetes mellitus. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27 (1), 50-59.
20. Kaiser, B., Razurel, C., & Jeannot, E. (2013). Impact of health beliefs, social support and self-efficacy on physical activity and dietary habits during the post-partum period after gestational diabetes mellitus: Study protocol. Biomed Central Pregnancy Childbirth, 13(133), 1-7. DOI:10.1186/1471- 2393-13-133.
21. Suwannarat, K. et al. , (2019). Effects of a self-management support program on diabetes self - management behavior and blood sugar level in women with gestational diabetes mellitus. Journal of Phrapokklao Nursing College, 30 (2), 1-13.
22. Soheilykhah, S. et al. (2019). Incidence of gestational diabetes mellitus in pregnant women. Iran Journal Report Medical , 8 (1), 24-28.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาล กาฬสินธุ์ : 2 กรณีศึกษา

Nursing care of elderly patients receiving general anesthesia for hemiarthroplasty Kalasin Hospital : 2 Case Studies

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

สุวรรณา ภูบุญเดิม¹
Suwanna Pooboonterm¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 2) ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน เก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยในของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักและต้องได้รับการยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลย้อนหลัง 1 ปีของปี 2565 โดยการนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนและทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรมมาใช้

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีประเด็นปัญหาที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ผู้ศึกษาจึงได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางการพยาบาลแบบองค์รวม นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนนำความรู้ ทักษะและประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุมาใช้ พบว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ การพยาบาลแบบองค์รวม , การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัวในผู้สูงอายุ

Abstract

This study aims to 1) Nursing practice Holistic nursing care for elderly patients receiving general anesthesia for hemiarthroplasty 2) Elderly patients requiring general anesthesia for hemiarthroplasty is safe without complications. Data were collected from in-patient medical records of elderly patients with underlying diseases and hip fracture requiring general anesthesia for hemiarthroplasty Kalasin Hospital . Data were collected 1 year in 2022 by applying Gordon's Health Model concept and Orem's self-care deficit theory.

The results showed that the two patients had the same and different problems. The researcher therefore analyzed the problems of nursing in a holistic way used to define the nursing diagnosis and nursing process both before, during and after anesthesia that covers physical, mental, emotional, social and spiritual aspects as well as bringing knowledge skills and experiences from the practice of anesthesia for elderly patients were used. It was found that the patients were safe no complication.

Keywords: holistic nursing care, general anesthesia in the elderly

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้มเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและด้านกายภาพ คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคน เป็น 2.6 ล้านคนและเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคนในปี 2050 โดยพบว่าอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2-3 เท่า ประชากรกลุ่มนี้เกือบร้อยละ 60 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1-2 โรค เป็นกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อย ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักพบอุบัติการณ์ ของอาการซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน (Delirium) หลังผ่าตัดสูงถึงร้อยละ 28-50 เกิด DVT ร้อยละ 50-60 และอัตราการตายหลังผ่าตัดร้อยละ 4.8¹

การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้สูงอายุค่อนข้างมีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเสี่ยง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพยาธิสรีรวิทยา ประกอบกับมีโรคประจำตัวหลายโรคและได้รับยาอยู่หลายชนิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึกหลายด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการไหลเวียนลดลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง มีความดันโลหิตสูง การเต้นของหัวใจผิดปกติได้บ่อย การตอบสนองต่อระบบประสาทอัตโนมัติเปลี่ยนไป การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงปริมาตรของสารน้ำไม่ดี ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ง่าย ผนังทรวงอกแข็ง ยึดหยุ่นได้น้อย มีถุงลมโป่งพอง เกิดภาวะแทรกซ้อนทางปอดได้ง่าย เนื้อสมองและปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ค่า MAC ของยาดมสลบลดลง ข้อต่อต่างๆมีความแข็งและยึดหยุ่นได้น้อย การทำงานของตับลดลงมีผลทำให้ยาที่ย่อยสลายหรือขับออกทางตับมีฤทธิ์ยาวนานขึ้น การทำงานของไตลดลงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน ยาที่ขับทางไตมีฤทธิ์ยาวนานขึ้น การทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้มีการบีบตัวลดลงทำให้เพิ่ม

ความเสี่ยงเรื่องการสำลัก ลักษณะของผิวหนังที่เหี่ยวแห้งทำให้เกิดอันตรายต่อผิวหนังได้ง่าย ไขมันที่ใบบนตาลลดลง มีแก้มตอบ ทำให้มีปัญหาในการใช้ mask ช่วยหายใจ ฟันอาจโยกหรือไม่มีทำให้การใส่ท่อช่วยหายใจยากขึ้น กระดูกและข้อบางและพรุนทำให้มีผลต่อการจัดทำในการใส่ท่อช่วยหายใจและการผ่าตัด การปรับตัวในการรักษาอุณหภูมิของร่างกายไม่ดีเกิดภาวะ Hypothermia ได้ง่าย มีความเสี่ยงของระบบประสาทและการรับรู้ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด^{2,3,7,8}

จากสถิติผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาสินธุ์ ในปี 2563 , 2564 และ 2565 มีจำนวน 121 ราย , 168 ราย และ 153 ราย ตามลำดับ (งานข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลกาสินธุ์ , 2565) ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ซึ่งปัจจุบันพบว่าถ้าผ่าตัดหลัง 48 ชั่วโมงผู้ป่วยจะมีอัตราการตายภายใน 30 วันเพิ่มขึ้น 3-4 เท่า ศัลยแพทย์มักจะขอผ่าตัดภายใน 36-48 ชั่วโมงเพื่อบรรเทาอาการปวด ลดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะวันนอนในโรงพยาบาล ทีมวิสัญญีจึงต้องให้ความสำคัญในการประเมินและการเตรียมสภาพผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการระงับความรู้สึก รวมถึงการดูแลในระยาระยะและหลังการระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มารับการระงับความรู้สึกมีการฟื้นอย่างรวดเร็วและหลีกเลี่ยงการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ⁴

ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะและการตัดสินใจในการพยาบาล และแก้ไขปัญหาวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และทันท่วงที มีการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อน ขณะ และหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณ โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นหลัก^{5,6} ผู้ศึกษาจึงตระหนักเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก และต้องได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อ

สะโพกเทียม จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า รวบรวม ความรู้ด้านวิชาการ การพยาบาลและประสบการณ์ จากการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการให้การ พยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วย สูงอายุที่ต้องได้รับการรับรู้ความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ขณะนอนรักษาตัวที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ผลการศึกษา

1. รายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
เพศและอายุ	เพศหญิง อายุ 92 ปี	เพศชาย อายุ 70 ปี
อาการสำคัญ	ล้มและปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้	ล้ม สะโพกซ้ายกระดูกแตก มีอาการปวด เดินไม่ได้
โรคประจำตัว	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง	ความดันโลหิตสูง พาร์กินสัน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
ศีรษะ ใบหน้า	ปกติ ผมสั้นสีขาว	ปกติ ผมสั้นสีดำ
ตา หู คอ จมูก	ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง หู คอและจมูก ลักษณะปกติ หูได้ยินไม่ชัดต้องพูดเสียงดัง	ตามองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง หู คอและจมูกปกติ
ริมฝีปากและฟัน	ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันหน้า	ริมฝีปากปกติ ไม่มีฟันโยกหรือฟันผุ
ทรวงอกและการหายใจ	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที	หายใจปกติ ไม่หอบ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นสม่ำเสมอ 80 - 88 ครั้งต่อนาที BP 164/80 mmHg EKG ปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำ Echo LVEF 51% ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไต แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดได้	อัตราการเต้นไม่สม่ำเสมอ 84 - 90 ครั้งต่อนาที BP 144/92 mmHg EKG มี ST invert lead I , V2-V6 ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ทำ Echo LVEF 57% ส่งปรึกษาอายุร แพทย์โรคหัวใจ แพทย์พิจารณาให้ผ่าตัดได้
ระบบประสาทและการ เคลื่อนไหว	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง แขนและขาขวา เคลื่อนไหวได้ ขาซ้าย On skin traction	รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง แขนและขาขวา เคลื่อนไหวได้ ขาซ้าย On skin traction
สภาพจิตใจและอารมณ์	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	การรับรู้ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ กรณีศึกษา 2 ราย โดยเก็บข้อมูลจากบันทึกเวช ระเบียบผู้ป่วยในของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว และมีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักที่ต้องได้รับการยา ระวังความรู้สึกแบบทั่วตัวเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูล ย้อนหลัง 1 ปี ในปี 2565 โดยได้เก็บรวบรวมข้อมูล พื้นฐาน ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ข้อมูล ทางจิตสังคม อาการและอาการแสดงของโรค การ วินิจฉัยโรค การตรวจร่างกายและการรักษาของ แพทย์เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวิเคราะห์ประเมิน สถานการณ์ของผู้ป่วยแล้วนำมากำหนดเป็นแผนการ พยาบาลองค์รวม โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและ ครอบครัว

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายงานข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

หัวข้อประเมิน	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hb 10.4 , Hct 31.5 , Platelete 182,000, BUN 25, Creatinine 1.65, GFR 27 , FBS 82 , Na 136.7, K4.3, Chloride 106.2, HCO ₃ 21.1	Hb 9.7 , Hct 31.3 , Platelete 333,000, BUN 34, Creatinine 1.83, GFR 35 , FBS 138 , Na 130.1, K4.3, Chloride 95.5, HCO ₃ 21.8
การวินิจฉัย	Closed fracture left neck of femur	Closed fracture left femoral neck
การผ่าตัด	Bipolar hemiarthroplasty left femur	Bipolar hemiarthroplasty left femur
ชนิดของการระงับความรู้สึก	General anesthesia	General anesthesia
ระยะเวลาในการผ่าตัดและการสูญเสียเลือด	ระยะเวลาทำผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียเลือดประมาณ 200 ml	ระยะเวลาทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง 30 นาที สูญเสียเลือดประมาณ 50 ml
สภาพหลังผ่าตัด	หลังผ่าตัดถอดท่อช่วยหายใจ รู้สึกตัวดี ดูแลอยู่ที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง จากนั้นย้ายไปสังเกตอาการที่ตึกผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 2 วันแล้วจึงย้ายกลับไปดูแลต่อที่ตึกศัลยกรรมกระดูกและข้อหัตถ์	หลังผ่าตัดถอดท่อช่วยหายใจ รู้สึกตัวดี ดูแลอยู่ที่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง จากนั้นกลับไปดูแลต่อที่ตึกศัลยกรรมกระดูกและข้อหัตถ์
ระยะเวลาในการรักษา	ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 13 วัน	ระยะเวลานอนโรงพยาบาล 10 วัน
สภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่าย	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้พอสมควร แผลแห้ง ไม่บวมแดง เดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา	ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้พอสมควร แผลแห้ง ไม่บวมแดง เดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา

2. กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก 1.ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อลดความวิตกกังวลและเข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์ -เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ตรวจเยี่ยมก่อนการระงับความรู้สึกและแนะนำตนเองเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก การคาดการณ์ถึงสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ประเมินการเข้ารับการรักษาร่วมกับการผ่าตัดที่ผ่านมาและแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2. ประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความวิตกกังวล เช่น สีหน้า ตึงเครียด หงุดหงิด นอนไม่หลับ 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ แผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก ขั้นตอนการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังการระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้นและเมื่อกลับมายังหอผู้ป่วย 4. สอนวิธีการหายใจ ให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทำซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ 5. แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การฟังดนตรี การทำสมาธิ การบริหารการหายใจ เป็นต้น 6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากทีมแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกทีมพร้อมจะให้การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย 7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ ตอบข้อซักถามด้วยความใส่ใจ

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	และนุ่มนวล <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในแผนการรักษา ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการรับการรักษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ - ผู้ป่วยและญาติบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง
2.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณสะโพกซ้าย <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการปวด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมินระดับความปวดโดยการซักถามเป็นตัวเลข สังเกตอาการและอธิบายถึงพยาธิสภาพของกระดูกข้อสะโพกหัก 2.ดูแลการถ่วงน้ำหนักให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ตรวจสอบบริเวณผิวหนังที่ปิดพลาสติกเพื่อถ่วงน้ำหนักว่ามีรอยพุพองหรือไม่ 2.สอนวิธีการลดปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดทำ การทำสมาธิ การบริหารการหายใจ การฟังดนตรี หากอาการไม่ดีขึ้นแนะนำญาติ ให้แจ้งพยาบาลให้ทราบ เพื่อให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวด สามารถปฏิบัติตัวเพื่อลดปวดด้วยวิธีจัดทำและการบริหารการหายใจได้ - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีคะแนนระดับความปวดลดลงอยู่ในช่วง 2 - 3 คะแนน
<u>ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก</u> 1.มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนและสำลักน้ำย่อยเข้าปอดเนื่องจากต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับออกซิเจนเพียงพอ ไม่มีภาวะสำลักน้ำย่อยเข้าปอดขณะให้การระงับความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ตรวจสอบระยะเวลาการงัดน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัด 2.ตรวจเช็คและเตรียมเครื่องดมยาสลบ อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ สาย Suction และยาที่จำเป็น ให้พร้อมใช้งาน 3.ให้ออกซิเจน 100 % ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจนาน 5 นาที 4.เผื่อระวังอาการอย่างใกล้ชิด ติดเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด เครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา 5.ปรับระดับการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม 6.สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด สีเล็บ ริมฝีปากไม่เขียวคล้ำ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน SpO₂ 99-100% ตลอดการผ่าตัด - สีของเลือด ริมฝีปากและเล็บ ไม่เขียวคล้ำ
2.เสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกในสมองเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูง <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะเลือดออกในสมอง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวลเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 2.เตรียมยาลดความดันให้พร้อมใช้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 3.สังเกตและเผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที 4.ปรับระดับความลึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับสัญญาณชีพให้คงที่และป้องกันให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติมากเกินไป 5. หากพบค่าความดันโลหิตที่สูงมากผิดปกติ ให้รายงานวิสัญญีแพทย์ทันทีเพื่อประเมินและให้การรักษา <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - หลังใส่ท่อช่วยหายใจค่าความดันโลหิตไม่สูงไปจากค่าเดิม - หลังผ่าตัดและหยุดการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำบอกได้ - ไม่มีอาการผิดปกติทางระบบประสาทและสมอง

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	- ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/55 – 140/78 mmHg , SpO₂ 99-100% ตลอดการผ่าตัด - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/52 – 120/65 mmHg , SpO₂ 99-100% ตลอดการผ่าตัด
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะให้การระงับความรู้สึก <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.สังเกตและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา 2.ปรับระดับความรู้สึกของการให้ยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม เพื่อรักษาระดับสัญญาณชีพให้คงที่ 3. หากพบ EKG ผิดปกติ ให้รายงานวิสัญญีแพทย์ทันทีเพื่อประเมินและให้การรักษา <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะให้การระงับความรู้สึก - EKG ปกติไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
4. เสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่านอนตะแคงและนอนท่าเดิมเป็นเวลานานขณะผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีการบาดเจ็บจากการจัดท่านอนตะแคง (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.จัดให้มีผู้ช่วยในการจัดท่านอนอย่างน้อย 4 คน โดยยืนด้านศีรษะ ปลายเท้า ด้านซ้ายและขวาของผู้ป่วย เมื่อได้รับสัญญาณจากวิสัญญีให้ผู้ช่วยจัดท่านอนด้านซ้ายและขวาออกแรงดึงและผลักให้ด้านซ้ายของผู้ป่วยอยู่ข้างบน จับนอนตะแคง ส่วนผู้ช่วยที่อยู่ปลายเท้าให้ประคองและจับข้อเท้าให้ตะแคงโดยพร้อมเพรียงกัน 2. ใช้หมอนหนุนศีรษะและลำคอให้อยู่ในแนวที่ถูกต้องตามกายวิภาค ดูแลไม่ให้เกิดการกดทับของไหล่และดวงตาข้างที่ตะแคง 2.จัดแขนทั้งสองข้างไม่ให้กางเกิน 90 องศาเพื่อป้องกันการดึงรั้งของเส้นประสาทบริเวณไหล่ ใช้ผ้าม้วนหนุนบริเวณใต้รักแร้ขาข้างที่นอนทับเพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาท 3.ใช้ผ้ารองใต้เท้าเพื่อรองรับน้ำหนักและป้องกันการบาดเจ็บของปุ่มกระดูก 4. ติดตั้งอุปกรณ์ทั้งด้านหน้าและด้านหลังเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่า หูและปุ่มกระดูกที่ข้อเท้าไม่มีรอยแดง ไม่พบการบาดเจ็บของเส้นประสาท แขนทั้ง 2 ข้างไม่มีอาการชา
5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypothermia ขณะอยู่ในห้องผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะ Hypothermia (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.สังเกตและประเมินภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เฝ้าระวังตลอดการผ่าตัด 2.ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายโดยใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนคลุมบริเวณแขนและหน้าอก 3.ควบคุมอุณหภูมิของห้องผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 18 – 22 องศาเซลเซียส <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypothermia อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.3 – 36.8 องศาเซลเซียส - ผิวหนังและปลายนิ้วมือไม่ซีดเย็น
เสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของสารน้ำและเลือดในร่างกายเนื่องจากการสูญเสียและเลือดขณะผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการสูญเสียสารน้ำและเลือดขณะผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด และให้สารน้ำหรือเลือดทดแทนให้เหมาะสม 2.บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะขาดสารน้ำ 3. สังเกตและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เมื่อพบความผิดปกติหรือมีการสูญเสียเลือดมากกว่าค่าที่ยอมรับได้ พิจารณารายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้การรักษาหรือให้เลือดทดแทน <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดสารน้ำและเลือด ปริมาณปัสสาวะที่ออกขณะผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ กรณีศึกษาที่ 1 ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง เสียเลือด 200 ml ได้สารน้ำไปทั้งหมด 400 ml ปัสสาวะออกเพิ่ม 50 ml

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินเนื่องจากมีภาวะไตวายเรื้อรัง <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำเกิน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	กรณีศึกษา ที่ 2 ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือด 50 ml ได้สารน้ำไปทั้งหมด 500 ml ปัสสาวะออกเพิ่ม 50 ml 1. ประเมินและบันทึกปริมาณเลือดที่สูญเสียจากการผ่าตัด และให้สารน้ำหรือเลือดทดแทนให้เหมาะสม 2. บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง 3. ประเมินลักษณะที่บ่งบอกถึงภาวะน้ำเกิน เช่น การฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation , Secretion ขณะดูดเสมหะมีลักษณะ frothy sputum <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน ปริมาณปัสสาวะที่ออกขณะผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ - ฟังเสียงปอดไม่มี Crepitation และ Suction ไม่มี frothy sputum
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเนื่องจากมีภาวะเบาหวาน <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ (กรณีศึกษาที่ 1)	1. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น เหนื่อยออก ตัวเย็น 2. ประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ โดยการเจาะน้ำตาลในเลือดขณะผ่าตัด หากสูงหรือต่ำกว่าปกติรายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อให้การรักษา <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ - DTX ขณะผ่าตัด 102 mg%
<u>ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก</u> 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypoventilation และ Hypoxia หลังการระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย ศีรษะสูงเล็กน้อย ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและป้องกันการสำลักหากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 6 ลิตรต่อนาที 3. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง และทุก 30 นาที 2 ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 4. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายเพื่อป้องกันการเกิดอาการหนาวสั่น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น 5. สังเกตและฟังเสียงหายใจของผู้ป่วย ถ้ามีเสมหะกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและบ้วนออกมา หรือใช้เครื่องดูดเสมหะดูดออก 6. สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายมือ ปลายเท้า <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย หายใจปกติ ไม่มีอาการปลายมือ ปลายเท้าเขียว SpO2 99-100% - ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีอาการหนาวสั่น หลังให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยผ้าห่มเป่าลมร้อน อาการหนาวสั่นลดลง
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ - เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการเจ็บปวด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. ประเมินสภาวะการรับรู้ ภาวะสุขภาพและผลกระทบ เช่น การปวดแผลทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออก ตื่น 2. จัดทำศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกและสุขสบาย 3. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีเสียงรบกวน 4. ประเมินระดับความปวดเป็นระยะ เพื่อให้ยาตามแผนการรักษา 5. หลังให้ยาแก้ปวดสังเกตและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา 5. พุดจาบลดป้อนและให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนแผลบริเวณสะโพกซ้าย

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	<u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ขณะอยู่ในห้องพักฟื้น Pain score = 8 ได้รับยาแก้ปวดคือ fentanyl 50 mcg iv หลังให้ปวดลดลง Pain score = 3 - ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาแก้ปวด
3.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สังเกตอาการบวมตึง อ่อนหภูมิ สีผิว ชีพจรบริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง และสอบถามอาการปวดบริเวณขาและน่อง ความรู้สึกและความสามารถในการเคลื่อนไหวขา 2. ดูแลจัดท่านอนของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ขากางออก ไม่ให้ข้อเข่าและข้อสะโพกอยู่ในท่าเหยียดเกินไป ควรมีผ้ารองบริเวณขา ส่วนผ้าพันบริเวณแผลผ่าตัดถ้าพันแน่นให้คลายออกเพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ยกปลายเท้าสูงจะช่วยลดบวมและช่วยการไหลเวียนกลับของหลอดเลือดดำ 3. แนะนำการบริหารร่างกายและเคลื่อนไหวร่างกายอย่างรวดเร็ว (early ambulation) ตามแผนการรักษาเพราะจะช่วยลดปัจจัยในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน โดยการกระตุ้นให้บริหารออกกำลังกายทั้งสองข้างด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงกับที่นอน เป็นการบริหารกล้ามเนื้อแบบเกร็งอยู่กับที่ บริหารกล้ามเนื้อข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ 4. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า หากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ เป็นตะคริวมีอาการชาหรือชาบวม ให้รายงานพยาบาลและแพทย์ทราบทันที เพื่อให้การรักษาที่รวดเร็ว <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ไม่พบภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ขาไม่บวมตึง ผิวหนังบริเวณขาไม่บวมแดง ไม่ปวดน่อง ไม่มีอาการชา และไม่เป็นตะคริว
4.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อที่บริเวณแผลผ่าตัด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลติดเชื้อ เช่น ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล หากแผลเปื้อนซึมพิจารณาเปลี่ยนผ้าพันแผลใหม่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ 2. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริมการหายของแผล <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - แผลแห้งดีไม่มีซึม มีไข้ต่ำๆ อ่อนหภูมิ 36.7 – 37.7 องศาเซลเซียส , ชีพจร 70 – 100 ครั้งต่อนาที , ความดันโลหิต 120/74 – 153/92 mmHg
5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากต้องนอนบนเตียงนานและมีการจำกัดการเคลื่อนไหว <u>วัตถุประสงค์</u> - เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1. สอนวิธีการบริหารปอดด้วย การหายใจเข้า-ออกลึกๆ ซ้ำๆ โดยหายใจเข้าลึกๆ ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทาซ้ำ 5-10 ครั้ง แล้วหายใจตามปกติ เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ 2. สอนการออกกำลังกายโดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา การกระดกข้อเท้า เพื่อป้องกันภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติด 3. กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว ไม่ควรนอนท่าเดียวนานๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> - ผู้ป่วยไม่มีภาวะปอดอักเสบหรือปอดแฟบ หายใจปกติ ไม่หอบ - ผู้ป่วยไม่มีภาวะภาวะกล้ามเนื้อลีบและข้อติด ทำกิจวัตรประจำวันได้ - ผิวหนังปกติ ไม่มีรอยแดง ไม่มีแผลกดทับ
6.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเลื่อนหลุด <u>วัตถุประสงค์</u>	1. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยว่าหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป 2. ดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยดังนี้

ตารางที่ 2 กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
-เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะข้อ สะโพกเทียมเคลื่อนหลุด (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	- นอนราบหัวสูง 30 องศา ขาข้างที่ผ่าตัดทางออก ประมาณ 15-30 องศา โดยใช้หมอนวาง ระหว่างขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ขาอยู่ในท่าเหยียดตรง - หลีกเลี่ยงการงอขาทันที การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอกและเข้าในมากเกินไป - นอนตะแคงไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัวต้องวางหมอนไว้ระหว่างขาทั้งสองข้าง พร้อมกับระวังไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้า 3. ดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการพลิกตะแคงตัว 4. หลีกเลี่ยงการนั่งหรือเคลื่อนไหวในท่าที่จะเสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด เช่น การนั่งไขว่ห้าง การนั่งเก้าอี้ที่ระดับต่ำกว่าสะโพก ควรใช้ส้วมแบบชักโครก <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีอาการขาผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน สะโพกไม่บวมปวด ขณะนอน หงายขาสองข้างยาวเท่ากัน
7.ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไป อยู่ที่บ้าน <u>วัตถุประสงค์</u> -เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการระงับ ความรู้สึก (กรณีศึกษาที่ 1 และ 2)	1.ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองตนเองภายหลังการผ่าตัดและ การระงับความรู้สึก 2.ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การนอน หลับพักผ่อน การขับถ่าย การออกกำลังกายด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อ การนั่ง การเดิน หลีกเลี่ยง การนั่งหรือเคลื่อนไหวในท่าที่จะเสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด <u>การประเมินผลทางการพยาบาล</u> ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ตอบข้อซักถามได้ถูกต้อง มีสีหน้าวิตกกังวลลดลง

3. แผนการพยาบาลก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน

คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไป
อยู่ที่บ้าน

1.ห้ามให้แผลถูกน้ำจนกว่าจะครบกำหนด
เปิดแผล แต่ถ้าแผลซึม บวม แดง ร้อน มีกลิ่นเหม็น
หรือปวดมาก มีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์โดยไม่ต้องรอให้
ถึงวันนัด

2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เนื่องจาก
ผู้ป่วยมีการเสียน้ำและเลือดขณะผ่าตัด ควรได้รับ
อาหารที่สมบูรณ์ไปด้วยโปรตีน เกลือแร่และวิตามิน
เพื่อส่งเสริมการหายของแผล หลีกเลี่ยงอาหารหมัก
ดอง ชา กาแฟและแอลกอฮอล์ เป็นต้น

3. แนะนำการหลีกเลี่ยงการนั่งหรือ
เคลื่อนไหวในท่าที่จะเสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียม
เคลื่อนหลุด เช่น การนั่งยองๆ การคุกเข่า การนั่งพับ
เพียบ การนั่งไขว่ห้าง

4. จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

เช่น การจัดที่นั่งนอนให้ผู้ป่วยควรจัดอยู่ชั้นล่าง
หลีกเลี่ยงการเดินขึ้นลงบันไดและการใช้ทางต่างระดับ
ดูแลไม่ให้มีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน ห้องน้ำควร
ใช้ส้วมชักโครกหรือเก้าอี้สุขภัณฑ์ครอบบนโถส้วมซึม

5.แนะนำการออกกำลังกาย การบริหาร
กล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อสะโพก การงอและเหยียด
สะโพก ควรทำอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

6.การรักษาความสะอาดของร่างกาย และ
การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

7.การควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนเกินไป

8. แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัด หากมี
สิ่งผิดปกติ เช่น ปวด บวม แดงบริเวณผ่าตัด มีน้ำ
หนองไหลออกจากแผล มีไข้สูง มีการเคลื่อนไหวของ
ข้อสะโพกได้น้อยลง ให้มาพบแพทย์ทันทีแม้จะยังไม่
ถึงเวลานัด

สรุปผลการศึกษา

ภาวะกระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม การรักษาด้วยการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมภายใต้การระงับความรู้สึก ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัว พบว่ามีแผนการรักษาพยาบาลที่เหมือนกันและแตกต่างกัน ต้องใช้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อย่างครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่ระยะก่อน ขณะและหลังให้การระงับความรู้สึก การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งในช่วงหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงการมาตรวจตามนัด ดังนั้นวิสัยทัศน์พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และการตัดสินใจในการพยาบาล การเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในขณะและหลังให้การระงับความรู้สึกได้อย่างรวดเร็วและทัน่วงทีอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประสานงานและการทำงานเป็นทีมกับทุกสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1.การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักจากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังให้การระงับความรู้สึก ควรมีการจัดทำวีดิทัศน์หรือเอกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ศึกษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัด การป้องกันข้อสะโพกเทียมเลื่อนหลุด การป้องกันการพลัดตกหกล้มเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การลุกนั่ง การนอน การเดิน การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน เป็นต้น

2.ควรมีการเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยหรือญาติ เช่น การโทรศัพท์ หรือ Application line เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหรือเมื่อพบปัญหาเกี่ยวกับแผลผ่าตัด อีกทั้งยังเป็นช่องทางที่ให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.มานี รักษาเกียรติศักดิ์ , เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแหง วัชรภักษ์, ชนิษฐา ไกรประสิทธิ์, ปาริชาติ อภิเดชากุล. ตำราวิสัยทัศน์พื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2560.
- 2.วิมลรัตน์ ศรีราช, อักษร พูลนิตพร, เบญจรัตน์ หยกอุบล, สุรัชณา เลิศศิริโสภณ. ก้าวไกลวิสัยทัศน์ 4.0 เล่ม 2. กรุงเทพฯ : ธนาเพรส จำกัด ; 2562.
- 3.บุศรา ศิริวันสาธต์, พิษญา ไวยะวิญญู, นฤนาท โลมะรัตน์. Anesthesia & Perioperative Care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2563.
- 4.เสาวภา อินผา. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก [ออนไลน์] 2557 [อ้างเมื่อ 30 ตุลาคม 2565] จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/index.php/manual/205-manual-2557-17>
- 5.พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สวงพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563; 26(4): 116-128.
- 6.สุปานิ เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ : จุฑาทองจำกัด ; 2560.
- 7.Taeko Fukuda, Shinobu Imai, Shunji Shimoda, Kazushi Maruo, Masaya Nakadera and Hiromasa Horiguchi. Aspiration pneumonia and anesthesia techniques in hip fracture surgery in elderly patients : A retrospective cohort study using administrative data. Journal of Orthopedic Surgery 2022 ; 30(1) :1-11.
8. Yaqian Zhang , Mingming Fu, Junfel Guo, Yuqi Zhao, Zhiqian Wang, and Zhiyong Hou. Characteristics and perioperative complication of hip fracture in the elderly with acute ischemic stroke : a cross - section study. BMC Musculoskeletal disorders 2022; 23:1-8.

รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

Models of developing the potential of community leaders in COVID-19 surveillance

Muang Na Subdistrict, Don Chan District, Kalasin Province.

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

จรูญ แลโสภา¹

Jaroon Laesopa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน และศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน 2565 - มิถุนายน 2565 รวม 3 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับ มากที่สุด ความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันและความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ แกนนำชุมชน COVID-19

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the health knowledge of community leaders in COVID-19 surveillance and to study the health literacy development model of community leaders in COVID-19 surveillance, Muang Na Sub-district, Don Chan District, Kalasin Province. There was study period between April 2022 - June 2022, totaling 3 months. Sample size were 90 community leaders in surveillance of COVID-19, Muang Na Subdistrict, Don Chan District, Kalasin Province. Data were collected from questionnaires. Data analysis by Content Analysis, Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Dependent t – test.

The results of the study showed that the level of health literacy of community leaders in monitoring COVID-19 in Muang Na Subdistrict, Don Chan District, Kalasin Province. after operation Overall and individual items were at the highest level. Health knowledge of

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

community leaders in monitoring COVID-19, Muang Na Sub-district, Don Chan District, Kalasin Province between different positions no difference. And health knowledge of community leaders in monitoring COVID-19, Muang Na Sub-district, Don Chan District, Kalasin Province between different positions, namely community leaders, community leaders, village health volunteers and public representatives before and after operation There was a statistically significant difference at the .05 level. After operation had a higher mean score than before the experiment.

Keywords: health literacy, community leaders, COVID-19

บทนำ

โรคโควิด 19 คือโรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด ไวรัสและโรคอุบัติใหม่นี้ไม่เป็นที่รู้จักเลยก่อนที่จะมีการระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคมปี 2019 ขณะนี้โรคโควิด 19 มีการระบาดใหญ่ไปทั่ว ส่งผลกระทบแก่หลายประเทศทั่วโลก อาการทั่วไปของโรคโควิด 19 ที่พบบ่อยที่สุดคือ ไข้ ไอ ลื่นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น และอ่อนเพลีย อาการที่พบน้อยกว่าแต่อาจมีผลต่อผู้ป่วยบางรายคือ ปวดเมื่อย ปวดหัว คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ ท้องเสีย ตาแดง หรือผื่นตามผิวหนัง หรือสีผิวเปลี่ยนตามนิ้วมือเท้า อาการเหล่านี้มักจะไม่รุนแรงนักและค่อยๆเริ่มทีละน้อย บางรายติดเชื้อแต่มีอาการไม่รุนแรง โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนมาก (80%) หายป่วยได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีอาการหนักและหายใจลำบาก ผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวเช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือมะเร็งมีแนวโน้มที่จะมีอาการป่วยรุนแรงกว่า อย่างไรก็ตามทุกคนสามารถติดโรคโควิด 19 ได้และอาจป่วยรุนแรง คนทุกเพศทุกวัยที่มีอาการไข้ และ/หรือไอร่วมกับอาการหายใจลำบาก/ตื้อ เจ็บหน้าอก เสียหาย หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์ทันที หากเป็นไปได้ แนะนำให้โทรไปล่วงหน้า เพื่อสถานพยาบาลจะได้ให้คำแนะนำ⁸

สถานการณ์การระบาดระดับนานาชาติและประเทศไทย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 20 กรกฎาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลก 190

ล้านคน ผู้เสียชีวิต 4.1 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยสะสมสูงสุด 5 อันดับแรก คือ สหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล รัสเซีย และฝรั่งเศส สำหรับสถานการณ์การระบาดของประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 403,523 ราย เสียชีวิตสะสม 3,341 ราย อีกทั้งในระยะที่ผ่านมามีรายงานพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลายพันธุ์โดยข้อมูลการเฝ้าระวังทั้งประเทศ ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 9 กรกฎาคม 2564 พบสายพันธุ์อัลฟา จำนวน 11,267 ราย (74.08%) สายพันธุ์เดลตา จำนวน 3,672 ราย (24.14%) และสายพันธุ์เบตา จำนวน 271 ราย (1.78%) โดยสัดส่วนสายพันธุ์ที่เฝ้าระวังสะสมทั้งประเทศ พบสายพันธุ์อัลฟามากที่สุด แต่มีแนวโน้มลดลง ส่วนสายพันธุ์เดลตา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกสัปดาห์²

สำหรับการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด 19 ของอำเภอดอนจานที่ผ่านมา มีดำเนินการตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ 1) การคัดกรองผู้มีความเสี่ยง มีการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ๗ รับผิดชอบคัดกรองใช้ด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิ และสอบถามอาการทางเดินหายใจในพื้นที่เสี่ยง และร่วมกับเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองโรค COVID-19 ในสถานที่ ๗ มีคนอยู่รวมกันเป็นจำนวนมาก เป็นประจำ 2) มีการสื่อสารในการป้องกันโรค โดยการดำเนินการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจแก่คนในชุมชน และกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID-19 ให้ความรู้หรือคำแนะนำในการป้องกันและลดการแพร่ระบาด

ของโรคแก่บุคคลที่ดำเนินกิจการที่มีการผ่อนปรน และให้ความรู้หรือคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่บุคคล 3) มีมาตรการการป้องกันและควบคุมการเกิดโรค COVID-19 โดยการดำเนินการติดตามถามไถ่ถึงอาการไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอหรือมีอาการหายใจ และติดตาม สอบถามอาการผู้ที่กักตัวที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นประจำ และ 4) การป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID-19 ในการปฏิบัติงาน โดยการดำเนินการล้างมือบ่อยๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นอย่างน้อย 70% หรือน้ำสะอาดและสบู่เมื่อสัมผัสสิ่งของต่าง ๆ สวมหน้ากากอนามัย และ/หรือหน้ากากป้องกันใบหน้า (Face shield) ทุกครั้งเมื่อปฏิบัติงาน และเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1 - 2 เมตร เป็นประจำ แต่การดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ ขั้นตอนดำเนินงานไม่ชัดเจน ขาดความพร้อมของระบบข้อมูล ระบบการรายงานมีหลายรูปแบบหลายช่องทาง เป็นภาระเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่า จากสถานการณ์โควิดที่เริ่มลดความรุนแรงและการระบาดลง ทำให้การปรับเปลี่ยนให้เป็นพฤติกรรมการป้องกันที่เคยปฏิบัติช่วงที่มีการระบาด ประชาชนเริ่มกลับมาใช้ชีวิตประจำวันแบบปกติได้ ประชาชนละเลยการสวมหน้ากากอนามัยเวลาที่ออกไปในที่ชุมชน ลดการคัดกรองคนเวลาเข้าไปสถานที่ กิจกรรมงานต่างๆ ทำให้การเว้นระยะห่างลง การตรวจโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและเวลาในการกักตัวเพื่อรักษา ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชน ไม่เข้าสู่กระบวนการรักษา

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผนงาน การจัดกิจกรรมป้องกันควบคุม การดำเนินงานป้องกันควบคุมและการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การดูแลกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้

เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคโควิด 19 และมีรูปแบบในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน และศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน เมษายน 2565 - มิถุนายน 2565 รวม 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ แกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย แกนนำชุมชน 9 หมู่บ้าน ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน 4 คน รวม 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 90 คน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 85/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผนงาน การจัดกิจกรรมป้องกันควบคุม การดำเนินงานป้องกันควบคุมและการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การดูแลกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้
(Best, 2016)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 – 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยการทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอดอนจาน จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.769

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ
2. จัดทำรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-

19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผนงาน การจัดกิจกรรมป้องกันควบคุม การดำเนินงานป้องกันควบคุมและการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การดูแลกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

3. ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการดำเนินงาน

4. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการวิเคราะห์ กิจกรรมรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผนงาน การจัดกิจกรรมป้องกันควบคุม การดำเนินงานป้องกันควบคุมและการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การดูแลกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการเฝ้าระวัง COVID-19 ของแกนนำชุมชน ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับ ปานกลาง และความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวางแผนงาน การจัดกิจกรรมป้องกันควบคุม การดำเนินงานป้องกันควบคุมและการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การดูแลกลุ่มเสี่ยงและการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับ มากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันและความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนร่วมกิจกรรม (รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน หลังดำเนินการ (F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

souce	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p - value
Between Groups	.037	2	.019	.562	.572
Within Groups	2.884	87	.033		
Total	2.921	89			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรอบรู้	2.95	0.25	4.45	0.18	89	-52.386	.000	-1.56184	-1.44769

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายข้อ อยู่ในระดับ มากที่สุด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันและความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ หว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ ได้ศึกษา เรื่องความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากโรคติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และ พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้อง มากที่สุด ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับ ซาร์ส (SARs) และเมอร์ส(MERS) จึงทำให้มีความรุนแรงมาก (ร้อยละ 20) เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) มีระยะฟักตัว 3 - 14 วัน (ร้อยละ 13.33) โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ และสามารถ แพร่เชื้อได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ (ร้อยละ 13.33) ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนน้อย คือ ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งหลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวางแผนงาน การจัดกิจกรรมป้องกันควบคุม การดำเนินงานป้องกันควบคุมและการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การดูแล

กลุ่มเสี่ยง และการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ เป็นไปตามแนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ^{2, 3, 14} สอดคล้องกันกับการศึกษาของ วรรณง เกตุดาว และ คณะ 2563 ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19 ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ภาควิเคราะห์และประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล-ส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอและภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง ภายใต้ “คนอุดรไม่ทอดทิ้ง กันฝ่าฟันโควิด” โดยสื่อสารข้อมูล ความรู้รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย ข้อเสนอแนะสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และสอดคล้องกับการศึกษาของถนอม นามวงศ์ และคณะ (2564) ⁷ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร ผลการศึกษาพบว่า เกิดระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีทั้งการเฝ้าระวังโรคและการกำกับติดตามการกักกันของกลุ่มเสี่ยง ระบบเฝ้าระวังมี 2 ส่วน คือ การเฝ้าระวังโรคในชุมชนและในสถานพยาบาลซึ่งบุคลากรสาธารณสุขทั้งระดับตำบล

อำเภอ และจังหวัด มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกขั้นตอน ผลการนำระบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้พบว่า ความครบถ้วนและความทันเวลาในการรายงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) กลุ่มเสี่ยงได้รับคำแนะนำแล้วมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค จาก อสม. และบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งมีการกักตนเองครบ 14 วันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ระบบที่พัฒนาขึ้นสะท้อนวงจรการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยใช้ Application ที่ง่ายต่อการรายงานและเข้าถึงข้อมูลซึ่งสามารถแชร์และเข้าถึงได้บนเว็บไซต์ การแสดงผลแบบ real time ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลทำได้ง่ายเพียงแค่อินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถนำข้อมูลไปประกอบการวางแผนดำเนินการมาตรการได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลดีต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน บุคลากรสาธารณสุขพึงพอใจและเห็นประโยชน์ของระบบที่พัฒนาขึ้นในระดับสูง ทั้งนี้ควรนำข้อมูลในระบบเฝ้าระวังนี้ ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ควรมีการใช้รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ตำบลม่วงนา อำเภอดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การวางแผนงาน การจัดกิจกรรมป้องกันควบคุม การดำเนินงานป้องกันควบคุมและการดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย การดูแลกลุ่มเสี่ยง และการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่

รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชนในการเฝ้าระวัง COVID-19 ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค.(2565). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [ออนไลน์] [cited 2022 July 18]. URL: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_srrt.php
- 2.กรมควบคุมโรค.(2564). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [ออนไลน์] [cited 2022 July 18]. URL: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_srrt.php
- 3.กรมควบคุมโรค.(2565). แนวทางการสอบสวนโรคและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะเปลี่ยนผ่านสู่โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง [ออนไลน์] URL: [ออนไลน์] [cited 2022 July 18]. URL: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_srrt.php
- 4.กรมควบคุมโรค.(2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2.
- 5.World Health Organization. (2023) Advice for the public: Coronavirus disease (COVID-19) [ออนไลน์] [cited 2022 July 18]. URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- 6.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง จิราพร วรวงศ์ เพ็ญญา ศรีหิรัญ รัตน์ดาวรรณ คลังกลาง จุฬารัตน์ ห้าวหาญ ดิษฐพล ใจซื่อ อภิรติ เจริญกุล ทิพาพรรณ สมจิตร ชลดา กิ่งมาลา ปณิตา ครองยุทธ. (2565).วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2565 151 - 68
- 7.ถนอม นามวงศ์ แมน แสงภักดิ์ ภาณุพันธุ์ ธนปฐมสินชัย จรรยา ดวงแก้ว สุกัญญา คำพัฒน์ ปาริสุทธิ์ วิศิษฐ์ผจญชัย ปัญหานันท์ ปรัชญคุปต์.(2564) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. ปีที่ 47 ฉบับเพิ่มเติมที่ 2 ต.ค. - ธ.ค. 2564 1179 - 90
- 8.World Health Organization Thailand. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers (general).2564. [online] URL <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-general>
- 9.กุลทัต หงษ์ขยางกูร และปรัชญานันท์ เทียงจรรยา. 2560. การสร้างและการบริหารเครือข่าย. สงขลา: สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- 10.บุญชม ศรีสะอาด. (2555). ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ ฯ : แสงทวีการพิมพ์ , 2555 .
- 11.ธานี กล่อมใจ และคณะ. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยาปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2563
- 12.ระนอง เกตุดาว และ คณะ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564 ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - กุมภาพันธ์ 2564
- 13.สุริยา ฆามาณะ. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูรปีที่ 14 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2563
- 14.กรมอนามัย.(2564)ก. ข้อเสนอการยกระดับมาตรการ กรณีเปิดสถานประกอบการในพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด มาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (Covid Free Setting) [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึง 16 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/th/>
- 15.กรมอนามัย.(2564)ข.คำแนะนำสถานประกอบการ / พื้นที่สาธารณะ. [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึง 16 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/th/establishments/>
- 16.กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1)

โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform ภาพลิ้นจี่พร้อม

Vaccination Data Management Program by Platform Kalasin Ready

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

บุรินทร์ จินดาพรรณ¹Burin Jindapan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระบบบริหารจัดการ วัคซีน COVID – 19 และศึกษาโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform ภาพลิ้นจี่พร้อม เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการพัฒนาระบบ Platform ภาพลิ้นจี่พร้อม ระหว่างเดือน มีนาคม 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 รวม 5 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ระดับอำเภอ จำนวน 18 แห่งๆ ละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า Platform ภาพลิ้นจี่พร้อม มีผู้แจ้งความประสงค์ฉีดวัคซีน ที่ต้องการรับและยินยอมฉีดวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้จองคิวฉีดวัคซีน ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 มิ.ย. - 14 ต.ค. 2564 จำนวน 2,882 คน โดยทั้งหมดมีความต้องการฉีดวัคซีน AstraZeneca คิดเป็นร้อยละ 77.31 (2,228 คน) ต้องการฉีดวัคซีน Sinovac คิดเป็นร้อยละ 8.85 (255 คน) และมีความประสงค์จองคิวเพื่อฉีดวัคซีนอะไรก็ได้ จำนวน 399 คน คิดเป็นร้อยละ 13.84 ความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดยรวม ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value < .000) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

คำสำคัญ : Platform ภาพลิ้นจี่พร้อม COVID – 19 การฉีดวัคซีน

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the COVID-19 vaccine management system and study the COVID-19 vaccination data management program by Platform Kalasin prompt with It is an action research on the development of the Kalasin prompt Platform system from March 2021 to July 2021, totaling 5 months. Sample size were persons in charge of COVID-19 vaccination information centers at the district level, 18 locations, 2 people each, totaling 36 people. Data were collected from databases and questionnaires. data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The study found that Platform Kalasin prompt was request for vaccination who want to receive and consent to vaccination representing 100 %. Data from June 30 - October 14,

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

2021, of 2,882 people, all of whom needed AstraZeneca vaccination, accounting for 77.31% (2,228 people), wanting Sinovac vaccination, representing 8.85% (255 people). And would like to reserve a queue for any vaccination, 399 people, representing 13.84 percent, understanding of the service of the system of the person responsible for the COVID-19 Immunization Information Center as a whole before implementation. at a high level after operations are at the highest level. And when comparing the understanding of the service of the system of the person in charge of the COVID-19 vaccination information center before and after operation There was a statistically significant difference at the .05 level (p – value < .000), where the mean score was higher after the operation.

Keywords: Platform Kalasin with COVID-19 vaccination

บทนำ

โควิด 19 (coronavirus disease 2019, COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง เชื้อซาร์ส-โควี-2 เป็นไวรัสชนิด (+) Single strand RNA อยู่ใน Coronaviridae family จัดอยู่ใน Betacoronavirus เช่นเดียวกับ SARS-CoV และ MERS-CoV เชื้อนี้มีเปลือกหุ้ม (envelope) ซึ่งเป็นสารจำพวกไกลโคโปรตีน เมื่อส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน จะเห็นกลุ่มของคาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่มเรียกว่า สไปค์ (spike) ยื่นออกจากอนุภาคไวรัส ทำให้มีลักษณะคล้ายมงกุฎล้อมรอบ¹

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบในวงกว้าง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลก 168 ล้านคน ผู้เสียชีวิต 3.5 ล้านคน โดยพบผู้ป่วยสะสมสูงสุด 5 อันดับแรก คือ สหรัฐอเมริกา (ผู้ติดเชื้อ 33,238,422 คน เสียชีวิต 594,188 คน) อินเดีย (ผู้ป่วย 27,369,093 คน เสียชีวิต 315,235 คน) บราซิล (ผู้ป่วย 16,342,162 คน เสียชีวิต 456,674 คน) ฝรั่งเศส (ผู้ป่วย 5,578,150 คน เสียชีวิต 108,343 คน) และตุรกี (ผู้ป่วย 5,220,549 คน เสียชีวิต 46,970 คน) สำหรับสถานการณ์การ

ระบาดของประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 28 พฤษภาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 141,217 ราย เสียชีวิตสะสม 920 ราย อีกทั้งในระยะที่ผ่านมา มีรายงานพบเชื้อไวรัสโคโรนา กลายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์อังกฤษ สายพันธุ์บราซิล สายพันธุ์แอฟริกาใต้ และสายพันธุ์อินเดีย แม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการ เช่น คัดกรองและเฝ้าระวังโรค กักตัวผู้มีความเสี่ยงรักษา ระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า จัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก ทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม เป็นต้น แต่สิ่งที่เป็ความหวังของรัฐบาลและประชาชนในขณะนี้ คือ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกสั้นๆ ว่า วัคซีนโควิด 19 โดยประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาวัคซีนดังกล่าว เพื่อให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงการใช้วัคซีนที่มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพได้มากที่สุดเท่าที่ศักยภาพของประเทศจะดำเนินการได้^{1,2}

ถึงแม้ว่าคนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคนี้จะไม่มีอาการรุนแรง เพียงประมาณ ร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีอาการป่วยและมีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 1 แต่เนื่องจากเป็นโรคใหม่จึงไม่มีภูมิคุ้มกันในตัวไป ทำให้จำนวนผู้ที่ติดเชื้อมีมาก จึงส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก ทำให้ระบบสาธารณสุขรองรับไม่ได้ ซึ่งมาตรการป้องกันต่างๆ ที่ใช้ ในปัจจุบัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้าง

มือ การรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) และการกักตัว ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ และระบบเศรษฐกิจ และไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสมบูรณ์หลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยจึงได้มีการคิดค้นและพัฒนาวัคซีน โควิด 19 ซึ่งเป็นความหวังใหม่ในการป้องกันการติดเชื้อ การแพร่ระบาดของโรค และการลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีการรายงานเชื้อ SARS-CoV-2 หลายสายพันธุ์ที่กลายพันธุ์ไปจากเดิม ที่มีการแพร่ระบาดได้ไวมากขึ้น และ อาจทำให้มีอัตราการรุนแรงขึ้น รวมถึงอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด¹

วัคซีน (vaccine) เป็นผลิตภัณฑ์ชีวภาพที่กระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค วัคซีนจะทำให้ร่างกายพร้อมกำจัดเชื้อโรคหรือสารพิษและลดความรุนแรงของโรค หากเกิดโรคจะมีอาการของโรคหรืออาการแทรกซ้อนน้อยลงหรือไม่มีเลย วัคซีน COVID-19 คือ สารชีววัตถุที่สามารถกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโคโรนา โดยทำงานเสมือนเป็นคู่ซ้อมให้ร่างกายได้ฝึกฝนกลไกการป้องกัน นอกเหนือจากสารชีววัตถุที่กระตุ้นภูมิคุ้มกันแล้วในวัคซีนยังมีสารประกอบเพื่อเพิ่มความคงตัวและประสิทธิภาพของวัคซีนวัคซีนโรค COVID-19^{3,4,5}

จากการติดตามผลการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ในระบบฐานข้อมูล MOPH Immunization Center พบว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนสะสม ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 - 20 มกราคม 2566 ทั้งหมดจำนวน 146,349,907 โดส ใน 77 จังหวัดทั่วประเทศ แยกเป็นผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 57,559,610 ราย เข็มที่ 2 จำนวน 54,077,454 ราย เข็มที่ 3 จำนวน 27,206,983 ราย เข็มที่ 4 จำนวน 6,470,954 ราย เข็มที่ 5 จำนวน 977,893 ราย และเข็มที่ 6 จำนวน 57,013 รายโดยเข็มที่ 1 ถึงเข็มที่ 4 คิดเป็นความครอบคลุมการได้รับวัคซีนร้อยละ 82.8, 77.7, 39.1 และ 9.3 ตามลำดับ⁶ โดยได้มีการระดมการขับเคลื่อนการให้บริการฉีด

วัคซีนโควิด 19 ด้วยการทำงานของทีม 5 หน่วยประจำจุดให้บริการโรงพยาบาลสนามวัคซีน หรือในโรงพยาบาลด้วยการ Walk-in และหน่วยให้บริการฉีดวัคซีนเชิงรุกตามชุมชน หมู่บ้าน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่มีศักยภาพเพียงพอเป็นสถานที่ให้บริการวัคซีนโควิด-19 ดำเนินการลงทะเบียนและนัดหมายให้กับผู้ประสงค์เข้ารับวัคซีน ให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ตามช่องทางที่ส่วนกลางพัฒนาขึ้นทั้งในระดับประเทศ และในระดับพื้นที่ ซึ่ง 1 ในช่องทางที่ประชาชนให้ความสนใจใช้บริการสำหรับการลงทะเบียนแจ้งความประสงค์ฉีดวัคซีนและนัดหมายเข้ารับบริการ คือ การลงทะเบียนผ่านแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” ในรูปแบบแอปพลิเคชัน และ Line Official Account (Line OA) ซึ่งได้เปิดให้ประชาชนใช้บริการในเดือนพฤษภาคม ปี 2564⁷ เนื่องจากแพลตฟอร์มหมอพร้อม เป็นตัวเลือกที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการจองสิทธิรับวัคซีนได้โดยไม่ต้องเดินทางไปยังหน่วยให้บริการ ทำให้มีความต้องการในการเข้าถึงแอปพลิเคชันของประชาชนเป็นจำนวนมาก

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา บริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID - 19 โดย Platform ภาพสนธิ์พร้อม เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการข้อมูลการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเป้าหมายในการฉีดวัคซีนของหน่วยบริการในจังหวัด การแจ้งความประสงค์ในการรับวัคซีน และการจองคิวฉีดวัคซีนโควิด-19 ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ทำให้ประชาชนมีช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 สามารถตรวจสอบกลุ่มเป้าหมายในการฉีด ประวัติในการรับวัคซีน และสามารถเข้าถึงการฉีดวัคซีนในจังหวัดได้อีกหนึ่งช่องทางรองจากแพลตฟอร์มหมอพร้อม ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มหลักของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระบบบริหารจัดการ วัคซีน COVID – 19 จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาโปรแกรมบริหารจัดการ ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform กาฬสินธุ์พร้อม
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform กาฬสินธุ์พร้อม

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูล การฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform กาฬสินธุ์พร้อม เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใน การ พัฒนาระบบ Platform กาฬสินธุ์พร้อม ระหว่างเดือน มีนาคม 2564 ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 รวม 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบศูนย์ข้อมูล การฉีดวัคซีน COVID – 19 ระดับอำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบศูนย์ ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ระดับอำเภอ จำนวน 18 แห่งๆ ละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 84/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform กาฬสินธุ์พร้อม โดยมี ขั้นตอน คือ ศึกษาปัญหาในการจองการฉีดวัคซีน โควิด 19 และการบริหารจัดการ ศึกษาการใช้งาน Platform “หมอพร้อม” และจัดทำระบบการ

เข้าถึงและใช้ข้อมูล Platform “กาฬสินธุ์พร้อม” โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเข้าใจในการ ให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูล การฉีดวัคซีน COVID – 19 ระดับอำเภอ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง มีความเข้าใจ ในการให้บริการของระบบ ในศูนย์ข้อมูลการฉีด วัคซีน COVID - 19 อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง มีความเข้าใจใน การให้บริการของระบบ ในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID - 19 เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง มีความเข้าใจ ในการให้บริการของระบบ ในศูนย์ข้อมูลการฉีด วัคซีน COVID - 19 อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง มีความเข้าใจใน การให้บริการของระบบ ในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID - 19 อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง มีความเข้าใจ ในการให้บริการของระบบ ในศูนย์ข้อมูลการฉีด วัคซีน COVID - 19 อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ ⁸

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 – 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น

เองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง⁹ เท่ากับ.819

ขั้นตอนในการวิจัย

1. ศึกษาปัญหาในการจัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 และการบริหารจัดการในการฉีดวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆของหน่วยบริการในการประชุม EOC การใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการติดตามในการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ศึกษาการใช้งาน Platform “หมอพร้อม” เพื่อใช้ในการจัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหาการใช้ข้อมูลจาก “หมอพร้อม” ไม่สามารถจัดการฉีดวัคซีน ของหน่วยบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ และยังไม่สามารถ ดู/บริหาร/ติดตาม การฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของหน่วยบริการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

3. จัดทำระบบการเข้าถึงและใช้ข้อมูล Platform “กาฬสินธุ์พร้อม” ให้ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตรวจสอบการฉีดวัคซีน การจัดการฉีดวัคซีน รวมถึง ข้อมูลการฉีดวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อการติดตามในการประชุม EOC และหน่วยบริการนำข้อมูล คนที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนเพื่อติดตามให้มาฉีดวัคซีนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการศึกษาปัญหาในการ

จัดการฉีดวัคซีนโควิด 19 และการบริหารจัดการศึกษาการใช้งาน Platform “หมอพร้อม” และจัดทำระบบการเข้าถึงและใช้ข้อมูล Platform “กาฬสินธุ์พร้อม”

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ระดับอำเภอ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ความเข้าใจในให้บริการของระบบของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ระดับอำเภอ ก่อนและหลังดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test

สรุปผลการวิจัย

1. ระบบบริหารจัดการ วัคซีน COVID – 19 มีการลงทะเบียนผ่านแพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” ในรูปแบบแอปพลิเคชันและ Line Official Account (Line OA) ซึ่งได้เปิดให้ประชาชนใช้บริการในเดือนพฤษภาคม ปี 2564

2. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดยใช้ Platform กาฬสินธุ์พร้อม ประกอบด้วย การจองคิว การแจ้งความประสงค์รับวัคซีน การจองคิวฉีดวัคซีน การแจ้งความประสงค์รับวัคซีนการตรวจสอบความถูกต้องของวัคซีน การตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงระบบบริการ การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการลงทะเบียน การเข้าสู่ระบบข้อมูล การเข้าสู่ระบบรายงานและการแสดงผลรายงาน

3. ศึกษาผลของโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดย Platform กาฬสินธุ์พร้อม

3.1 ผลการดำเนินการ Platform กาฬสินธุ์พร้อม มีผู้แจ้งความประสงค์ฉีดวัคซีน ที่มีความต้องการรับและยินยอมฉีดวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้จองคิวฉีดวัคซีน ข้อมูล

ตั้งแต่วันที่ 30 มิ.ย. - 14 ต.ค. 2564 จำนวน 2,882 คน โดยทั้งหมดมีความต้องการฉีดวัคซีน AstraZeneca คิดเป็นร้อยละ 77.31 (2,228 คน) ต้องการฉีดวัคซีน Sinovac คิดเป็นร้อยละ 8.85 (255 คน) และมีความประสงค์จ้องคิวเพื่อฉีดวัคซีนอะไรก็ได้ จำนวน 399 คน คิดเป็นร้อยละ 13.84

3.2 ความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน

COVID – 19 โดยรวม ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด

3.3 การเปรียบเทียบความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value < .000) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ระดับอำเภอ

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	3.40	0.19	4.50	0.07	31	-42.642	.000*	-1.15152	-1.04640

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา ผลการดำเนินการ Platform ภาพสนธิ์พร้อม มีผู้แจ้งความประสงค์ฉีดวัคซีน ที่มีความต้องการรับและยินยอมฉีดวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 100 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้จ้องคิวฉีดวัคซีน ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 มิ.ย. - 14 ต.ค. 2564 จำนวน 2,882 คน โดยทั้งหมดมีความต้องการฉีดวัคซีน AstraZeneca คิดเป็นร้อยละ 77.31 (2,228 คน) ต้องการฉีดวัคซีน Sinovac คิดเป็นร้อยละ 8.85 (255 คน) และมีความประสงค์จ้องคิวเพื่อฉีดวัคซีนอะไรก็ได้ จำนวน 399 คน คิดเป็นร้อยละ 13.84 สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรวิพรรณ บวรวิทย์ พรพรหม ชมงาม. (2565) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับข่าวสารกับพฤติกรรมการรับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ของ Gen Y ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เน้นที่การเลือกรับรู้และการตีความหมายในการเลือกรับข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกัน COVID 19 เพราะทราบว่าโรค COVID 19 เป็นโรคที่ใกล้ตัว 2) ขึ้นการยอมรับความเสี่ยงเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมการรับวัคซีน

ป้องกัน COVID 19 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่นทำให้ท่านไม่ป่วยเป็นโรค COVID 19 แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อ COVID 19 อยู่ จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID 19 3) การเลือกรับข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกัน COVID 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับวัคซีนป้องกัน COVID 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สำหรับความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดยรวม ก่อนการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจในให้บริการของระบบ ของผู้รับผิดชอบในศูนย์ข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value < .000) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร และคณะ (2564)¹⁰ ได้ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะ ของประชาชนในเขตพญาไท

กรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะของประชาชนเขตพญาไท กรุงเทพมหานครและศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะ ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติของประชาชนในเขตพญาไทที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะ ด้านภาพรวม พบว่า ประชาชนมีทัศนคติในภาพรวม อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.58, S.D.=.77) เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ตามลำดับ ดังนี้ ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันมีทัศนคติอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.67, S.D.=.80) ด้านนโยบาย มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.62, S.D.=.87) ด้านคุณประโยชน์ของการใช้แอปพลิเคชัน มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.45, S.D.=.83) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ที่ส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมต่อการใช้งานแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” ของประชาชนในเขตพญาไท และการทดสอบสมมติฐานการวิจัยประชาชนในเขตพญาไทพบว่า เพศ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ประชาชนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานครที่มีอายุ อาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติและพฤติกรรมต่อแอปพลิเคชันไทยชนะไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดยใช้ Platform ภาพสนัธพร้อม ที่ประกอบด้วย การจองคิว การแจ้งความประสงค์รับวัคซีน การจองคิวฉีดวัคซีน การแจ้งความประสงค์รับวัคซีน การตรวจสอบความถูกต้องของวัคซีน การตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงระบบบริการ การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการลงทะเบียน การเข้าสู่ระบบข้อมูล การเข้าสู่ระบบรายงานและการแสดงผลรายงาน^{11,12} สอดคล้องกันกับการศึกษาวรรณวิสา อ่วมทับ และคณะ (2565)¹³ ได้ศึกษา

การพัฒนาแอปพลิเคชันรวบรวมข้อมูลวัคซีน COVID-19 ผลการวิจัยพบว่า การประเมินคุณภาพแอปพลิเคชันการพัฒนาแอปพลิเคชันรวบรวมข้อมูลวัคซีน COVID-19 ผลการประเมินคุณภาพแอปพลิเคชันรวบรวมข้อมูล COVID-19 สำหรับผู้เชี่ยวชาญในภาพรวมมีคุณภาพในระดับดีมาก (เฉลี่ย = 4.67, S.D. = 0.57) และแบบประเมินผลความพึงพอใจในภาพรวมมีคุณภาพในระดับดีมาก (เฉลี่ย=3.96, S.D.=0.82) ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันได้รับข้อมูลที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์เรื่องการรับรู้ข้อมูลวัคซีน COVID-19 ในเบื้องต้นได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นทวิช พงษ์ผล และ พงษ์ศักดิ์ ผกามาศ (2564)¹⁴ การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลระบบประกันคุณภาพการศึกษาภายนอกในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายนอกในระดับอุดมศึกษาโดยใช้กระบวนการตีปีแอลซี สามารถสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลระบบการประกันคุณภาพการศึกษาภายนอกได้ตามวัตถุประสงค์ การใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัลในภาพรวมมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.14 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.65) ระดับความพึงพอใจโดยรวมของการใช้งานก็อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.07 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.74) ดังนั้น แพลตฟอร์มดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นสำหรับการประกันคุณภาพการศึกษาภายนอกในระดับอุดมศึกษาจึงมีฟังก์ชันการใช้งานถูกต้องตามเงื่อนไขที่กำหนด สามารถใช้ในการตรวจประเมินคุณภาพการศึกษาภายนอกในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทยได้จริง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร สนองเดช. (2565). การพัฒนาระบบบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ในจังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบบริหารจัดการวัคซีนโควิด-19 ในจังหวัดเลยเป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา โดยใช้ระบบ LEAN มาช่วยในการบริหารวัคซีน ผู้ร่วมวิจัยคือ เกสักรจำนวน 15 คน ตั้งแต่เดือน

เมษายน 2564 - พฤศจิกายน 2564 พบว่า มีแนวทางในการจัดการวัคซีนของจังหวัดเลย ได้แก่ การจัดเก็บ การกระจายวัคซีน การจัดการระบบห่วงโซ่ความเย็น การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน การให้คำปรึกษาเครือข่าย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการดำเนินงาน โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดยใช้ Platform ภาพสนธิ์พร้อม ที่ประกอบด้วย การจองคิว การแจ้งความประสงค์รับวัคซีน การจองคิวฉีดวัคซีน การแจ้งความประสงค์รับวัคซีน การตรวจสอบความถูกต้องของวัคซีน การตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงระบบบริการ การตรวจสอบความซ้ำซ้อนของการลงทะเบียน การเข้าสู่ระบบข้อมูล การเข้าสู่ระบบรายงานและการแสดงผลรายงาน ดำเนินการ ดังนี้

1. ศึกษาปัญหาในการจองการฉีดวัคซีนโควิด 19 และการบริหารจัดการในการฉีดวัคซีนในกลุ่มเป้าหมายต่างๆของหน่วยบริการในการประชุม EOC การใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการ

ติดตามในการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

2. ศึกษาการใช้งาน Platform “หมอพร้อม” เพื่อใช้ในการจองการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชาชนและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ พบปัญหาการใช้ข้อมูลจาก “หมอพร้อม” ไม่สามารถจองการฉีดวัคซีน ของหน่วยบริการในจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ และยังไม่สามารถ ดู/บริหาร/ติดตาม การฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของหน่วยบริการ ในจังหวัดกาฬสินธุ์

3. จัดทำระบบการเข้าถึงและใช้ข้อมูล Platform “ภาพสนธิ์พร้อม” ให้ประชาชนและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตรวจสอบการฉีดวัคซีน การจองการฉีดวัคซีน รวมถึง ข้อมูลการฉีดวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อการติดตามในการประชุม EOC และหน่วยบริการนำข้อมูล คนที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนเพื่อติดตามให้มาฉีดวัคซีนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมี การศึกษาการเฝ้าระวัง โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลการฉีดวัคซีน COVID – 19 โดยใช้ Platform ภาพสนธิ์พร้อม ในระยะยาว เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.(2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2.
2. CNN Health. (2564). Tracking Covid-19 vaccinations worldwide. [ออนไลน์] [สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2564.] <https://edition.cnn.com/interactive/2021/health/global-covid-vaccinations>
3. วรณวิสา อ่วมทับ, ปณาลี สายทอง, ฐิตินาถ คงสวรรค์ และกสมล ชนะสุข.(2565) การพัฒนาแอปพลิเคชันรวบรวมข้อมูลวัคซีน COVID-19. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 7 – 8 กรกฎาคม 2565 547 – 61
4. World Health Organization. Draft landscape of COVID-19 vaccine candidates [internet]. 2020 [cited 2021 May 19]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.

5. Haque A, Pant AB. Efforts at COVID-19 Vaccine Development: Challenges and Successes. Vaccines (Basel) 2020;8:739.
6. ฐานข้อมูล MOPH Immunization Center [สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2564.]
7. แพลตฟอร์ม “หมอพร้อม” (2564). [ออนไลน์] URL: <https://mohprompt.moph.go.th/mpc/> [สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2564.]
8. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
9. บุญชม ศรีสะอาด.การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
10. พัชรวิพรรณ บวรวิทย์ พรพรหม ชมงาม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับข่าวสารกับพฤติกรรม การรับวัคซีนป้องกัน COVID-19 ของ Gen Y ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยาการจัดการวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม ปี พ.ศ. 2565 39 – 52
11. Laudon, K.C. and Laudon, J.P. 2018. Management Information Systems. 14th Edition. Pearson Education Indochina.
12. รุจษ์สวัสดิ์ ครองภูมินทร์. (2564). การแพทย์ทางไกลแอปพลิเคชันพบหมอกับความปกติใหม่หลังโควิด 19 ด้วยมุมมองทางทฤษฎีสื่อสารมวลชน การระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19). วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต,17(1), 18–36.
13. วรรณวิสา อ่วมทับ, ปณาลี สายทอง, ฐิตินาถ คงสวรรค์ และกสมล ชนะสุข.(2565) การพัฒนาแอปพลิเคชันรวบรวมข้อมูลวัคซีน COVID-19. การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 7 – 8 กรกฎาคม 2565 547 – 61
14. ปิ่นทชณิซ เฟ่งผล และ พงษ์ศักดิ์ ผกามาศ (2564) การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลระบบประกันคุณภาพ การศึกษาภายนอกในระดับอุดมศึกษาของประเทศไทย. วารสารวิทยาศาสตร์ลาดกระบัง ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2564 25 – 41

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
Program of behavior changing for people risk of metabolic disease burden Ban Siao
Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province.

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

วาสนา สุริสาร¹
Wassana Surisan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนหลัง (Quasi Experiment by pre – post test two group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก และศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2565 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 100 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ Independent t – test

ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก กลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ 2) การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3) การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังทดลอง 3 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก พฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยน

ABSTRACT

This research was quasi-experimental research by pre-post test two group design, aimed to study the health behaviors of people at risk of metabolic disease burden. and to study the health behavior change program for people at risk of metabolic burden Ban Siao Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. Study period between January and April 2022, totaling 4 months. Sample size were 100 people at risk of metabolic disease burden from Ban Siao Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว

Province, divided into 50 experimental groups and 50 control groups. Data were collected from questionnaires. Data analysis by Content analysis Frequency distribution, percentage, mean and standard deviation Dependent t – test and Independent t – test.

The study found that 1) The level of health behaviors of people at risk of metabolic disease burden Ban Siao Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province, the experimental group, overall and each aspect. was at a very appropriate level in the control group overall and each side at fair level. 2) Comparison of the level of health behavior among people at risk of metabolic disease burden Ban Siao Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province Between the experimental group and the control group after 3 months of experimentation, there was a statistically significant difference at .05 level, where the experimental group had a higher mean score. 3) Comparison of the level of health behavior among people at risk of metabolic disease burden Ban Siao Sub-district Health Promoting Hospital, Yang Talat District, Kalasin Province. The experimental group before and after the experiment for 3 months had a statistically significant difference at .05 level.

Keywords: metabolic disease risk burden group health behavior modification

บทนำ

ภาวะโรคเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome: MS) เป็นกลุ่มโรคที่ประกอบด้วย ความผิดปกติที่มักพบร่วมกันได้แก่ โรคอ้วนลงพุง ความดันโลหิตสูงระดับน้ำตาลในเลือดสูงและระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ⁷ ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรในปัจจุบัน โดยภาวะ MS มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับลักษณะทางกายภาพของบุคคลประการหนึ่งคือ อ้วนลงพุง (abdominal obesity) แต่อย่างไรก็ตาม MS มีนิยามที่ครอบคลุมที่กว้างกว่า โดยหมายถึงภาวะที่บ่งชี้ถึงการมีความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของไขมันและน้ำตาล รวมไปถึงระบบฮอร์โมนและสารเคมีอีกหลายกลุ่มในร่างกายที่ส่งผลเชื่อมโยงกันและก่อให้เกิดพยาธิสภาพต่ออวัยวะต่างๆ เมื่อร่างกายมีภาวะโรคเมตาบอลิก จะมีผลกระทบเชิงสุขภาพต่อบุคคลแบบเรื้อรัง จนนำไปสู่โอกาสเกิดโรคต่างๆตามมา ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตวาย ตับอักเสบ จอ

ประสาทตาเสื่อม โรคข้อเข่าเสื่อม การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ โรคเกี่ยวกับถุงน้ำ (cyst) มะเร็งเต้านม มะเร็งต่อมลูกหมาก และโรคสมองเสื่อมรวมถึงความบกพร่องของสภาวะจิตสังคม^{9,10}

ความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ เพศ อายุ สังคม ภาวะเศรษฐกิจ และภูมิประเทศที่อยู่อาศัย โดยส่วนใหญ่พบได้ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากร (Grundy et al., 2008) ซึ่งในประเทศไทยความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในประชากรพบได้ประมาณร้อยละ 10 – 23 การศึกษาความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากรทางสาธารณสุขมีความแตกต่างกันอย่างสูงขึ้นอยู่กับบริบท โดยพบความชุกของภาวะ Metabolic Syndrome ได้ตั้งแต่ร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 40^{11,12}

สถานการณ์การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยสูงสุด 11,615.81 รองลงมาคือโรคเบาหวาน 8525.65 โรคหัวใจขาดเลือด 782.03 โรคหลอดเลือดสมอง 705.36 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 571.19 ต่อแสนประชากร

ตามลำดับ ในระหว่างปี 2557–2559 พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพศหญิงมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานสูงกว่าเพศชาย ในขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดเพศชายและหญิงมีอัตราป่วยใกล้เคียงกันสำหรับโรคหลอดเลือดสมองอัตราป่วยเพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ส่วนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบที่เพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่าพบกลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50–59 ปี ด้านภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 72.09 ทางเท้า 71.07 ทางไต 70.83 และภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 70.41 ได้รับการตรวจ LDL ร้อยละ 62.79 ได้รับการตรวจ CVD risk ร้อยละ 81.29

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งจังหวัดกาฬสินธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนหลัง (Quasi Experiment by pre – post test two group design) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เมษายน 2565 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสียว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 100 คน เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกลุ่มโรคนี้ จะต้องมีความดันโลหิตสูงหรือมีเส้นรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม. ในเพศชาย และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม. ในเพศหญิงร่วมกับความผิดปกติอื่นอีกอย่างน้อย 2 ข้อ ดังต่อไปนี้ (สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย. 2554)

1. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ มากกว่า 150 มก./ดล.
2. ระดับคลอเรสเตอรอลชนิดเอชดีแอล น้อยกว่า 40 มก./ดล. ในเพศชาย และน้อยกว่า 50 มก./ดล. ในเพศหญิง
3. ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 85 มิลลิเมตรปรอท
4. ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มก./ดล. รวมทั้งผู้ที่เบาหวานโดยแบ่งเป็น

กลุ่มทดลอง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
จำนวน 50 คน

กลุ่มควบคุม คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะ
โรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
จำนวน 50 คน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรม
จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS
79/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกิจกรรมประกอบด้วย

1.1 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

1.2 ให้ความรู้เรื่อง โรค Metabolic ความรู้เรื่องโรค

1.3 ฝึกปฏิบัติเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการกินยาและพบแพทย์

1.4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์

1.5 กำหนดพันธสัญญา

1.6 สังเคราะห์ทวนสอบ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (3 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (4 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง
1.00 – 1.80	มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .920

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกิจกรรม ประกอบด้วย

2.1 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 ให้ความรู้เรื่อง โรค Metabolic ความรู้เรื่องโรค

2.3 ฝึกปฏิบัติเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการกินยาและพบแพทย์

2.4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์

2.5 กำหนดพันธสัญญา

2.6 สังเคราะห์ทวนสอบ

3. กำหนดแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. ดำเนินงานโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

5. สรุปและติดตามประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่ม

เสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test เปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินงานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ Independent t – test

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ และเมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่าง

2. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่อง โรค Metabolic ความรู้เรื่องโรค การฝึกปฏิบัติเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการกินยาและพบแพทย์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกำหนดพันธสัญญาและการสังเคราะห์ทวนสอบ

3. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการทดลอง 3 เดือน

3.1 ระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก กลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้

3.2 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

3.3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังทดลอง 3 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง 3 เดือน (Independent t - test)

ตัวแปร	ทดลอง		ควบคุม		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	4.67	0.21	3.14	0.17	98	40.427	.000	1.45490	1.60510
ออกกำลังกาย	4.69	0.28	3.14	0.17	98	28.822	.000	1.44794	1.66206
เครียด	4.72	0.24	3.16	0.37	98	41.615	.000	1.55418	1.70982
กินยา	4.65	0.27	3.16	0.37	98	31.455	.000	1.39600	1.58400
รวม	4.68	0.16	3.20	0.40	98	54.416	.000	1.49516	1.60834

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่ม
ทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 3 เดือน (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
อาหาร	2.89	0.25	4.67	0.21	49	-43.037	.000	-1.86312	-1.69688
ออกกำลังกาย	2.89	0.36	4.69	0.28	49	-30.559	.000	-1.91837	-1.68163
เครียด	2.90	0.31	4.72	0.24	49	-34.696	.000	-1.92965	-1.71835
กินยา	2.97	0.32	4.65	0.27	49	-29.623	.000	-1.79397	-1.56603
รวม	2.91	0.16	4.68	0.16	49	-62.696	.000	-1.82777	-1.71423

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลอง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก กลุ่มควบคุม โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าและ กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังทดลอง 3 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริเนตร สุขดี และคณะ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนในตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาจากปัจจัยที่สำคัญคือ การดำรงชีวิตประจำวันตามแบบดั้งเดิมและเรียนรู้ที่จะพัฒนาสุขภาพตนเองเสมอ 2) ผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองและชุมชน และร่วมวิเคราะห์แนวทางจัดทำร่างรูปแบบฯและเข้าร่วมกิจกรรมทดลองใช้รูปแบบฯพร้อมปรับปรุงรูปแบบฯเพื่อใช้ได้จริงในกลุ่มเสี่ยง 3) ผลการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเรียนรู้กับปฏิบัติจริง ร่วมกับการสนับสนุนของผู้นำ พบว่ากลุ่มเสี่ยงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอวและผลน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง และ 4) ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางเกลือด้วยการจัดการความรู้เริ่มตั้งแต่ศึกษาบริบทของชุมชน กระตุ้นบุคคลในชุมชนให้ตระหนักและมีศักยภาพในการสร้างรูปแบบการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจากผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนารูปแบบฯของชุมชน จัดกิจกรรมการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติจริง และประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้วิจัย ได้ดำเนินการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสี้ยว อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะโรค Metabolic ความรู้เรื่องโรค การฝึกปฏิบัติเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการกินยาและพบแพทย์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การกำหนดพันธสัญญาและการสังเคราะห์ทวนสอบ ตามแนวคิดการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ³ แนวคิดการเกิดความรู้รอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy conceptual framework)⁵ การประยุกต์หลักการแห่งพฤติกรรม หรือหลักการเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง (Self - efficacy) การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (Self - regulation) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Self - care) แนวทาง ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนไว้ว่าควรที่จะพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เพราะพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลสำคัญทำให้เกิดความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁸ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริเนตร สุขดี และคณะ (2560) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชนในตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาจากปัจจัยที่สำคัญคือ การดำรงชีวิตประจำวันตามแบบดั้งเดิมและเรียนรู้ที่จะพัฒนาสุขภาพตนเองเสมอ 2) ผู้นำนักปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมมีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเอง และชุมชน และร่วมวิเคราะห์แนวทางจัดทำร่างรูปแบบฯและเข้าร่วมกิจกรรมทดลองใช้รูปแบบฯ พร้อมปรับปรุงรูปแบบฯเพื่อใช้ได้จริงในกลุ่มเสี่ยง 3) ผลการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเรียนรู้กับปฏิบัติจริง ร่วมกับการสนับสนุนของผู้นำ พบว่า กลุ่มเสี่ยงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอวและผลน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง และ 4) ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางเกล็ดด้วยการจัดการความรู้เริ่มตั้งแต่ศึกษาบริบทของชุมชน กระตุ้นบุคคลในชุมชนให้ตระหนักและมีศักยภาพ ในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจากผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนารูปแบบฯของชุมชน จัดกิจกรรมการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติจริง และประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชาญ มีเครือรอด. (2563)¹ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอศรีมามาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .18 3) ระดับความดันโลหิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยควรมีการขยายผลไปสู่บุคลากรในหน่วยงานอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดีต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ เกสรารวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์.(2564)⁴ ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด

ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต และเส้นรอบเอวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ข้อเสนอแนะ: ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการประยุกต์ใช้แนวคิด 3 self กับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรูปแบบอื่น และควรขยายผลโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปยังกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายอื่นในพื้นที่ โดยศึกษาผลการดำเนินงานระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการจัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการดำเนินการ 1) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจ ในตระหนัก และสร้างความเข้าใจระหว่างเป้าหมาย และเจ้าหน้าที่ 2) การสร้างความสำคัญ เพื่อสร้างขวัญ กำลังใจ ปลุกกระแสนักสุขภาพ 3) การละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ เกิดความผ่อนคลายและเตรียมความพร้อม 4) การให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ที่ถูกต้อง และเกิดความตระหนักจนสามารถนำไปสู่การปฏิบัติ 5) กิจกรรมฐาน เพื่อให้เกิดความรู้ และทักษะการการปฏิบัติตัวในด้านอาหาร การแพทย์ทางเลือก อารมณ์ การออกกำลังกาย 6) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเป็นแนวทางใน

การปฏิบัติตัว 7) กำหนดพันธสัญญา เพื่อเป็นการกำหนดข้อตกลงร่วมกัน และเป็นการกระตุ้นเตือน และ 8) สังเคราะห์ทวนสอบ เพื่อเป็นการสรุป และกระตุ้นเตือนถึงความสำคัญของกิจกรรมทั้งหมด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะโรคเมตาบอลิกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.วิชาญ มีเคียรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุข จังหวัดพิจิตร. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2563 70 - 85
- 2.เปรมทิพย์ คงพันธ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2559; 27: 28-42.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข.(2556) การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2556: 9-20. Available from URL: <http://www.hed.go.th>.
- 4.เกสรารวรรณ ประดับพจน์ ศิริลักษณ์ แก่นอินทร์.(2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีที่ 8 ฉบับที่ 5 เดือนพฤษภาคม 2564
- 5.วชิระ เพ็งจันทร์.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- 6.อนวัช วิเศษบริสุทธ. (2556). ภาวะ Metabolic Syndrome ในบุคลากร โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2556 61-75
- 7.สมาคมกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย. **Metabolic syndrome**. URL<
http://thaidietetics.org/index.php?option=com_content&view=article&id=7:metabolic-syndrome&catid=2:2010-08-18-05-47-45> สืบค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2554.
- 8.อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง 3 Self ด้วยหลัก PROMISE. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- 9.ฉันทา สิทธิเจริญ. (2556). Healthy society beyond Frontiers.วารสารเวชศาสตร์ทันยุค. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล : 129-143.
- 10.Kuar, J. (2014). A Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. Cardiology Research and Practice volume 2014,1-21
- 11.กิตติพงษ์ คงสมบูรณ์,สุรเชษฐ์ เลิศกรพันธ์.(2553). เมตาบอลิกซินโดรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประชากรไทย. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2553; 28(3): 145-53.
- 12.อุทัย เพ็งธรรม.(2554) ความชุกของกลุ่มอาการเมตาบอลิก ในบุคลากรโรงพยาบาลลา ปาง. ลา ปางเวชสาร 2554; 32(1): 11-7.

ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการปฏิบัติงานของข้าราชการ ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2565

Factors Affecting to Job Retention of civil servants in community hospitals Under the Phetchabun Provincial Public Health Office in 2022.

(Received: March 14,2023 ; Revised: April 22,2023 ; Accepted: April 24,2023)

วิชัยัน สีหะวงษ์¹

Wichaiyan Srihawong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการปฏิบัติงานของข้าราชการ ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2565” เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by cross sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นด้านปัจจัยค่าจ้าง ความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงาน ของข้าราชการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งสิ้น 363 คน ทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ t-test และ ANOVA จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 39.53 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 16.20 ปี มีรายได้เฉลี่ย 32,303.67 บาท ความคิดเห็นด้านปัจจัยค่าจ้างและความผูกพันต่อองค์กร อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ส่วนด้านการคงอยู่ในงานมีระดับเห็นปานกลาง เมื่อพิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยค่าจ้าง ความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงาน อีกทั้งยังพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อความคิดเห็นที่แตกต่างกันในปัจจัยทั้ง 3 ด้าน จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ได้ว่า “ข้าราชการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีปัจจัย ข้อมูลส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีความคิดเห็นด้านปัจจัยค่าจ้าง ความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงานแตกต่างกัน เป็นจริง”

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการปฏิบัติงาน

Abstract

The research “Factors Affecting to Job Retention of civil servants in community hospitals Under the Phetchabun Provincial Public Health Office in 2022” is Survey research by cross sectional study. The purpose of this study was to study factors related to job retention. Comparing differences in personal data of 363 civil servants in community hospitals Under the Phetchabun Provincial Public Health Office with opinions on sustaining, organizational commitment and job retention factors. Data collection by questionnaire then analyzed by finding the percentage, Mean and Standard Deviation. Data correlation was tested by statistical t-test and ANOVA. From the research results, it was found that the sample had an average age of 39.53 years, most of them were female, married and living together.

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

The vast majority of studies are at bachelor's level. The average work experience was 16.20 years with an average income of 32,303.67 baht. Opinions on sustaining factors and organizational commitment factors is very agreeable level while the job retention factor was moderate. When considering at the statistical significance level of 0.05, it was found that personal data in terms of sex, age, marital status, highest education level, average monthly income and work experience correlated with sustaining, Organizational commitment and job retention factors. Also found different personal data will result in differing opinions on these 3 factors. From the results of the research hypothesis testing can be concluded as “civil servants in community hospitals under the Phetchabun Provincial Public Health Office, with different personal data, there will be opinions on sustaining factors, organizational commitment and job retention are different. Real.”

Keyword: Factors Affecting to Job Retention

บทนำ

รัฐบาลไทย ซึ่งมีพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) โดยกำหนดให้มีการปฏิบัติ เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อความสุขของคนไทยทุกคน” โดยยุทธศาสตร์ชาติที่จะใช้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนา ตลอดระยะเวลา 20 ปี ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคง มีเป้าหมายทั้งในการสร้างเสถียรภาพภายในประเทศและช่วยลดภัยคุกคามจากภายนอก รวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นในกลุ่มประเทศอาเซียนและประชาคมโลกที่มีต่อประเทศไทย 2) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน เพื่อให้ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งจำเป็นต้องยกระดับคุณภาพการผลิตโดยใช้นวัตกรรม ในการเพิ่มความสามารถในการแข่งขัน เพื่อให้มีการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งในสาขาอุตสาหกรรม การเกษตรและการบริการ การสร้างความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร การเพิ่มขีดความสามารถทางการค้า และการเป็นผู้ประกอบการ รวมทั้งการพัฒนาฐานเศรษฐกิจแห่งอนาคต ภายใต้กรอบการปฏิรูปและพัฒนาปัจจัยเชิงยุทธศาสตร์ทุกด้าน ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน ระบบโลจิสติกส์

วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม การพัฒนาทุนมนุษย์ และการบริหารจัดการทั้งในส่วนภาครัฐและภาคธุรกิจเอกชน 3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน เพื่อพัฒนาคนและสังคมไทยให้เป็นรากฐานที่แข็งแกร่งของประเทศ มีความพร้อมทางร่างกาย จิตใจและสติปัญญา มีความเป็นสากล มีการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล มีระเบียบวินัย เคารพกฎหมาย มีคุณธรรม จริยธรรม รู้คุณค่าความเป็นไทย มีครอบครัวที่มั่นคง 4) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันทางสังคม เพื่อเร่งกระจายโอกาสการพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้ทั่วถึง ลดความเหลื่อมล้ำ นำไปสู่สังคมแห่งความเสมอภาคและเป็นธรรม 5) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เพื่อเร่งอนุรักษ์ฟื้นฟูและสร้างความมั่นคงทางทรัพยากรธรรมชาติ มีความมั่นคงด้านน้ำ มีความสามารถในการป้องกันผลกระทบ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและภัยพิบัติธรรมชาติ มุ่งสู่การเป็นสังคมสีเขียว 6) ยุทธศาสตร์ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้หน่วยงานภาครัฐ มีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ มีสมรรถนะและประสิทธิภาพในการกระจายบทบาทภารกิจไปสู่ท้องถิ่นอย่างเหมาะสม

จากนโยบายยุทธศาสตร์ชาติดังกล่าว ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยเรื่องการพัฒนาและเสริมสร้าง

ศักยภาพคน ในส่วนนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์ ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเป็นเลิศ การบริการเป็นเลิศ บุคลากรเป็นเลิศ และการบริหารจัดการเป็นเลิศ เพื่อรองรับความเป็นเลิศทั้ง 4 ด้านดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดนโยบายและสั่งการลงในเครือข่ายทุกระดับ ให้มีการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ให้บริการ ให้มีศักยภาพและมีความสามารถที่ดี สามารถตอบสนองนโยบายการบริการเป็นเลิศได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นหน่วยงานราชการส่วนภูมิภาค ซึ่งดำเนินการจัดการบริหารทางด้านสาธารณสุข มีหน้าที่ส่งเสริม ป้องกันดูแลและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในจังหวัด แบ่งออกเป็น 13 กลุ่มงาน ได้แก่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานนิติการ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย และกลุ่มงานแพทย์แผนไทย นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ยังเป็นแม่ข่ายควบคุมดูแลโรงพยาบาลภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 11 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 9 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 11 แห่ง จากสถิติย้อนหลัง 6 ปี พบว่า ตั้งแต่ปี 2559 - 2565 มีการลาออกของบุคลากรจำนวน 10, 16, 21, 24, 18 และ 23 ราย ตามลำดับ จากการศึกษาข้อมูลการลาพักผ่อนและลากิจ พบว่าบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ มีการลาพักผ่อน เฉลี่ยคนละ 7.31 วัน/ปี รวมถึงภาระงาน เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุคลากรยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention rate) ไม่น้อยกว่า

ร้อยละ 85 เป็นตัวชี้วัดในการตรวจราชการประจำปี 2561 ทำให้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความคงอยู่ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการคงอยู่ในงาน คือ การที่บุคลากรทำงานในองค์กรจนเกิดความรู้สึกพึงพอใจและความผูกพันต่อองค์กร ทำให้มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติงานในองค์กรอย่างเต็มประสิทธิภาพ ด้วยความรู้สึกรักและยาวนานที่สุดหรือไม่คิดวางแผนที่จะลาออก ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงาน อาจแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) ค่าตอบแทนหรือรายได้ ได้แก่ เงินเดือน ผลประโยชน์ สวัสดิการ 2) การพัฒนาและโอกาสก้าวหน้าในอาชีพ 3) สภาพแวดล้อมของการทำงาน ได้แก่ นโยบายขององค์กร และแนวทางการปฏิบัติงานขององค์กร 4) การทำงาน ครอบคลุม และความยืดหยุ่นของเวลา ได้แก่ ลักษณะการทำงานที่มีความเหมาะสม การยืดหยุ่นของระยะเวลาในการทำงาน

ผลที่ได้จากงานวิจัยนี้ หวังว่าจะเป็นประโยชน์กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้นำข้อมูลจากการศึกษาวิจัยนี้ นำไปใช้ในการกำหนดแผนและนโยบายการพัฒนาบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานภายในองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในการปฏิบัติงานของข้าราชการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2565

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของข้าราชการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ กับความคิดเห็นด้านปัจจัยค่าจ้าง ความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงาน

วิธีการวิจัย

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้าราชการในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีสิทธิขอย้ายหรือลาออกจากราชการ มีจำนวนทั้งสิ้น 1,250 คน การคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane^{1,2} พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องทำการเก็บข้อมูล คือ 303 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ทางผู้วิจัยจึงเพิ่มการเก็บกลุ่มตัวอย่างอีก 20% คือ 60 คน ทำให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นจำนวน 363 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random sampling) ตามขั้นตอน ดังนี้

1. เทียบสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนข้าราชการและขนาดกลุ่ม

ตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนข้าราชการ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
รพ.ชนแดน	138	40
รพ.หล่มสัก	261	77
รพ.ร.หล่มเก่า	194	57
รพ.ศรีเทพ	116	34
รพ.หนองไผ่	198	58
รพ.บึงสามพัน	142	41
รพ.น้ำหนาว	43	12
รพ.วังโป่ง	80	22
รพ.เขาค้อ	78	22
รวม	1250	363

2. การสุ่มเลือกบุคลากร เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง จะทำการสุ่มแบบมีระบบ ให้มีการกระจายครบทุกหน่วยงาน และมีตัวแทนของทุกสายงานในหน่วยงาน

การสร้างแบบสอบถามและเกณฑ์การแปลผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านต่างๆ โดยมีเนื้อหาข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยด้านงานในการปฏิบัติงาน ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ค่าตอบแทน นโยบายและการบริหาร ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน วิธีการบังคับบัญชา สถานะทางอาชีพและความมั่นคงในการทำงาน

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความผูกพันต่อองค์กร โดยผู้วิจัยได้อ้างอิงจากงานศึกษาของ ศราวุธ โภชนะสมบัติ³ ซึ่งใช้ในการเก็บข้อมูลกับข้าราชการลูกจ้างประจำและพนักงานราชการ ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 นครสวรรค์

4. ข้อมูลเกี่ยวกับการคงอยู่ในงาน โดยผู้วิจัยได้อ้างอิงจากงานศึกษาของ นิศาชล ภูมิพันธ์^{4,6,7} ซึ่งใช้ในการเก็บข้อมูลของพนักงานในเครือบริษัท เดลแม็กซ์ แมชีนเนอร์ จำกัด

ข้อมูลในส่วนที่ 2-4 ใช้มาตรการวัดแบบ Likert's Scale โดยแบ่งออกเป็นข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2 และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4 ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยหาจากค่าคะแนนสูงสุด (5) – ด้วยคะแนนต่ำสุด (1) แล้วนำไปหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ (5) ตามแนวคิดของ Best John W⁵ สามารถกำหนดช่วงคะแนนระดับความคิดเห็นได้ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.21 - 5.00	ระดับมากที่สุด
3.41 - 4.20	ระดับมาก
2.61 - 3.40	ระดับปานกลาง
1.81 - 2.60	ระดับน้อย
1.00 - 1.80	ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยคำจูงที่มีผลต่อการคงอยู่ในงาน โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เพื่อประเมินระดับของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์การคงอยู่ในงาน โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา เพื่อประเมินระดับของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยคำจูง ที่มีความสัมพันธ์กับการคงอยู่ในงาน โดยใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงจำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 76.31 เพศชาย จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 23.69 มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 39.53 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุมีสัดส่วนจำนวนใกล้เคียงกัน สถานภาพส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสแล้วและยังคงอยู่ด้วยกัน มีจำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 50.96 มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 16.20 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุงานอยู่ในช่วง 9 ปีแรก มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 32,303 .67 บาท

ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยต่างๆ 3

ระดับความคิดเห็น ที่มีต่อปัจจัยคำจูงในด้านต่างๆ ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก มีเพียงด้าน ค่าตอบแทน นโยบายการบริหาร และสภาพการทำงาน ที่มีระดับค่าความเห็นเฉลี่ยในระดับปานกลาง อยู่ที่ 3.05, 3.36 และ 3.29 ตามลำดับ ปัจจัยคำจูงด้านสถานะทางอาชีพ จะเป็นด้านที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นที่ 3.85

รองลงมา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นที่ 3.69 ในด้านภาพรวมของปัจจัยคำจูง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วยมาก โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นที่ 3.59 และเมื่อพิจารณาย่อยลงไปในแต่ละข้อสอบถาม จะพบว่าข้อสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อที่ 9 ท่านปฏิบัติงานกับเพื่อนร่วมงานได้ดี มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นที่ 3.98 ส่วนข้อสอบถามที่มีความเห็นด้วยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 3 เงินเดือนที่ท่านได้รับเพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นในระดับปานกลางที่ 2.84

ระดับความคิดเห็นที่มีต่อปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรในทุกๆด้าน จะอยู่ในระดับเห็นด้วยมากทั้งหมด โดยด้านที่มีระดับความคิดเห็นด้วยมากที่สุด คือ ด้านการคงอยู่ขององค์กร มีระดับค่าเฉลี่ยความเห็นอยู่ที่ 3.72 เมื่อพิจารณาย่อยลงไปในแต่ละข้อสอบถาม จะพบว่า ข้อสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด คือ ข้อที่ 4 ท่านมีความยินดีและเต็มใจที่จะปฏิบัติตามหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จตามเวลาที่หน่วยงานกำหนด มีระดับค่าเฉลี่ยความเห็นอยู่ที่ 4.04 ในส่วนของภาพรวมด้านความผูกพันต่อองค์กร มีระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วยมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.73

ด้านปัจจัยการคงอยู่ในงาน พบว่าระดับความคิดเห็นอยู่ในเกณฑ์เห็นด้วยมากในข้อที่ 1 และ 2 และเห็นด้วยในระดับปานกลางในข้อที่ 3 และ 4 ซึ่งจะทำให้เห็นว่าส่วนใหญ่แล้วผู้ตอบแบบสอบถาม มีแนวคิดที่จะยังคงอยู่ภายในองค์กร แต่อาจมีการโยกย้ายตำแหน่งงานหากมีโอกาสดีกว่า ในส่วนของการลาออกจากองค์กรหากมีทางเลือกที่ดีกว่า จะมีระดับความเห็นด้วยในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ที่ 2.78

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับปัจจัยต่างๆ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน กับปัจจัยด้านต่างๆ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับปัจจัยคำจูน

ปัจจัยคำจูน	p-value					
	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	รายได้เฉลี่ย	ประสบการณ์
ด้านค่าตอบแทน	0.387	0.000	0.027	0.001	0.000	0.000
ด้านนโยบายการบริหาร	0.604	0.000	0.041	0.690	0.000	0.103
ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน	0.001	0.043	0.304	0.022	0.714	0.604
ด้านสภาพการทำงาน	0.020	0.040	0.233	0.141	0.015	0.060
ด้านการบังคับบัญชา	0.111	0.020	0.710	0.104	0.440	0.064
ด้านสถานะทางอาชีพ	0.226	0.003	0.264	0.014	0.000	0.381
ด้านความมั่นคงในงาน	0.118	0.016	0.074	0.001	0.000	0.113
ภาพรวมปัจจัยคำจูน	0.039	0.005	0.384	0.001	0.000	0.325

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร

ปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร	p-value					
	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	รายได้เฉลี่ย	ประสบการณ์
ด้านการคงอยู่ขององค์กร	0.730	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
ด้านความรู้สึก	0.243	0.000	0.006	0.042	0.000	0.060
ด้านบรรทัดฐาน	0.964	0.000	0.000	0.167	0.000	0.000
ภาพรวมด้านความผูกพันต่อองค์กร	0.320	0.000	0.000	0.017	0.000	0.000

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลกับปัจจัยการคงอยู่ในงาน

ปัจจัยการคงอยู่ในงาน	p-value					
	เพศ	อายุ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	รายได้เฉลี่ย	ประสบการณ์
การคงอยู่ในงาน	0.475	0.002	0.132	0.245	0.026	0.006

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 6-8 เมื่อพิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า อายุจะเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์มากที่สุดกับทุกด้าน ของทุกๆปัจจัย ซึ่งจะเห็นได้จากค่า p-value ที่ต่ำกว่า 0.05 ในทุกด้าน รองลงมา คือ ระดับการศึกษาสูงสุดและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เพศจะมีความสัมพันธ์เฉพาะบางด้านของปัจจัยคำจูน ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา-เพื่อนร่วมงาน และด้านสภาพการทำงาน แต่จะไม่สัมพันธ์กับปัจจัยด้านอื่นๆ ทั้งปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงาน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จะสัมพันธ์กับปัจจัยคำจูนเฉพาะด้านค่าตอบแทน แต่จะสัมพันธ์เกือบทุกด้านของปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงาน

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในการปฏิบัติงานของข้าราชการ ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2565 โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 363 คน กับความคิดเห็นด้านปัจจัยคำจูน ความผูกพันต่อองค์กร และการคงอยู่ในงาน โดยรูปแบบการเก็บข้อมูลเป็นการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์และนำเสนอ ได้ผลสรุปดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 76.31 เพศชาย จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 23.69 มีอายุระหว่าง 20 – 60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 39.53 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละช่วงอายุมีจำนวนสัดส่วนใกล้เคียงกัน มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสแล้ว และอยู่ด้วยกันจำนวน 185 คน คิดเป็นร้อยละ 50.96

มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 74.3 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฉลี่ยเท่ากับ 16.20 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุงานอยู่ในช่วง 9 ปีแรก มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 32,303.67 บาท

ความคิดเห็นต่อปัจจัยค่าจ้าง กลุ่มหัวข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุด คือ กลุ่มหัวข้อทางสถานะทางอาชีพ มีค่าเฉลี่ยระดับความเห็นอยู่ที่ 3.85 รองลงมา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน มีค่าเฉลี่ยระดับความเห็นอยู่ที่ 3.69 ในส่วนของภาพรวมด้านปัจจัยค่าจ้าง มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.59

ความคิดเห็นต่อปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร ด้านความผูกพันต่อองค์กร ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในระดับเห็นด้วยมากทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของภาพรวมความผูกพันต่อองค์กรหรือในระดับแยกย่อย ทั้งในด้านการคงอยู่ขององค์กร ความรู้สึกและบรรทัดฐาน โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นอยู่ที่ 3.72, 3.63, 3.62 และ 3.73 ตามลำดับ

ความคิดเห็นต่อปัจจัยการคงอยู่ในงาน สำหรับด้านการคงอยู่ในงาน กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นด้วยมากที่สุด ในหัวข้อการสมัครใจที่จะปฏิบัติงานในองค์กรตลอดไป ค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นอยู่ที่ 3.63 และเห็นด้วยน้อยที่สุดกับหัวข้อ ความเป็นไปได้สูงที่งานจะตัดสินใจลาออกจากองค์กรเมื่อมีทางเลือกที่ดีกว่า ภายในระยะเวลา 3 ปีนี้ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นอยู่ที่ 2.78 ในส่วนของภาพรวมด้านการคงอยู่ในงานพบว่า อยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง มีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็นอยู่ที่ 3.32

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยค่าจ้าง ความผูกพันต่อองค์กร และการคงอยู่ในงาน

เพศ จากผลการวิเคราะห์ พบว่า เพศจะมีความสัมพันธ์เฉพาะกับปัจจัยค่าจ้าง ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานและด้านสภาพการทำงาน ส่วนปัจจัยด้านความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงาน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

อายุ อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับปัจจัยในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านปัจจัยค่าจ้าง ความผูกพันต่อองค์กรหรือการคงอยู่ในงาน

สถานะภาพสมรส จากผลการศึกษา พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลด้านสถานะภาพสมรส มีความสัมพันธ์อย่างมากกับปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรในทุกๆ ด้าน ส่วนความสัมพันธ์กับปัจจัยค่าจ้างจะมีความสัมพันธ์ในด้านค่าตอบแทนและนโยบายการบริหารเท่านั้น และไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านการคงอยู่ในงาน

ระดับการศึกษาสูงสุด จากผลการวิเคราะห์ ข้อมูล พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยค่าจ้าง ด้านค่าตอบแทน ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน สถานะทางอาชีพและความมั่นคงในงาน ในส่วนของปัจจัยความผูกพันต่อองค์กร ระดับการศึกษาจะไม่มีความสัมพันธ์เฉพาะด้านบรรทัดฐานเท่านั้น และส่วนปัจจัยการคงอยู่ในงานไม่พบว่ามีสัมพันธ์กัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ในส่วนของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จะมีความสัมพันธ์กับทุกปัจจัยในเกือบจะทุกด้าน มีเพียงปัจจัยค่าจ้างในด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา-เพื่อนร่วมงานและด้านการบังคับบัญชาเท่านั้นที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความสัมพันธ์กับปัจจัยค่าจ้าง มีความสัมพันธ์กับค่าตอบแทนเพียงด้านเดียว ในส่วนของปัจจัยความผูกพันต่อองค์กรและการคงอยู่ในงาน พบว่า มีความสัมพันธ์ในเกือบจะทุกด้าน ยกเว้นด้านความรู้สึก

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในระดับจังหวัด ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาและส่งเสริมการคงอยู่ในงาน ในระดับจังหวัดได้
2. ควรมีการวิจัยเชิงลึกขององค์กรในระดับอำเภอ
3. ควรส่งเสริมให้มีการเผยแพร่ผลการวิจัยครั้งนี้ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและผู้สนใจ ทั้งในระดับเขตสุขภาพและจังหวัดอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Yamane, Taro. Statistic: An Introductory Analysis. New York: Harper and Row Publication, 1973.
2. สุมาลี อยู่ผ่อง และ บุญทิพย์ สิริรังศรี. ปัจจัยการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร :มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2555.
3. ศราวุธ โภชนะสมบัติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในองค์กรของบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์. นครสวรรค์ : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์, 2560.
4. นิสาชล ภูมิพันธ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพนักงาน : กรณีศึกษา บริษัท เดลแม็กซ์ แมชีนเนอรี จำกัด. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี คณะบริหารธุรกิจ วิชาเอกการจัดการ วิศวกรรมธุรกิจ, 2559.
5. John, Best W. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall, 1977.
6. สุรีย์ ท้าวคำลือ. ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนเขต กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
7. นื่องนุช ภูมิสนธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะคติต่อวิชาชีพพยาบาล ความพึงพอใจในงาน และความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรกับความตั้งใจที่จะลาออกจากงาน ของพยาบาลโรงพยาบาลรัฐ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
8. Herzberg, Frederick. The Motivation to Work. New York: John Wiley and Son. 1959
9. Maslow, Abraham. Motivation and Personality. New York: Harper and Row Publishers, 1970.
10. Vroom, H V and Deci, L E. Management and Motivation. United State of America:Universal Lithographers, 1972.

การพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ

The development of a case management model for caring for diabetic patients
to control blood sugar levels by coordinating care from the hospital to primary care

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

จารุมณ ลักณาวิวัฒน์, พย.บ.¹ มยุรี ลักนาศิริโรรัตน์, พย.ม.²

ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, พ.บ.³, วีระยุทธ แซ่ฮ้อ, นวช.คพ.⁴

Jarumon Lukkanawiwat, R.N.¹, Mayuree Lakkanasirorat, APN., M.N.S.²,

Piyawit Negkhaphat, M.D.³, Teerayut Saehor, CTO.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – เดือนกันยายน 2563 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ไม่ดี ($HbA1c \geq 8.0\%$) คัดเลือกแบบเจาะจงจำนวน 48 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน และแบบบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วยสถิติ Paired samples t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ทำให้ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพรูปแบบใหม่ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้านหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา และมีค่า HbA1c หลังพัฒนาลดลงจากก่อนพัฒนามีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ร้อยละการควบคุม HbA1c < 7.0% ของผู้ป่วยเบาหวานอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในปี 2563 คิดเป็นร้อยละ 40.84 ซึ่งควบคุมได้ดีที่สุดเป็นอันดับ 1 ใน 10 อำเภอของจังหวัด (ปี 2561 ควบคุมได้ดีเป็นลำดับสุดท้าย ร้อยละ 15.82) และผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรูปแบบการพัฒนาครั้งนี้สามารถนำไปใช้พัฒนาในพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล การจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเบาหวาน ประสานการดูแล โรงพยาบาล สถานบริการปฐมภูมิ

Abstract

The research was aimed to development of case management care model for diabetic patients to control blood sugar levels by coordinating care from hospital to Primary care. Study during October, 2018 to September, 2020. The sample included 48 Diabetic patients with uncontrolled of blood sugar by specific selection, $HbA1c \geq 8.0\%$. The research instrument are General information record form of the sample, 4 Health Behavior Assessment form, Blood pressure and blood sugar record form by registered nurse at Primary care, This record form used to refer the patient from hospital to Primary care. Data were analyzed by descriptive statistics and Paired samples t-test.

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง Corresponding author; e-mail jarumon.lw@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

³ นายแพทย์ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

⁴ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

The results showed that after the development of a case management care model for diabetic patients by coordinating care from hospitals to Primary care, Get a new model of diabetes care with the participation of a multidisciplinary team. The results of patient care found that diabetic patients had higher health behaviors after development than before, HbA1c of diabetic patients statistically significant decreased from before participation to the study. The outcome of this development result in the percentage of patients with diabetes mellitus with good glycemic control (HbA1c < 7.0%) of diabetic patients in Huai Yot district, 2020 was 40.84% that was the highest control in 10 districts of Trang (2018 is in good control for the last time, was 15.82%) and passed the target criteria of the Ministry of Public Health. Furthermore, this development model can be used to develop in other areas.

Keywords: The development of care model, Case management, Diabetic patients, Coordinating, Hospital, Primary care

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ จากการสำรวจสถานะสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2556 - 2557 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความชุกโรคเบาหวานถึงร้อยละ 8.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.7 มีผู้เป็นโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 23.7 ความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ 27.7² ซึ่งเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ให้อยู่ใกล้เคียงเกณฑ์ปกติมากที่สุดอยู่ตลอดเวลา³ และการที่จะบรรลุเป้าหมายให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการกับอารมณ์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยเบาหวานจึงจำเป็นต้องมีความรู้ มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง หากผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลตนเองและขาดความร่วมมือในการรักษาจะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือมีอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้

การควบคุม HbA1c ลดลงทุกร้อยละ 1 จะช่วยลดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้⁴

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2560 - 2579) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสิ่งแวดล้อม แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมไปถึงนโยบายการปฏิรูปประเทศมุ่งสู่ "ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน" โดยมียุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านคือ 1) ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence) 2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) จากยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ยุทธศาสตร์ที่ 2 บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพ (Service plan) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ซึ่งสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญ โดยเป้าหมายของโรคเบาหวาน คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ $\geq$ ร้อยละ 40.0%^{5,6}

จังหวัดตรังพบว่า ในปี 2559-2561 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($HbA1c < 7.0\%$) เท่ากับร้อยละ 23.19 23.14 และ 22.93 ตามลำดับ และอำเภอห้วยยอดพบร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เท่ากับร้อยละ 19.06 20.89 และ 15.82 ตามลำดับ โดยในปี 2561 ควบคุมได้ดีเป็นลำดับสุดท้ายของ 10 อำเภอในจังหวัดตรัง⁷ ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอพบร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มลดลง หากกลุ่มดังกล่าวไม่ได้รับการจัดการที่เป็นระบบ อาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง คณะทำงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Board) อำเภอห้วยยอด จึงทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model: CCM)⁸ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่รักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายระดับทุติยภูมิและผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาที่คลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ บางส่วนยังเข้าไม่ถึงการดูแลรักษาจากทีมเครือข่ายสุขภาพและภาคีเครือข่ายชุมชน

เครือข่ายสุขภาพอำเภอห้วยยอดจึงมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management: CM) แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (The Chronic Care Model: CCM) บูรณาการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนื่องระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในสถานบริการทุกระดับ ชุมชนและท้องถิ่น ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีองค์ประกอบ CCM ที่สำคัญ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกำหนดเป็นนโยบายให้สถานบริการทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) เชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายกับทีมคลินิกหมอครอบครัว 3) พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกที่ช่วยสนับสนุนและส่งผ่านข้อมูลถึงกัน 4) มีระบบการสนับสนุนการ

ตัดสินใจ มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน 5) พัฒนาความร่วมมือกับชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเพื่อร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชน และ 6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม⁸ มีการออกแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์⁹ ซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะ มีความรู้ ความเข้าใจ มีความพร้อมและสามารถตัดสินใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินกระบวนการดังกล่าว โดยมีกระบวนการจัดการตนเอง 6 ขั้นตอนได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บบันทึกข้อมูล 3) การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) ลงมือปฏิบัติ 6) การสะท้อนตนเอง รวมทั้งจัดบริการที่คลินิกหมอครอบครัว ให้มีทีมหลัก ทีมเสริม ทีมเฉพาะกิจและทีมขยาย ให้บริการโดยพื้นที่เป็นฐานและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างแท้จริง มีระบบบริการที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายเพิ่มขึ้น มีระบบการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงสะดวกขึ้น มุ่งเน้นการจัดการรายกรณี มีการจัดบริการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชนและการติดตามเยี่ยมบ้าน ตลอดจนมีการพัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกและมีการดำเนินงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ตามแนวคิดการจัดการรายกรณี Case management แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง CCM และแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์⁹ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมโรคได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการ
รายการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการ
ดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน
รักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอด ตั้งแต่เดือนตุลาคม
2561 – เดือนกันยายน 2563

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุม
HbA1c $\geq 8.0\%$ คัดเลือกแบบเจาะจงในผู้ป่วยที่อาศัย
อยู่ในพื้นที่สถานบริการปฐมภูมิทั้ง 22 แห่ง ได้แก่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน
20 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลห้วยยอด
(ศสช.) จำนวน 1 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุข
เทศบาลตำบลนาง จำนวน 1 แห่ง โดยคัดเลือกแห่ง
ละ 2 คน จำนวน 44 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
10% (4 คน) เพื่อทดแทนการสูญหายระหว่างทำการ
วิจัย รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) 1)ผู้ป่วย
เบาหวานที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย 2) ผู้ป่วยเบาหวานที่
อยู่ในพื้นที่อำเภอห้วยยอด 3)ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า
HbA1c $\geq 8.0\%$ 4) ผู้ป่วยที่สามารถตรวจ HbA1c
ก่อนและหลังพัฒนาครบตลอดระยะทำการวิจัย

วิธีการศึกษา

รูปแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research
and Development) ทำการศึกษาในโรงพยาบาล
จำนวน 1 แห่ง และสถานบริการปฐมภูมิ จำนวน 22
แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – เดือนกันยายน
2563 โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (ตุลาคม
2561-มีนาคม2562)

1. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถานการณ์
โรคเบาหวานเชิงระบาดวิทยา โดยทบทวนข้อมูลจาก
ฐานข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม Health
Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ตรัง เวชระเบียนผู้ป่วยจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล
HOSxP_Hospital และสถานบริการปฐมภูมิ

HOSxP_PCU และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ปัจจุบัน นำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาเพื่อการพัฒนา

2. นำเสนอสถานการณ์โรคที่วิเคราะห์ได้ แก่
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พชอ.) คณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง (NCD board) อำเภอห้วยยอด เพื่อวางแผน
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ครั้งที่1

ขั้นที่ 2 พัฒนาระบบ มีขั้นตอนดังนี้ (มีนาคม
2562-มีนาคม2563)

1. นำข้อมูลที่สรุปได้ในระยะที่1 ระดมสมอง
กับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดทำรูปแบบการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายอำเภอห้วยยอด โดยการ
ประชุมพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังของสถานบริการปฐมภูมิ และประชุม
คณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(NCD board) ครั้งที่2

2. จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยเบาหวาน (CPG) เครือข่ายอำเภอห้วยยอด

3. พัฒนาแบบบันทึกการติดตามค่าระดับ
น้ำตาลในเลือดและบันทึกทางการพยาบาลโดย
พยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ

4. พัฒนารูปแบบการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานในพื้นที่เชื่อมโยงชุมชนตามแนวคิด การ
จัดการโรคเรื้อรัง CCM

5. จัดโครงการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ
ประจำสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเครือข่าย
สุขภาพอำเภอห้วยยอด โดยมีแพทย์เวชศาสตร์
ครอบครัวให้ความรู้แนวทางการดำเนินงานโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังและ Update guideline โรคเบาหวาน
และการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน

6. จัดทำแผนติดตามการดำเนินงานสถาน
บริการปฐมภูมิ นิเทศ ติดตาม กำกับกับการดำเนินงาน

ขั้นที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
(มีนาคม2562 – กันยายน2563)

นำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้กับผู้ป่วย
เบาหวานกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 4 การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น (มีนาคม 2562 – กันยายน 2563)

1. คำนวณข้อมูลผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านคณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD board) อำเภอห้วยยอด
2. ประเมินผลจากกระบวนการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากการประชุมปรึกษาหารือคณะทำงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในประเด็น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ปัจจุบันทั้งในโรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิเป็นอย่างไร และควรมีรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ใกล้เคียงปกติ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างไร รวมทั้งแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ เป็นแบบบันทึกที่ใช้ส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ มีข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ชื่อผู้ป่วย อายุ ข้อมูลภาวะสุขภาพก่อนส่งสถานบริการปฐมภูมิ (ค่า HbA1c, BP, eGFR, DLD, ยารักษาที่ผู้ป่วยได้รับ) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยออกแบบเพื่อการติดตามระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วแบบอดอาหาร (Dextrostix: DTX) โดยประยุกต์รูปแบบ Self-Monitoring Blood Glucose (SMBG) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจ HbA1c ในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง และติดตาม DTX อย่างเป็นระบบในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 โดยทุกสัปดาห์ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการใช้ยารักษา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ตามแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของเครียร์ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านและพบ

แพทย์ทุก 4 สัปดาห์ จนครบสัปดาห์ที่ 12 จะได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการใช้ยา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการกับอารมณ์ ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.0

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัย

1. สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เป็นสมุดนัดที่มีรายละเอียดข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่ ผลการตรวจเลือด DTX ทุกครั้งที่รับบริการ รวมทั้งผลการตรวจเลือดประจำปี รายการชื่อยาที่ใช้ในการรักษา และอื่นๆ เป็นการคืนกลับข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

2. แฟ้มเฉพาะโรคผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เป็นแฟ้มประวัติข้อมูลสุขภาพที่แพทย์ใช้ประกอบการพิจารณาการรักษา มีรายละเอียดตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรักษาจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบันและอดีต ประวัติทางกรรมพันธุ์ ประวัติครอบครัว ผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัวใจและหลอดเลือด คัดกรองภาวะซึมเศร้า คัดกรองวัณโรค ผลการตรวจ CXR, EKG รวมทั้งผลการตรวจเลือดและข้อมูลยาที่ใช้ในการรักษาทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลลักษณะประชากรและค่า HbA1c จากผู้เข้าร่วมวิจัยและแบบบันทึกค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดโดยพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิ พบมีผู้เข้าร่วมวิจัยตลอดระยะเวลาการวิจัยและตรวจสอบความสมบูรณ์เชิงเนื้อหาของแบบบันทึกและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 48 คน นำข้อมูลที่ต้องการวิเคราะห์ไปลงโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) หาค่าร้อยละ อัตราส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและค่า HbA1c เฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและค่าน้ำตาลในเลือด HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย สามารถนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการปฏิบัติรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังพัฒนา

ประเด็น	การปฏิบัติแบบเดิมก่อนการพัฒนา	การปฏิบัติรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น
1.การกำหนดนโยบาย	-ไม่มีนโยบายการขับเคลื่อนงาน NCD ชัดเจน -งบประมาณจากกองทุนตำบลเท่านั้น	-นำประเด็น NCD เข้าสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยกลไก พชอ.เป็นครั้งแรก มีการจัดทำโครงการ 1.โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ป้องกัน Stroke ป้องกันพิการ) 2.โครงการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้พิการ -กำหนดเป็นนโยบายเร่งรัดการดำเนินงานของอำเภอห้วยยอด -ได้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน NCD จากสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย (สสว.) -ได้งบดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์สร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
2.การเชื่อมโยงระบบบริการ	-ระบบบริการแยกส่วน	-มีการออกแบบบริการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการปฐมภูมิ
3.การพัฒนาระบบสารสนเทศ	-ข้อมูลไม่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและไม่เป็นปัจจุบัน -ส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม 1-2 เดือน/ครั้ง -เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล เรียนรู้ด้วยตัวเอง	-มีการจัดการข้อมูลให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน -ส่งออกข้อมูล 43 แฟ้ม ทุกสัปดาห์ -เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลได้รับการพัฒนาองค์ความรู้จากนักวิชาการคอมพิวเตอร์
4.ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ	-ขาดการอบรมความรู้เฉพาะด้าน -การดูแลเป็นอิสระ	-มีการอบรมความรู้เพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน -อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สถานบริการปฐมภูมิ เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนเครือข่ายสุขภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว -อบรม Mini Case manager DM&HT

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการปฏิบัติรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานก่อนและหลังพัฒนา

ประเด็น	การปฏิบัติแบบเดิมก่อนการพัฒนา	การปฏิบัติรูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น
	-CPG ขาดการทบทวน	-มีการทบทวนและปรับปรุง CPG ขึ้นใหม่
5.พัฒนาความร่วมมือกับชุมชน	ดำเนินการโดยโรงพยาบาลและรพ.สต.	-ดำเนินการโดยส่วนรวม มี อสม. ผู้นำชุมชน รวมเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วย
6.สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลจัดการตนเอง	ผู้ป่วยหวั่งพึงพึ่งผู้ให้บริการ	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลกระตือรือร้น มีเครื่องมือสนับสนุนการจัดการดูแล ตนเอง จากข้อมูลภาวะสุขภาพที่คืนกลับจากผู้ให้บริการ ในสมุดนัด และแบบติดตามผู้ป่วย

จากตารางที่ 1 พบว่า การดูแลผู้ป่วยเบาหวานรูปแบบใหม่ เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป็นนโยบายการขับเคลื่อนในพื้นที่ มีการออกแบบบริการที่เชื่อมโยงกัน โดยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ มีการพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน บุคลากรมีการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.3 อายุเฉลี่ย 50.56 ปี อายุุน้อยที่สุด 22 ปี อายุมากที่สุด 69 ปี และกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คืออายุ ≥ 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.4

ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพรายด้านและโดยรวมก่อนและหลังพัฒนา

พฤติกรรม	ก่อน	หลัง	ระดับ	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	ก่อน	หลัง
	Min - Max	Min - Max		
ด้านการใช้ยา	13.50 ± 1.130	21.50 ± 1.130	ปานกลาง	ดี
	12 - 15	20 - 23		
ด้านการรับประทานอาหาร	17.63 ± 1.468	28.02 ± 0.838	ปานกลาง	ดี
	16 - 20	27 - 29		
ด้านการออกกำลังกาย	11.33 ± 1.059	15.96 ± 0.824	ปานกลาง	ดี
	10 - 13	15 - 17		
ด้านการจัดการกับอารมณ์	11.40 ± 1.106	16.50 ± 1.130	ปานกลาง	ดี
	10 - 13	15 - 18		
พฤติกรรมโดยรวม	53.85 ± 2.423	81.98 ± 1.962	ปานกลาง	ดี
	48 - 60	78 - 86		

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน ทั้ง 4 ด้านและโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย สูงกว่าก่อนพัฒนา

โดยพบวก่อนพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง หลังพัฒนารูปแบบมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์ก่อนและหลังการพัฒนา ด้วยสถิติ Paired samples t-test

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน	หลัง	t	P value
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$		
ด้านการใช้ยา	13.50 $\pm$ 1.130	21.50 $\pm$ 1.130	-49.894	<.01
ด้านการรับประทานอาหาร	17.63 $\pm$ 1.468	28.02 $\pm$ 0.838	-45.173	<.01
ด้านการออกกำลังกาย	11.33 $\pm$ 1.059	15.96 $\pm$ 0.824	-21.413	<.01
ด้านการจัดการกับอารมณ์	11.40 $\pm$ 1.106	16.50 $\pm$ 1.130	-22.087	<.01
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	53.85 $\pm$ 2.423	81.98 $\pm$ 1.962	-61.668	<.01

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าพฤติกรรมด้านการใช้ยา การรับประทานอาหาร การ

ออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทุกด้านหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired samples t-test

HbA1c	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		t	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	$\bar{x} \pm SD = 10.792-1.6273$ Min-max = 8.1-13.8		$\bar{x} \pm SD = 8.258-1.5671$ Min-max = 5.0-11.8			
< 7.0%			10	20.8	10.437	<.01
7.0% - < 8.0%			12	25.0		
8.0% - < 10.0%	17	35.4	20	41.7		
10.0% - < 12.0%	17	35.4	6	12.5		
12.0% - < 14.0%	14	29.2	0	0.0		
รวม	48	100.0	48	100.0		

จากตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย HbA1c ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ($p < .05$) โดยพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย ค่าคะแนนเฉลี่ย HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีค่า HbA1c < 7.0% มีจำนวนเพิ่มขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ชี้ให้เห็นว่า การที่จะให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้น ต้องอาศัยวงจรที่สมบูรณ์แบบทั้งระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออำนวย การตอบสนองต่อชุมชนในการขับเคลื่อนปัญหาสุขภาพ การเตรียมความพร้อมของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสนับสนุนการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับรู้ข้อมูลและตื่นตัวต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ต่อการเผชิญและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อการดูแลตนเอง จึงได้ประยุกต์รูปแบบการจัดการโรค

เรื้อรัง (The Chronic Care Model: CCM) มาใช้ในระบบการดูแล รวมทั้งการติดตามกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และต้องอาศัยการจัดการรายกรณี (Case management) และทฤษฎีทางการพยาบาล⁹ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะเข้าถึงการดูแลและการรักษานั้น การดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพในระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิที่เข้าถึงประชาชนมากที่สุด ดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยทุกโรค แม้ผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของรังสิมารัตนศิลาและคณะ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยจัดโปรแกรมการวางแผนดูแลรายบุคคลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีผู้วิจัยเป็นผู้จัดการรายกรณีให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล การให้ความรู้และคำแนะนำ การเยี่ยมบ้าน การติดตามและกระตุ้นทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร¹¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการจัดการรายกรณี การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลผู้ป่วย การประชุมทีมเพื่อปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหารายบุคคล การให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสนับสนุนโดยการเยี่ยมบ้าน และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยหลังเข้าโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพด้านการใช้ยารักษาเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับอารมณ์ หลังจากผู้ป่วยได้รับการประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่สถานบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลติดตามพฤติกรรมสุขภาพจากพยาบาลประจำสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นเตือนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน์ อ่อนศรี¹¹ ผลการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านวังตาง ตำบลสำโรงชัย อำเภไศพลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองหลังการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ วันเพ็ญ นาสอนใจ¹³ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าคะแนนความรู้และคุณภาพชีวิต หลังการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการจัดการตนเอง และมีระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยหลังการจัดการตนเองลดลงจากก่อนการจัดการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. หลังจากได้รับการส่งตัวเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลไปยังสถานบริการปฐมภูมิในพื้นที่อาศัย ผู้ป่วยได้รับการติดตาม DTX โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ SMBG และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจ HbA1c ในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง และติดตาม DTX อย่างเป็นระบบในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 10 จนครบสัปดาห์ที่ 12 จะได้รับการตรวจ HbA1C ซ้ำ ซึ่งการติดตาม DTX ในรูปแบบ SMBG สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณภา สิทธิปานและคณะ¹⁴ ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม พบว่าผู้ป่วย

เบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของระดับน้ำตาลสะสมลดลงมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว สรุปได้ว่าโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองสามารถเพิ่ม

ประสิทธิภาพการพยาบาลตามปกติได้ในการลดระดับน้ำตาลสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในสถานบริการอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติกาญจน์พิบูลวงศ์. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. 2562.
2. วิชัย เอกพลากรและคณะ. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557.
3. Cahill, G.F., et al. (1976). "Blood glucose control in diabetes," Diabetes: 237- 239.
4. สำนักสถิติแห่งชาติ.สารสถิติ ปีที่25 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม.[Online] <http://www.nso.go.th>. 2557.
5. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.2560-2579. กระทรวงสาธารณสุข.2560.
6. กองยุทธศาสตร์แผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560-2579.ครั้งที่1.กรุงเทพฯ.กระทรวงสาธารณสุข. 2560.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม Health Data Center (HDC). [Online]https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=137a726340e4dfde7bbb. 2561-2563.
8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. บริษัท อาร์ต ควอลิตี้ จำกัด. 2557.
9. Creer, T. L. Self-management. In M. Bockaeets, R. Pintrich & M. Zeidner (Eds.), Handbook of Self regulation. San diego, California: Academic Press. 2000.
10. รังสิมา รัตนศิลาและคณะ. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2558; 29(1):67-79.
11. อุบลรัตน์ รัตนอุไรและประภาส สงบุตร. ผลของโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2561; 3(1):12-17.
12. ศรีรัตน์ อ่อนศรี. ผลการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิบ้านวังตาง ตำบลสำโรงชัย อำเภไผ่ศาลี จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ). นครสวรรค์: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์. 2552.
13. วันเพ็ญ นาสอนใจ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาแพทย์ เขต11. 2561; 32(2):1005-1014.
14. วรณภา สิทธิปานและคณะ. ผลของโปรแกรมการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาลสะสม. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2558; 32(1):68-82.
15. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2560. นนทบุรี.2560.

16. ราม รัชสินธุ์, ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. การประเมินผล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ประจำปี 2555 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_spec90.pdf
17. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. บทความวิชาการพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร. 2560.
18. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557
19. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เผยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น. Retrieved from
<https://www.thaihealth.or.th/Content/33953-เผยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น.html>. 2559.
20. กุสุมา กังหลี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก, 2557; 15(3):256-268.
21. ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2561; 12(3):515-522.
22. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2. ประทุมธานี : ร่มเย็น มิเดีย จำกัด. 2560.

การพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาด
โรคไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษาโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

Development of a medical treatment model for diabetic patients in the corona virus 2019
epidemic situation, case study in Rattanakburi Hospital, Surin Province

(Received: April 24,2023 ; Revised: April 28,2023 ; Accepted: April 28,2023)

จุฑารัตน์ บุตรดีขัน¹

Chutharat Buddeekhan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรค COVID-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ผู้ร่วมวิจัยมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน และ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 48 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 - มีนาคม 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และระดับน้ำตาลในเลือด การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเอง ด้วยสถิติ Paired T- test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรค โควิด-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี คือ 1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการ จัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับมาตรการการควบคุมโรค คัดกรองและให้การรักษาระดับบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียว ปรับระบบการการเติมยาโดยแพทย์ 2) การเชื่อมโยงระบบบริการโดยการประยุกต์ใช้ 3 หมอ และ สถานีสุขภาพ โดยหมอคนที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเขียว หมอคนที่ 2 (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเหลือง จัดบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียว ที่ รพ.สต. หมอคนที่ 3 (แพทย์) ดูแลผู้ป่วยกลุ่มสีแดง และกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จัดบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่โรงพยาบาล โดยเน้นการส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน 3)ด้านการให้คำแนะนำ และติดตามการปฏิบัติตัว ใช้ทั้งทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ผลของการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นและมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีความพึงพอใจมากต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระดับมาก ดังนั้น รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถนำไปใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้สถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19

คำสำคัญ : เบาหวาน โควิด-19 รูปแบบการรักษาพยาบาล

¹ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ *Corresponding author E-mail:Chutharatpat@gmail.com

Abstract

This research and development aimed to develop and study the effectiveness of a medical treatment model for diabetic patients in the situation of the COVID-19 outbreak of Rattanakaburi Hospital, Surin Province. There are 2 groups of research participants, consisted of 15 public health personnel group and related network partners and 48 diabetic patients. The research was conducted during July 2022 - March 2023. Data were collected by focus group, questionnaires and blood glucose levels recording. Data analysis was performed by descriptive statistics, paired T-test, with level of significance at 0.05 and content analysis. The results showed that the medical treatment model for diabetic patients in the situation of the COVID-19 outbreak of Rattanakaburi Hospital, there are 1) diabetic patient care models in health care facilities. Patients were grouped by the level of disease control measures. Screening method and providing treatment for patients as a one-stop service. Social distancing was used in non-communicable disease (NCD) clinic intensely, improve the system for refilling medicines by doctors. 2) Making the service system connection by applying 3 doctors policy and a health station. The 1st doctor, village health volunteers (VHVs) to take care of diabetes patients in the green group. Promote the use of primary screening services in the community. The 2nd doctor (public health personnel) takes care of diabetes patients in the yellow group. The third doctor (physician) takes care of the patients in the red group and complex groups, provide services at the NCD clinic at the hospital. All groups of diabetic patients were followed up by staff of public health personnel, and VHVs, emphasizing on delivering medicines to patients at home. 3) Giving advice and follow up on behavior use both on the phone and the LINE application. The results of using the developed model showed that diabetic patients had an increase in overall health behavior and a statistically significant decrease in blood sugar levels at the 0.05 level, and were very satisfied with the developed model at a high level. Therefore, this developed diabetic patient care model can be used in the treatment of diabetic patients effectively under the situation of the COVID-19 outbreak.

Key words: Diabetic, COVID-19, Medical treatment model

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือ โควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ พบเมื่อเดือนธันวาคม 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากนั้นได้มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากหลายประเทศทั่วโลก ทำให้โรคโควิด-19 กลายเป็นโรคระบาดเต็มรูปแบบ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศอย่างเป็นทางการถึง

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 ที่กลายเป็นการระบาดใหญ่ เป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี ที่ทั่วโลกต้องรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว⁽¹⁾ เมื่อต้นปี พ.ศ.2563 สถานการณ์การระบาดภายในประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น สร้างความสูญเสียให้กับชีวิต เศรษฐกิจ และสังคมในวงกว้าง ประเทศไทยมีการดำเนินการรับมือการระบาดของโรคโควิด-19 มา

อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2563 จนถึงปัจจุบัน⁽²⁾ สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ปี 2564 พบผู้ติดเชื้อจำนวน 1,491 ราย (อัตราป่วย 16.15 ต่อประชากรพันคน) เสียชีวิต 8 ราย (ร้อยละ 0.53) และใน ปี 2565 (กันยายน 2565) พบผู้ติดเชื้อจำนวน 11,861 คน (อัตราป่วย 128.45 ต่อประชากรพันคน) เสียชีวิต 23 ราย (ร้อยละ 0.02)⁽³⁾ การระบาดของโควิด-19 นับเป็นภัยคุกคามสร้างความหวาดวิตกแก่ประชาชนอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากมีการติดเชื้อโควิด-19 จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการและส่งผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ทั้งความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้โรคร่วมถึงร้อยละ 41.0 แม้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้ไม่แตกต่างจากคนปกติ แต่จะมีโอกาสเกิดอาการแสดงที่รุนแรงมากกว่าและมีความเสี่ยงการเสียชีวิตมากกว่าคนปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งต้องใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป⁽⁴⁾ และการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจะทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อไวรัสลดลง อีกทั้งในร่างกายผู้ป่วยเบาหวานจะมีความไวต่อการเกิดกระบวนการอักเสบมากกว่าปกติ นอกจากนั้น การทำงานระบบภูมิคุ้มกันจะลดลงทำให้กระบวนการจัดการกับกระบวนการอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสด้วยประสิทธิภาพลง^(1, 4) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบปกติวิถีใหม่อย่างเข้มข้น คือ การไม่ออกจากบ้าน ทำงานอยู่ที่บ้าน ใช้สื่อออนไลน์ในการสื่อสารระหว่างกัน รักษาระยะห่างจากกันและกัน หมั่นล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง⁽⁵⁾ จากสถานการณ์การระบาดของโควิด -19 ที่ทวีความรุนแรงขึ้นต่อเนื่องในปีช่วงต้นปี 2565 ส่งผลให้โรงพยาบาลรัต

นบุรีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องปรับระบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่สอดคล้องกับมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงจำเป็นต้องมีการลดการไปโรงพยาบาล/รพ.สต. เพื่อลดความแออัด ลดการรับและแพร่เชื้อของผู้ป่วย ด้วยกระบวนการดูแลรักษาที่บ้านให้มากขึ้น⁽⁶⁾

แม้สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทยในช่วงเดือน สิงหาคม-กันยายน 2565 โดยรวมคลี่คลายลง มีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันควบคุมโรคในประเทศ เพื่อให้ประชาชนใช้ชีวิตใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด แต่ยังคงต้องใส่ใจในการป้องกันตัวเองจากโรคโควิด-19 เนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ มีความสามารถในการแพร่เชื้อเพิ่มขึ้น และหลบภูมิคุ้มกันได้มากขึ้นอีกด้วย^(6, 7) ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่หลักในการบริหารจัดการภารกิจในองค์กรแพทย์และเป็นที่บริหารของโรงพยาบาล จำเป็นจะต้องบริหารจัดการเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะกลุ่มเบาหวานที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อให้เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกิดการประสานงาน การสั่งการและแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยประชากร และกลุ่มตัวอย่าง คือบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 โดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 คน อายุรแพทย์แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน อสม. 2 คน ผู้บริหารส่วนท้องถิ่น 1 คน ผู้นำชุมชน 1 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน และตัวแทนภาคประชาชน 1 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลรัตนบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2 ครั้งติดกัน (ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg/dl) มีอายุ 15 - 60 ปี และไม่มีโรคแทรกซ้อน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.10.0 แทนค่าพารามิเตอร์ที่เกี่ยวข้องจากการศึกษาที่ผ่านมาคือ ค่าผลต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง⁽⁸⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 38 คน เนื่องจากความไม่แน่นอนของสถานการณ์การระบาดโควิด-19 อาจมีผลกระทบต่อการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10 คน รวมเป็น 48 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และติดตาม

ประเมินผลหลังจากทดลองใช้รูปแบบเป็นเวลา 3 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 ประกอบด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 8 ข้อ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาป่วยเบาหวาน ดัชนีมวลกาย สิทธิในการรักษาพยาบาล และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร 6 ข้อ ด้านการรับประทานยา 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด 5 ข้อ และการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อน 4 ข้อ เป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ (0, 1, 2, 3) ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ (0, 1, 2, 3)

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มา กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ใช้ในการวิจัย และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 และ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับ

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ภาพรวม 0.82 และความพึงพอใจ 0.87

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2565 - มีนาคม 2566 มีขั้นตอนแบ่งได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหาการจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยการศึกษาจากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 และผู้ป่วยเบาหวานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน สังเคราะห์ปัญหาการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี โดยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวน 15 คน โดยกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี การวางแผนสำหรับการดำเนินการ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรการที่รัฐบาลกำหนด การจัดหาและเวชภัณฑ์ การประเมินอาการ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ระบบการดูแลสุขภาพตนเองของ

ผู้ป่วยเบาหวาน และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 โดยผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกตามแบบสอบถามและประเมินผลพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป เมื่อครบ 3 เดือน

ระยะที่ 4 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและประเมินผลการดำเนินงานที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้วยสถิติ Paired T- test และ 95% CI ของความแตกต่าง โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม (Ethical Consideration)

ผู้วิจัยปฏิบัติพร้อมที่จะดำเนินการวิจัยภายใต้หลักจริยธรรมพื้นฐาน 3 ข้อของ The Belmont Report โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA 39/2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ สภาพปัญหาการจัดบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเบาหวานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นทะเบียนรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรัตนบุรีเมื่อ มกราคม 2565 จำนวน 4,255 คน (4,607.72 ต่อประชากรแสนคน) และมีแนวโน้มพบผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นทุกปี ในด้านระบบการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีมาตรการปฏิบัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสุรินทร์ ประกาศใช้เรื่อยมาตั้งแต่ปี 2563 สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เริ่มพบผู้ติดเชื้อรายแรกในปี 2564 และมีการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น ในทุกตำบล โดยมีจำนวนผู้ป่วยตลอดทั้งปี 1,491 ราย (อัตราป่วย 16.15 ต่อประชากรพันคน) เสียชีวิต 8 ราย (ร้อยละ 0.53) และใน ปี 2565 (กันยายน 2565) พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 11,861 คน (อัตราป่วย 128.45 ต่อประชากรพันคน) เสียชีวิต 23 ราย (ร้อยละ 0.02) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในอำเภอรัตนบุรี ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือภาวะอื่นๆ โรงพยาบาลรัตนบุรีมีความจำเป็นต้องปรับระบบบริการ ทางแพทย์ใหม่ ทั้งในด้านการเตรียมพร้อมรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงและเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการรวบรวมหลักฐานที่แสดงผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า กิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ตั้งแต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยง ได้ถูกจำกัดลง การจัดบริการที่โรงพยาบาลรัตนบุรีและจำเป็นต้องมีการปรับรูปแบบการจัดบริการรักษา การนัดหมายผู้ป่วย ตลอดจนเร่งรัดการพัฒนา

หรือการนำเทคโนโลยีต่างๆมาใช้เพื่อช่วยในการตรวจติดตาม และติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ โดยสะท้อนปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการในภาพรวมเป็นดังนี้ 1) การจัดระบบบริการยังไม่ครอบคลุมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเข้าถึงบริการและการรับยาต่อเนื่อง เช่น การคัดกรองการติดเชื้อโควิดมีไม่ทั่วถึง ผู้ป่วยเบาหวานกลัวการติดเชื้อจึงไม่มารับยาตามนัด กังวลต่อค่ารักษาเมื่อตนเองติดเชื้อโควิด-19 2) บุคลากรมีจำนวนจำกัดไม่เพียงพอต่อการรับมือกับสถานการณ์การระบาดที่รุนแรงขึ้น โดยบุคลากรคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องหมุนเวียนช่วยปฏิบัติหน้าที่ในแผนกอื่น 3) ระบบข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารยังไม่ครอบคลุม โดยมีการนำเสนอข่าวสารทางสื่อทุกช่องทาง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นข่าวสถานการณ์การติดเชื้อและความรุนแรง การเสนอข่าวผลเชิงลบจากการฉีดวัคซีน เกิดความวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อ 4) เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ยังไม่เพียงพอและขาดความพร้อมใช้ เช่น การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ขาดช่วง ขาดแคลนชุดป้องกันส่วนบุคคล (PPE) การเข้าถึงการคัดกรองด้วย ATK ของผู้ป่วยเบาหวาน 5) ยังไม่มีรูปแบบการจัดการที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน มีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน และขาดความชัดเจนแนวทางการบริหารจัดการเนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และมีความเสี่ยงสูงต่อชีวิตของประชาชน ทางโรงพยาบาลจึงไม่สามารถตัดสินใจในการบริหารสถานการณ์เองได้ทันที ยังต้องรับข้อสั่งการจากกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี โดยนำข้อมูลสารสนเทศด้านสถานการณ์โรคโควิด-19 และการจัดระบบบริการแก่ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอรัต

นบุรี มาประชุมกลุ่มย่อยเพื่อยกร่างยกร่างจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ตามบริบทพื้นที่ โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนคือ ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนจะต้องได้รับการบริการตามมาตรฐาน รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่พัฒนาได้คือ

1) การจัดบริการที่คลินิก โดยยังคงเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในสถานบริการ จัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับมาตรการการควบคุมโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ที่รุนแรง จะคงให้บริการที่คลินิกเฉพาะกลุ่มเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยปรับระบบคัดกรองและให้การรักษาก่อนผู้ป่วยแบบบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียวที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจัดบริการแบบรักษาระยะห่าง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้ทุกราย ต้องได้รับการตรวจและประเมินจากแพทย์ เมื่อส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มควบคุมน้ำตาลไม่ได้กลับรักษาต่อเนื่องในชุมชน จะต้องประสานงานกับ อสม. และ เจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เพื่อช่วยติดตามและประเมินผล

2) การเชื่อมระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้ 3 หมอ และ สถานีสุขภาพ ในกระบวนการนี้จะดำเนินการให้บริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้มข้นขึ้น โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกราย หรือญาติผู้ป่วยทำการติดตามอาการของตนเอง อย่างใกล้ชิดตามแนวทางการปฏิบัติพื้นฐาน เช่น ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว วัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และบันทึกข้อมูลสุขภาพลงในสมุดประจำตัว หรือแอปพลิเคชัน ที่โรงพยาบาลกำหนด และส่งข้อมูลสุขภาพจากผู้ป่วยไปสู่ผู้ดูแล เพื่อช่วยในการประเมินผลลัพธ์ โดยเบื้องต้นให้ใช้ระบบไลน์ (LINE) หรือ ฝาก อสม. นำส่ง รพ.สต. โดยโรงพยาบาลรัตนบุรีและหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง จำเป็นต้องปรับอัตรากำลัง

บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้วยการหมุนเวียนบุคลากรตามขนาดความรุนแรงของปัญหา และประชุมทำข้อตกลงร่วมกันในแนวทางการปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (DMHT) อย่างเคร่งครัด กำหนดบทบาทบุคลากรที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1) หมอคนที่ 1 อสม. ให้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ปกติ และ ไม่มีโรคร่วม (กลุ่มสีเขียว) ส่งเสริมการใช้บริการที่สถานีสุขภาพในชุมชน มีเกณฑ์และกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนสู่ รพ.สต.ในพื้นที่ และ โรงพยาบาลรัตนบุรี ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยและ อสม. จะต้องเฝ้าระวังตนเองและตรวจคัดกรอง ATK เป็นประจำ

2.2) หมอคนที่ 2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. ดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีผลตรวจ HbA1c ระหว่าง 7.0 – 7.9 และ ไม่มีโรคร่วม (กลุ่มสีเหลือง) จัดบริการแบบบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียวที่ รพ.สต. ปฏิบัติตามระบบเฝ้าระวังคือการคัดกรอง ATK ด้วยตนเองทุก เน้นการสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนววิถีใหม่ และคอยติดตามประเมินผลผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน (กลุ่มสีแดง) ที่อยู่ในชุมชน

2.3) หมอคนที่ 3 (แพทย์) ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลตรวจ HbA1c ≥ 8 หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่ (กลุ่มสีแดง) จัดบริการที่ NCD Clinic โรงพยาบาลรัตนบุรี จึงต้องเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการปฏิบัติตามมาตรการ DMHT อย่างเคร่งครัด

รูปแบบการส่งต่อข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านการรักษา การจ่ายยา และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวาน หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 จะส่งข้อมูลตามแบบระเบียบที่กำหนด โดยส่งผ่านระบบไลน์กลุ่มไปยังศูนย์สิทธิบัตรโรงพยาบาล

รัตนบุรี เพื่อลงทะเบียนตรวจสอบสิทธิ์ และลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งต่อแพทย์ประจำคลินิกได้พิจารณาสั่งยาหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษาตามดุลยพินิจ และผ่านกลุ่มงานเภสัชกรรมชุมชนเพื่อจัดยาสำหรับผู้ป่วยและนัดหมายบริการครั้งต่อไป โดยการนำยาส่งผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว และกลุ่มสีเหลืองจะเป็นหน้าที่ของหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 2 นำส่งให้กับผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมให้คำแนะนำรายกรณี

3) รายการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้จะมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน และยังมีปัญหาร่วมทางด้านร่างกาย เช่น การติดเชื้อ มีแผลเบาหวาน ซึ่งทำให้มีความยากลำบากในการดูแลตนเองในระยะยาว มีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่สูงจนเกิดภาวะแทรกซ้อน วิกฤตเฉียบพลันจากน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจำเป็นต้องดูแลตนเองในหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ในการติดตามผลการรักษาต่อเนื่องในชุมชน จะมีระบบติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. จะเน้นการส่งยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน

4) การให้คำแนะนำ การนัดหมายบริการและติดตามการปฏิบัติตัวทางโทรศัพท์และสื่อสังคมออนไลน์ คือ แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. และ อสม.มีส่วนร่วมในการดูแล โดยมีช่องทางให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อหมอประจำตัวกรณีพบความผิดปกติจากการติดตาม

ประเมินตนเอง เกิดมาตรการของหมู่บ้านในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน สร้างเครือข่ายการส่งข้อมูลจากผู้ป่วยถึงผู้รักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ดีจะต้องส่งข้อมูลผ่าน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน หรืออาจจำเป็นต้องส่งต่อมาจนถึงโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้การดูแล เพื่อเตรียมการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดตรวจและรับยา

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จำนวน 48 คน ผลการวิจัยเป็นดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.25 อายุเฉลี่ย 52.12 ปี (SD=7.52 ปี) ระยะเวลาป่วยเบาหวานเฉลี่ย 9.46 ปี (SD=4.29) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.56 Kg/m² (SD=4.61) โดยมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25.00-29.99 Kg/m² (อ้วนระดับ 2) ร้อยละ 43.75 และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเฉลี่ย 205.29 mg% (SD=75.21) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมรายด้าน เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) และมีค่าความต่างเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองใช้รูปแบบลดลง 41.66 mg% โดยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 31.08 – 52.25, P-value <0.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับบริการตามรูปแบบการรักษายาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น

ตัวแปรพฤติกรรม	$\bar{x}$	SD	Mean diff of $\bar{d}$	95%CI	p-value
การรับประทานอาหาร					
ก่อนทดลอง	2.14	0.22			
หลังทดลอง	2.58	0.16	0.44	0.36-0.52	<0.001
การรับประทานยา					
ก่อนทดลอง	2.35	0.31			
หลังทดลอง	2.77	0.25	0.42	0.34 – 0.53	<0.001
การออกกำลังกาย					
ก่อนทดลอง	1.22	0.64			
หลังทดลอง	1.85	0.26	0.63	0.43 – 0.82	<0.001
การจัดการความเครียด					
ก่อนทดลอง	1.83	0.42			
หลังทดลอง	2.22	0.17	0.39	0.26 - 0.52	<0.001
การดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อน					
ก่อนทดลอง	1.58	0.36			
หลังทดลอง	2.23	0.15	0.65	0.53 - 0.76	< 0.001
พฤติกรรมโดยรวม					
ก่อนทดลอง	1.82	0.39			
หลังทดลอง	2.33	0.20	0.51	0.38 - 0.63	< 0.001
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg%)					
ก่อนทดลอง	205.29	75.21			
หลังทดลอง	163.62	53.31	41.66	31.08 - 52.25	< 0.001

ระยะที่ 4 การสรุปและประเมินผลการพัฒนารูปแบบการรักษายาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 โดยประเมินจากความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานต่อรูปแบบการรักษายาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$ =2.81, SD = 0.36)

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการรักษายาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ ตามมาตรการปกติวิถีใหม่ โดยยังคงมีการจัดบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉพาะกลุ่มเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และรายกรณีที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ปรับระบบคัดกรองและให้การรักษายาผู้ป่วยแบบบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียว ทั้งนี้เพื่อลดการติดเชื้อและการระบาดของโรค ซึ่งโรคเบาหวานเป็น

หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมอาการแสดงที่รุนแรงและอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้⁽⁹⁾ การเชื่อมระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้ระบบหมอครอบครัวตามนโยบาย 3 หมอ และ สถานีสุขภาพ เป็นรูปแบบการเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละกลุ่มให้ได้รับบริการต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนและเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามอาการของตนเองอย่างใกล้ชิดตามแนวทางการปฏิบัติพื้นฐาน โดยมีหมอครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ในระดับหมู่บ้าน สถานีสุขภาพ และที่ รพ.สต. เพื่อติดตาม คัดกรอง ประเมินอาการ ส่งข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบออนไลน์ และจ่ายยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มสีเขียวและกลุ่มสีเหลือง ส่วนผู้ป่วยกลุ่มสีแดงจะดูแลและเฉพาะรายตามข้อสั่งการของแพทย์ ซึ่งจะช่วยลดความแออัดที่โรงพยาบาล ลดภาระของผู้ป่วยในการเดินทางไปโรงพยาบาล อีกทั้งเป็นการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเอง โดยการให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลตนเอง การฉีดวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19 การให้กำลังใจและการกระตุ้นเตือนจากบุคลากรด้านสาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลการรักษาเบาหวานที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารักษ์ หวังจิตต์เชียร⁽⁸⁾ และ ประภาราชา และคณะ⁽¹⁰⁾ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและพบแพทย์ (หมอคนที่ 1) ทุกวัน เมื่อแพทย์ได้ประเมินแล้วมีผลการรักษาและพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จะพิจารณาส่งตัวกลับในชุมชนและส่งยาไปให้ผู้ป่วยถึงบ้านโดยให้ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลรัตนบุรี ในด้านการให้คำแนะนำ การนัดหมายบริการและติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน เน้นการให้บริการที่

บ้านทั้งการคัดกรองเบื้องต้น การฉีดวัคซีนและติดต่อผ่านโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่ต้องออกจากบ้าน เป็นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดความเครียดและลดความตื่นตระหนกจากการเสพข่าวสารทางสื่อสังคมที่เป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ อีกทั้งยังทำให้หมอครอบครัวมีความเข้าใจปัญหาผู้ป่วยได้ดีขึ้น เพราะได้ไปเรียนรู้ความเป็นอยู่และบริบทต่างๆ ของผู้ป่วยที่บ้าน และมีการเสริมพลังให้กับผู้ป่วย^(8, 11)

ประสิทธิผลของรูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลรัตนบุรี จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนความแตกต่างเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมรายด้านทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลสุขภาพทั่วไปและการป้องกันโรคแทรกซ้อน เพิ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และมีความแตกต่างเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการจัดบริการผู้ป่วยเบาหวานตามระดับมาตรการการควบคุมโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีบริการคัดกรอง การเฝ้าระวังที่บ้าน อีกทั้งยังมีติดตามผู้ป่วยผ่านทางทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชันไลน์ และการเยี่ยมบ้านเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ถือเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อำนาจ บุญเครือชู และ ปรียากมล ภาณุวนิชชากร⁽¹²⁾ โดยภาพรวมผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้ในระดับ

มาก เมื่อจำแนกรายข้อพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจมากที่สุดคือ การคัดกรองเบื้องต้นในหมู่บ้าน และการส่งข้อมูลไปโรงพยาบาล รองลงมาคือการมีสัมพันธภาพที่ดีของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่สาธารณสุข และ อสม. และ การบริการจัดส่งยาถึงที่บ้าน ซึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุกถึงที่บ้าน ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมา รพ.สต.หรือ โรงพยาบาลชุมชน ลดระยะเวลาการรอคอย ลดค่าใช้จ่าย จึงเป็นการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งในส่วนของผู้ป่วยเบาหวานและบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการ จึงช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกลดความเครียดหรือความตึงเครียด และมีความรู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ บุญเครือชู และ ปรียากมล ภาณุวิชชากร⁽¹²⁾ ที่พบว่าบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้าน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจมาก

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นมา นี้ สามารถปรับใช้ทั้งในช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดที่รุนแรง และสถานการณ์ที่คลี่คลายลง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้เป็นเบาหวานอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและ สามารถประยุกต์ใช้กับการรักษาพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยดี และขอขอบคุณทีมหมอครอบครัวอำเภอรัตนบุรี อสม. ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ร่วมคิด ร่วมทำ จนงานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Parohan M, Yaghoubi S, Seraji A, Javanbakht MH, Sarraf P, Djalali M. Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Aging Male*. 2020;23(5):1416-24.
2. สุชีรา บรรลือศิลป์. รายงานผลการทบทวนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
3. โรงพยาบาลรัตนบุรี. สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข คปสอ.รัตนบุรี ประจำปี 2565 รอบที่ 1. สุรินทร์: โรงพยาบาลรัตนบุรี; 2565.
4. Bode B, Garrett V, Messler J, McFarland R, Crowe J, Booth R, et al. Glycemic Characteristics and Clinical Outcomes of COVID-19 Patients Hospitalized in the United States. *J Diabetes Sci Technol*. 2020;14(4):813-21.
5. วิชุดา จันทะศิลป์. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน: ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2565;2(2):1-9.
6. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.

- 7.Saha S, Al-Rifai RH, Saha S. Diabetes prevalence and mortality in COVID-19 patients: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. J Diabetes Metab Disord. 2021;20(1):939-50.
- 8.วรารักษ์ หวังจิตต์เชียร. การพัฒนารูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2565;5(2):117-32.
- 9.Pettus J, Skolnik N. Importance of diabetes management during the COVID-19 pandemic. Postgrad Med. 2021;133(8):912-9.
- 10.ประภา ราชา, จารุภา คงรส, ธนพร สดชื่น. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563;39(3):414-26.
- 11.ปราณี ชัยหลาก, อรุณรัตน์ สู่หนองบัว. ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองชัยภูมิ ปี 2563. ชัยภูมิเวชสาร. 2564;41(1):111-21.
- 12.อำนาจ บุญเครือชู, ปรียากมล ภาณุวนิชชากร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลทองแสนขัน. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร 2 พิษณุโลก. 2565;9(2):104-21.

รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

The management model of food sanitation system in preventing the spread of Coronavirus Disease 2019 Muang District, Chiang Rai Province

(Received: April 23,2023 ; Revised: April 27,2023 ; Accepted: April 27,2023)

อนุชิต หน่อแหวน¹
Anuchit Norwaen¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มขับเคลื่อนเพื่อสร้างรูปแบบกลุ่มขับเคลื่อนในการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 20 คน และกลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ ผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทตลาดนัด ร้านอาหาร แผงลอย ร้านอาหารริมฟุตบาท จำนวน 186 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติ Pair t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการวิจัย รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่สร้างขึ้นได้นำมาใช้ในการควบคุมและป้องกันการระบาดของโควิด 19 โดยการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาใน 4 ด้าน คือ 1) การสร้างการรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) การจัดการรูปแบบการบริการ 3) การมีส่วนร่วมเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) การเฝ้าระวังด้านความปลอดภัยต่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID 2 Plus เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.51 ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร พฤติกรรมของผู้ประกอบการแผงลอยจำหน่ายอาหาร อยู่ในระดับสูง และมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ สุขาภิบาลอาหาร, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การป้องกันควบคุมโรค

Abstract

This research uses an action research model. To study the management model of the food sanitation system in preventing the spread of the coronavirus disease 2019. The sample group was a driving group to create a driving group model for food sanitation management, 20 people, and the result evaluation group was food traders in flea markets, restaurants, stalls, and sidewalk restaurants, 186 people. Data were collected by questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics, namely number, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics were used using a Pair t-test, and the level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Research results: Food sanitation management system model for preventing the spread of coronavirus infection 2019, Muang District, Chiang Rai Province. The created has been used to control and prevent the spread of COVID-19 by changing or developing in 4 aspects: 1) Creating awareness

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

of Coronavirus Disease 2019 prevention 2) Managing the service model 3) Participation in the surveillance network for the prevention of coronavirus disease 2019 4) Security surveillance against the coronavirus disease 2019 of entrepreneurs The result is Business establishments passed the THAI STOP COVID 2 Plus assessment with a 14.51 percent increase in food sanitation knowledge. The behavior of food stall operators was high level and the mean was statistically significantly higher than before the operation ($p < 0.05$)

Keywords: Food sanitation, Coronavirus disease 2019, Disease prevention and control

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถูกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ทุกประเทศกำหนดมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างเข้มข้น⁽¹⁾ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครอบคลุมทุกภูมิภาคทั่วโลก โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก ยืนยัน ณ วันที่ 15 มิถุนายน 2564 จำนวน 177,009,726 คน เสียชีวิตจำนวน 3,827,013 คน สำหรับประเทศไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 202,624 คน เสียชีวิตแล้ว 1,485 คน ปัจจุบันยังคงพบผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกวัน แม้จะมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นลดลง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบได้ทุกกลุ่มวัยโดยในประเทศไทย มีรายงานพบในเด็กอายุน้อยที่สุดที่ 1 เดือน อายุมากที่สุดที่ 91 ปี และโดยภาพรวมการติดเชื้อเกิดในวัยทำงาน กลุ่มอายุ 30-39 ปี ทั้งกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเสียชีวิตมากที่สุดคือ กลุ่มที่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุ ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อคือการสัมผัสอย่างใกล้ชิด (Closed Contact) โดยการสัมผัสละออง (Droplet) เปื้อนเชื้อไวรัสจากบุคคล และจากสิ่งแวดล้อมสู่บุคคล การจัดการสุขวิทยาส่วนบุคคลในการใช้ชีวิตเพื่อป้องกันโรค จึงเป็นสาเหตุสำคัญในการลดการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)⁽²⁾

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การบริโภคอาหารที่ทำให้มนุษย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น จะต้องปลอดภัยจากการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค และสิ่งปนเปื้อนต่าง ๆ จากปัจจุบันรูปแบบการ

ดำเนินชีวิตของผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงไปจากการปรุงประกอบอาหารรับประทานที่บ้าน เปลี่ยนเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรือซื้อกลับไปรับประทานที่บ้านเพิ่มขึ้น⁽³⁾ จากสถานการณ์ที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจการค้าอาหารสด และอาหารทะเลในตลาด ทำให้ผู้บริโภคมีความกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากตลาดเป็นสถานที่ที่ประชาชนจากหลากหลายพื้นที่มาจับจ่ายซื้อสินค้ากัน และลักษณะของตลาด อาจไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการได้ทุกด้าน ทั้งด้านจำนวนคน การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น ไม่สวมหน้ากาก รับประทานอาหารและเครื่องดื่มร่วมกัน นอกจากนี้ความเสี่ยงจากการสัมผัสพื้นผิวสถานที่อุปกรณ์ร่วมกัน และขณะพูดคุย ระหว่างใช้บริการสัมผัสใกล้ชิดกันจึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกใหม่ ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกระจาย ส่องกว้างในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ กระทบต่อการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพตามปกติของประชาชน ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย จำเป็นต้องให้ความสำคัญและเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และเพื่อให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย จึงต้องมีการควบคุมดูแลสถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหาร และบริหารจัดการ ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และข้อกำหนด ออกตามความใน

มาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเพื่อยกระดับการเพิ่มประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหารเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนและสถานประกอบการให้มีความปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งการสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนผ่านจากมาตรการกึ่งล็อกดาวน์ เข้าสู่การสร้างเสถียรภาพมุ่งสู่เป้าหมาย “คนไทยปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มขับเคลื่อนในการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหาร ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงราย 1 คน, ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหาร 1 คน, กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สสจ. เชียงราย 1 คน, ผู้รับผิดชอบ

งานสุขาภิบาลอาหาร สสอ. เมืองเชียงราย 1 คน, พนักงานเทศบาลนครเชียงรายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการตลาดสดเทศบาล 1 นครเชียงราย จำนวน 3 ท่าน, ประธานคณะกรรมการตลาดสดเทศบาล 1 นครเชียงราย จำนวน 1 ท่าน ประธาน อสม. เมืองเชียงราย 1 คน, และตัวแทนผู้ประกอบการค้าอาหารประเภท ตลาดนัด ร้านอาหาร จำนวน 11 คน

2. กลุ่มประเมินผลลัพธ์ คือ ผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทตลาดนัด ร้านอาหาร แผงลอย ร้านอาหารริมฟุตบาท ที่ประกอบกิจการอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 360 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเปิดตารางของเครซี และมอร์แกน⁽⁴⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % หรือมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น 5 % ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 186 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) 1) มีการประกอบการค้าอาหารอย่างต่อเนื่องเป็นประจำมานานมากกว่า 2 ปี 2) ระยะทางที่ตั้งสถานประกอบการร้านอาหารห่างจากตัวอำเภอเมือง ไม่เกิน 15 กิโลเมตร 3) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) เจ้าของสถานประกอบการร้านอาหารไม่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 2) ในระหว่างที่ศึกษาเจ้าของสถานประกอบการร้านอาหารปฏิเสธการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาในการจำหน่ายอาหาร การฉีดวัคซีน COVID-19 ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 การเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี

2. ความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหาร เป็นแบบสอบถามของประภาพร จันทะวงษ์⁽⁵⁾ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ตอบ

ถูก (1 คะแนน) และตอบผิด (0 คะแนน) แบ่งระดับความรู้โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม⁽⁶⁾ ได้แก่ สูง (24.8-31 คะแนน) ปานกลาง (18.6-24.7 คะแนน) ต่ำ (0-18.5 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.86

3. พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหาร เป็นแบบสอบถามของประภาพร จันทะวงษ์⁽⁵⁾ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) แบ่งคะแนนพฤติกรรมโดยใช้แบบอิงเกณฑ์ประยุกต์หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม⁽⁶⁾ ได้แก่ เหมาะสมมาก (19-24 คะแนน) พอใช้ (14-18 คะแนน) น้อย (0-13 คะแนน) ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

4. แบบตรวจประเมินเพื่อการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเภทร้านอาหารหรือเครื่องมือ รถเข็น หาบเร่ แผงลอย เป็นแบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁷⁾ จำนวน 21 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบเพียง 1 คำตอบ คือ ได้ดำเนินการ (1 คะแนน) ไม่ได้ดำเนินการ (0 คะแนน) และไม่มีกิจกรรมดังกล่าว (1 คะแนน) แบ่งระดับการประเมินเป็นระดับสี่ คือ สีเขียว ผ่านทั้งหมด 21 ข้อ สีเหลือง ผ่านข้อ 1-16 ทุกข้อ แต่ข้อ 7-21 ไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่ง และสีแดง ไม่ผ่านข้อ 1-16 ข้อใดข้อหนึ่ง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารและพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารใช้สถิติเชิงอนุ

มาณ ได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบสัดส่วนการดำเนินงานการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเภท ร้านอาหารหรือเครื่องมือ รถเข็น หาบเร่ แผงลอย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ผู้ประกอบการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.11 อายุระหว่าง 21-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.37 อายุน้อยที่สุดคือ 22 ปี และอายุมากที่สุด 50 ปี ด้านการศึกษา พบว่า ชั้นประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 34.21 ด้านระยะเวลาในการจำหน่ายอาหาร พบว่า ระยะเวลา 2-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.79 พบว่า ระยะเวลาในการจำหน่ายอาหาร มากที่สุด 7 ปี และระยะเวลาในการจำหน่ายอาหารน้อยสุด 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 ร้อยละ 80.26 ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 30.26 ด้านการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีพบว่า ไม่เคยป่วยด้วยอาการท้องร่วง ท้องเสีย ร้อยละ 90.79

จากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ระลอกใหม่ ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกระจาย สู่วงกว้างในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ กระตุ้นการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพตามปกติของประชาชน ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจำเป็นต้องให้ความสำคัญและเพิ่มความเข้มข้น ในการดำเนินมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และเพื่อให้ประชาชนได้

บริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย จึงต้องมีการควบคุมดูแลสถานที่ปรุงประกอบและจำหน่ายอาหาร และบริหารจัดการ ให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และข้อกำหนด ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้นเพื่อยกระดับการเพิ่มประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังสถานการณ์ ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหารเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนและสถานประกอบการให้มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) รวมทั้งการสร้างความมั่นใจในการเปลี่ยนผ่านจากมาตรการกึ่งล็อกดาวน์ เข้าสู่การสร้างเสถียรภาพมุ่งสู่เป้าหมาย จึงได้จัดประชุมภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน และเพื่อสร้างรูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กำหนดกลยุทธ์และจัดทำแผนปฏิบัติการการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยประยุกต์ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) เก็บรวบรวมข้อมูล สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกันตัดสินใจ และเลือกแนวทาง ในการแก้ไขปัญหา โดยมาตรการที่ดำเนินการในตลาดได้แก่

1) การสร้างการรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการอบรมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหาร นอกจากนี้มีการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร่วมกับภาคีเครือข่าย ตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (Covid Free Setting)

2) การจัดการรูปแบบการบริการ ตั้งจุดคัดกรองตรวจวัดอุณหภูมิ จัดให้มีอ่างล้างมือด้วยสบู่และน้ำ นาน 20 วินาที หรือเจลแอลกอฮอล์ ผู้ขายและผู้ให้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดพื้นที่ที่ก้ำจัดเชื้อ เว้นระยะห่างระหว่างแผง ผู้ขายกับผู้ซื้อ เพื่อลดความแออัดของตลาดที่สืบเนื่องมาจากการขายสินค้าประเภทอื่นมากขึ้น เพราะความแออัดเป็นการเพิ่มโอกาสของการสัมผัส และความเสี่ยงของโรคได้

3) การมีส่วนร่วมเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินกิจกรรม ร่วมประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการประสานงานจะต้องมีความชัดเจน ให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน จะช่วยให้การปฏิบัติการกิจ ภาพรวมประสบผลสำเร็จด้วยดี

4) การเฝ้าระวังด้านความปลอดภัยต่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการ โดยการสุ่มตรวจหาเชื้อโควิด - 19 ผู้ประกอบการ และแสดงผลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้น

2. ผลของรูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

2.1 การประเมินสถานประกอบการประเภทร้านอาหารหรือเครื่องมือ รถเข็น หาบเร่ แผงลอย จำนวน 186 ร้าน พบว่า ก่อนดำเนินงาน สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID 2 Plus จำนวน 151 ร้าน ร้อยละ 81.18 หลังดำเนินงาน สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID 2 Plus จำนวน 176ร้าน ร้อยละ 95.70 ผลต่าง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.51 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินสถานประกอบการ THAI STOP COVID 2 Plus สำหรับผู้ประกอบการค้าอาหารประเภท
ร้านอาหารหรือเครื่องมือ รถเข็น หาบเร่ แผงลอย ก่อนและหลังดำเนินงาน (n=186)

ผลการประเมิน	ก่อนดำเนินงาน		หลังดำเนินงาน		เพิ่มขึ้น	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผ่านเกณฑ์	151	81.18	178	95.70	27	14.51
ไม่ผ่านเกณฑ์	35	18.82	8	4.30		

3.2 ความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.18 (S.D.=3.07) หลังดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.72 (S.D.=1.53) ซึ่งความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร มากกว่าก่อนดำเนินงาน 0.06 คะแนน (95% CI = 0.02 to 0.09, P-value =.002)

3.3 พฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.23 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.45 (S.D.=3.75) หลังดำเนินงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.31 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.34 (S.D.=2.26) ซึ่งพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยหลังดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารมากกว่าก่อนดำเนินงาน 0.18 คะแนน (95% CI = 0.09 to 0.27, P-value <.001)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่สร้างขึ้นที่พัฒนาขึ้นได้นำมาใช้ในการควบคุมและป้องกันการระบาดของโควิด 19 โดยการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาใน 4 ด้าน คือ 1) การสร้างการรับรู้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) การจัดการรูปแบบการบริการ 3) การมีส่วนร่วมเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) การเฝ้าระวังด้านความปลอดภัยต่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ประกอบการ พบว่า สามารถดำเนินการได้ทันทีและสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งมาจากปัจจัยความเข้มแข็งของผู้นำและเจ้าหน้าที่ และจากประสบการณ์การสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้ประกอบการ พ่อค้า แม่ค้า ส่งผลให้ สถานประกอบการผ่านการประเมินสถานประกอบการ THAI STOP COVID 2 Plus สำหรับผู้ประกอบการค้าอาหารประเภทร้านอาหารหรือเครื่องมือ รถเข็น หาบเร่ แผงลอย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.51 สอดคล้องกับเฉลิมชัย โปศรี⁽⁸⁾ รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาขุม ประกอบด้วย ด้านการจัดการระบบเฝ้าระวังของตลาด ด้านผู้ประกอบการ และด้านผู้รับบริการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ สถานประกอบการผ่านการประเมิน THAI STOP COVID 2 Plus เพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.49 และสอดคล้องกับพัฒนา พรหมณี⁽⁹⁾ แนวทางการดำเนินงานการสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการร้านอาหารริมทางจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ 1) โครงการประสานความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และหน่วยงานสนับสนุนทางวิชาการ 2) โครงการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร 3) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเทคนิคการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร 4) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างเครือข่ายผู้ประกอบการร้านอาหารริมทาง และ 5) โครงการประกวดร้านอาหารริมทางเพื่อสร้างเรื่องราวทางอาหารสู่การเป็นวัฒนธรรมอาหารเชิงท่องเที่ยวและอัตลักษณ์ร้านอาหารริมทาง นอกจากนี้การสร้างความรู้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหาร นอกจากนั้นมีการให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการร่วมกับภาคีเครือข่ายตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (Covid Free Setting) และการจัดการรูปแบบการบริการโดยการตั้งจุดคัดกรองตรวจวัดอุณหภูมิ จัดให้มีอ่างล้างมือด้วยสบู่และน้ำ นาน 20 วินาที หรือเจลแอลกอฮอล์ ผู้ขายและผู้ให้บริการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดพื้นที่กึ่งจัดเชื้อ เว้นระยะห่างระหว่างแผง ผู้ขายกับผู้ซื้อ เพื่อลดความแออัดของตลาดที่สืบเนื่องมาจากการขายสินค้าประเภทอื่นมากขึ้น เพราะความแออัดเป็นการเพิ่มโอกาสของการสัมผัส และความเสี่ยงของโรคได้ ส่งผลให้ภายหลังการดำเนินงานความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหาร มีความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอย เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับสุกัญญา อินทชัย⁽¹⁰⁾ ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยพบว่า หลังจากเข้าร่วมกระบวนการ คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมในการจัดการสุขาภิบาลอาหารและคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการอาหารเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในการจัดการภาวะวิกฤตเช่นนี้ ระบบการสื่อสารที่ดี ช่วยให้การขับเคลื่อนองค์ประกอบต่างๆ เกี่ยวข้องสัมพันธ์สอดคล้องประสานกันไปได้ ซึ่งประกอบด้วยการสื่อสารภายในคณะทำงาน ทั้งการสั่งการแบบ Top down และการสื่อสารสองทางแบบปรึกษาหารือ การสื่อสารภายในเครือข่าย โดยมีการประชุมผู้นำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือมีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ของคณะทำงานกลุ่มไลน์ของแกนนำหมู่บ้าน เป็นต้น

2. รูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยการกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สามารถจัดการในเชิงระบบได้ดี เนื่องจากทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำรูปแบบการจัดการระบบสุขาภิบาลอาหารในป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการขยายผลการพัฒนาให้ครอบคลุมกิจการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหารที่มีอยู่ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย หรือพื้นที่มีบริบทใกล้เคียง

2. เสนอให้ดำเนินการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ ซึ่งมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ โดยจัดให้มีและกำกับดูแลการดำเนินกิจการร้านอาหารและแผงลอย จำหน่ายอาหารให้แก่ผู้ประกอบการได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน ให้เกิดความปลอดภัย และเกิดผลในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด-19

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในด้านผู้มารับบริการในกรณีการปรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19).
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>; 2021
2. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no637-011064.pdf>; 2564
3. วราภา มหากาญจนกุล และคณะ. การจัดการความปลอดภัยสำหรับงานบริการอาหาร. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2556
4. Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement; 1970: 30(3): 607 – 610.
5. ประภาพร จันทะวงษ์. ผลของการพัฒนาการจัดการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารร้านหมูกระทะ กรณีศึกษา: ร้านหมูกระทะแห่งหนึ่ง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556.
6. Bloom, B.S., Hastings, T. J., Madaus, G. F. (1971). Hand Book on Formative and Summative. Evaluation of Student Learning. New York: McGraw – Hill Book Company.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564)
<https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/tsctype2.php?group=11>
8. เฉลิมชัย โปศรี. รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ตลาดนาชุม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2565; 7(3): 238-246
9. พัฒนา พรหมณี. แนวทางการดำเนินงานการสุขาภิบาลอาหารของสถานประกอบการร้านอาหารทาง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิชาการ สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 2562; 8(2) :48-58.
10. สุกัญญา อินทชัย. กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารในการจัดการสุขาภิบาลอาหารในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563; 20(1): 19-30

รูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

Models of creating caring guidelines by participatory for blood sepsis patients

Khao Wong Hospital.

(Received: April 25,2023 ; Revised: April 28,2023 ; Accepted: April 29,2023)

อัษฎาวุธ สอนพรหม¹

Asadawut Sornprom¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 32 คน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F - test ด้วยเทคนิค One way ANOVA และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง หลังการดำเนินการ ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง ไม่มีความแตกต่างกันและเมื่อการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน และสามารถดูแลและส่งต่อผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อัตราความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

คำสำคัญ : แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การมีส่วนร่วม

Abstract

This research was a Participatory Action Research (PAR) aims to study knowledge and understanding of medical personnel in caring for patients with bloodstream infections. and to study a form of participatory care for patients with bloodstream infections. Khao Wong Hospital There is a period of study between October 2021 to September 2022, totaling 12 months. Sample size 52 consisted of medical personnel taking care of patients with bloodstream infections. Khao Wong Hospital, subjects by purposive sampling method. Collect data from medical records and

¹ โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

questionnaires. Data were analyzed by content analysis. Frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, F - test by one way ANOVA technique, Dependent t - test.

The results of the study revealed that knowledge and comprehensive of medical personnel in caring for patients with bloodstream infections. and to study a form of participatory care for patients with bloodstream infections. Khao Wong Hospital after operation overall and side at the highest level. Knowledge and comprehensive of medical personnel in caring for patients with bloodstream infections and to study a form of participatory care for patients with bloodstream infections. Khao Wong Hospital after operation with different work locations, including emergency accident rooms outpatient department male inpatient building and the female inpatient building no difference. And when comparing knowledge and understanding of medical personnel in caring for patients with bloodstream infections and to study a form of participatory care for patients with bloodstream infections. Khao Wong Hospital Before and after the implementation, it was found that there was a statistically significant difference at .05 level, with the mean score after the implementation was greater than before the implementation and capable of adequately caring for and referring patients with sepsis. As a result, bloodstream infection severity and fatality rates among patients are below the standards established by the Ministry of Public Health.

Keywords: Guidelines for taking care of patients with bloodstream infections participation

บทนำ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อ โดยวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อหรือสงสัยว่ามีการติดเชื้อในกระแสโลหิต ร่วมกับมีอาการแสดงของ SIRS อย่างน้อย 2 อาการ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย มากกว่า 38 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า 36 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที หรือความดันบางส่วนของก๊าซ คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) น้อยกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท และเม็ดเลือดขาวมากกว่า 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือน้อยกว่า 4,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือนิวโทรฟิลตัวอ่อน มากกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ (Levy et al., 2005) ถ้าหากว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้าอาจทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) ภาวะช็อก (septic shock) และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปี ค.ศ. 2017 สูงถึง 48.9 ล้านคนและเสียชีวิต 11 ล้านคน ¹⁴

สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบ รุน แรง ช นิด community-acquired ในปีงบประมาณ 2564 ทั้งหมดจำนวน 72,647 ราย เสียชีวิต 20,472 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 34.09 ในจังหวัดกาฬสินธุ์พบผู้ป่วยทั้งหมด 1,573 เสียชีวิต 349 ราย คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 33.50 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ ร้อยละ 26 ¹ การติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นได้ทั้งการติดเชื้อจากบ้านหรือชุมชน (community-acquired; CA-BSI) หรือการติดเชื้อในโรงพยาบาล (hospital-acquired; HA-BSI) เนื่องจากความซับซ้อนและความรุนแรงของโรค จึงถูกกำหนดให้เป็นภาวะวิกฤติและภัยคุกคามชีวิตผู้ป่วยที่สำคัญอีกโรคหนึ่ง ซึ่งความรุนแรงขึ้นกับสุขภาพเดิมของผู้ป่วย, อายุ, ภาวะแหล่งของการติดเชื้อ และชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ ^{9,11}

การประเมิน การวินิจฉัย และการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ที่มีความสำคัญและหน้าที่ดูแล

รักษาผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและทั่วถึงทุกระดับ สอดคล้องกับข้อเสนอของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย (2558) ที่เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยกำหนดให้ใช้กลยุทธ์สำคัญ 3 ขั้นตอนได้แก่ การสร้างกลไกในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (early recognition), การรักษาการติดเชื้อและการฟื้นฟูระบบไหลเวียนอย่างรวดเร็วร่วมกับประคับประคองการทำงานของอวัยวะต่างๆ (early infection control, early resuscitation, and organ support) และสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยในลักษณะการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีแผนการดูแลที่กำหนดร่วมกัน ประสานงานระหว่างทีม และเฝ้าติดตามกำกับ ให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดหรือแนวทางการรักษาที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการปรับปรุง และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสำคัญสำหรับผู้ป่วยได้แก่ ความถูกต้อง รวดเร็ว ในการวินิจฉัย, ความรวดเร็วและเหมาะสมในการให้สารน้ำโดยเฉพาะใน 1-2 ชั่วโมงแรกของการรักษา, ความรวดเร็วในการควบคุมเชื้อ ความเหมาะสมในการให้ยาต้านจุลชีพ และ ความเหมาะสมและทันเวลาในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง⁷

การปรับปรุงแนวทางดูแลรักษาเดิม และพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบท เป็นกระบวนการที่สำคัญของแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถ แนวทางปฏิบัติ และสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้ดีขึ้น แนวคิดที่นิยมนำมาใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติงานภายในองค์กรคือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งมีความสำคัญในด้านการพัฒนา การพัฒนาคน การสร้างองค์ความรู้และการสร้างวัฒนธรรมการมีส่วนร่วม¹⁰ โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยตรงและโดยอ้อม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเดียวกันหรือข้ามระดับ⁹

สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การจัดการความรู้เป็นเครื่องมือที่ทำให้ทีมสหวิชาชีพปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชุดิมา สุดประเสริฐ, 2562, วันรัฐ พจนา, เกศกัญญา ไชยวงศา และภัทรา สมโชค, 2564,)

โรงพยาบาลเขาวง เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยทั้งหมด 84 ราย เสียชีวิตจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.95, ปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยทั้งหมด 79 ราย เสียชีวิตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.80 และปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยทั้งหมด 63 ราย เสียชีวิตจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.94¹ จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาวงที่พบว่า ถึงแม้จะได้นำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยยังคงสูงขึ้น ในปีงบประมาณ 2564 ร่วมกับปัญหาทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยมีการปฏิบัติหลากหลายตามประสบการณ์ของแต่ละคน ขาดความรู้ ทักษะในการค้นหา และจัดการกับภาวะวิกฤต จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาล่าช้า จนเข้าสู่ภาวะวิกฤต เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ตามมา และเสียชีวิตในที่สุด

ผู้วิจัยในฐานะเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลเขาวง จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตั้งแต่การซักประวัติ ประเมินอาการ วินิจฉัยโรค การรักษา และการส่งต่อ เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง และสนใจที่จะศึกษารูปแบบ ผลลัพธ์ของการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์นำไปสู่การแก้ไขปัญหาให้มีความเหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับสภาพปัญหาและ

บริบทของหน่วยงาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งลดความรุนแรง อัตราการนอน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเขาวง และบรรลุนิติสัมพันธ์องค์กร “โรงพยาบาลคุณภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี” ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือนตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 52 คน ด้วยวิธีเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 14 คน แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 11 คน ตึกผู้ป่วยในชาย จำนวน 13 คน และตึกผู้ป่วยในหญิง จำนวน 14 คน รวม จำนวน 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ประกอบด้วย การวิเคราะห์กิจกรรม การจัดทำแนวทางการดูแล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสรุปถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน
มาก หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน
น้อย หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อความดังกล่าวน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำ ผิด และข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .915

ขั้นตอนการศึกษา

1. การวิเคราะห์กิจกรรม โดยสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง

2. การจัดทำแนวทางการดูแล โดยสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง

3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการค้นหาปัญหา อุปสรรคและกำหนดแนวทางแก้ไข โดยสหวิชาชีพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง

4. การสรุปถอดบทเรียน กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง ร่วมกับสหวิชาชีพ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง จาก ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ในการวิเคราะห์รูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ประกอบด้วย การวิเคราะห์กิจกรรม การจัดทำแนวทางการดูแล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสรุปถอดบทเรียน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

F - test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ก่อนการดำเนินการ ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง

Dependent t – test ในการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง ก่อนและหลังดำเนินงาน

ผลการศึกษา

1. ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 1

2. รูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ได้แก่ การซักประวัติ, การประเมิน qSOFA, Sepsis Admitted, การวินิจฉัยภาวะ Sepsis / Septic shock, Initial Resuscitation ตามแนวทาง 6 Bundle of care และ S.O.S. score

3. ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง หลังการดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 2

4. การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินงาน ดังตาราง 3

5. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยในการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ทำให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 116 ราย รับเข้ารักษาที่ตึกผู้ป่วยในหญิง 46 ราย รับเข้ารักษาที่ตึกผู้ป่วยในชาย 54 ราย เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (severe sepsis) และส่งตัวไปโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมทุกแผนก 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.58 เสียชีวิตจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.58 ดังตาราง 5

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง ก่อนดำเนินการ ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง (F - test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p - value
การซักประวัติ	Between Groups	.243	3	.081	.328	.805
	Within Groups	11.843	48	.247		
	Total	12.085	51			
การประเมิน qSOFA	Between Groups	.292	3	.097	.885	.456
	Within Groups	5.270	48	.110		
	Total	5.562	51			
Sepsis Admitted	Between Groups	.121	3	.040	.300	.826
	Within Groups	6.443	48	.134		
	Total	6.564	51			
การวินิจฉัยภาวะ Sepsis / Septic shock	Between Groups	.329	3	.110	.886	.455
	Within Groups	5.940	48	.124		
	Total	6.269	51			
6 Bundle of care	Between Groups	.276	3	.092	.742	.533
	Within Groups	5.948	48	.124		
	Total	6.224	51			
S.O.S. score	Between Groups	.196	3	.065	.597	.620
	Within Groups	5.251	48	.109		
	Total	5.447	51			
รวม	Between Groups	.220	3	.073	.693	.561
	Within Groups	5.081	48	.106		
	Total	5.301	51			

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลเขาวง หลังดำเนินการ ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนก
ผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง (F - test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

ตัวแปร	แหล่งข้อมูล	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p - value
การซักประวัติ	Between Groups	.368	3	.123	.858	.469
	Within Groups	6.863	48	.143		
	Total	7.231	51			
การประเมิน qSOFA	Between Groups	.327	3	.109	1.999	.127
	Within Groups	2.619	48	.055		
	Total	2.947	51			
Sepsis Admitted	Between Groups	.412	3	.137	1.162	.334
	Within Groups	5.674	48	.118		
	Total	6.085	51			
การวินิจฉัยภาวะ Sepsis / Septic shock	Between Groups	.312	3	.104	1.465	.236
	Within Groups	3.404	48	.071		
	Total	3.715	51			
6 Bundle of care	Between Groups	.489	3	.163	1.628	.195
	Within Groups	4.803	48	.100		
	Total	5.292	51			
S.O.S. score	Between Groups	.374	3	.125	1.339	.273
	Within Groups	4.466	48	.093		
	Total	4.840	51			
รวม	Between Groups	.368	3	.123	1.480	.232
	Within Groups	3.974	48	.083		
	Total	4.342	51			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด
โรงพยาบาลเขาวง ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
การซักประวัติ	2.72	0.49	4.56	0.38	51	-25.937	.000	-1.98905	-1.70326
qSOFA	2.88	0.33	4.70	0.24	51	-36.640	.000	-1.92026	-1.72076
Sepsis Admitted	2.77	0.36	4.62	0.35	51	-34.355	.000	-1.95404	-1.73827
Sepsis / Septic shock	2.85	0.35	4.67	0.27	51	-36.686	.000	-1.92183	-1.72240
6 Bundle of care	2.81	0.35	4.65	0.32	51	-33.271	.000	-1.95076	-1.72873
S.O.S. score	2.80	0.33	4.62	0.31	51	-35.041	.000	-1.92481	-1.71621
รวม	2.80	0.32	4.64	0.29	51	-36.540	.000	-1.93322	-1.73185

ตารางที่ 4 ผลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำแนกตามหน่วยรับผู้ป่วยโรงพยาบาลเขาวง ตุลาคม 2564
- เดือน กันยายน 2565 (N=116)

หน่วยรับผู้ป่วย	ผู้ป่วยทั้งหมด	รักษาหาย		ส่งต่อ		เสียชีวิต	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก	116	100	86.20	16	13.79	1	0.86
ตึกผู้ป่วยใน หญิง	46	40	86.95	6	13.04	1	2.17
ตึกผู้ป่วยในชาย	54	46	85.18	8	14.81	1	1.85
รวม				30	25.58	3	2.58

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสถานที่ปฏิบัติงานต่างกัน ได้แก่ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และศึกษารูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนดำเนินการสอดคล้องกับการศึกษาของกันยารัตน์ ม้าวิไล (2563)² ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ของพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤตกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร โดยรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) และ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของปัญญา เกื้อนดวงและนาคยา คำสว่าง (2562)⁵ ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบบูรณาการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกผลการศึกษาคพบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้และสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลตาม Sepsis CNPG สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดทำรูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วมโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ การซักประวัติ, การประเมิน qSOFA, Sepsis Admitted, การวินิจฉัยภาวะ Sepsis/Septic shock, Initial Resuscitation ตามแนวทาง 6 Bundle of care และ S.O.S. score ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดของสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย และปรับปรุงแนวทางดูแลรักษาเดิม รวมทั้งพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบท โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน (Knowledge Sharing) ซึ่งอาศัยการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การประสานความร่วมมือ การประชุมกลุ่มระดมสมองค้นหาวิธีการที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมายหรือปรับปรุงกระบวนการทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน โดยผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้แก่ การวิเคราะห์กิจกรรม จัดทำแนวทางการดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปถอดบทเรียน ทำให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดนี้ประสบผลสำเร็จ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของพัชนีภรณ์ สรนาทชยานันท์ และคณะ (2561)⁶ ที่พบว่า การประสานงานเชื่อมโยงระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้แก่ทีมผู้ดูแล การทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย และการผลานอัตรากำลังของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ค้นพบ

ผู้ป่วยได้รวดเร็ว มีการรายงานแพทย์เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะช็อกและอัตราการเสียชีวิตลดลงและยังสอดคล้องกับการศึกษาของคณิงิจ ศรีชะโคตร และคณะ (2564)³ ที่พบว่า การสร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา, สร้างทีมพัฒนา, นำร่องการพัฒนา และขยายแนวร่วมการพัฒนา ทำให้ปฏิบัติการพยาบาลดีขึ้น ลดการเกิดอาการทรุดลงทางคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

รูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเขาวง

ได้แก่ การซักประวัติ, การประเมิน qSOFA, Sepsis Admitted, การวินิจฉัยภาวะ Sepsis/Septic shock, Initial Resuscitation ตามแนวทาง 6 Bundle of care และ S.O.S. score ควรมีการวิเคราะห์กิจกรรม การจัดทำแนวทางการดูแล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปถอดบทเรียน โดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลเขาวง จากห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ตึกผู้ป่วยในชาย และตึกผู้ป่วยในหญิง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบมีส่วนร่วม ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข. (2564). อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2565 จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2021&source=pformatted/format1.php&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252.
- 2.กันยารัตน์ ม้าวิไล. (2563). เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดก่อน และหลังการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลเพื่อค้นหาและจัดการกับภาวะวิกฤต กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี, 3(1): 43-60
- 3.คณิงิจ ศรีชะโคตร และคณะ (2564). การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันอาการทรุดลงทางคลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล;27(2):150-167.
- 4.ประกาศิต เทนสิทธิ์,ชยันตร์ธร ปทุมานนท์,สุชี พบบลา,ชลิสา นันทสันติ และ ธนิตา มนตรี. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตเร็วและซ้ำในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์,35(1), 101-109.
- 5.ปญญา เกื้อดวง และนิตยา คำสวาง. (2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง. วารสารพุทธชินราชเวชสาร, 36(2): 180-196
- 6.พชนิภรณ์ สุรนาทชยานันท์, วนิดา เคนทองดี และสุพัตรา กมลรัตน์. (2018). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาลเลย. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1), 207-215.
- 7.มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2556) สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2564 จาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/>

- Knowledge assets/Siriraj knowledge/sepsis/3545.
- 8.วรการ วิไลชนม์, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2550). Evidence based strategies in managing sepsis: new Innovation. วารสารคลินิก, 273.
 - 9.วิรัชญา วัฒนโณ. (2552). การแบ่งปันความรู้: พื้นฐานของการจัดการความรู้ในองค์กร. วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 28,(1), 16-26.
 - 10.น้ำทิพย์ วิภาวิน, และศุภรรัชตรา แสนวา. (2555). แนวคิดและองค์ประกอบของกระบวนการจัดการความรู้. ในประมวลสาระชุดวิชาการจัดการความรู้. (หน่วยที่ 6, น.34). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
 - 11.Dellinger RP, et al. (2008). Surviving sepsis campaign: International guidelines for Management of severe sepsis and septic shock: 2008. Intensive Care Med;34: 17-60.
 - 12.Levy, M. M., Fink, M. P., & Marshall, J. C. (2005). SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS international sepsis Definition conference. Critical Care Medicine, 33, 1538–1548.
 - 13.Sudprasert, C., Promchot, P., Porntheerapat, N., Pisittakarn, N. (2019). the effect of Knowledge Management Program of nurses for practice on Pediatric Patient with Central Venous Catheters Care guidelines at Pediatric's surgical Ward. Journal of The Department of Medical Services, 44(3), 47–51. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/246767>.
 - 14.World Health Organization. (2020). Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. Retrieved July 1, 2020, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334216>.

การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

The Development of Integrated Care Model for Poor Control Type 2 Diabetes Patients Health Network Kalasin Province

(Received: April 14,2023 ; Revised: April 17,2023 ; Accepted: April 20,2023)

จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล¹ ปนัดดา ภูบรรทัด¹

Jiraporn Chatsupakul¹ Panadda Phu Banthat¹

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ร่วมวิจัยคือ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอ ยางตลาด จำนวน 31 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ที่มา รับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลยางตลาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2565 จำนวน 2,482 คน เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้จากการปรับใช้นโยบายป้องกันจราจรชีวิตสู่การปฏิบัติ ร่วมกับการทบทวนเอกสาร งานวิจัย และการประชุมระดมสมองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ PAOR ของเคมมิสและแมกทาการ์ด เครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล และแบบบันทึกผลการตรวจน้ำตาลเฉลี่ยสะสม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการการสัมภาษณ์ การประชุมระดมสมอง และการตรวจน้ำตาลเฉลี่ยสะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t test

ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี พบว่า ร้อยละ 79 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ภายหลังรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีลดลงจาก 79 เป็น 61 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงจาก 10.14% เป็น 8.96% และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .000) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ดี, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

This study was action research aimed to study the situation, develop a model, and the effect of an integrated care model. for patients with poorly controlled diabetes of the health network of Yang Talat District, Kalasin Province Research co-author was 31 multidisciplinary team in the hospital and health network of Yang Talat District. Sample size were 2,482 type 2 diabetic patients with cumulative average sugar greater than 7 who came to receive services at the Diabetes Clinic, Yang Talad Hospital. and sub-district health promotion hospitals from October 2020 to September 2022. research tools from the deployment of life traffic table tennis policy into practice, together with document review, research and brainstorming sessions with

¹ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

multidisciplinary teams Developed a model of care using the Chemmis and Magtagad PAOR process. Data collection tools consisted of individual patient records, and a record form of cumulative average glucose examination results Data was collected by interviewing, brainstorming and cumulative average sugar examination. Data were analyzed by content analysis, percentage, mean, standard deviation and paired t - test.

The results showed that The situation of poorly controlled diabetic care showed that 79% of type 2 diabetic patients had an average cumulative sugar of more than equal to 7 after the integrated care model for poorly controlled diabetic patients. The percentage of patients with poorly controlled diabetes decreased from 79 to 61, the mean cumulative glucose level decreased from 10.14% to 8.96% and decreased significantly ($p - \text{value} < .000$) compared to before operation.

Keywords: care model, poorly controlled diabetic patients, action research

บทนำ

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในคนไทย โดยพบมากถึง ร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด¹⁷ พยาธิสภาพของโรคเกิดจากร่างกายมีความพร่องในการผลิตอินซูลิน ร่วมกับมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยที่ร่างกายไม่สามารถนำไปใช้ได้ (ธัญญา เชษฐากุล, 2562) สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า ในปี พ.ศ 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ 2588 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในปี 2573 และจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนเป็น 3.2 ล้านคน ในแต่ละปี คิดเป็น 6 คน ในทุก 1 นาที และพบในผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป⁴ ในประเทศไทยพบแนวโน้มความชุกผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ 2563 มีความชุกเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ 2557 จากร้อยละ 8.9 เป็น 9.5¹⁴ ส่วนอัตราการตายมีแนวโน้มลดลง จาก 24.47 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ 2559 เป็น 23.36 ในปี พ.ศ 2563⁴

กระทรวงสาธารณสุขตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงกำหนดนโยบาย ระบบการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรคเบาหวาน โดยนำเครื่องมือ

“ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” มาใช้ในการจัดระดับความรุนแรงของโรค เพื่อลดความแออัดอย่างเป็นระบบและยั่งยืนด้วยมาตรฐานเดียวกัน¹³ มีการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อช่วยให้เกิดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการเกิดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง⁸ และการทำงานแบบเครือข่ายที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ควรประกอบด้วย ระบบการสนับสนุน การดูแลตนเอง การปรับระบบและกระบวนการบริการ มีทิศทางนโยบายที่ชัดเจน การพัฒนาระบบสารสนเทศ สนับสนุนการตัดสินใจ และ บริการเชื่อมต่อกับชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองดีขึ้น และน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง ผลการดำเนินงานของเครือข่ายดีขึ้น⁶ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้บุคลากรรับรู้ เข้าใจนโยบายเป็นอย่างดี และให้การสนับสนุนความรู้ งบประมาณ และเครื่องมือ อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมโรคได้ดี¹⁰ และมีระดับความรุนแรงของโรคลดลงไปด้วย¹⁶ แต่การควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ เป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถเสริมสร้าง

แรงจูงใจให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการเปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการทำงาน ร่วมกันและเห็นใจกันระหว่างผู้ป่วยเบาหวานและผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความร่วมมือ สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือเปลี่ยนแปลงตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารดีขึ้น⁷ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง¹¹

เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในภาพของคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลยางตลาด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 7,336 คน เมื่อปี พ.ศ 2560 เป็น 8,014 คน ในปี พ.ศ 2562 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ คือ มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าร้อยละ 7 มากกว่าร้อยละ 40 ซึ่งจากการวิเคราะห์ตัวชี้วัด จากปี พ.ศ 2560 – 2562 พบว่า ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 14.22 , 13.49 และ 17.08 ตามลำดับ (HDC , 2562) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี คือ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ของเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาดนั้นมีมากถึงร้อยละ 83 และมารับบริการอย่างแออัดที่โรงพยาบาล ปัญหาเชิงระบบในการทำงานของเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด คือ ทำงานแบบแยกส่วน ด้วยมาตรฐานที่แตกต่างกัน มีการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างวิชาชีพ เกิดความซ้ำซ้อนและช่องว่างในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสับสนในบริการที่ได้รับและไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 183 มก./ดล. ขึ้นไป ที่มารับบริการที่

คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยางตลาด พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลไม่ดี คือ รับประทานข้าวเหนียวจำนวนมากจนรู้สึกอึดโดยไม่ทราบปริมาณ รับประทานโปรตีนและผักน้อย ดื่มกาแฟสำเร็จรูป เครื่องดื่มชูกำลัง ไม่มีแบบแผนในการออกกำลังกายเข้าใจว่าการทำงานในชีวิตประจำวันนั้นเพียงพอแล้ว ไข้ยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ขาดทักษะที่ถูกต้องในการฉีดอินซูลิน เครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ไม่สามารถเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และไม่สามารถจัดการอาการน้ำตาลสูง/ต่ำได้เหมาะสม ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองเพราะป่วยเป็นเบาหวานมานาน ส่วนปัญหาด้านผู้ให้บริการ พบว่าต้องให้บริการผู้ป่วยจำนวนมากต่อวัน ด้วยบุคลากรและเวลาที่มีอย่างจำกัด เพื่อลดแออัดทำให้เกิดความเครียดจากการทำงาน ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน ไม่มีการประสานงานกันระหว่างแผนก ระหว่างเครือข่ายและขาดการประเมินผล

กำหนดรูปแบบโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care) ของมารวยสงทานินทร์ (2560)¹² ร่วมกับแนวทางในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus⁴ และการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับการใช้เทคนิคสหสาขาสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง^{7,11} 2) การบูรณาการหลักเกณฑ์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กำหนดทิศทาง เชื่อมโยงในการทำงานและการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ 3) การบูรณาการชุดข้อมูล/สารสนเทศและการสื่อสารให้เป็นชุดเดียวกัน 4) การบูรณาการทางคลินิก โดยการประสานงานให้เกิดการปรับระบบ กระบวนการบริการและเชื่อมโยงสู่ชุมชนด้วยปึงปองจราจรชีวิต 7 สี และ 5) การบูรณาการการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายโดยกำหนดให้มีระบบ

สนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลและการส่งต่อภายใต้การสร้างทีมงานเข้มแข็ง พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ PAOR ของเคมีสและแมกทาภาค¹

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสมดีขึ้น ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบและผลของรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

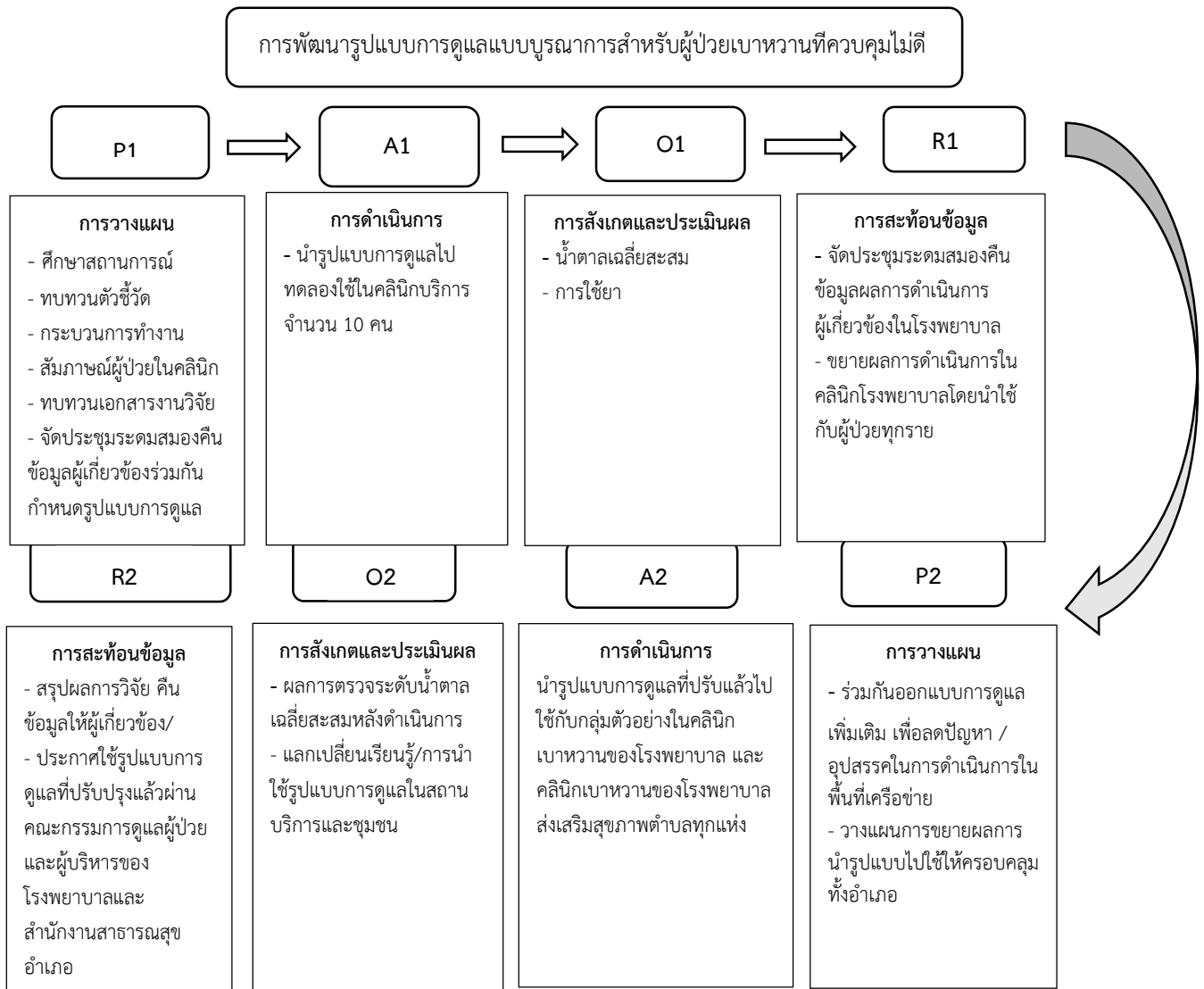
ผู้ร่วมวิจัยคือ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จำนวน 31 คน ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้จัดการระบบจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 คน 2) ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลพยาบาลอย่างตลาด 12 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 5 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี 2 คน เภสัชกร 1 คน นักโภชนาการ 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน 3) พยาบาลเวชปฏิบัติที่รับผิดชอบคลินิกเบาหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 17 คน และกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม 1 คน

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าเท่ากับ 7 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลอย่างตลาด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตั้งแต่ ตุลาคม 2563 ถึง กันยายน 2565 จำนวน 2,482 คน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพอำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการ PAOR ของเคมีสและแมกทาภาค¹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การดำเนินการ (Acting) 3) การสังเกต/ประเมินผล (Observing) 4) การสะท้อนข้อมูล (Reflecting) ดังภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 วิธีการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ร่วมกับการประชุมระดมสมองผู้ร่วมวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์กำหนด และพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล แบบบันทึกการประชุมระดมสมอง และแบบบันทึกผลตรวจน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบความถูก

ต้องของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เป็นแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 1 คน พยาบาลเวช ปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) 1 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกจำนวน 10 คน การประชุมระดมสมองบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย เบาหวานและผู้บริหาร จำนวน 31 คน

ข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การตรวจเลือดน้ำตาลเฉลี่ยสะสม จำนวน 2,482 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้อง และคุณภาพข้อมูลโดยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา(content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมด้วย paired t test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอขยงตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

1.1 ด้านผู้ป่วย ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพอำเภอขยงตลาดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 73.4 อายุระหว่าง 32-101 ปี อายุเฉลี่ย 62.4 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 82.6 สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.6 และมีอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 73

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลขยงตลาด จำนวน 10 ราย พบว่า ปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ประกอบด้วย

1.1.1 ด้านอาหาร พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานข้าวเหนียวเป็นหลัก โดยรับประทานจนรู้สึกอิ่มโดยไม่ทราบปริมาณที่แน่นอน เนื่องจากใช้กระบิข้าวเหนียวใบเดียวรับประทานรวมกันทั้งครอบครัว รับประทานอาหารหมวดโปรตีนน้อย รับประทานผลไม้หวานตามฤดูกาล เช่น มะขามหวาน มะม่วง ร่วมกับข้าวเหนียว ช่วงใช้แรงงานจะดื่มกาแฟสำเร็จรูปที่มีส่วนผสมของน้ำตาลและครีมเทียม ต้มเครื่องดื่มชูกำลัง ผู้ป่วยสูงอายุที่เลี้ยงหลานจะรับประทานขนมกรุบกรอบ น้ำหวานด้วยกันกับหลาน รับประทานอาหารเช้าปริมาณน้อยก่อนออกไปทำงาน รับประทานอาหารเช้าปริมาณมากแล้วเข้านอน รับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลา และไม่สัมพันธ์กับการใช้ยาเบาหวาน

1.1.2 ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ไม่มีการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน ในเพศชายเข้าใจว่าการใช้แรงในการทำงานทั้งวันคือการออกกำลังกายแล้ว ส่วนเพศหญิงไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเนื่องจากนั่งทำงานเย็บผ้า ทำงานบ้าน ทำสวน เลี้ยงหลาน

1.1.3 ด้านอารมณ์ พบว่า เครียด เรื่องสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด มีหนี้ในระบบ นอนไม่หลับหรือนอนตื่นกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ มี 2 ราย ซึมเศร้า

1.1.4 ด้านการใช้ยา พบว่า ใช้ยาเบาหวานไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ขาดยา ปรับยาเอง ฉีดยาอินซูลินไม่ถูกขนาด ไม่ถูกเทคนิค เก็บยาอินซูลินไม่เหมาะสม

1.1.5 ด้านการจัดการอาการน้ำตาลต่ำ พบว่า ผู้ป่วยจัดการอาการน้ำตาลต่ำโดยรับประทานข้าวเหนียว กล้วย น้ำตาลทราย นมหวาน ขนมหวาน น้ำหวาน ในปริมาณมากจนทำให้อาการดีขึ้น

1.1.6 ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด พบว่า สาเหตุของการขาดนัด คือ มีปัญหาเรื่องการเดินทาง ไม่มีรถประจำทางต้องมาอยู่กับเพื่อนบ้านเป็นกลุ่ม ไม่อยากขาดหรือลางานเพราะทำให้สูญเสียรายได้

จากการประชุมระดมสมองทีมผู้บริหารและทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอขยงตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 31 คน พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ประกอบด้วย

1.2 ด้านบุคลากร พบว่า ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลไม่มีการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสมรรถนะของพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วยไม่เป็นไปตามทิศทางเดียวกัน เน้นให้คำแนะนำรายบุคคลและส่งพบทีมสหวิชาชีพ ขาดการสร้างแรงจูงใจผู้ป่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และขาดการติดตามประเมินผล ในส่วนของพยาบาลที่ดูแลเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เน้นการให้ความรู้แบบกลุ่มก่อนตรวจรักษาโดยไม่แยกระดับน้ำตาล และการทำค่ายเบาหวานในชุมชนให้กับผู้ป่วยเบาหวานตามนโยบาย แต่ยังขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

1.3 ด้านระบบ พบว่า ไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม และนำผลตรวจ มาใช้เพื่อให้การดูแลเฉพาะกลุ่ม เน้นการใช้ระดับ น้ำตาลหลังอดอาหาร (Fasting plasma glucose) เป็น ประเด็นหลักในการดูแลรักษา และไม่มีการติดตาม ประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเนื่องจากมีข้อจำกัด ด้านงบประมาณ ขาดการสนับสนุนการให้ความรู้และ สนับสนุนการจัดการตนเองกับผู้ป่วยรายบุคคลเป็น วิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการลด ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม¹⁷ แต่ยังไม่มีการนำใช้

2. รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร ผู้วิจัยซึ่งเป็น ผู้จัดการรายการได้รับมอบหมายจากทีมในการเป็น ผู้นำในการกำหนดรูปแบบและแนวปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีที่มีประสิทธิภาพและ เหมาะสมกับบริบทสามารถใช้ได้ทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในชุมชน ได้จัด ประชุมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อร่วมกัน ออกแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มควบคุมไม่ดี ได้ ข้อสรุปดังนี้

1. จัดอบรมให้ความรู้และคู่มือให้ทีมสหวิชาชีพ สหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้มีความรู้เทียบเคียง กันเพื่อลดการให้ความรู้ที่ไม่เป็นไปตามทิศทางเดียวกัน และจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีองค์ ความรู้เดียวกันกับทีมสหวิชาชีพโดยแพทย์ที่มีความ เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มควบคุมไม่ดีใน โรงพยาบาล

2. ใช้ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ตั้งแต่ผู้ป่วยเจาะ เลือดที่ห้องปฏิบัติการโดยนักเทคนิคการแพทย์ โดยคัด แยกผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาล 183 mg% ขึ้นไปซึ่ง เทียบเคียงกับค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 8% เพื่อ ส่งมอบให้กับพยาบาลประจำคลินิก

3. ผู้ช่วยพยาบาลหรือพนักงานช่วยเหลือคนไข้ คัดแยกผู้ป่วยสัญลักษณ์สีแดงให้พยาบาลผู้จัดการราย กรณี เพื่อให้การดูแลเฉพาะ

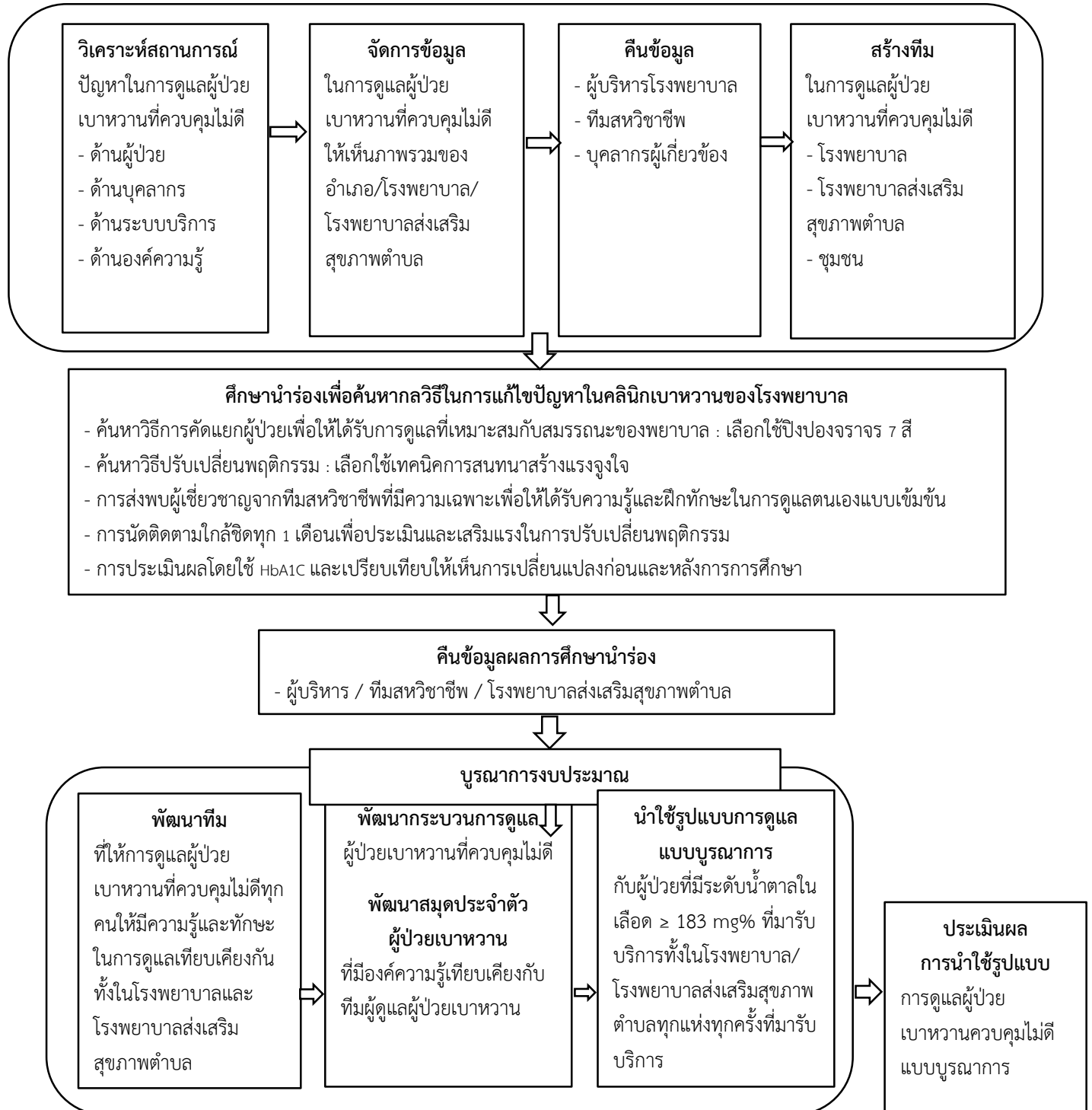
4. พยาบาลผู้จัดการรายการคัดเลือกผู้ป่วยที่มี ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 7 เพื่อประเมินระยะ

ของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) ถ้าพบว่าอยู่ ในขั้นลังเล (contemplation) พยาบาลจะให้ข้อมูล เรื่องผลดี ผลเสีย ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ ทำการสนทนาสร้างแรงจูงใจ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ ควบคุมไม่ดี และส่งพบทีมสหวิชาชีพที่มีความ เชี่ยวชาญเฉพาะในโรงพยาบาล เช่น นักโภชนาการ นัก กายภาพบำบัด เภสัชกร พยาบาลจิตเวช นัดติดตาม ใกล้ชิดทุก 1 เดือน จนครบ 3 เดือน และตรวจประเมิน ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ผลดำเนินการ พบว่า ผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมไม่ดีจำนวน 10 คน มีค่าน้ำตาล เฉลี่ยสะสมลดลง 7 คน มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ก่อนดำเนินการ 10.80% หลังดำเนินการ 9.70% ลดลง 1% ลดการใช้ยาได้ 4 คน

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นให้ผู้บริหาร และทีมสหวิชาชีพทราบถึงผลการดำเนินงาน พบ ปัญหาในการดำเนินงาน คือ การให้ความรู้และ สนับสนุนการจัดการตนเองแบบเต็มรูปแบบนั้นใช้เวลา 20 – 30 นาที ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ จึง ได้มีการปรับกระบวนการใหม่โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการ สนทนาสร้างแรงจูงใจแบบสั้นมาใช้ซึ่งใช้เวลา 5 – 10 นาที ในการให้บริการ ที่ประชุมเห็นด้วยว่าควรขยาย ผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมการบริการคลินิก เบาหวานของโรงพยาบาล โดยปรับการประเมินผล ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจาก 3 เดือน เป็น ปิงปองประมาณถัดไป เพื่อลดค่าใช้จ่าย ผู้วิจัยสรุปผลการ ประชุมของทีมโรงพยาบาลและจัดประชุมทีมผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพ และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อ ค้นข้อมูลผลการศึกษาเบื้องต้น และร่วมกันกำหนด แนวทางการนำรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการลงสู่ คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก แห่ง ได้ข้อสรุปว่า ควรจัดประชุมเพื่อยกระดับองค์ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีให้มี ความรู้เท่าเทียมกับคลินิกในโรงพยาบาล และสร้างแนว ปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือด สูง จึงได้นำกิจกรรมเข้าไปในแผนงาน โครงการของ คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ และสมัครเป็น พื้นที่พัฒนางานโรคเรื้อรังของสำนักงานควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มีการบูรณาการงบประมาณร่วมกัน

ระหว่างระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและระดับเขต มีการขยายจำนวนผู้เข้าร่วมประชุมจากเฉพาะอำเภออย่างต่อเนื่องเป็นทั้งจังหวัดกาฬสินธุ์ การประชุมเพื่อยกระดับองค์ความรู้ให้กับทีมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีผู้เข้าร่วมจำนวน 31 คน และนำรูปแบบการดูแลที่ปรับ

แล้วไปใช้ในคลินิกบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมารับบริการ โดยมีผู้วิจัยเป็นที่เล็งและเป็นทีปรึกษาในการดำเนินการ รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการที่พัฒนาแล้ว ดังภาพประกอบที่ 2



ภาพประกอบที่ 2 รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี

3. ผลของการนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีของเครือข่ายสุขภาพ อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการนำใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการและติดตามค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมเป็นระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีลดลงจากร้อยละ 79 เป็น ร้อยละ 61 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงจาก 10.14% ($\bar{x}$ 10.14 SD 2.50) เป็น 8.96% ($\bar{x}$ 8.96 SD 1.65) สามารถลดน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ 1.18% และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .000)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพ อำเภออย่างตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง สอดคล้องกับสุปราณี เสียงดัง(2560) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมไม่ดีเกิดจากหลายสาเหตุ ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เครียด นอนไม่หลับ ซึมเศร้า จากปัญหาครอบครัว สอดคล้องกับจิตรรา อารงชัย วัฒนะและคณะ (2561) และอำพร เนื่องจกานาค (2560)¹⁸ ศึกษาพบว่า ความซุกซนของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ ร้อยละ 18 และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ อายุมากกว่า 50 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ และการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไม่ดี 2) ด้านอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารหมวดโปรตีนน้อยไม่เพียงพอความต้องการของร่างกาย และไม่สมดุลกับการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน ซึ่งการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและเหมาะสมต่อตนเองนั้นมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด² 3) ด้านการออกกำลังกาย คือ ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนเพียงพอที่จะลดน้ำตาลในเลือด และ

กิจกรรมทางกายส่วนใหญ่แทรกอยู่ในการทำงาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่อเนื่องส่งผลให้น้ำตาลเฉลี่ยสะสมเพิ่มขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายที่สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมได้ต้องเป็นประเภทแอโรบิกความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนักปานกลาง เวลา 30-60 นาที หรือแบบแรงต้านที่ความถี่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความหนักปานกลาง เวลา 45 - 90 นาที อย่างน้อย 8 สัปดาห์ หรือทำร่วมกันที่ความถี่อย่างน้อย 2 ครั้ง/สัปดาห์ ความหนักปานกลาง เวลาอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 4 สัปดาห์ (ขวัญหทัย ไตรพิซ, 2553) 4) ด้านการใช้จ่าย ได้แก่ การใช้จ่ายไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา ขาดยา ปรียาเอง ใช้จ่ายไม่ถูกขนาด ไม่สม่ำเสมอ ถ้าเป็นกลุ่มยาฉีดอินซูลินมีปัญหาฉีดไม่ถูกเทคนิค เก็บยาอินซูลินไม่เหมาะสม ทำให้ประสิทธิภาพยาไม่เพียงพอที่จะลดน้ำตาลในเลือดได้ 5) ด้านการจัดการอาการน้ำตาลต่ำ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าไม่ตรงเวลา และไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร รับประทานหรือฉีดยาไว้นานจนเกิดอาการน้ำตาลต่ำ และจัดการอาการน้ำตาลต่ำโดยรับประทานคาร์โบไฮเดรตปริมาณมากเกินไป ทำให้น้ำตาลในเลือดหลังจัดการอาการสูงเกินพอดี ซึ่งความไม่ร่วมมือในการใช้นั้นเป็นสาเหตุให้การรักษาล้มเหลวและทำให้เกิดอาการน้ำตาลต่ำ⁹ 6) ด้านไม่มาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทำให้ขาดยา หรือใช้ยาขนาดเดิมโดยไม่ได้ตรวจระดับน้ำตาลส่งผลให้ขนาดยาไม่เหมาะสม น้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น สอดคล้องกับ สุปราณี เสียงดัง (2560)¹⁵ ศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เรียงลำดับจากน้อยไปหามาก คือ การใช้จ่าย โดยพบว่าผู้ป่วยเพิ่มหรือลดขนาดยาด้วยตนเอง รองลงมาคือ การจัดการความเครียด และการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีนั้น สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังได้รับความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองไม่เพียงพอและไม่มีประสิทธิภาพ การจัดบริการในคลินิกยังไม่เป็นระบบ ไม่มีการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสมรรถนะของพยาบาล การให้ความรู้ผู้ป่วยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่

เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ขาดการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงขาดการติดตามประเมินผล สอดคล้องกับคัม เนตร สุกุณณะศักดิ์และคณะ (2560)⁶ ศึกษา พบว่า ระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ยังขาดความเชื่อมโยง ประสานงานด้านการรักษาพยาบาลในแต่ละแผนก มีระบบการสนับสนุนการจัดการตนเองให้แก่ผู้ป่วยไม่ เป็นมาตรฐานในการบริการ พยาบาลไม่มีแนวทางที่ใช้ เป็นกรอบการปฏิบัติงาน ทีมสุขภาพไม่ได้ทำงาน ร่วมกัน ไม่มีระบบการเชื่อมต่อกับ ชุมชน สารสนเทศ ไม่ครอบคลุมและมีขั้นตอนการใช้ที่ยุ่งยาก ซึ่งหาก ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการ ตนเองอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพจะทำให้ เกิดผลลัพธ์ที่ดี สามารถควบคุมโรคได้(ณัฐภัสสร เต็ม ขุนทดและคณะ, 2565)

2. รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ของเครือข่ายสุขภาพ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดกาฬสินธุ์ เกิดจากการกำหนด รูปแบบการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นการ ดูแลแบบบูรณาการทุกภาคส่วน โดยคำนึงถึง ความต้องการของทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยเพื่อค้นหา ระบบ การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทและตอบสนอง ความ ต้องการของผู้ป่วย เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการ เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยชุดเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วย เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนสามารถ ลดน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ เพราะการสนับสนุนสร้าง แรงจูงใจ เป็นกลวิธีหนึ่งที่สามารถเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้แข็งแกร่งเกิดความมุ่งมั่นในพันธะสัญญาในการ เปลี่ยนแปลงตนเอง เป็นรูปแบบการสนับสนุนการ ทำงาน ร่วมกันและเห็นใจกันระหว่างผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย และสามารถสร้างความร่วมมือ สร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วย เกิดการตระหนักในปัญหาตนเอง ตัดสินใจลงมือ เปลี่ยนแปลงตนเองทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้าดีขึ้น⁷ พฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้นและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง¹¹

3. ผลของการนำใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมไม่ดี เครือข่ายสุขภาพอำเภอขามเฒ่า

ตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังการนำใช้รูปแบบ การดูแลแบบบูรณาการและติดตามค่าน้ำตาลเฉลี่ย สะสมเป็นระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ลดลงจากร้อยละ 79 เป็น ร้อยละ 61 มีค่าเฉลี่ยน้ำตาล สะสมลดลงจาก 10.14% เป็น 8.96% สามารถลด น้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ 1.18% และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาล สะสมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .000$) สนับสนุนแนวคิด การดูแลแบบบูรณาการของมารวย ส่งทานินทร์ (2560)¹² กล่าวคือ การดูแลแบบบูรณาการนั้นเป็นการ ให้บริการสุขภาพที่ไร้รอยต่อตลอดกระบวนการการ ดูแล ที่เป็นผลมาจากการประสานความพยายามของผู้ ให้บริการ โดยไม่คำนึงถึงขอบเขตขององค์กร และการ ดูแลแบบบูรณาการที่ประสบความสำเร็จนั้นทำให้ คุณภาพการดูแลดีขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพการรักษา เมื่อนำมาใช้ร่วมกับป้องกัน จรจรชีวิต 7 สี¹⁴ และแนวทางในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus (กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งเป็นนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข⁴ ที่สถานบริการทุกแห่งต้อง นำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบททำให้บุคลากรมี ความรู้ ความเข้าใจในนโยบายเป็นอย่างดีและได้รับการ สนับสนุนการทำงาน และงบประมาณจากผู้บริหารทำให้ การจัดการบริการคลินิกมีความเป็นระบบชัดเจนเกิด ความสั่นไหวในการสร้างทีมและการประสานงานให้ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา แจ่มจำรูญและคณะ (2560)¹⁰ ซึ่งพบว่า บุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นมีความรู้เรื่อง นโยบายอยู่ในระดับดี นโยบายมีความชัดเจน และ ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน งบประมาณ เครื่องมืออย่างเพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษา ของ สมคิด จุฑา และคณะ ศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ เครื่องมือ “ป้องกันจรจรชีวิต 7 สี” มีระดับความ รุนแรงของโรคลดลง และเมื่อนำมาใช้ร่วมกับเทคนิค การสนับสนุนสร้างแรงจูงใจในการให้บริการผู้ป่วยจึงทำ ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยได้ในระยะยาว มากขึ้น เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเกิด จากความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยเอง สอดคล้องกับการศึกษาของภูเบตร พัฒนาการ (2565) ศึกษา พบว่า การสนทนาสร้างแรงจูงใจโดยพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมลดลง

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการนำใช้รูปแบบการดูแลแบบบูรณาการกับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดี ในทุกระดับสถานบริการรวมถึงในชุมชนที่มีสุขภาพดี โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ตามเป้าหมายการรักษา

2.งานวิจัยนี้ มีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ดีกลุ่มวัยแรงงาน เนื่องจากวิถีชีวิตของผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลที่ต้องมารับบริการที่สถานบริการเท่านั้นทำให้ให้มารับรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงควรมีการพัฒนาูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้เทคโนโลยีมาช่วยให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- 1.Kemmis, S., McTaggart, R., & Retallick, J. (Eds.). (2004). **The action research planner** (2nd ed. rev.). Karachi: Aga Khan University, Institute for Educational Development.
- 2.กฤษฎี โพธิ์ทิต. 2562. หลักสูตรพื้นฐานผู้ให้ความรู้เบาหวาน. กรุงเทพฯ : สุภัชธานีพิมพ์
- 3.กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2561. <http://www.thaincd.com>worldDiabetesday61>. เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2566.
- 4.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2563. **คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic plus 2563**. มปท.
- 5.ขวัญหทัย ไตรพิช, พรทิพย์ มาลาธรรม, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ และ วิศาล คันธารัตนกุล. 2553. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป้นเบาหวานชนิดที่ 2. **Rama nurse J.** 16:2 ; 259-78.
- 6.คณนทร สกฤษณะศักดิ์, พิชามณ กุลธีร์วัฒน์, นพพล บัวสีและ มะลิ สุปัตติ. 2560. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายโรงพยาบาลศรีสะเกษ. **อนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.** 5;2 : 19-30.
- 7.เทิดศักดิ์ เดชคง.2563. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. **สถาบันบำราศนราดูร.**14:3;134-145.
- 8.ดารณี เทียมเพ็ชร, กศิมา สง่ารัตนพิมาน, มัญจิตา อักษรดี, เพ็ญพร ทวีบุตร และ วรเดช ช้างแก้ว. 2559. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชน แบบไร้รอยต่อ อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว. **พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.** 25;3 :155-169.
- 9.ปราณี ลัคนาจันทร์โชติ และ บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. 2562. หลักสูตรพื้นฐานผู้ให้ความรู้เบาหวาน. กรุงเทพฯ : สุภัชธานีพิมพ์
- 10.ปัทมา แจ่มจำรูญและธิดา ผาติเสนะ. 2560. การประเมินผลโครงการการใช้ป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี ในการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารราชพฤกษ์.** 15 : 2 ; 125-134.
- 11.ภูเบตร พัฒนาการ. 2565. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนทนาสร้างแรงจูงใจในพยาบาล ต่อความรู้และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน.**ยโสธรเวชสาร.** 24:1;106-115.
- 12.มารวย ส่งธานี. 2560. **การดูแลแบบบูรณาการ.** <http://www.go to know.org/posts/63077g>. เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566.

- 13.วิชัย เทียนถาวร. 2556. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- 14.วิชัย เอกพลาการ. 2564 การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ 2562-2563 มปป. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- 15.สุปราณี เสียงดัง. 2560. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 4:1;191-204.
- 16.สมคิด จูหว่า, รุ่ง วงศ์วัฒน์และอนุกุล มะโนทน. 2562. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเครื่องมือ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรง ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 39 : 2 ; 127-141.
- 17.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ,สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2560. *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. ปทุมธานี : ร่มเย็น มีเดีย.
- 18.อำพร เนื่องจากนาค. 2560. *ภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา
ของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง

Factors related with Smoking Cessation Campaign among
First Year Male Students in the Private Higher Education Institution

(Received: April 23,2023 ; Revised: April 28,2023 ; Accepted: April 29,2023)

วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา¹ พิมพ์พัฒน์ จันทน์เทียน² พัชรนันท์ รัตนภาค²

ชุตินา ปัญญาพินิจนุกร¹ ทรงพร จันทน์พัฒน์¹ สัมพันธ์ มณีรัตน์¹

Wongchayapote Promsila¹ Pimpat Chantien² Pacharanan Rattanapark²

Chutima Panyapinijugoon² Songporn Chuntharapat¹ Sampan Maneerat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่กับการจัดการณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษาของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ระดับปานกลาง ทศนคติต่อโทษและอันตรายของการสูบบุหรี่ระดับเห็นด้วย 2) ความรู้และทศนคติต่อการสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p > .05$) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการจัดการณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยร้อยละ 70.2 ของกลุ่มตัวอย่างสนับสนุนให้มีการจัดการณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ แต่ทั้งนี้พบว่า อายุ คณะที่เรียน รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน ลักษณะที่พักอาศัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด และความรู้เกี่ยวกับพิษภัยโทษของบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา ($p > .05$)

คำสำคัญ: ความรู้ ทศนคติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สถาบันอุดมศึกษาเอกชน

Abstract

This survey research aimed to study 1) the level of knowledge, attitudes, smoking and non-smoking habits 2) the relationship between personal data, knowledge, attitudes and smoking habits towards smoking cessation campaign among first year male students in the private higher education institution. The 259 samples were selected using Stratified Random Sampling. The research tool consisted of a reliable and valid. Descriptive statistics such as mean, percentage, standard deviation and Chi-square test was used to analyze the relationship.

The results showed that; 1) Knowledge about the dangers and harms of smoking at a moderate level, Attitudes to smoking at the level agreed. 2) Knowledge and attitude towards smoking were not significantly related to smoking habits ($p > .05$). Smoking habits, having family or close people

¹ 1 อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

² 2 อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

who have alcohol consumptions were statistically significant in relation to smoking cessation campaign in educational institutions ($p < .05$) and 70.2 percent of the samples supported smoking cessation campaign, but age, faculty, income received from parents per month, residential style, having family or close people who smoked, and knowledge towards smoking were not significantly related to smoking cessation campaign in educational institutions ($p > .05$)

Keyword: Knowledge, Attitude, Smoking habits, Private higher education institution

บทนำ

การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพในอันดับต้นๆ ของประชากรโลก ซึ่งทั่วโลกมีผู้สูบบุหรี่ประมาณ 1,100 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ปีละประมาณ 6 ล้านคน ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งช่องปากและคอ มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอดกว่าร้อยละ 90 ทั้งนี้ผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่เสียชีวิตจากการสูดควันบุหรี่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ ผลการสำรวจพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยสูงเป็นอันดับที่ 3 ของอาเซียนโดยกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่สูงถึง 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 เมื่อพิจารณาในเยาวชนกลุ่มอายุ 15-18 ปี สูบบุหรี่เท่ากับร้อยละ 7.8⁽²⁾ แม้ว่าในภาพรวมอัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยจะลดลง แต่พบว่ากลุ่มอายุ 19-24 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่กำลังศึกษาระดับอุดมศึกษายังคงมีอัตราการสูบบุหรี่คงที่และเกิดนักสูบรายใหม่เพิ่มขึ้น⁽³⁾ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่และคนใกล้ชิดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้ายแรงมากกว่า 25 โรค⁽⁴⁾ และเกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรทั่วโลกจำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่กว่า 5 ล้านคน โดยส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองสูงกว่า 6 แสนคน หากไม่ดำเนินการแก้ไขปัญหาคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี และพบว่าอายุของผู้สูบบุหรี่ลดลง พบอายุของผู้สูบบุหรี่เฉลี่ยเริ่มที่ 12 ปี โอกาสเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่กว่า 20 เท่า รวมทั้งมีการเจ็บป่วยเรื้อรังรุนแรงก่อนเสียชีวิตมากกว่า 2 ปี ในประเทศไทยจำนวน

ผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่พบเฉลี่ยวันละ 142 คน หรือชั่วโมงละ 6 คน⁽⁵⁾ สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เป็นภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศแห่งชาติ⁽⁶⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชน⁽⁷⁾ คือ เพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ การที่เยาวชนสามารถเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย การขาดความเคร่งครัดบังคับใช้กฎหมายห้ามขายบุหรี่ การมีทัศนคติเห็นด้วยกับการสูบบุหรี่ สภาพแวดล้อมที่เอื้อในการเข้าถึงบุหรี่ รวมทั้งกลยุทธ์การโฆษณาบุหรี่ของบริษัทผู้ผลิตผ่านสื่อต่างๆ ด้วยการเข้าแทรกแซงนโยบายควบคุมยาสูบของรัฐบาลโดยการใช้กิจกรรมที่แสดงถึงการรับผิดชอบต่อสังคม และการพัฒนาส่วนประกอบของบุหรี่ เช่น กลิ่น รส รูปลักษณะที่ยั่วความต้องการลองสูบบุหรี่ของวัยรุ่นที่อยากลอง แล้วยังพบปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มาจากการปรับตัวให้เข้ากับสังคมด้วยการสูบบุหรี่⁽⁸⁾ การใช้บุหรี่ลดความเครียด การขาดแรงจูงใจในการเลิกสูบและไม่ตระหนักถึงอันตราย อีกนัยหนึ่งได้มีผลการศึกษาถึงความสำเร็จในการควบคุมการสูบบุหรี่ของเยาวชนพบว่า⁽⁹⁾ สถาบันการศึกษานับเป็นกลวิธีสำคัญที่สุดในการดำเนินการควบคุมและสนับสนุนให้เกิดการเลิกบุหรี่ เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ต่อวันของนักศึกษาจะมีกิจกรรมการเรียนและกิจกรรมอื่น ๆ ของสถานศึกษาทำให้ช่วยขยายเวลาในการใช้บุหรี่ ดังนั้นการดำเนินการของสถาบันการศึกษาหากสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะสามารถลดการเข้าถึงบุหรี่ของนักศึกษาได้⁽¹⁰⁾ และช่วยมีผลต่อพฤติกรรมของการสูบและเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มนักศึกษาที่เป็นนักสูบหน้าใหม่โดยเฉพาะ

นักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 ซึ่งเป็นช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 17-19 ปี ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ และด้านสังคมที่เกิดขึ้นได้ทั้งด้านความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่เป็นทรัพยากรของประเทศ และผลตรงข้ามที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพด้านลบโดยเฉพาะการเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่ มีผลการศึกษาถึงการเริ่มต้นสูบบุหรี่⁽¹¹⁾ พบว่าหากลดโอกาสการลองสูบลองจะช่วยลดโอกาสที่จะกลายเป็นผู้ติดบุหรี่ในอนาคตได้ เพราะเมื่อมีการทดลอง สูบบุหรี่หรือยาเสพติดตั้งแต่อายุน้อยจะมีโอกาสติดบุหรี่สูงและเลิกสูบได้ยาก การสนับสนุนการจัดการตนเองโดยแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยรุ่นในสถานศึกษา จึงเป็นกลวิธีที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญญาว่าด้วยความร่วมมือเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ของคณะบดีองค์การวิชาชีพพยาบาลศาสตร์⁽¹²⁾ ที่กำหนดพันธกิจร่วมรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ในสถาบันการศึกษาโดยให้สถาบันที่มีหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ดำเนินการสำรวจสถานการณ์บริโภคยาสูบในสถาบัน จัดกิจกรรมช่วยเหลือนักศึกษาที่ต้องการจะเลิกบุหรี่ ควบคุมให้สถาบันเป็นเขตปลอดบุหรี่ ตลอดจนการเสริมความรู้ด้วยการบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีให้มีเนื้อหาและมีข้อสอบที่เกี่ยวข้องกับผลต่อสุขภาพและการเลิกเสพ อันเป็นการช่วยให้นักศึกษามีความรู้ที่ถูกต้อง เกิดการตัดสินใจที่จะไม่ลองสูบบุหรี่หรือกรณีผู้ที่สูบบุหรี่สามารถขอรับคำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ได้ และสนับสนุนความยั่งยืนของโครงการโดยให้นักศึกษามีส่วนร่วมหรือเป็น

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ นักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 ในสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 1,237 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาภาคการศึกษาที่ 2/2563 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนดังกล่าว กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง

ผู้รับผิดชอบกิจกรรมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการลด ละ เลิก การบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ

ดังกล่าวที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ และศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษาของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับออกแบบมาตรการที่สามารถนำไปใช้สำหรับเป็นยุทธศาสตร์และแนวทางในการจัดกิจกรรมรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรี่ในสถานศึกษา การพัฒนาสื่อและแนวทางในการป้องกันพิษภัยความรุนแรงของการสูบบุหรี่และเป็นข้อมูลวิชาการเพื่อการสื่อสารสุขภาพ การชี้แนะทางสังคมในการป้องกันการเกิดนักสูบบุหรี่ใหม่ ตลอดจนเป็นแนวทางการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาอันจะส่งผลให้กิจกรรมรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรี่ในสถานศึกษาอย่างมีคุณภาพและบรรลุผลสำเร็จเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่ของนักศึกษาชายชั้นปีที่ 1 สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่และไม่สูบบุหรี่กับการจัดการรณรงค์ลด ละ เลิก บุหรี่ในสถานศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

สำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan) ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 295 คน สุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ในคณะวิชาที่มี นักศึกษาชายมากกว่า 100 คน จำนวน 5 คณะวิชา ประกอบด้วย คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะบริหารธุรกิจ และคณะนิติศาสตร์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ คณะที่เรียน รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน ลักษณะที่พักอาศัย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของบุคคลในครัวเรือนหรือใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 ด้านความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ กำหนดคะแนน 3 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ให้เลือกตอบได้คำตอบเดียว โดยกำหนดระดับคะแนนของความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับสูง (8-10 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยให้เลือก 4 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เป็นข้อความเชิงบวก (Positive content) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 2, 4, 6, 9 และ 10 ข้อความเชิงลบ (Negative Content) 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 7 และ 8 เกณฑ์การให้คะแนนทัศนคติ 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (3.51-4.00 คะแนน) เห็นด้วย (2.51-3.50 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1.51-2.50 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1.00-1.50 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเช็คลิสต์ (Checklist) ได้แก่ เคยสูบบุหรี่หรือไม่ สาเหตุของการสูบบุหรี่ ความถี่ในการสูบบุหรี่ โอกาสในการสูบบุหรี่ สถานที่หลักสำหรับสูบบุหรี่ ปริมาณการสูบบุหรี่ ความตั้งใจต่อการเลิกสูบบุหรี่ และความคิดเห็นต่อการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงก์ (Item-Objective Congruence Index;

IOC) และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ เท่ากับ .82 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1 วางแผนงานและประสานงานกับหน่วยงาน ประกอบด้วย 5 คณะวิชา คือ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะบริหารธุรกิจ และคณะนิเทศศาสตร์ และจัดเตรียมเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ให้จำนวนเพียงพอของกลุ่มตัวอย่าง

2 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เก็บข้อมูล แจกให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมแบบสอบถาม และตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และรอรับกลับจำนวนแบบสอบถามจำนวน 295 ชุด ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 3 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 4 - 25 มกราคม พ.ศ. 2564

3 ตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามและบันทึกรหัสข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (P002/63 P) คณะผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ วัตถุประสงค์และประโยชน์จากการวิจัย ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม การเก็บรักษาความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิในการถอนจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้แบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 18 ปี ร้อยละ 78.3 รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง ต่อเดือน ระหว่าง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 50.2 รองลงมาคือ มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 32.5 พักอาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัย ร้อยละ 50.5 รองลงมา คือ หอพักนอกมหาวิทยาลัย ร้อยละ 32.5 บุคคลในครัวเรือนหรือใกล้ชิดสูบบุหรี่ ร้อยละ 82.7 และบุคคลในครัวเรือนหรือใกล้ชิดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.2

2. ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.5 รองลงมา คือ ระดับมาก ร้อยละ 26.8 ค่าเฉลี่ย 7.75 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.12 ค่าต่ำสุด 4 ค่าสูงสุด 10 คะแนน เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง และการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย รองลงมา คือ ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่มีโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท ตามลำดับ คะแนนต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ กั้นกรองบุหรี่ช่วยลดอันตรายจากการสูบบุหรี่ได้ รองลงมา คือ ห้ามขายบุหรี่ซิกาแรตที่แบ่งบรรจุของน้อยกว่ายี่สิบมวน การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดในสมองแตกและเป็นอัมพาตได้ และสารนิโคตินในบุหรี่เป็นสาเหตุให้สูบบุหรี่ติดบุหรี่

3. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับเห็นด้วย ร้อยละ 55.3 รองลงมาคือ ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 44.7 ค่าเฉลี่ย 22.5 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.72 ค่าต่ำสุด 17 ค่าสูงสุด 24 คะแนน เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า เห็นด้วยคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นผู้ที่ชนะใจตนเอง รองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่สามารถเก็บออมไว้เป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่นได้ และการสูบบุหรี่มีอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดี ตามลำดับ ไม่เห็นด้วยคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การสูบบุหรี่ช่วยผ่อนคลายความเครียด รองลงมา คือ ถ้าอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรี่จำเป็นต้องสูบบุหรี่ด้วย และการสูบบุหรี่ทำให้มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น ตามลำดับ

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า เคยสูบบุหรี่ แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 35.9 (106 ราย) รองลงมา คือ ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ ร้อยละ 34.9 (103 ราย) และไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.2 (86 ราย) รายละเอียด ดังนี้

4.1 สาเหตุของการสูบบุหรี่ ทั้งในกลุ่มที่เคยสูบแต่เลิกสูบแล้วและกลุ่มปัจจุบันยังสูบบุหรี่ จำนวน 209 ราย พบว่า ลองสูบบุหรี่ ร้อยละ 29.7 รองลงมา คือ สูบคลายเครียด ร้อยละ 25.8 และสูบเพื่อให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนหรือกลุ่มสมาชิก ร้อยละ 16.7 สูบแก้เหงาในเวลาว่าง ร้อยละ 14.4 และสูบเพื่อแสดงความมั่นใจในตนเอง ร้อยละ 7.7 ตามลำดับ

4.2 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ จำนวน 103 คน

4.2.1 ความถี่ในการสูบบุหรี่ พบว่า สูบทุกวัน ร้อยละ 65.0 รองลงมา คือ สูบเฉพาะบางโอกาส เช่น เข้าสังคมหรือเวลาดื่มสุรากับกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 17.5 สูบสัปดาห์ละครั้ง ร้อยละ 9.7 และสูบ 2–3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 7.8 ตามลำดับ

4.2.2 โอกาสในการสูบบุหรี่ พบว่า สูบช่วงเวลาหยุดพักระหว่างคาบเรียน ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ เมื่อดื่มสุรา ร้อยละ 19.4 เมื่อมีความเครียดหรือประหม่า ร้อยละ 18.4 เมื่อมีโอกาสร่วมเวลาว่าง ร้อยละ 10.7 ก่อนและหลังรับประทานอาหาร ร้อยละ 5.8 และหลังตื่นนอนใหม่ ร้อยละ 3.9

4.2.3 สถานที่หลักในการสูบบุหรี่ พบว่า สูบบริเวณที่โล่งแจ้ง เช่น ระเบียงอาคาร ร้อยละ 55.3 รองลงมา คือ ในที่พักรหรือหอพัก ร้อยละ 16.5 ไม่เลือกสถานที่แล้วแต่โอกาส ร้อยละ 11.7 สูบเฉพาะเวลากลับบ้าน ร้อยละ 8.7 และในห้องน้ำอาคารเรียน ร้อยละ 7.8 ตามลำดับ

4.2.4 ปริมาณการสูบบุหรี่ พบว่า จำนวน 1–5 มวนต่อวัน ร้อยละ 38.8 รองลงมา คือ จำนวน 6–10 มวนต่อวัน ร้อยละ 35.9 ไม่ได้สูบทุกวันหรือสูบเป็นบางโอกาส เช่น เข้าสังคมหรือขณะดื่มสุรากับกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 18.4 จำนวน 11–15 มวนต่อวัน ร้อยละ 3.9 และจำนวนมากกว่า 15 มวนต่อวัน ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ

4.2.5 ความตั้งใจอยากเลิกบุหรี่ พบว่า มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ร้อยละ 68.2 รู้สึกเฉยๆ ต่อการเลิกบุหรี่ ร้อยละ 22.8

5. ความคิดเห็นต่อการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 295 คน พบว่า สนับสนุนให้มีการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ใน

สถานศึกษา ร้อยละ 70.2 ไม่สนับสนุนและไม่แน่ใจ ร้อยละ 29.8

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

รายการ	ไม่คิดจะสูบ		เคยแต่เลิกแล้ว		ปัจจุบันยังสูบบุหรี่		χ^2	p-value
	จำนวน (n=86)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=106)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=103)	ร้อยละ (100.0)		
1. ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่								
มาก	28	32.6	24	22.6	27	26.2	5.159	.217
ปานกลาง	54	62.8	79	74.5	75	72.8		
ต่ำ	4	4.7	3	2.8	1	1.0		
2. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่								
เห็นด้วย	39	45.3	53	50.0	40	38.8	2.652	.266
ไม่เห็นด้วย	47	54.7	53	50.0	63	61.2		

7. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กับความคิดเห็นต่อการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างและพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการจัดการรณรงค์

ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ อายุ คณะที่เรียน รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน ลักษณะที่พักอาศัย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิดและความรู้เกี่ยวกับพิษภัยโทษของบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการสูบบุหรี่กับการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา

การจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา	χ^2	df	p-value
1. อายุ	3.609	3	.307
2. คณะที่เรียน	.907	4	.924
3. รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือน	.738	3	.692
4. ลักษณะที่พักอาศัย	2.744	2	.254
5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิด	.555	1	.456
6. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนใกล้ชิด	3.366	1	.044 *
7. ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยโทษของบุหรี่	.711	2	.701
8. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่	.860	1	.354
9. พฤติกรรมการสูบบุหรี่	9.096	2	.011 *

สรุปและอภิปรายผล

จากสรุปผลการวิจัยนำประเด็นสำคัญของการวิจัย อภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.5 คะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่งและการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย รองลงมา คือ ผู้ฝ่าฝืนสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่มีโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท สอดคล้องกับกัลยา วิริยะ, ประภาพร ชูกำเหนิด, อังศุมา อภิชาติ⁽¹³⁾ ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับที่สูง เนื่องจากวัยนี้มีความสามารถทางสติปัญญาได้เหมือนผู้ใหญ่ แต่ในช่วงระหว่างวัยรุ่นนี้ยังอาจขาดความยั้งคิด มีความหุนหันพลันแล่นขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบ สอดคล้องกับการศึกษาของธนกฤต จันทรคง ด้านปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของชายมหาวิทยาลัย⁽¹⁴⁾ พบว่าปัจจัยด้านรับรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยนักศึกษา กลุ่มที่รับรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะในระดับน้อย จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มที่รับรู้กฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะในระดับปานกลางและระดับมาก เช่นเดียวกับผลการศึกษาของลักษณะมล ลักษณะวิมล, เรวดี เพชรศิริ สันห์, สายฝน เอกวรังกูร, นัยนา หนูนิล⁽¹⁵⁾ พบว่ากฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเป็นมาตรการสำคัญที่สามารถลดอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนได้

2. ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ อยู่ในระดับเห็นด้วย ร้อยละ 55.3 รองลงมา คือ ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 44.7 เห็นด้วยคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้เป็นผู้ที่ชนะใจตนเอง รองลงมา คือ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรื สามารถเก็บออมไว้เป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอย่างอื่นได้ และการสูบบุหรี่มีอันตรายและผลเสียมากกว่าผลดี ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของนนทรี สัจจาธรรม⁽¹⁶⁾ ศึกษาทัศนคติการสูบบุหรี่ของนักศึกษาวิทยาลัยราชพฤกษ์ พบว่า นักศึกษากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการไม่สูบบุหรือยู่ในระดับ

ปานกลาง และผลการศึกษาของอารัตน์ อิงคภากร⁽¹⁷⁾ ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสูบบุหรืของนิสิตชายระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในเรื่องการสูบบุหรืในระดับปานกลาง และการสูบบุหรืไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพและต่อคนรอบข้าง วัยรุ่นที่สูบบุหรืเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างยิ่งและไม่น่าเลียนแบบ

3. พฤติกรรมการสูบบุหรืของกลุ่มตัวอย่างที่ปัจจุบันยังสูบบุหรื จำนวน 103 คน พบว่า สูบบุหรืทุกวัน ร้อยละ 65.0 สูบบุหรืเวลาหยุดพักระหว่างคาบเรียน ร้อยละ 41.7 สูบบุหรืบริเวณที่โล่งแจ้ง เช่น ระเบียงอาคาร ปริมาณการสูบบุหรืต่อวัน พบว่า วันละ 1-5 มวน สอดคล้องกับการศึกษาของปรีวัตร ปาโส, พนิดา ชูเวช, ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์⁽¹⁸⁾ ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรืของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุของการสูบบุหรืส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอยากทดลองสูบบ มักเกิดในระหว่างการแข่งขันกลางคืนหรือดื่มสุรา ความถี่ในการสูบบุหรืคือสูบบางโอกาส สถานที่ในการสูบบุหรืพบว่าไม่เลือกสถานที่แล้วแต่โอกาส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรื สำหรับสาเหตุที่สูบบุหรื คือ เพื่อลดความเครียดและช่วยให้มีสมาธิหนักแน่นรอบคอบมากขึ้น ต้องการผ่อนคลาย และสูบบตามเพื่อน และ สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะพรพร กรงไกรเพชร, กิตติ กรงไกรเพชร⁽¹⁹⁾ ที่พบสาเหตุปัจจัยที่ของการสูบบุหรืของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา โดยเพื่อลดความเครียดวิตกกังวล ผ่อนคลาย จำนวนบุหรืที่สูบบเฉลี่ยต่อวัน 2-5 มวน โอกาสในการสูบบุหรืคือ เมื่อไปเที่ยวกลางคืนหรือดื่มสุรา ซึ่งจากพฤติกรรมการสูบบุหรืเพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งจากที่กล่าวมาแล้วว่าเป็นกลไกของสารโดปามีนที่อยู่ในบุหรื⁽²⁰⁾ โดยเมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะเข้าสู่สมองได้ภายในเวลา 7 วินาที ทำให้สมองหลั่งสารโดปามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์พึงพอใจ ความปิติยินดี ความรักใคร่ชอบพอก และเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

4. ความคิดเห็นต่อการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรืในสถานศึกษา พบว่า ร้อยละ 70.2 สนับสนุน

ให้มีการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา ไม่สนับสนุน/ไม่แน่ใจ ร้อยละ 29.8 สอดคล้องกับ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19) พ.ศ.2553 ออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535⁽²¹⁾ โดยกำหนดให้ สถานบันการศึกษาต้องเป็นเขตปลอดบุหรี่ แม้จะไม่ได้ ครอบคลุมถึงสถาบันระดับอุดมศึกษา แต่ผลการวิจัย พบว่าความต้องการของนักศึกษาในการดำเนินงาน มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ต้องการให้มีการจัดเขตพื้นที่ สูบบุหรี่และให้มีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับพิษ ภัยของบุหรี่ผ่านช่องทางสื่อสารประชาสัมพันธ์ต่างๆ การมีกิจกรรมรณรงค์และสนับสนุนการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับปฏิญญาว่า ด้วยความร่วมมือ เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ของคณะบ ิด้องค์กรวิชาชีพพยาบาลศาสตร์⁽¹²⁾ และผลการศึกษาของ บุญชัย พิริยกิจกำจร, นิรชร ชูติพัฒนะ⁽²²⁾ ด้านการ ป้องกัน ลด ละ เลิกบุหรี่ในเยาวชนต้องยึดหลักการมี ส่วนร่วมนอกจากกลุ่มเยาวชนแล้ว ทั้งกลุ่มประชาชน ทุกคน คนใกล้ชิด บิดามารดา ครู โรงเรียน และ บุคลากรด้านสุขภาพ ต้องร่วมมือป้องกันเยาวชนที่ยัง ไม่สูบบุหรี่ไม่ให้กลายเป็นบุคคลที่สูบบุหรี่ ในอนาคต เนื่องจากส่วนใหญ่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่และสูบบุหรี่ตาม เพื่อน ต้องมีความหลากหลายและต้องมีทิศทางหรือ เป้าหมายที่สอดคล้องกันโดยกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และการสร้างค่านิยมของสังคมในการไม่สูบบุหรี่ในที่ สาธารณะ โดยเฉพาะสถานศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 นำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนเพื่ อดำเนินงานให้สอดคล้องกับความต้องการในการแก้ไข ปัญหาการสูบบุหรี่ของนักศึกษา โดยผู้บริหารสามารถ นำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการ วางแผนและขับเคลื่อนนโยบาย ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ ในมหาวิทยาลัยซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการ รณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา อันจะนำไปสู่ มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ ตามปฏิญญาว่าด้วยความ ร่วมมือเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ของคณะบ ิด้องค์กร

วิชาชีพพยาบาลศาสตร์และเครือข่ายวิชาชีพเพื่อ สังคมไทยปลอดบุหรี่

1.2 ควรจัดการจัดการรณรงค์ ลด ละ เลิก บุหรี่ในสถานศึกษา หรือทำโครงการควบคุมหรือคลินิก เลิกบุหรี่ในสถานศึกษา และดำเนินการตามมาตรการ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยการ ประชาสัมพันธ์ ทำความเข้าใจ และสร้างความร่วมมือ อย่างชัดเจนทั่วถึงกับนักศึกษาที่สูบบุหรี่ เพื่อให้เกิด โมเดลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลสู่การ เลิกสูบบุหรี่อย่างเป็นรูปธรรม

1.3 มหาวิทยาลัยควรสนับสนุนให้นักศึกษา มีส่วนร่วมคิดและจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการสูบ บุหรี่ในรูปแบบเชิงสร้างสรรค์ผ่านกลุ่มเพื่อน เช่น การ จัดกิจกรรมอาสาฯ การจัดทำสื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ สารพิษในบุหรี่และการรณรงค์ต่างๆ ผ่านสโมสร นักศึกษาที่มุ่งเน้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมและเป็น เจ้าของ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มี ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยและโทษของบุหรี่ระดับปานถึง ระดับมาก แต่ด้านทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ยังมีหลาย ประเด็นที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการศึกษาวิจัยเชิง คุณภาพร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม และสัมภาษณ์ เชิงลึกในนักศึกษาที่ยังสูบบุหรี่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มี ความละเอียดมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการ สูบบุหรี่ของนักศึกษา รวมถึงแนวทางการพัฒนา รูปแบบการช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ให้มี ประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้บริหาร สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งหนึ่งที่อนุญาตให้ ดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยนี้ นายกสมาคม พยาบาลแห่งประเทศไทย ที่ให้การสนับสนุนในการทำ ปฏิญญาว่าด้วยความร่วมมือเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ของคณะบ ิด้องค์กรวิชาชีพพยาบาลศาสตร์ ตลอดจน สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. รัชตะ รัชตะนาวิน. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2559.
2. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย 2561. กรุงเทพฯ: เจริญดีมีนคังการพิมพ์; 2561.
3. ศิริวรรณ ทิพย์รังสฤษฎ์ และปวีณา ปั่นกระจำง. รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
4. World Health Organization [Internet]. WHO report on the global tobacco epidemic, 2015: raising taxes on tobacco; 2015 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/178574>.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
6. Bundhamcharoen, K, Aungkulanon, S, Makka, N, Shibuya, K. Economic burden from smoking-related diseases in Thailand. Tobacco Control 2016, 25(5): 532-7.
7. อุบลรัตน์ สิงห์เสนี, รวิภา บุญชูช่วย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรกองทัพอากาศเพศชาย. วารสารพยาบาล 2558; 64(1): 45-52.
8. อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และเมวดี ศรีมงคล. การสูบบุหรี่: สถานการณ์และพฤติกรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารพยาบาล 2557; 63(1): 35-42.
9. นิยม จันทร์นวล, พลากา สืบสำราญ. สถานการณ์การสูบบุหรี่ของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2559; 18(2): 1-10.
10. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงศ์. ทบทวนวรรณกรรมเรื่องมาตรการจำกัดการเข้าถึงบุหรี่ของเยาวชน. Journal of Health 2558; 45(3): 310-23.
11. พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา. การพยาบาลเด็ก 1. นนทบุรี: ธนาเพลส; 2558.
12. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. การควบคุมการบริโภคยาสูบในมหาวิทยาลัยไทย ปฏิญญาวาดด้วยความร่วมมือเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ของ คณะต๋องค้กรวิชาชีพยาบาลศาสตร้; สัมมนาระดมความคิดเห็นจากคณบต๋องค้กรวิชาชีพสุขภาพ คร้ังที่ 2; 2 ก.ย. 2564; สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย: กรุงเทพฯ: 2564.
13. กัลยา วิริยะ, ประภาพร ชูกำเหนิด, อังศุมา อภิชาติ. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรืของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารวิทยบริการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2562; 30(1): 66-74.
14. ธนฤต จันทรคัง. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรืของนักศึกษายามมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562.
15. ลักษณะ ลักษณะวิมล, เรวดี เพชรศิริสัณห์, สายฝน เอกวารงกูร, นัยนา หนูนิล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรืของเยาวชนอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาล 2563; 69(1): 1-9.
16. นนทรี สัจจารธรรม. ทัศนคติ และความต้งใจในการเลิกสูบบุหรืของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชพฤกษ์. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยราชพฤกษ์; 2556.

17. อารัตน์ อิงคภากร. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิสิตชาย ระดับปริญญาตรี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตบางเขน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร-มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
18. ปรีวัตร ปาโส, พนิดา ชูเวช, ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักกีฬามหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 2560; 11(1): 113-9.
19. ลักษณะพร กรุงไกรเพชร, กิตติ กรุงไกรเพชร. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพา. บุรพาเวชสาร 2560; 4(1): 21-30.
20. ประกิต วาทีสาธกิจ. ข้อมูลบุหรี่กับสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ซีรกดานต์กราฟฟิค; 2557.
21. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดประเภทหรือชื่อของสถานที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน และยานพาหนะ ให้ส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่และยานพาหนะเป็นเขตปลอดบุหรี่ หรือเขตสูบบุหรี่ในเขตปลอดบุหรี่ พ.ศ. 2561; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 64]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/files/004_12btc.PDF
22. บุญชัย พิริยกิจกำจร, นิรชร ชูติพัฒนะ. แนวทางการป้องกัน และลด ละ เลิกบุหรี่ของเยาวชน จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561; 11(1): 108-23.

ผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ งานผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

The Effectiveness of Sending and Receiving Nursing Duty through SBAR In In Patient
Department (IPD) Ban Khok Hospital

(Received: April 23,2023 ; Revised: April 28,2023 ; Accepted: April 28,2023)

กฤษฎากร อินยา¹
Kritsayakorn Inya¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการการรับส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ ประชากร คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรม ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.82 และค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ 0.84 เก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล โดยจับเวลาด้วยนาฬิกาตั้งแต่ส่งข้อมูลผู้ป่วยคนแรกจนถึงคนสุดท้ายของการส่งเวรของเวรตึกส่งต่อให้เวรเช้าและประเมินประสิทธิผลของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon-signed rank test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ด้านความถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง ($M=1.20$, $S.D.=.33$) และความครบถ้วนของการส่งเวรอยู่ในระดับสูง ($M=1.45$, $S.D.=.33$) หลังการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ประสิทธิผลด้านความถูกต้องอยู่ในระดับสูง ($M=1.65$, $S.D.=.12$) ความครบถ้วนของการส่งเวรอยู่ในระดับสูง ($M=1.79$, $S.D.=0.10$) ประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรก่อนและหลังการจัดการด้วยโมเดลเอสบาร์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = 3.061$) ระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงจาก 46.33 นาที เหลือเพียง 36.58 นาที ความพึงพอใจต่อโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ไปเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

คำสำคัญ: การสื่อสาร, การจัดการการรับส่งเวร, โมเดล SBAR, งานผู้ป่วยใน

Abstract

This quasi-experimental research was aimed to study the effectiveness of shift report management through SBAR model. The sample of 12 nurses working at In Patient Department (IPD) Ban Khok Hospital. The research instruments were the sending and receiving nursing duty through SBAR communication program and contentment assessment of nurses to the communications program. The content validity index was at 0.82 and coefficient of reliability at 0.84. The data were collected the duration of the sending and receiving nursing duty by a timer clock with data from the first patient until the last patient of the night shift forward to the morning shift. The satisfaction were collected from contentment assessment of nurses after used the program. The data analysis was used for mean, standard deviation and Z test.

The results showed that the effectiveness of dispatching management on correctness was moderate ($M=1.20$, $S.D.=.33$) and completeness of dispatching was high ($M=1.45$, $S.D.=.33$). Handling with the SBAR model, the effectiveness of accuracy was high ($M=1.65$, $S.D.=.12$), and the completeness of handing was high ($M=1.79$, $S.D.=0.10$). The effectiveness of dispatch management before and after handling with the S-bar model. The difference was statistically significant at the .05 level ($Z = 3.061$). The

¹ โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

duration of receiving and delivering nursing care was reduced from 46.33 minutes to only 36.58 minutes. The satisfaction with the program was the highest level. Therefore, the program should be used. Communication in receiving and sending nursing care with SBAR is a guideline to increase the efficiency of receiving and sending nursing care.

Keyword; Communication, Sending and Receiving Nursing Duty, SBAR Model, In Patient Department (IPD)

บทนำ

การสื่อสารเป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลต่อบุคคลและบุคคลต่อกลุ่มซึ่งพบว่ามี ความสำคัญมากที่สุด เพราะเป็นช่องทางติดต่อเพื่อทำให้การดำเนินงานกิจกรรมประสบความสำเร็จ การสื่อสารมีหลายรูปแบบ โดยใช้สัญลักษณ์ สัญญาณหรือพฤติกรรมที่เข้าใจกัน เพื่อสร้างความเข้าใจของบุคคลต่อบุคคลและบุคคลต่อกลุ่ม¹ ซึ่งการจำแนกการสื่อสาร 3 ลักษณะ คือ การสื่อสารส่วนบุคคล (Intrapersonal communication) การสื่อสารระหว่างบุคคลและบุคคลต่อกลุ่ม (Interpersonal communication) การสื่อสารมวลชน (Mass communication)² อย่างไรก็ตาม การสื่อสารมีความสำคัญต่อองค์กร ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อประโยชน์ในการประสานงาน การปรึกษาหารือและการส่งต่อข้อมูล³ การทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการส่งมอบข้อมูลที่มีคุณภาพ ความล้มเหลวของการสื่อสารเป็นสาเหตุที่พบบ่อยและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้ตั้งใจ⁴ จากการวิเคราะห์สาเหตุและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Root cause analysis and sentinel events) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือได้รับอันตรายที่รุนแรงเป็นผลมาจากการสื่อสารผิดพลาด โดยการสื่อสารทางคลินิกมีความซับซ้อนค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้มาก โดยเฉพาะในช่วงการเปลี่ยนเวรการดูแลผู้ป่วยและสถานการณ์ฉุกเฉิน⁵ ถ้าหากมีมาตรฐานการรับและส่งเวรทางการพยาบาลที่ชัดเจนสำหรับทีมสุขภาพจะช่วยลดปัญหาผิดพลาดได้ กิจกรรมที่สำคัญของพยาบาลในการสื่อสารคือการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

เอสบาร์ (SBAR) คือ เครื่องมือที่ช่วยให้มีกรอบในการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพการรายงานแพทย์เหมาะสมในการนำไปใช้ในงานผู้ป่วยใน ต้องทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ มีการสื่อสารที่กระชับ

ครอบคลุมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สำคัญ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทันทีและต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด อย่างไรก็ตาม โมเดลเอสบาร์ (SBAR) นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ มีประสิทธิภาพในการสื่อสารกับคนอื่นและช่วยให้ข้อมูลสำคัญมีการส่งต่ออย่างถูกต้องและครบถ้วน เพราะโมเดลเอสบาร์ (SBAR) ทำให้ข้อมูลกระชับมีการจัดระเบียบและครอบคลุมสามารถนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁶ โมเดลเอสบาร์ (SBAR) ประกอบด้วย S (Situation) คือ สภาพแวดล้อมของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พยาบาลที่ทำการส่งเวรต้องระบุปัญหา/อาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่พบในเวร/หรือเวรก่อนหน้า B (Background) คือ สภาพแวดล้อมของสถานการณ์ผ่านมาที่เกิดขึ้น พยาบาลผู้ทำการส่งเวรต้องระบุสาระสำคัญเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง/การวินิจฉัย/แผนการรักษาของแพทย์ที่เป็นสาเหตุของปัญหา/อาการที่ผิดปกติของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยรับใหม่/รับย้ายทุกราย ภายใน 24 ชั่วโมงแรกต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติ/สาเหตุของความเจ็บป่วยด้วย A (Assessment) คือการประเมินปัญหาเพื่อหาทางแก้ไข พยาบาลผู้ทำการส่งเวรต้องระบุสาระสำคัญในการประเมินผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาล รวมถึงกิจกรรมที่ได้ทำไปแล้วในเวลานั้น และ R (Recommendation) เน้นการเลือกแก้ปัญหาพร้อมคำแนะนำพยาบาลผู้ทำการส่งเวรต้องระบุสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้คำแนะนำหรือความต้องการของพยาบาลที่เป็นผลมาจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยแล้วส่งต่อข้อมูลในทีม จะให้ปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องใดเพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ครบถ้วนและถูกต้อง⁷

งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโคก ให้บริการดูแลผู้ป่วยรวมทุกระบบ มีการมอบหมายงานเป็นระบบ

พยาบาลเจ้าของไข้โดยพยาบาลหนึ่งคน จะได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย 8 - 10 ราย ตลอด 8 ชั่วโมง (8.00 น. ถึง 16.00 น.) รับผิดชอบวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลด้วยตนเอง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในงานผู้ป่วยใน จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อครบเวลาการปฏิบัติงานจะมีพยาบาลมาปฏิบัติงานในเวรถัดไป เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลในเวรก่อนหน้าจะทำกิจกรรมที่สำคัญในการจัดการการส่งเวร โดยใช้การสื่อสารด้วยวาจาและส่งต่อข้อมูลอาการผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาและอาการที่ต้องให้การเฝ้าระวังต่อไป จากการทบทวนอุบัติการณ์ที่ผ่านมาพบปัญหาการดูแลไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การส่งข้อข้อมูลผิดพลาด ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง การส่งเวรที่ผ่านมาไม่มีรูปแบบที่แน่นอน ไม่มีหัวข้อในการส่งเวรที่ชัดเจน ส่วนใหญ่พยาบาลจะมีอิสระในการส่งเวรของอาการผู้ป่วย ข้อมูลที่เปลี่ยนเวรขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลแต่ละคน ข้อมูลบางประเด็นไม่ครอบคลุมไม่ครบถ้วน เกิดความเข้าใจผิดพลาดในกิจกรรมการพยาบาล การบริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพ ไม่มีการเตรียมข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้องก่อนการส่งเวรพยาบาลในเวรถัดไปจึงไม่ได้นำข้อมูลมาแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง คุณภาพการพยาบาลลดลงและพยาบาลควรนำกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งเป็นหลักมาตรฐานของการปฏิบัติงานของพยาบาลประกอบด้วย การประเมินปัญหาของผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล⁸ พยาบาลผู้ส่งเวรต้องมีความสามารถในการรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยให้ครบถ้วนและถูกต้องตามองค์ประกอบ SBAR

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี โดยนำแนวคิดการสื่อสารในหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรโดยนำโมเดลเอสบาร์มาเป็นกรอบแนวคิดในการส่งเวร ได้แก่ ความ

ถูกต้องขององค์ประกอบ SBAR ความครบถ้วนขององค์ประกอบ SBAR ของการจัดการการส่งเวร เนื่องจากเป็นประสิทธิผลของการสื่อสารที่ Joint Commission International (JCI) ต้องการให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถช่วยลดความคลาดเคลื่อนและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ด้านความถูกต้องและด้านความครบถ้วน ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนกับหลัง การทดลอง (One group pretest-posttest design) และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จำนวน 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของลีโอนาร์ด เบอ์นาคูธ และ กราแฮม (Leonard, Bonacurth, and Graham)⁹ ทฤษฎีการสื่อสารเอสเอ็มซีอาร์ (SMCR) ของเบอร์โล (Berlo)¹⁰ และการประเมินประสิทธิผลของ

โปรแกรมการสื่อสารของชูเลอร์และแจ็คสัน (Schuler and Jackson)¹¹ ประกอบด้วย (1) คู่มือการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ แผนการสอนเชิงปฏิบัติการเรื่องการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์และแบบฟอร์มการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ใช้แนวคิดของลีโอนาร์ด (Leonard)⁷ และผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือที่ใช้พัฒนาระบบสื่อสารและลดความสูญเสียเปล่าในการรับส่งเวร (Lean Management) โดยใช้ SBAR ในงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมชายสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติของรติมา เรือนกลาง และคณะ¹² โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโคก ได้แก่ S: Situation เป็นสถานการณ์ของผู้ป่วยที่ต้องนำมาสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล B: Background เป็นข้อมูลภูมิหลังของผู้ป่วย A: Assessment เป็นการประเมินข้อมูลของผู้ป่วยในปัจจุบัน R: Recommendation เป็นข้อมูลที่แนะนำให้ติดตามดูแลต่อไป (2) แบบฟอร์มการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ ใช้เป็นแนวทางในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลตามแนวคิดการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของลีโอนาร์ด, เบอร์นาครูท และกราแฮม (Leonard, Bonacurth, and Graham)⁹ (3) แผนการสอนเชิงปฏิบัติการเรื่องการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ (SBAR Model) ใช้ในการเตรียมความรู้ ความเข้าใจและทักษะการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์แก่พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโคก

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) นาฬิกาวัดเวลา มีเข็มวินาที แบบติดฝาผนัง จับเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลของหัวหน้าเวรตึก (00.01 - 08.00 น.) ส่งต่อให้ทีมรับเวรเช้า (08.00 - 16.00 น.) และบันทึกในแบบบันทึกระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาล โดยบันทึกวันที่ จำนวนผู้ป่วย เวลาเริ่มส่งเวร เวลาสิ้นสุดการส่งเวร (2) สมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน โดยบันทึกจำนวนครั้งของเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

3. แบบประเมินผลของการจัดการการเปลี่ยนเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ต่อเดือน ประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในหน่วยงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประสิทธิผลของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดลเอสบาร์ของพยาบาลที่ดัดแปลงมาแบบประเมินงานวิจัย “การพัฒนารูปแบบการส่งเวรโดยใช้ SBAR ในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่” ของจินดา คุณสมบัติ⁸ ดังนี้

1) ความถูกต้อง โดยประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการส่งต่อข้อมูลของพยาบาลผู้ทำการส่งเวร ที่นำมาสื่อสารให้แก่พยาบาลผู้รับการส่งเวรทราบ จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ¹³ คือ ปฏิบัติถูกต้องทั้งหมด (2) ปฏิบัติถูกต้องบางส่วน (1) และไม่ปฏิบัติ (0) การแปลความหมาย ของระดับใช้เกณฑ์เฉลี่ยคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ คือ สูง (1.34-2.00 คะแนน) ปานกลาง (0.67-1.33 คะแนน) ต่ำ (0.00-0.66 คะแนน)

2) ความครบถ้วน โดยประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการส่งต่อข้อมูลของพยาบาลผู้ทำการส่งเวร ที่นำมาสื่อสารให้แก่พยาบาลผู้รับการส่งเวรทราบ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณ (Rating scale) 3 ระดับ¹³ ได้แก่ ปฏิบัติครบถ้วนทั้งหมด (2) ปฏิบัติครบถ้วนบางส่วน (1) และไม่ปฏิบัติ (0) การแปลความหมาย ของระดับใช้เกณฑ์เฉลี่ยคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ คือ สูง (1.34-2.00 คะแนน) ปานกลาง (0.67-1.33 คะแนน) ต่ำ (0.00-0.66 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ จำนวน 19 ข้อ โดยพัฒนาจากแบบสอบถามประสิทธิภาพการสื่อสารในองค์กรของสุภวรรณ พวงไกรสร (2550) แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ¹³ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) น้อยที่สุด (1) กำหนดเกณฑ์การใช้ช่วงคะแนนจากพิสัยที่คะแนนทุกระดับเท่ากัน แปลผล 3 ระดับ

ได้แก่ มาก (3.67–5.00 คะแนน) ปานกลาง (2.34–3.66 คะแนน) ต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ คู่มือการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ (SBAR Model) แบบฟอร์มการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ แผนการสอนเชิงปฏิบัติการเรื่องการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ แบบบันทึกระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลและแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล นำมาตรวจความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ 1) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลน้ำป่าด 2) หัวหน้าพยาบาล กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลับแล 3) อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน 4) ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC)¹³ ค่า IOC เท่ากับ .82 วิเคราะห์ความเที่ยงตรง (Reliability) ของแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ (SBAR Model) ที่ปรับปรุงแล้วตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลน้ำป่าด คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)¹³ ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ .84 ตรวจสอบความเที่ยงของนาฬิกา โดยเทียบกับเวลามาตรฐานแห่งประเทศไทย วันละ 2 ครั้ง (08.00 และ 18.00 นาฬิกา) เป็นเวลา 3 วัน ได้ค่าตรงกับเวลามาตรฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย คือ หัวหน้างานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก ใช้เวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. อธิบายแนวคิดทฤษฎีและกระบวนการการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย คือ หัวหน้างานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก เพื่อรวบรวมข้อมูลเป็นแนวทางเดียวกัน

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลของหัวหน้าเวรตึกส่งให้เวรเช้า เริ่มบันทึกเวลาตั้งแต่เริ่มส่งเวรผู้ป่วยรายแรกจนถึงเสร็จสิ้นการส่งเวรผู้ป่วยรายสุดท้ายในตารางบันทึกระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลและบันทึกจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลในสมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน ก่อนการใช้โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ (SBAR model) 1 เดือน โดยพยาบาลแต่ละคนได้มีโอกาสในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลอย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง

3. ผู้วิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ (SBAR Model) ที่ห้องประชุม โรงพยาบาลบ้านโคก บรรยายโดยผู้วิจัย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม อบรมกลุ่มละ 2 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน เวลา 13.30 - 15.30 น. แต่ละกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มย่อยฝึกทักษะจากกรณีตัวอย่าง จำนวน 5 ตัวอย่าง ใช้เวลาตัวอย่างละ 10 นาที โดยมีผู้ช่วยวิจัย 3 คน เป็นที่ปรึกษาประจำกลุ่มแล้วแต่ละกลุ่มนำเสนอ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยบันทึกระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลของหัวหน้าเวรตึกส่งให้เวรเช้า เริ่มบันทึกเวลาตั้งแต่เริ่มส่งเวรผู้ป่วยรายแรกจนถึงเสร็จสิ้นการส่งเวรผู้ป่วยรายสุดท้ายในตารางบันทึกระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาลและบันทึกจำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลในสมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน หลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวร

ทางการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ (SBAR model) 1 เดือน โดยพยาบาลแต่ละคนได้มีโอกาสในการรับและส่ง เวิร์กการพยาบาลอย่างน้อยคนละ 2 ครั้ง

5. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวิร์กการพยาบาลด้วยโมเดลเอสบาร์ (SBAR model) หลังการใช้ โปรแกรมเป็นเวลา 1 เดือน

สถิติที่นำมาวิเคราะห์

สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon-signed rank test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงชื่อในเอกสารยินยอม เข้าร่วม การวิจัย และการวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบอนุมัติให้ ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุตรดิตถ์ เลขที่ 030/2566 วันที่ 17 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วย ใน โรงพยาบาลบ้านโคก เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 75.0 รองลงมา คือ อายุ 21–30 ปี ร้อยละ 16.7 จบการศึกษาปริญญาตรีพยาบาล ศาสตร์ ร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 66.7 รายได้ระหว่าง 20,001–30,000 บาท ร้อยละ 66.7 ประสบการณ์ทำงานที่โรงพยาบาลบ้านโคก 1–5 ปี ร้อย ละ 33.0 รองลงมา คือ 6–10 ปี และ 16 ปี ขึ้นไป เท่ากัน คือ ร้อยละ 25.0 ประสบการณ์ทำงานงานผู้ป่วย ใน 6–10 ปี ร้อยละ 41.7 รองลงมา คือ 1–5 ปี ร้อยละ 33.3

2. ผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่ง เวิร์กการพยาบาลด้วยเอสบาร์

2.1 ก่อนการทดลองพบว่า ประสิทธิภาพของ การจัดการการส่งเวรที่เป็นอยู่โดยรวมอยู่ในระดับปาน กลาง เมื่อรายองค์ประกอบ พบว่า ระดับสูง ได้แก่ การ

ประเมินสถานการณ์ของพยาบาล (A: Assessment) รองลงมา คือ ผลการตรวจพิเศษ (S: Situation) ระดับ ปานกลาง คือ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ (R: Recommendation) ข้อมูลภูมิหลัง (B: Background) ด้านความถูกต้อง พบว่า ระดับสูง ได้แก่ การประเมิน สถานการณ์ของพยาบาล (A : Assessment) ระดับปาน กลาง ได้แก่ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ (R : Recommendation) ผลการตรวจพิเศษ (S : Situation) และ Background ตามลำดับ ด้านความครบถ้วนอยู่ใน ระ ด บ ส ู ง ไ้ แ ก่ Assessment, Situation, Recommendation และ Background ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

2.2 หลังการทดลองพบว่า ประสิทธิภาพของ การจัดการการส่งเวรหลังการจัดการการส่งเวรด้วย โมเดลเอสบาร์โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกตาม องค์ประกอบ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ การ ประเมินสถานการณ์ของพยาบาล (A: Assessment) ผล การตรวจพิเศษ (S: Situation) ข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ (R: Recommendation) และข้อมูลภูมิหลัง (B : Background) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาด้านความ ถูกต้องโดยรวมอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การประเมิน สถานการณ์ของพยาบาล (A: Assessment) ผลการ ตรวจพิเศษ (S: Situation) ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ (R: Recommendation) และข้อมูลภูมิหลัง (B: Background) ตามลำดับ ด้านความครบถ้วนโดยรวมอยู่ ในระดับสูง ได้แก่ การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล (A: Assessment) ผลการตรวจพิเศษ (S: Situation) ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ (R: Recommendation) และข้อมูลภูมิหลัง (B: Background) ตามลำดับ (ตาราง ที่ 1)

2.3 การจัดการการส่งเวรด้วยโมเดล (SBAR model) เอสบาร์มีประสิทธิภาพโดยรวมและในด้านความ ถูกต้องและความครบถ้วนในแต่ละองค์ประกอบและทุก องค์ประกอบสูงกว่าการส่งเวรที่เป็นอยู่ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

3. ระยะเวลาในการรับและส่งเวิร์กการ พยาบาลก่อนการใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 46.33 นาที ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.91 นาที หลังการใช้โปรแกรมมี

ค่าเฉลี่ย 36.58 นาที ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.05 นาที และโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวชทางการแพทย์ด้วยเอสบาร์มีผลให้ระยะเวลาในการรับและส่ง

เวชทางการแพทย์บาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของประสิทธิผลของการจัดการการส่งเวชด้วยโมเดล เอสบาร์โดยรวมและรายด้านจำแนกตามองค์ประกอบของ SBAR หลังการจัดการการส่งเวชด้วย โมเดลเอสบาร์ (N=12)

การจัดการการส่งเวช ประเมินตามโมเดล SBAR	การส่งเวชที่เป็นอยู่			การส่งเวชด้วยโมเดลเอสบาร์			Z	p-value
	ระดับ	M	SD.	ระดับ	M	SD.		
ผลการตรวจพิเศษ (S : Situation)								
ด้านความถูกต้อง	ปานกลาง	1.15	.39	สูง	1.70	.14	2.822	.005
ด้านความครบถ้วน	สูง	1.54	.24	สูง	1.83	.15	2.719	.007
โดยรวม	สูง	1.34	.25	สูง	1.77	.11	2.943	.003
ข้อมูลภูมิหลัง (B : Background)								
ด้านความถูกต้อง	ปานกลาง	1.09	.27	สูง	1.52	.27	2.366	.018
ด้านความครบถ้วน	สูง	1.48	.21	สูง	1.78	.17	2.971	.003
โดยรวม	ปานกลาง	1.29	.22	สูง	1.65	.15	2.914	.004
การประเมินสถานการณ์ของพยาบาล (A : Assessment)								
ด้านความถูกต้อง	สูง	1.52	.22	สูง	1.83	.22	2.209	.027
ด้านความครบถ้วน	สูง	1.55	2.9	สูง	1.77	.16	2.530	.011
โดยรวม	สูง	1.54	.14	สูง	1.80	.11	2.994	.003
ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ (R : Recommendation)								
ด้านความถูกต้อง	ปานกลาง	1.20	.33	สูง	1.66	.38	2.209	.027
ด้านความครบถ้วน	สูง	1.45	.33	สูง	1.75	.33	2.646	.008
โดยรวม	ปานกลาง	1.33	.26	สูง	1.70	.20	2.388	.017
รวมองค์ประกอบ SBAR								
ด้านความถูกต้อง	ปานกลาง	1.19	.19	สูง	1.65	.12	2.937	.003
ด้านความครบถ้วน	สูง	1.51	.04	สูง	1.79	.10	3.071	.002
โดยรวม	สูง	1.37	.07	สูง	1.73	.20	3.061	.002
ระยะเวลา (นาที)		46.33	3.91		36.58	3.05	3.063	.002

4. ความพึงพอใจของพยาบาล งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคกต่อโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวชทางการแพทย์ด้วยเอสบาร์

โดยรวม ด้านประโยชน์ ด้านกระบวนการและด้าน วัตถุประสงค์อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิต่อโปรแกรม
การสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์โดยรวมและรายด้านหลังการใช้
โปรแกรม (N = 15)

ความพึงพอใจ	M	SD.	ระดับ
ด้านวัตถุประสงค์	4.13	.48	มากที่สุด
ด้านกระบวนการ	4.18	.51	มากที่สุด
ด้านประโยชน์	4.78	.37	มากที่สุด
โดยรวม	4.68	.30	มากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ภายหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ พบว่าการรับส่งเวรของพยาบาล มีความถูกต้องและความครบถ้วนทั้งโดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบเอสบาร์ ระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลงจาก 46.33 นาที เหลือเพียง 36.58 นาที สอดคล้องกับการศึกษาของเดชชัย โพธิ์กลิ่น¹⁴ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการการส่งเวรด้วยโมเดล SBAR ที่แผนกผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าก่อนการจัดการการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ความถูกต้องและความครบถ้วนของการส่งเวรอยู่ในระดับปานกลาง หลังการจัดการการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR อยู่ในระดับสูงและมีความแตกต่างกัน เนื่องจากข้อดีของรูปแบบเอสบาร์ คือมีการสรุปข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและสถานการณ์สำคัญที่ต้องรายงาน การวินิจฉัยของแพทย์ อาการสำคัญ ผลการตรวจพิเศษ (S: Situation) อย่างกระชับ เข้าใจง่าย นอกจากนี้มีการสรุปข้อมูลภูมิหลัง (B: Background) การประเมินสถานการณ์ (A: Assessment) จากข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการสังเกตของพยาบาล สุดท้ายมีการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อแผนการรักษาของแพทย์และการให้ข้อมูลกับญาติ (R: Recommendation) สอดคล้องกับการศึกษาของเย็นใจ พิมพ์บรรณ และจรรย์ญา นาคบุตรศรี¹⁵ ที่ศึกษาพัฒนารูปแบบ

การรับและส่งเวรตึกฟุทธรักษา พบว่า ระยะเวลาในการส่งเวรลดลงจาก 80 - 90 นาที เหลือ 38.43 นาที สอดคล้องกับผลการศึกษาของมณฑิพย์ ปฏิทัศน์ และคณะ¹⁶ ที่พัฒนาระบบสื่อสารและลดความสูญเปล่าในการรับส่งเวร (Lean management) โดยใช้เอสบาร์ พบว่า ระยะเวลาในการส่งเวรลดลงจาก 70 นาที เหลือ 41 นาที ทั้งนี้ การรับและส่งเวรทางการพยาบาลเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นกระบวนการที่พยาบาลในเวรหนึ่งถ่ายทอดข้อมูลให้แก่ทีมต่อไปดูแล และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการส่งมอบข้อมูลที่มีคุณภาพ การสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลแบบเดิมจะส่งข้อมูลทุกอย่างของผู้ป่วย ซึ่งไม่มีแนวทางการสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลวิชาชีพแต่ละคนส่งต่อข้อมูลไม่เหมือนกันและไม่ครอบคลุม การนำโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์มาใช้ โดย S (Situation) คือ การระบุปัญหาหรืออาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่เป็นปัจจุบันเท่านั้น ไม่นำปัญหาที่หมดแล้วมากล่าวซ้ำ B (Background) คือ อาการ การวินิจฉัยและแผนการรักษาพยาบาลที่ผ่านมาของผู้ป่วย A (Assessment) คือ การประเมินปัญหาปัจจุบันของผู้ป่วยและกิจกรรมที่ทำไปแล้วเกี่ยวกับปัญหานี้ R (Recommendation) คือ ปัญหาพร้อมคำแนะนำหรือความต้องการของพยาบาลที่ต้องการส่งต่อให้ทีมในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งมีรูปแบบที่ชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สามารถเข้าใจง่าย² จะเห็นได้ว่า

ภาพรวมการใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวอร์ของพยาบาล ตามแนวคิด SBAR ทำให้พยาบาลรับรู้การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วย เนื่องจากการใช้รูปแบบการรายงาน เปลี่ยนเวอร์ของพยาบาล ตามแนวคิด SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ประกอบกับการกำหนดให้มีการใช้ขั้นตอนก่อนการรายงานเปลี่ยนเวอร์ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้พยาบาลวิชาชีพผู้ส่งรายงานสามารถใช้รูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวอร์เป็นกรอบการรายงานที่มีขั้นตอน เรียงตามลำดับ ข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน กระชับ และครอบคลุมสภาพอาการของผู้ป่วย พยาบาลผู้ส่งรายงานสามารถประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพผู้รับรายงานได้รับทราบข้อมูลของผู้ป่วยและสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ การใช้รูปแบบ การรายงานเปลี่ยนเวอร์ที่ต่อเนื่องทุกเวอร์ ทุกวัน มี การรายงาน Assessment ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ครอบคลุมการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และการรายงาน Situation ที่มีรายละเอียดที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับการรายงาน Recommendation ทำให้พยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะความเสี่ยงอันตรายต่างๆ จากการรักษาพยาบาล และสามารถนำรูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวอร์ของพยาบาลไปใช้ในการรายงานข้อมูลของผู้ป่วยแก่ทีมสุขภาพ ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการรายงานเปลี่ยนเวอร์ที่ได้มาตรฐานและใช้เป็นกระบวนการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยของทีมการพยาบาล

ความพึงพอใจของพยาบาลงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านโคกต่อโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวอร์ทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์โดยรวม ด้านประโยชน์ ด้านกระบวนการและด้านวัตถุประสงค์ อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการวิจัยของกฤษณา สิงห์ทองวรรณ¹⁷ ที่พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวอร์ทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์เนื่องจากมีรูปแบบในการรับส่งเวอร์ทางการพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากขึ้น จากการสังเกตและสัมภาษณ์พยาบาลระหว่างเก็บข้อมูล พบว่า พยาบาลค่อนข้างพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากการรับส่งเวอร์ทางการพยาบาลเป็นระบบมากขึ้น มีรูปแบบเดียวกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น ไม่ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของจินดา คุณสมบัติ¹⁸ ที่พัฒนาการรับส่งเวอร์ด้วย SBAR พบว่าประสิทธิผลของการส่งเวอร์ โดยใช้ SBAR มีความถูกต้องเพิ่มขึ้นและเวลาที่ใช้ในการส่งเวอร์โดยเฉลี่ยลดลง และการศึกษาของ Karma Velji และคณะ¹⁷ พบว่า ประสิทธิภาพในการใช้ SBAR สามารถนำไปปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันได้เป็นอย่างดี เจ้าหน้าที่พึงพอใจและทำงานเป็นทีม มีความประนีประนอม ลดความขัดแย้ง มีความชัดเจนของข้อมูลด้านเนื้อหาตรงประเด็น มีความถูกต้องและการตอบรับที่ดี แสดงความเป็นมืออาชีพในการดูแลผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีความพึงพอใจเนื่องจากการรับและส่งเวอร์ทางการพยาบาลเป็นระบบและเป็นแนวทางเดียวกันมีความเหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน

จะเห็นได้ว่า การสื่อสารในการรับและส่งเวอร์ทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์เป็นการผสมผสานรูปแบบการรายงานจากทั้งของพยาบาล แพทย์ และบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ จึงลดช่องว่างระหว่างวิชาชีพ สร้างความมั่นใจของทั้งผู้ส่งและผู้รับสาร เพิ่มคุณภาพและความถูกต้องของรายงาน

การส่งต่อข้อมูลตลอดจนส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การนำเอารูปแบบเอสบาร์ไปประยุกต์ใช้ในการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลร่วมกับนำเทคโนโลยีมาใช้ควบคู่กับรูปแบบเอสบาร์ ด้วยการจัดทำมาตรฐานการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อผลลัพธ์ทั้งในเชิงระบบต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังนั้น การนำรูปแบบเอสบาร์ไปใช้เพื่อการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ต้องตอบสนองความต้องการของหน่วยงาน เหมาะสมกับบริบทและสภาพแวดล้อมในการดูแลและสถานการณ์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

การสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์สามารถลดระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลสามารถบริหารจัดการเวลา (Time management) ได้ดีขึ้น เนื่องจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลรูปแบบเอสบาร์ เนื้อหาที่มีความกระชับเข้าใจง่าย มี

กรอบที่ชัดเจนส่งผลให้กระบวนการในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลสั้นลง ทำให้มีเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น และพยาบาลมีความพึงพอใจในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล เนื่องจากการใช้เอสบาร์เป็นกรอบในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลเหมือนกัน ทำให้เข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยที่ส่งต่อตรงกัน จึงควรนำโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ไปใช้เป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ด้วยการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อนำโครงสร้าง SBAR ไปเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและพยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องโรคนั้นๆ เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยได้ถูกต้องและครบถ้วนขององค์ประกอบ SBAR

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในโรงพยาบาลอื่นที่มีลักษณะการบริหารที่แตกต่างหรือศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น การลดต้นทุนในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล (Cost management)

เอกสารอ้างอิง

1. สุนน อยุสิน. (2555). *การสื่อสารเพื่อการเรียนการสอน*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565, จาก <http>
2. โอบเอื้อ ต่อสกุล. (2559). *หลักและทฤษฎีการสื่อสาร*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565, จาก <https>
3. เกื้อกุล ขวัญทอง. (2557). *การสื่อสารในองค์กร (Communication)*. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565, จาก <https://www.gotoknow>
4. Joint Commission National Patient Safety Goal. (2006). Improving handoff communications: Meeting National Patient Safety Goal 2E. *The Joint Perspectives on Patient Safety*, 6(8), 9-15.
5. Markley, J. & Winbery, S. (2008). *Communicating with physicians: how agencies can be heard*. 20(2), 161-168.
6. Oakes, S. L., et al. (2011). Transitional care of the long-term care patient. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(2), 259-271.
7. Leonard, M. (2009). *Creating a culture of safety, Colorado patient safety coalition*. Retrieved October 10, 2022, from <http://www.ihl.org>
8. จินดา คุณสมบัติ. (2556). พัฒนารูปแบบการส่งเวรโดยใช้ SBAR ในหอผู้ป่วย เวชสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 4, 18-25.

9. Leonard, M., Bonacum, D. & Graham, S. (2006). *SBAR for improvement communication: Qualitytool in practice*. Retrieved October 1, 2022, from <http://www.cdha,nshealth.ca/quality/ihitools.html>
10. Berlo, D. K. (2009). *The process of communication*. Retrieved May 11, 2022, from <http://puvadon.multiply.com/journal/item/4>
11. Schuler, R. S. & Jackson, S. E. (2006). *Human Resource Management: International Perspectives*. Thompson/ South-Western, United States.
12. รติมา เรืองกลาง และคณะ. (2556). *โครงการ: พัฒนาระบบสื่อสารและลดความสูญเสียในการรับส่งเวช (Lean Management) โดยใช้ SBAR*. งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมชายสามัญ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
13. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินักวิจัย*. เชียงจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
14. เดชชัย โพธิ์กลิ่น. (2558). *ผลของการรายงานเปลี่ยนเวชโดยใช้รูปแบบ SBAR ต่อความพึงพอใจในการสื่อสารของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
15. เย็นใจ พิมพ์บรรณ, จริญญา นาคบุตรศรี. (2556). *การพัฒนารูปแบบการรับ-ส่งเวชภัณฑ์รักษา, แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสว่างแดนดิน*. สกลนคร.
16. มณฑาทิพย์ ปฏิทัศน์ และคณะ. (2556). *โครงการพัฒนาระบบสื่อสารและลดความสูญเสียในการรับส่งเวช (Lean management) โดยใช้เอสบาร์, งานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, ปทุมธานี*.
17. กฤษณา สิงห์ทองวรรณ. (2558). *การพัฒนาคุณภาพการรับส่งเวชทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
18. Karima, V.G., Ross, B., Carol, F., Angle, A., Nancy, B., Gaetan, T., Elaine, A., & Lynne, S. (2008). Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitating setting. *Healthcare Quarterly*, 11, 72-78.

การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตามกรอบแนวคิด การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต แบบบูรณาการอย่างยั่งยืน

The development of the continuing care models in patients with schizophrenia
by caregivers and community network in the guidance to research and development
concept of mental health technology Sustainable Integrated

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

มยุรี ลักคานาสีโรรัตน์, พย.ม.¹, จารุมณ ลักคานาวีวัฒน์, พย.บ.²,

สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์, พย.บ.³, ปิยวิทย์ เนกขพัฒน์, พ.บ.⁴

Mayuree Lakkanasirorat, APN., M.N.S.¹, Jarumon Lukkanawiwat, R.N.²,

Suwanit Wongyongsil, R.N.³, Piyawit Negkphat, M.D.⁴

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

วัสดุและวิธีการ การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา ต่อยอดจากการพัฒนาเครือข่ายจิตเวชรูปแบบเดิมที่ใช้เครื่องมือ C3TRER ซึ่งการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ เป็นรูปแบบใหม่ ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต มาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 48 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล แบบประเมินความสามารถโดยรวม ตามโปรแกรมการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบผลลัพธ์ต่างๆ ด้วย สถิติ Wilcoxon signed ranks test และ Pair samples t-test

ผล การวิจัยหลังพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อตามระบบ Service plan และระดับคะแนนอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนระดับคะแนนการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและระดับคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล ชุมชน แนวคิดวิจัยและพัฒนา

Abstract

Objective To examine the development and outcome assessment of the continuing care models in patients with schizophrenia by caregivers and network partners in the community, Huaiyot, Trang Province.

Materials and methods This research and development further develop and build-on the development of psychiatric network which using C3TRER. This research is the new

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง Corresponding author: e-mail
mamiyuri08@gmail.com

look by using 7 steps of mental health department guidance as a development framework, 48 patients with schizophrenia were sampled leading to selection criteria. Using the follow-up form to collected Data. Global Assessment of Functioning (GAF) scale and WHO Quality of Life – BREF (WHOQOL - BREF) were applied. Wilcoxon signed ranks test and Pair samples t-test were analyzed.

Results The research showed a significant reducing in patients with severe recurrence which referred according to service plan. The continuing care showed that significant different in severity of symptom, medication adherence, daily life routine, working ability, family relationship, score of GAF and WHOQOL - BREF before and after the development.

Conclusion Based on the research and development showed that reducing relapses and severe recurrence, and improve ability of function and quality of life.

Keywords: The development of care model, continuum of care, schizophrenic patients, community network, research and development concept

บทนำ

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท มีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำได้สูง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม จากการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตระดับชาติ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย ติดอันดับ 1 ใน 10 ได้แก่ โรคซึมเศร้า ติดสุรา ยาเสพติด และโรคจิตเภท ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง เป็นภาระต่อสังคมและคุณภาพชีวิต¹ จากรายงานข้อมูลทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน กรมสุขภาพจิต รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทย ปี 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด² หากไม่ได้รับการสนับสนุนในการรับประทานยาตามแผนการรักษา มีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำสูงและอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีผลกระทบต่อนักป่วย ครอบครัว และสังคม¹ จากการศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในตนเองและขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เนื่องจากเกิดภาวะทุพพลภาพอย่างถาวร ทำให้เกิดภาระการดูแลแก่ผู้ดูแล

อย่างมาก เกิดความทุกข์ใจ ผู้ดูแลต้องการให้มีการสนับสนุนช่วยเหลือลดความทุกข์ใจและลดอุปสรรคการดูแล ในด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและการประกอบอาชีพหารายได้ของผู้ดูแล^{3,4} การดูแลรักษาที่ดี ต้องมี 3 ประสาน ได้แก่ โรงพยาบาล ครอบครัวและชุมชน มามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยร่วมกันสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา ฟื้นฟูทักษะในการดูแลตนเอง มีความหวัง มีพลังชีวิต ครอบครัวปรับทัศนคติคิดบวก เข้าใจใส่ใจ ชุมชนยอมรับ ช่วยกันปันโอกาส⁵ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิตมีนโยบายพัฒนาวิชาการ พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับการดูแลสุขภาพกาย ซึ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา⁶ เป็นนโยบายที่เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) ภายใต้มิติใหม่การดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้น สร้าง นำ ช่อม⁷ จากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้แนวโน้มของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลับคืนสู่ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจึงเตรียมจัดระบบรองรับผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัว มีการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนอย่างเป็นระบบ^{8,9} เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำของ

ผู้ป่วยจิตเภทโดยมีครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยและภาคีเครือข่าย มามีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข¹⁰ การเฝ้าระวังการป่วยซ้ำ ควรมีการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล แบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นกลุ่มตามอาการความรุนแรง เพื่อวางแผนในการดูแล มีการวางระบบการช่วยเหลือระยะวิกฤตฉุกเฉินโดยทีมเครือข่ายอย่างมีขั้นตอน การพัฒนาระบบการรักษาตาม Service plan จากโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่โรงพยาบาลลูกข่าย ขยายผลสู่เครือข่ายในชุมชนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย และภาคีเครือข่ายในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ ในบริบทสังคมที่เป็นจริงอย่างยั่งยืน¹¹ ดังนั้นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต้องมีการปรับวิธีคิด ทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและบริบทสิ่งแวดล้อม ใช้ปัญหาและความต้องการของพื้นที่ชุมชนเป็นฐาน มีเวทีการเรียนรู้ สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน หน่วยงานองค์กรหลักในพื้นที่ โดยศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ร่วมกันวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทแต่ละกลุ่ม เน้นความเข้มแข็งและใช้ทุนทางสังคมรวมทั้งศักยภาพของชุมชน ให้สามารถจัดการตนเองได้ในการมีส่วนร่วมสนับสนุน กระบวนการสร้างคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างมีคุณภาพอย่างยั่งยืน^{9,10,11} ซึ่งมีการศึกษาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน นำแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต มาใช้เป็นกรอบในการดำเนินการ ผลลัพธ์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำลดลง ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹²

จากการศึกษาฐานข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลห้วยยอด ปีงบประมาณ 2558 ถึง 2563 มีผู้ป่วยจิตเภทขึ้นทะเบียนในคลินิกจิตเวช จาก 428 คน เป็น 617 คน เกิดอาการกำเริบซ้ำ 22 คน (ร้อยละ 3.57) วิเคราะห์แนวโน้มผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น พบปัญหาเกิดอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยรายเดิม (ร้อยละ 22.22) มีการส่งต่อไปรับรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ตรัง และโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 12 คน (ร้อยละ 54.54) จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาจึงหยุดยาเอง ทีมขาดการสื่อสารความเข้าใจข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล การบันทึกข้อมูลการดูแลไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยจิตเภบบางครอบครัวมีปัญหาซับซ้อน ขาดผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานหารายได้ ในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง และบางครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 1 ราย รูปแบบการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมามีการพัฒนาเครือข่ายจิตเวชโดยใช้เครื่องมือ C3THER มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและออกแบบในการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมงานจิตเวชของโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำชุมชน ช่วยดูแลแนะนำการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด แต่ขาดการมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลกับผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้การติดตามดูแลไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถคงสภาพการฟื้นคืนหายในระยะยาว¹³ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน เครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอห้วยยอด

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลห้วยยอด แบบผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนมกราคม 2562 - ธันวาคม 2563 ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่จำกัด เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและยินดียใจเข้าร่วมวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 48 คน ดำเนินการวิจัย ตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต^{14,15} ออกแบบพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนี้

1. **ขั้นการศึกษาวิเคราะห์ความต้องการของพื้นที่ในการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง** ผู้ป่วยจิตเภท โดยสัมภาษณ์ผู้นำและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ องค์กรท้องถิ่นในเขตพื้นที่ศึกษาวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์ ศึกษาความเป็นไปได้ในการร่วมวางแผนพัฒนา

2. **ขั้นกำหนดกรอบแนวคิดและทบทวนวรรณกรรม (Conceptual framework)** ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินงาน

3. **ขั้นออกแบบและจัดทำต้นร่าง (Prototype development)** ออกแบบจัดทำ การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท

- จัดเวทีสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP Model) เริ่มจากการให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภท ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ Discussion ORID Method^{16,17} โดยตั้งคำถามนำกลุ่มเชื่อมโยงเข้ากับประเด็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ไปสู่การสนทนารูปแบบเป็นระบบ พากกลุ่มผ่านระดับ

ความสำนึก 4 ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Objective) การไตร่ตรอง (Reflective) การตีความ (Interpretative) และการตัดสินใจ (Decisional) เป็นเทคนิค ORID method ซึ่งรูปแบบโครงสร้างคำถามจะนำกลุ่มเข้าสู่ความหมาย เกิดปัญญา รู้แจ้งอย่างลึกซึ้งด้วยการตั้งคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่ ดังนี้ 1) ท่านเห็นอะไรในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 3) ท่านอยากเห็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นอย่างไร 4) ท่านจะทำอย่างไรต่อไปเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ผลดี ในกลุ่มการสนทนามีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลห้วยยอด ตัวแทนผู้ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอห้วยยอด ศูนย์สุขภาพชุมชน กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลนาหวาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน พัฒนาการชุมชน ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จิตอาสาในชุมชน จำนวน 30 คน นำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ข้อมูล และเกิดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมในการออกแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- ประชุมทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลห้วยยอด ร่วมกับเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เพื่อปรับระบบดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงรุกบูรณาการ ร่วมกับการให้บริการรูปแบบ Primary Care Cluster: PCC 6 โซน คำนึงข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทแบบสองทาง มีทะเบียนผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง เพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพิ่มการเข้าถึงการดูแล ยืดระยะเวลาการเกิดอาการ กำเริบซ้ำ ลดระยะเวลารอคอย ลดต้นทุนในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว

4. ดำเนินการตามแผนที่วางไว้

- จัดอบรมความรู้เรื่องผู้ป่วยจิตเภท และการดูแล การฝึกทักษะผู้ดูแลในประเมินอาการผู้ป่วยและการใช้แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล การสร้างเครือข่าย

ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพ การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดอาการรุนแรง การประสานการส่งต่อ การสัมมนากับชุมชนในการปรับทัศนคติมุมมองต่อผู้ป่วยจิตเภท แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสา ตัวแทนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แกนนำชุมชนและองค์กรท้องถิ่น

- จัดการระบบเยี่ยมบ้านและระบบส่งต่อ แบ่งประเภทผู้ป่วยจิตเภทตามการประเมินทางการแพทย์ (Nursing Assessment) ใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์ นำขั้นตอนกระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹⁸ มาวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาล ใช้แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of Function (GAF) Scale ในการพิจารณาแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม จัดการวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล¹² ดังนี้

1. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนทางจิตรุนแรง GAF $\leq$ 50 ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายพร้อมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ 6 โซนบริการ ประสานภาคีเครือข่ายชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตามแผนกำหนดการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเฉพาะราย มีการประชุมถ่ายทอดวิชาการ เทคโนโลยี เพื่อการเข้าถึงการปรึกษาและการดูแลผู้ป่วย ที่สถานบริการสาธารณสุขหรือที่บ้านของผู้ป่วย ใช้กระบวนการพยาบาลประเมินสภาพปัญหา จัดลำดับความเร่งด่วน วางแผนการสนับสนุนช่วยเหลือ ปรึกษาแก้ไขปัญหา กรณีมีปัญหาซับซ้อนมีการปรึกษาจิตแพทย์ตาม ระบบ Service Plan หรือผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือส่งต่อ รวมทั้งขอสนับสนุนช่วยเหลือกับองค์กรภาครัฐและเอกชน เช่น พัฒนาการอำเภอ พัฒนาการชุมชน ศูนย์ไร่ที่พึ่ง มูลนิธิ

2. กลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อนทางจิตไม่รุนแรง GAF $>$ 50 วางระบบกับภาคีเครือข่ายชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายโรงพยาบาล จัดแผนการลงเยี่ยมตามเขตรับผิดชอบของแต่ละพื้นที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนหรือจิตอาสาในชุมชน ร่วมประเมินสภาพปัญหาและความต้องการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้การช่วยเหลือตามความบกพร่องแต่ละด้านตามแนวทางการคู่มือการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชนสำหรับเครือข่าย มีการรายงานผลแบบสองทาง ทุก 1 เดือน ลักษณะคืนกลับและส่งต่อข้อมูล เพื่อร่วมรับทราบการดำเนินงาน วิเคราะห์โอกาสพัฒนา วางแผนสนับสนุนในส่วนที่ยังต้องการการดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดการให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ ที่พัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นเอกสารคุณภาพโรงพยาบาลห้วยยอดเลขที่ 14/2562 ที่พัฒนาต่อยอดมาจากเอกสารเลขที่ 121/2552¹⁹

เครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตเภทรายบุคคลตามโปรแกรมการพัฒนาการเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตสำหรับพื้นที่นำร่อง ซึ่งกรมสุขภาพจิตพัฒนามาจากแนวทางโปรแกรมการปฏิบัติเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก²⁰

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถโดยรวม Global Assessment of Function (GAF) Scale²⁰

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับภาษาไทย 26 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.846 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 ใช้เป็นเครื่องชี้วัดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต²⁰

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามจากแบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล แบบประเมินความสามารถโดยรวมและแบบประเมินคุณภาพชีวิต เลือกมาใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแลเพื่อติดตามสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลหลังการพัฒนาารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านอาการ ด้านการรับประทานยา ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้าน

สัมพันธภาพในครอบครัว ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ครั้งที่ 1 และ 2 ด้วยสถิติ Pair samples t-test

5. ติดตามผลและประเมินผล หลังจากนำรูปแบบไปใช้เป็นระยะเวลา 1 เดือน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.8 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 47.92 มีผู้ดูแลเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 75.0 ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 81.3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test (n = 48)

ตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{x} \pm S.D.$	Mean Rank	Sum of Ranks	Median	IQR	p-value
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวม						
ก่อนพัฒนา	5.0125 $\pm$ 2.176	.00	.00	4.7000	5.00	< .01
หลังพัฒนา	1.0625 $\pm$ 1.278	24.50	1176.00	1.0000	1.00	
ความรุนแรงของอาการเบื้องต้นรายด้าน						
อาการทางจิต						
ก่อนพัฒนา	2.23 $\pm$.660	18.00	72.00	2.00	1	< .01
หลังพัฒนา	1.21 $\pm$.410	24.02	1009.00	1.00	0	
การรับประทานยา						
ก่อนพัฒนา	1.02 $\pm$.144	18.00	630.00	1.00	0	< .01
หลังพัฒนา	2.10 $\pm$.805	.00	.00	2.00	2	
การทำกิจวัตรประจำวัน						
ก่อนพัฒนา	1.10 $\pm$.309	22.50	990.00	1.00	0	< .01
หลังพัฒนา	2.44 $\pm$.501	.00	.00	2.00	1	
การประกอบอาชีพ						
ก่อนพัฒนา	1.69 $\pm$.468	8.00	120.00	2.00	1	< .01
หลังพัฒนา	2.00 $\pm$.619	.00	.00	2.00	0	
สัมพันธภาพในครอบครัว						
ก่อนพัฒนา	1.46 $\pm$.504	20.50	820.00	1.00	1	< .01
หลังพัฒนา	2.40 $\pm$.494	.00	.00	2.00	0	

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรุนแรงอาการเบื้องต้น ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการพัฒนารูปแบบ ค่าระดับคะแนนความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมลดลง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน หลังการ

พัฒนารูปแบบ พบว่า ค่าระดับคะแนนด้านอาการทางจิตลดลง ส่วนด้านการรับประทานยา ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ และด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าระดับคะแนนหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับ

คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ Paired

samples t-test (n = 48)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนพัฒนารูปแบบ			หลังพัฒนารูปแบบ			p-value
	min-max	mean	SD	min-max	mean	SD	
ความสามารถโดยรวม	30-83	70.96	9.476	35-96	84.31	10.883	< .01
คุณภาพชีวิต	51-66	57.85	3.439	85-119	94.44	8.617	< .01

ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับคะแนนความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถโดยรวมและค่าระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา

3. ผลการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลเพื่อติดตามสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทหลังการพัฒนารูป โดยเลือกใช้ข้อความจากแบบบันทึกการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคจิตรายบุคคล แบบประเมินความสามารถโดยรวมและแบบประเมินคุณภาพชีวิตเกี่ยวกับความพึงพอใจต่ออาการทางจิต การทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และสัมภาษณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่ออาการทางจิต การทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท

“ตั้งแต่มีหมอที่โรงพยาบาลกับหมออนามัยลงมาเยี่ยมพร้อมกับ อสม.และกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ที่

บ้านก็ช่วยจัดยาให้กินทุกวัน คนไข้ก็กินดี อาการดีขึ้นมากแล้ว ตอนนี้ให้หยิบกินเองแต่ก็ยังต้องช่วยดู”

“ช่วง 1 เดือนนี้ ดูแลตัวเองดีขึ้น อาบน้ำ แปรงฟันเอง ไม่ต้องใช้ให้ทำเหมือนเมื่อก่อน ”

“เมื่อก่อนไม่หยิบไม่ฉวย ไม่ช่วยทำงานบ้าน เลย ตอนนี้ช่วยกวาดขยะ ล้างจาน ต่อไปจะลองให้ช่วยหุงข้าว ได้ช่วยลดภาระในบ้าน”

“2-3 วันนี้ ออกมาคุยกับญาติพี่น้อง ไปซื้อขนมที่ร้านค้าข้างบ้าน ไม่เก็บตัวอยู่แต่ในบ้านแล้ว”

“เจ้าของร้านรับซื้อน้ำยามาตาม บอกว่าอาการดีแล้ว ให้ไปช่วยยกน้ำยาง จะให้ค่าจ้าง แต่ญาติพี่น้องตั้งใจจะให้อาการดีกว่านี้ก่อน อาทิตย์หน้าจะพาไปให้หมอตามนัด แล้วค่อยให้ไปทำ”

“อาการดีขึ้นเหมือนปกติแล้ว เริ่มไปทำงานกับจิตอาสาгүйภัยของ อบต. ได้เงินเดือน 9,000 บาท”

“ตอนนี้สบายใจขึ้นมาก คนไข้ได้กินยาทุกวัน อาการดีขึ้น อยากให้หมอ ผู้นำและคนในหมู่บ้านมาช่วยเป็นกำลังใจในการดูแลแบบนี้ตลอดไป”

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล

“อสม. มาบอกว่า ตอนนี้เขาแบ่งสายกันลงเยี่ยมบ้าน แบ่งตามครัวเรือน มีผู้นำชุมชนลงเยี่ยมด้วย รู้สึกอุ่นใจ”

“มีปัญหาก็คือปรึกษา อสม. กับหมออนามัย บางทีถามในไลน์ ได้รับคำแนะนำดี”

“ครั้งก่อนที่หมอมาเยี่ยม พา อสม. ที่กินยาโรคจิตอยู่ด้วย มาเยี่ยมที่บ้านกัน เห็นอาการปกติดี มาช่วยคนอื่นได้ด้วย ตกลงโรคจิตรักษาหายได้ แต่ต้องกินยาและให้กำลังใจกันนะ”

“มีโทรศัพท์ ก็หาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตอ่าน แต่ว่าเพื่อความมั่นใจ มีอะไรก็จะปรึกษาเจ้าหน้าที่”

“ถ้าคนไข้ที่บ้านอาการดี จะชวนกันไปช่วยเยี่ยมคนไข้โรคจิตบ้านอื่นด้วย จะบอกให้กินยาตามหมอสั่ง และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน”

จากการสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่ออาการทางจิต การทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีแนวโน้มความพึงพอใจที่ดี ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมองว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้นได้จากการรับประทานยาตามแผนการรักษา การได้รับกำลังใจจากทีมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย อสม. และการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในชุมชน ส่วนด้านการรับรู้ข่าวสารในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้หลายช่องทาง ส่วนใหญ่มีการใช้เทคโนโลยีเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในการเข้าถึงข่าวสารได้ทันเวลาสอดคล้องกับความต้องการสนับสนุนของผู้ป่วยและผู้ดูแล

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาดำเนินการตามกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 7 ขั้นตอน ของกรมสุขภาพจิต^{15,16} นำมาพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท ในขั้นตอนวิเคราะห์ความต้องการพัฒนา

จากผู้ที่เกี่ยวข้องระดับผู้นำสถานสุขภาพและองค์กรท้องถิ่นมองว่าผู้ป่วยจิตเภทมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กลุ่มที่มีอาการทางจิตคงที่มองเห็นได้ชัดเจนตนเองได้บ้าง และกลุ่มที่มีอาการน้อยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยทำงาน ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ หากมีวิธีการให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมกันคิดออกแบบวางแผนการดูแลช่วยเหลือร่วมกันจะทำการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ผลดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาระบบการเฝ้าระวังการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตในพื้นที่แบ่งความรุนแรงได้ 3 กลุ่ม คือ มีปัญหาซับซ้อนอาการทางจิตรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก¹⁰ ขึ้นทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท พบการศึกษาใน รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participation Action Research) การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) และ การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละพื้นที่การศึกษามีสมรรถภาพดีขึ้น ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เกิดผลลัพธ์ผู้ป่วยจิตเภทมีสมรรถภาพด้านความรุนแรงของอาการเบื้องต้น ประกอบด้วย อาการทางจิต การรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความสามารถโดยรวม และด้านคุณภาพชีวิตดีขึ้น อธิบายได้ว่าจากการพัฒนารูปแบบมีการจัดกระบวนการสร้างความมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และสิ่งที่ต้องการ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมวางแผนร่วมออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละพื้นที่ ดังเช่นการศึกษการพัฒนาแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ที่พัฒนาขึ้นจากการระดมความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนตามประสบการณ์จริง เกิดการ

ระบุปัญหาและความต้องการแก้ไขปัญหา ช่วยกัน ออกแบบการดูแล นำรูปแบบการพัฒนาไปปฏิบัติ และมีการติดตามประเมินผล ทำให้การดูแลผู้ป่วย ได้ผลดียิ่งขึ้น²¹ ขั้นตอนการออกแบบพัฒนา รูปแบบ ผลจากการสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย พบว่า ชุมชนมีทัศนคติด้านลบ มองว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นบุคคลไร้ความสามารถ รักษาไม่หายขาด ยากที่จะกลับมาเป็นปกติ เป็นภาระครอบครัว รู้สึกหวาดกลัว และไม่ปลอดภัย อยากเห็นผู้ป่วยจิตเภท อารมณ์ดี สามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ออกแบบการดูแลร่วมกัน แบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการติดตามดูแลผู้ป่วยในแต่ละโซนพื้นที่ 6 โซน 22 หน่วยบริการปฐมภูมิ ร่วมกัน เป็นทีมภาคีเครือข่ายและสิ่งที่ต้องการสนับสนุน แบ่งเป็น 3 เรื่อง คือ 1) ความรู้และคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ความรู้และคู่มือสำหรับผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำและจิตอาสา 2) มีแนวทางที่ชัดเจนในการจัดระบบดูแลช่วยเหลือ ประสานส่งต่อในด้านข้อมูลและการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลเฉพาะทาง 3) การสนับสนุนจากภาคส่วนต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในด้านการฝึกอาชีพ และการเข้าถึงสิทธิผู้พิการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่วิถีชีวิตชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข และพัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลถึงชุมชน เอื้อต่อการตัดสินใจร่วมกันระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุข ทำให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท เป็นไปอย่างสะดวก เข้าถึงบริการได้ทันที²²

6. ปรับปรุงเทคโนโลยี ดำเนินการเพื่อขยายผลต่อ

ในขั้นตอนการนำรูปแบบไปใช้และปรับปรุงแก้ไข เกิดคู่มือ นวัตกรรมและแนวทางในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ สมุดนัดและคู่มือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสำหรับครอบครัว นวัตกรรมกล่องยารักษัจใจและปฏิทินเตือนการรับประทานยา สื่อการสอนในการจัดยารับประทาน แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชตามระบบ Service Plan มีช่องทางการให้ปรึกษา เช่น ทางโทรศัพท์ ไลน์กลุ่มทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย มีที่ปรึกษา ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกจิตเวช เกสัชกรผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้ยาจิตเวช พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก และมีไลน์อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นการปรับปรุงขยายผลที่เอื้อในการส่งต่อข้อมูล การขอสนับสนุนช่วยเหลือของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในขั้นตอนนำไปใช้จริง นำรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชนไปใช้ในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย ประเมินผลในด้านผู้ป่วย ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินงาน 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าระดับคะแนนด้านความรุนแรงของอาการเบื้องต้นโดยรวมและอาการทางจิตลดลง ส่วนการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งด้านความสามารถโดยรวมและด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยทุกด้านหลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากการปรับรูปแบบบริการ Primary Care Cluster: PCC เป็น 6 โซน ทำให้การเข้าถึงบริการรักษาได้สะดวก มีการวางระบบนำเทคโนโลยีเครือข่ายสังคมออนไลน์สร้างไลน์เฉพาะกลุ่ม มีทีมสหวิชาชีพเป็นที่ปรึกษา ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมสามารถจัดการปัญหาอุปสรรคการดูแล

รักษาได้ง่ายขึ้นและได้ผลดี สอดคล้องกับการศึกษา การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในชุมชนรูปแบบการ เสริมสร้างพลังอำนาจกับเทคนิคการมีส่วนร่วม พบว่า ชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ ให้ความสนใจ มีความ ห่วงใยในความเป็นอยู่ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ ครอบครัวมีการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยดีขึ้น ตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพของ ชุมชนในฐานะผู้เป็นเจ้าของชุมชน²³

7. การประเมินผลและการพัฒนา ต่อเนื่อง การติดตามประเมินผลระยะ 3 เดือน การประเมินผล

ด้านผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย พบว่า ยังมีการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละ PCC อย่าง ต่อเนื่อง มีเครือข่ายพันธมิตรช่วยสนับสนุนการ ประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีรายได้มา ช่วยครอบครัว เช่น หารับจ้างยกน้ำยาฆ่าพยาธิ ตัด ปาล์มน้ำมัน รักษาความปลอดภัยในโรงงานแปรรูป ไม้ เป็นเจ้าหน้าที่จิตอาสามูลนิธิขององค์การบริหารส่วนตำบล มีการสร้างที่อยู่อาศัยให้กับ ผู้ป่วยจิตเภท 2 ครอบครัว

ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า การเกิด อาการกำเริบซ้ำรุนแรง ที่ต้องส่งต่อตามระบบ Service Plan ของผู้ป่วยจิตเภทลดลงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เนื่องมาจากมีรูปแบบการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านโดยภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ ผู้ดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตาม แผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การรับรู้การเฝ้าระวัง สัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการกำเริบ การมีแนวทาง ระบบส่งต่อที่ชัดเจน และการมีช่องทางในการรับ การปรึกษาร่วมกันทั้งทีมสหวิชาชีพและภาคี เครือข่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการ เบื้องต้น ความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิตดี ขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การมีเครือข่าย ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมทั้งใน และนอกระบบสาธารณสุขช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น²²

การพัฒนาต่อเนื่อง

ประเมินด้านทีมภาคีเครือข่าย พบว่า ยังขาดความรู้และทักษะปฏิบัติการช่วยเหลือในกรณี จิตเวชฉุกเฉินในชุมชน จึงมีการพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มูลนิธิและจิตอาสาในชุมชน ร่วมอบรมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับจังหวัด คือ โรงพยาบาลศูนย์ต่ง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ราชนครินทร์ ทีมอุบัติเหตุฉุกเฉินและวิกฤต สุขภาพจิตระดับจังหวัด ซ้อมแผนจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมกันกับเครือข่ายพันธมิตรในพื้นที่อำเภอห้วย ยอด ได้แก่ สถานีตำรวจอำเภอห้วยยอด มูลนิธิจิต อาสาภัยอำเภอห้วยยอด

ประเมินด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล พบผู้ป่วย บางรายมีอาการไม่คงที่และเกิดอาการกำเริบซ้ำใน ผู้ป่วยรายเดิม ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ไม่ สามารถจัดการให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้อย่าง ต่อเนื่อง จึงเป็น

โอกาสพัฒนา จัดการออกแบบโปรแกรมสนับสนุน ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกัน อาการกำเริบซ้ำ จัดการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณี บูรณาการกับการพัฒนาระบบการสนับสนุน ครอบครัวต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดย ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชนซึ่งเป็นการ ศึกษาวิจัยในวงล้อย่อยไป

ด้านเครือข่ายพันธมิตรในชุมชน เนื่องจาก โรงพยาบาลห้วยยอด อยู่ในระหว่างปรับปรุงภูมิทัศน์ มี การรื้อถอนอาคารก่อสร้างเดิม และกำลังก่อสร้าง อาคารใหม่ในปี 2563 ทำให้คลินิกจิตเวชและยาเสพติด ต้องปรับ

สถานที่ทำงานชั่วคราว ไม่สะดวกต่อการให้บริการ จากการพัฒนารูปแบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายใน ชุมชน ส่งผลให้ผู้มีจิตศรัทธาในชุมชนแจ้งความ ประสงค์บริจาคก่อสร้างอาคารจิตเวชและยาเสพติด ประมาณการงบประมาณ 2,000,000 บาท (สอง ล้านบาทถ้วน) ซึ่งเป็นการยกระดับการมีส่วนร่วม ของชุมชนที่มีความเข้มแข็งให้คุณค่าต่อการดูแล สุขภาพของประชาชน นับเป็นการพัฒนารูปแบบ การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ชุมชน

รับรู้ประโยชน์ มีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของการดูแลร่วมกัน ทำให้การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อจำกัดที่พบ คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องรับผิดชอบงานหลายหน้าที่ ต้องดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงต้องคัดเลือกพื้นที่ที่มีความชุกของผู้ป่วยจิตเภทอาการกำเริบซ้ำ อาการไม่คงที่และภาคีเครือข่ายมีความต้องการและความพร้อมก่อน เนื่องจากการพัฒนาแบบดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ได้ผลดี มีความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน ต้องให้ภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญจำเป็นและตระหนักถึงความเป็นเจ้าของที่ต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา

สรุป

การพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการบูรณาการการดูแลร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและภาคีเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง ลดอาการกำเริบซ้ำ ยืดระยะเวลานอนานขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับรักษา ผู้ป่วยจิตเภทบางรายได้รับการสนับสนุนจากชุมชนให้ทำงานทำ มีรายได้ เกิดการบูรณาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งผลให้ความสามารถโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จึงควร

เผยแพร่การพัฒนาแบบนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. การนำกระบวนการพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้ในการพัฒนาแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการยกระดับการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งมิติส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงควรนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในชุมชน

2. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท มีการส่งต่อคืนกลับข้อมูลระหว่างสถานบริการสุขภาพกับภาคีเครือข่ายชุมชน ต้องคำนึงถึงการเกิดประโยชน์สูงสุดและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม

3. การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรมีกระบวนการพัฒนาที่สร้างความมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และพร้อมจะสนับสนุน ทรัพยากร ทั้งบุคคล งบประมาณ สถานที่และวัสดุอุปกรณ์ ที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด. 2557.
https://dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปี_2557.pdf.
2. รัชตะ รัชตะนาวิน. พบผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทกว่า 4 แสนราย สูงอันดับ 1 ของผู้ป่วยจิตเวช. 2557.
<https://www.hfocus.org/content/2014/10/8326>.
3. อิสระ แสงทอง และ มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารวิชาการเขต 12. 2562; 30(1): 21-29.
4. จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และชลธิชา เรื่องวิริยะนันท์. ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2562; 27(2): 95-106.
5. เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 12. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 12. เอกสาร

- ประกอบการบรรยายโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 12. โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์และศูนย์สุขภาพจิตที่ 12. 2562.
6. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการทบทวนสถานการณ์ และแนวโน้มการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วง แผนฯ 12 (พ.ศ.2560-2564). 2559.
7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555–2559. 2559.
https://www.nesdc.go.th/download/article/article_20160323112431.pdf.
8. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. ผู้ป่วยจิตเวชกับการพัฒนาระบบการดูแลอย่างยั่งยืน. วารสารกองการ พยาบาล, 2557; 4(3): 100-106.
9. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการ พยาบาล, 2558; 4(1): 159-167.
10. สุจิตา ลักษณะ. ระบบการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมอำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี : กรณีศึกษาตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2563; 5(3): 129-137.
11. ศรีนรินทร์ จันทิมิพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลและ การดูแลสุขภาพ. 2562; 36(2): 68-76.
12. ไพจิตร พุทธรอด. กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2559; 24(2): 122-129.
13. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, พิจิตรา หวหาบ และสุนิตย์ วงศ์ยงศิลป์. การพัฒนาระบบบริการภายใต้ กลยุทธ์เครือข่ายสุขภาพจิตอำเภอ : C3THER ดูแลเธอด้วยหัวใจ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ HA Southern Regional Forum และคัดเลือกผลงานเด่นใน ระดับภาคใต้. 2563; 50-52.
14. กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการงานวิจัย/พัฒนา นวัตกรรม องค์ความรู้เทคโนโลยี ของกลุ่มศูนย์สุขภาพจิต. 2559.
15. พัชริน คุณคำชู, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ และสตรีรัตน์ รุจิระชาคร. การพัฒนาคู่มือการวิจัยและ พัฒนาเทคโนโลยี สุขภาพจิตวารสารราชานุกูล. 2556; 28(1): 14-32.
16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน. 2558.
17. วิรัตน์ ปานศิลา. เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี : Technology of Participation. เอกสาร ประกอบการสอนสร้างสุขด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมภายในระบบสุขภาพระดับอำเภอ .คณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2558.
18. Orem, D. E. Nursing: Concepts of Practice. (4th ed.). St. Louis, MO: Mosby. 1991.
19. มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์. โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ: การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ห้วยยอด. 2562.
20. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมการพัฒนาเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยโรคจิต. 2557.

21. พิกุล เจริญสกุลทรัพย์ และกชพงศ์ สารการ. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2555; 26(2): 30-40.
22. ไพบุลย์ ดลเฉลิมยุทธนา และประนอม วรรณกุล. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่วิถีชีวิตชุมชนโดยผ่านการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2557; 3(1): 176-184.
23. อัญชลี ประคำทอง และนิตยา ตะนะสอน. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับเทคนิค เอไอซี ในการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเรื้อรังในชุมชน ตำบลโคกก่อ อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. โรงพยาบาลมหาสารคาม. เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 10 และการประชุมการพัฒนาสติปัญญา เด็กไทย ครั้งที่ 8. 2554.

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง

Promotion of health literacy and stroke prevention behaviors in patients with high risk hypertension

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

กัญญาวิญญ์ ต้นสวรรค์¹ อุษณีย์ งามฤทธิ์²

Kanyavee Tonsavan Usanee Ramrit

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความดันโลหิตตัวบน ≥ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตตัวล่าง ≥ 110 มิลลิเมตรปรอท มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและ/หรือผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการดำเนินงาน 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) กระบวนการสังเกตตัวเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตอบถูกร้อยละ 90 ขึ้นไป คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย (Mean=2.43, 2.12) การจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.91) การสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.41) ผลการวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเอง 7 วัน ระดับความดันโลหิตตัวบน มีค่าเฉลี่ย (Mean)=142 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง มีค่าเฉลี่ย (Mean) = 85

การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ เพื่อลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพ, โรคหลอดเลือดสมอง, ความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this research was to study the effects of health literacy promotion and stroke prevention behaviors in high-risk hypertension patients. The sample consisted of 40 hypertensive patients with systolic blood pressure ≥ 180 mmHg or diastolic blood pressure ≥ 110 mmHg, The patient came for treatment at the Emergency and/or Outpatient Department. The tools used in the study were Health literacy and health behaviors There are 3 processes involved: 1) Self-observation process,

¹ พย.บ (พยาบาลศาสตรบัณฑิต) โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

² พย.ม (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม

2) Decision-making process, and 3) Self-reaction process. Tools used to collect information a knowledge assessment questionnaire about stroke and a questionnaire on health behaviors; Food Consumption, exercise, emotional management, smoking and drinking, Data was analyzed by using number, percentage, mean and standard deviation. The study found that after participating in the activity Most of the subjects had knowledge about cerebrovascular disease with 90% or more correct answers. Physical activity was low (Mean=2.43, 2.12), emotional management was moderate (Mean=2.91), smoking and alcohol consumption were highest (Mean=4.41). At home for 7 days, the systolic blood pressure mean (Mean)=142 and the diastolic blood pressure mean (Mean)=85.

Promoting health literacy in hypertensive patients, who are at high risk of stroke, to raise awareness and lead to a change in healthy eating behaviors. appropriate exercise regularly Don't drink alcohol and don't smoke. to reduce the risk of stroke that will occur in the future

Keywords: Health literacy, Cerebrovascular disease, Hypertension

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีสาเหตุหลักมาจากโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขาดการออกกำลังกาย บริโภคอาหารหวาน มัน เค็มจัด การดื่มสุราและสูบบุหรี่ เมื่อไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวได้อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ภายหลังการเจ็บป่วยจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีการสูญเสียการทรงตัวตามปกติและเคลื่อนไหวลำบากหรือมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายในส่วนที่เป็นอัมพาตเป็นปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการดูแลรักษาและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงร่วมกับลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี 2562-2563 พบว่าประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น โดยระดับความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง คือ ค่าความดันโลหิตมากกว่า 180/110

mmHg จากข้อมูลทางการแพทย์ระบุว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายถึงร้อยละ 60-75 เสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองอุดตันหรือแตก ร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 5-10 (<https://ddc.moph.go.th>)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ระดับสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้ และบริการสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม ในปัจจุบันสังคมไทยมีความซับซ้อนมากขึ้น การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพในยุคดิจิทัลมีหลากหลายช่องทาง และรูปแบบซึ่งมีทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่มีความท้าทาย ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพราะจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง การกระตุ้นเตือน และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเรณูนคร ในปี 2565 มีการพบทวนตัวชีวิตสำคัญ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ(NCDs) พบว่าร้อยละผู้ป่วยนอกที่มีค่า SBP $\geq$ 180 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 110 mmHg และได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการค้นหาในโรงพยาบาล จำนวน 509 ราย ได้รับการวินิจฉัยจำนวน 325 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.85 มี

ภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.51 จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัย จึงสนใจศึกษา “การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง” เพื่อให้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง มีความรู้และ พฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการส่งเสริมความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง ดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี ภาวะเสี่ยงสูง
- 2) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง
- 3) เพื่อติดตามระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 7 วันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง ในช่วงวันที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 รวมระยะเวลา 2 เดือน

กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่มีค่าความดันช่องหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ≥ 180 mmHg หรือ ความดันช่อง หัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ≥ 110 mmHg ซึ่งมารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ อุบัติภัยและ/หรืองานผู้ป่วยนอก ในช่วงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive

sampling) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าความ ดันช่องหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ≥ 180 mmHg หรือ ความดันช่องหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ≥ 110 mmHg ซึ่งมารับ บริการตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและผู้ป่วย นอก จำนวน 40 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วม โครงการ (Inclusion criteria) 1) ผู้ป่วยความดันโลหิต สูงที่มีค่าความดันช่องหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ≥ 180 mmHg หรือ ความดันช่องหัวใจ คลายตัว (diastolic blood pressure) ≥ 110 mmHg 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีสติสัมปชัญญะ/อ่าน ออกเขียนได้/ช่วยเหลือตนเองได้ดี 3) ผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจาก โครงการ (Exclusion Criteria) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือ หายใจไม่สะดวก และเคยมีประวัติภาวะแทรกซ้อน ของโรคหลอดเลือดสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ

1.1 ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยตัวกลาง 6 องค์ประกอบหลักที่ เชื่อมโยงได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ สุขภาพ (Access skill) 2) ความรู้ ความเข้าใจทาง สุขภาพ (Cognitive skill) 3) การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน (Interrogation skill) 4) ทักษะการ ตัดสินใจ (Decision skill) 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม (Change the behavior skill) และ 6) การบอกต่อ (Telling skill) ที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวน วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการสังเกต ตัวเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ และ 3) กระบวนการ แสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

1.2 การวัดความดันโลหิตที่บ้าน 7 วัน โดย ใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ (ยี่ห้อ Omron) วัดด้วย

ตนเองที่บ้าน จำนวน 7 วัน โดยวัดความดันโลหิตตอนเช้า (06.00 น.) จำนวน 2 ครั้ง และวัดความดันโลหิตก่อนนอน (20.00 น.) จำนวน 2 ครั้ง พร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส แบบสอบถามทั้งฉบับตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูล

ส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ2ส การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ สร้างขึ้นโดยผู้ศึกษาและตรวจสอบของโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำคะแนนไปอธิบายพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน แปลผล

4.21 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

2.61 - 3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

2.2 แบบบันทึกค่าความดันโลหิต โดยวัดความดันโลหิตตอนเช้า (06.00 น.) จำนวน 2 ครั้ง และวัด

ความดันโลหิตก่อนนอน (20.00 น.) จำนวน 2 ครั้ง พร้อมบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity): โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยทดสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ค่า IOC = 3.33 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability): ผู้ศึกษานำแบบประเมินที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alfa Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.81

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. กระบวนการสังเกตตัวเอง (15 นาที) โดยใช้ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitive skill) และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ 1) ประเมินความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง ตามหลัก 3อ2ส 3) สรุปประเด็นปัญหาที่พบเรียงลำดับความสำคัญเพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2. กระบวนการตัดสินใจ (15 นาที) โดยใช้ทักษะการโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน (Interrogation skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และการเปลี่ยนพฤติกรรม (Change the behavior skill) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) แนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปัญหาที่พบจากแบบประเมินภาวะสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส 3) ฝึกทักษะการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องวัดความดันอัตโนมัติ (ยี่ห้อ Omron) วัดด้วย

ตนเองที่บ้าน จำนวน 7 วัน โดยวัดความดันโลหิตตอนเช้า (06.00 น.) จำนวน 2 ครั้ง และวัดความดันโลหิตก่อนนอน (20.00 น.) จำนวน 2 ครั้ง 4) ตั้งเป้าหมายเพื่อลดระดับความดันโลหิตที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

3. กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (15 นาที) โดยใช้ทักษะการบอกต่อ (Telling skill) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การให้รางวัลตนเอง 2) การแลกเปลี่ยนความสำเร็จให้ผู้อื่นฟัง การให้กำลังใจ และการสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้อื่นที่ยังไม่บรรลุผลสำเร็จ 3) ปรับเป้าหมายใหม่ที่สามารถปฏิบัติได้จริง

4. การประเมินผลจากการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน เฉลี่ย 7 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และ โรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และดื่มสุรา วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ 4) ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 7 วัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ RCE 01/66 ลงวันที่ 26 มกราคม 2566 จึงได้ดำเนินการศึกษาต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน เพศหญิงจำนวน 27 คน ร้อยละ 67.5 เพศชายจำนวน 13 คน ร้อยละ 32.5 คน อายุ 60-69 ปีมากที่สุด จำนวน 14 คน ร้อยละ 35 การศึกษาประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน ร้อยละ 75 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด จำนวน 18 คน ร้อยละ 45 รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 1,500 บาท มากที่สุดจำนวน 14 คน ร้อยละ 35 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานมากที่สุด จำนวน 31 คน ร้อยละ 77.5 และรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 20 คน ร้อยละ 50

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตอบถูกร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 8 ข้อคำถาม ส่วน 3 ข้อคำถาม คือ ข้อ 4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตอบถูก ร้อยละ 82.5 ข้อ 7 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วหายไปเองสามารถเกิดขึ้นได้อีกตอบถูก ร้อยละ 80 และข้อ 8 อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือ กลืนลำบากเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตอบถูกร้อยละ 45

ตารางที่ 1 แสดงความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (N=40)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	36	90
2. การรับประทานยาที่มีไขมันสูงทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	38	95
3. ผู้ที่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	36	90

ตารางที่ 1 แสดงความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (N=40)

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	33	82.5
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน เช่น เส้นเลือดในสมองแตก ขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง และสมองถูกทำลาย	37	92.5
6. อาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขา ข้างใดข้างหนึ่งทันทีทันใด เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	36	90
7. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกิดขึ้นชั่วขณะแล้วหายไปเอง สามารถเกิดขึ้นได้อีก	32	80
8. อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือ กลืนลำบาก เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	18	45
9. อาการเดินเซ หรือสูญเสียความสามารถในการทรงตัว เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	36	90
10. อาการสับสน พูดไม่ชัด/พูดไม่รู้เรื่อง เป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง	36	90

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นต้น ด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย พบว่า มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย การจัดการด้านอารมณ์พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราพบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

ตารางที่ 2 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (N=40)

พฤติกรรมสุขภาพ	การดูแลตนเอง		
	Mean	SD	แปลผล
การบริโภคอาหาร	2.43		
1. ทานกินอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู หมูสามชั้น กุนเชียง คอหมูย่าง ไส้กรอก เป็นต้น	2.35	.834	น้อย
2. ทานกินอาหารประเภททอด เช่น ก๋วยทอด เป็นต้น	2.15	.736	น้อย
3. ทานทานอาหารหรือขนมหวานที่ปรุงด้วยกะทิ เนย เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน ก๋วยบวชชี หรือขนม ประเภทเบเกอรี่ เช่น ขนมปัง ขนมเค้ก โดนัท เป็นต้น	2.35	.864	น้อย
4. ทานรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป เช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น	2.58	.151	น้อย
5. ทานเติมน้ำปลา/น้ำปลาพริกในการกินข้าว หรืออาหาร ตามสั่ง หรือก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น	2.73	.933	ปานกลาง
การออกกำลังกาย	2.12		
6. ทานออกกำลังกายโดยเริ่มต้นที่ทำเบาๆ แล้วค่อยเพิ่มความหนักขึ้นเรื่อยๆ	1.55	.959	น้อยที่สุด
7. ทานออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน แอโรบิค เป็นต้น เป็นต้น	1.70	1.324	น้อยที่สุด
8. ทานมีการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำงาน เช่น ล้างรถ ทำสวน เป็นต้น	3.70	1.436	มาก
9. ทานออกกำลังกายต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที ทุกครั้ง	1.97	1.291	น้อย
10. ทานมีการยืดเหยียด เช่น การก้มเอามือแตะพื้น ประสาน มือไว้เหนือศีรษะหลังดันขึ้นต่อเนื่องกัน	1.68	1.023	น้อยที่สุด
การจัดการด้านอารมณ์	2.91		
11. ทานมีการจัดการกับปัญหาของตนเองด้วยการมองโลกในแง่ดี	2.78	1.025	ปานกลาง
12. ทานควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ไม่เอะอะโวยวาย	2.82	.164	ปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (N=40)

พฤติกรรมสุขภาพ	การดูแลตนเอง		
	Mean	SD	แปลผล
13. เมื่อท่านมีความเครียด ท่านจะเล่าให้คนในครอบครัวและผู้อื่นฟัง	2.73	1.086	ปานกลาง
14. ท่านมีกิจกรรมสันทนาการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายของตนเอง เช่น เพื่อนเก่า เพื่อนร่วมงาน ชมรมต่างๆ	2.75	1.127	ปานกลาง
15. ท่านพักผ่อนนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.50	1.281	มาก
การสูบบุหรี่	4.41		
16. ท่านสูบบุหรี่	4.08	1.575	มาก
17. ท่านได้รับควันบุหรี่มือสองจากบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน	4.57	1.035	มากที่สุด
18. ท่านสูบบุหรี่เฉพาะเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจหรือความเครียด	4.60	1.033	มากที่สุด
การดื่มสุรา	4.41		
19. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา ท่านเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ (หรือเคยดื่มแต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป)	4.30	1.203	มากที่สุด
20. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	4.53	1.062	มากที่สุด

4. ระดับความโลหิต ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่าง มีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) ค่าต่ำสุด (Min) = 149, ค่าสูงสุด (Max) = 220 และค่าเฉลี่ย (Mean) = 184 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ค่าต่ำสุด (Min) = 76, ค่าสูงสุด (Max) = 145 และค่าเฉลี่ย (Mean) = 102 หลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่าง วัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเอง 7 วัน ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) ค่าต่ำสุด (Min) = 121, ค่าสูงสุด (Max) = 176 และค่าเฉลี่ย (Mean) = 142 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) ค่าต่ำสุด (Min) = 72, ค่าสูงสุด (Max) = 110 และค่าเฉลี่ย (Mean) = 85

ผลการวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยตนเอง 7 วัน เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานระดับความดันโลหิตเป้าหมายคือ น้อยกว่า 135/85 mmHg พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) น้อยกว่า 135 mmHg จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง

(Diastolic Blood Pressure) น้อยกว่า 85 mmHg จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยใช้กรอบแนวคิดความเชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของ ชะนวนทอง ชนสุกาญจน์ และวชิระเพ็งจันทร์ มี 6 องค์ประกอบหลัก ที่เชื่อมโยงระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งเป็นปัจจัยตัวกลาง ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) 2) ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitive skill) 3) การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน (Interrogation skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม (Change the behavior skill) และ 6) การบอกต่อ (Telling skill) โดยการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 กระบวนการ ดังนี้ 1) กระบวนการสังเกตตัวเอง 2) กระบวนการตัดสินใจ 3) กระบวนการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับบทความวิชาการของวัชรพร เชยสุวรรณ (2560). ศึกษา “ความรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการ

ประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล” ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา นน่อสีดาและวิลาวณีย์ ชมนิรัตน์. (2562)⁷ ศึกษา “การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว” พบว่ามีการพัฒนาระบบด้านการสนับสนุน การดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการจัดทำแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยง และด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้การดำเนิน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน: วิเคราะห์ประเด็นปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ กลวิธีในการพัฒนา, ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน: การสนับสนุนการดูแลตนเองโดยการพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ: โดยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการดำเนินกิจกรรมตามแผน ปัญหา อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตอบถูกร้อยละ 90 ขึ้นไป จำนวน 8 ข้อคำถาม ส่วน 3 ข้อคำถาม คือ ข้อ 4 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองตอบถูก ร้อยละ 82.5 ข้อ 7 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วหายไปเอง สามารถเกิดขึ้นได้อีกตอบถูก ร้อยละ 80 และข้อ 8 อาการกลืนน้ำลายไม่ได้หรือ กลืนลำบากเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองตอบถูก ร้อยละ 45 สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ ศรีประจันต์ (2562) ศึกษา “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น” ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับพอใช้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.169$; $p \text{ value} = 0.017$)

3. พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่าง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายพบว่า มีพฤติกรรมดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ส่วนด้านการจัดการด้านอารมณ์พบว่า ส่วนใหญ่พฤติกรรมจัดการด้านอารมณ์มีการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก และการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พบว่ามีการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ ศรีประจันต์ (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับพอใช้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.169$; $p \text{ value} = 0.017$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของณฐกร นิลเนตร. (2562)⁵ ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง” ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ หากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือรักษาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไปยังอวัยวะที่สำคัญโดยเฉพาะสมองทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือภาวะเลือดออกในสมองได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช จิตตุนนท์ และคณะ. (2564)⁴ ศึกษาเรื่อง ความรู้โรคหลอดเลือด

เลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษาตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม ($M = 3.93$, $SD = 0.37$) และการดื่มสุรา ($M = 4.85$, $SD = 0.49$) การสูบบุหรี่ ($M = 4.69$, $SD = 0.76$) การรับประทานอาหาร ($M = 3.89$, $SD = 0.42$) อยู่ในระดับสูง ในขณะที่การจัดการความเครียด ($M = 3.56$, $SD = 0.83$) และการออกกำลังกาย ($M = 3.04$, $SD = 0.92$) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารอย่างต่อเนืองรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ จึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

4. ระดับความดันโลหิต ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่างมีระดับความดันโลหิตตัวบนค่าเฉลี่ย (Mean) = 184 และระดับความดันโลหิตตัวล่าง ค่าเฉลี่ย (Mean) = 102 หลังเข้าร่วมกิจกรรมระดับความดันโลหิตตัวบนลดลง ค่าเฉลี่ย (Mean) = 142 และระดับความดันโลหิตตัวล่างลดลง ค่าเฉลี่ย (Mean) = 85 จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่าง เริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่และดื่มสุราที่เหมาะสม ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลงใกล้เคียงปกติมากที่สุด สอดคล้องกับธนกร นิลเนตร (2562) ที่กล่าวว่า “การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่องรับประทานอาหารที่

เหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่จึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่จะเกิดขึ้นในอนาคต”

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่พัฒนาขึ้นควรได้รับการขยายผลนำไปใช้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันเลือดได้ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความตระหนักรู้และเฝ้าระวัง ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
2. ควรมีการนำเสนอผลการวิจัยในครั้งนี้ในงานประชุมวิชาการต่างๆ เพื่อเผยแพร่และเกิดการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูง และมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยและพัฒนาเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงในครั้งนี้เกิดขึ้นและประสบผลสำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม ซึ่งสละเวลาและให้ข้อเสนอแนะ และขอขอบคุณผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้จึงทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2564. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2564; จาก <https://ddc.moph.go.th/upload/pu...>
- 2.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. เครื่องมือประเมิน Health Literacy. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ. 2564;36(2), 7-18

- 3.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยรณญาณ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน); 2562
- 4.ปิยะนุช จิตตุนนท์, อาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร, พิมพิศา ศักดิ์สองเมือง, วิชัย อารับ, สุวนิตย์ วงศ์ยงค์ศิลป์,และณัฐท วอลเตอร์. ความรู้โรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมป้องกันของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา ตำบลห้วยนาง จังหวัดตรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2564; 41(2). 13-25
- 5.ณัฐกร นิลเนตร. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาล ทหารบก. 2562; 20 (2), 51-57
- 6.วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- 7.วาสนา หน่อสีดาและวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามพร้าว. วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ. 2562; 37(4), 167-176
- 10.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด: นนทบุรี; 2562.

การพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย The Development of Nutrition Service Management Guidelines in Hospitals for Quality and Safety

(Received: April 17,2023 ; Revised: April 22,2023 ; Accepted: April 24,2023)

พิสมัย บุษบุญ^{1*}, มะลิวรรณ อังคณิตย์¹
Pissamai Bootsaboon^{1*}, Maliwan Angkhanit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ประกอบด้วย 4 ระยะคือ 1) การค้นหาประเด็นปัญหาทางคลินิก 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง แนวทางนี้พัฒนาจากงานวิจัย จำนวน 7 เรื่องที่ผ่านการประเมินคุณภาพมาสร้างเป็นทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ประเมินคุณภาพ AGREE II โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมก่อนทดลองใช้กับผู้ป่วย 16 ราย และนักโภชนาการ 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพเชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ (1) นโยบายการปฏิบัติด้านโภชนาการตามมาตรฐานสากล (2) บทบาทหน้าที่ของบุคลากรโภชนาการ (3) ผลผลิตของงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาล (4) การควบคุมคุณภาพการผลิตอาหาร (5) การดูแลโภชนบำบัดทางการแพทย์ (6) การดูแลด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย และ (7) มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล และ 2) ผลการพัฒนา พบว่าความพึงพอใจต่อการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลของผู้ปฏิบัติงานโภชนาการก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.959$, $SD=0.548$) หลังการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.022$, $SD=0.481$) และเพิ่มผลลัพธ์คุณภาพบริการ จากผลการวิจัยควรนำใช้แนวทางการพัฒนาในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทดสอบผลลัพธ์และปรับปรุงคุณภาพแนวทางต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทาง, การจัดบริการงานด้านโภชนาการ, คุณภาพ, ความปลอดภัย

Abstract

This R&D consists of four phases: 1) clinical issue discovery,) empirical evidence discovery,) trial Application of the guideline, and) implementation of the updated guideline. This guideline is developed from 7 research studies that have been evaluated for quality to formalize the management of nutritons services within the hospital for quality and safety. The quality of AGREE II was evaluated by 3 experts and modified for suitability prior to the trial in 16 patients and 21 nutritionists. Data were analyzed by descriptive Statistics and content qualitative analysis.

The results of the study revealed that 1) Guidelines for providing nutrition services within the hospital for quality and safety consisted of 7 aspects: a Ernährungsförderungs-

¹ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด *Corresponding author E-mail:Angkhanit2559@gmail.com

oder Ernährungsförderungspolitik according to international standards, roles and duties of Ernährungspersonal 3 products of 4 food production quality control, 5 medical nutrition therapy, 6 food sanitation for patient food preparation facilities, and 7 food safety standards in hospitals, and 2.) The development results found that the satisfaction with the provision of nutrition services within the hospital of nutrition workers before development was at a moderate level ($\bar{x} = 2.959$, $SD = 0.548$), after development was at a high level ($\bar{x} = 4.022$, $SD=0.481$) and increase service quality results. Based on the results of the research and development guidelines should be applied in continuous practice. Continue to test the results and improve the quality of the guidelines.

Keywords: guideline development, nutrition service management, quality, safety

บทนำ

โลกแห่งการแข่งขันที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทำให้องค์กรไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชนจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับตัวอยู่ตลอดเวลาเพื่อไม่ให้ล้าหลัง ดังนั้นองค์กรจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางหรือหลักการจัดการเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศอยู่เสมอ แนวคิดที่สำคัญในปัจจุบันคือคุณภาพ เพราะคุณภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการและปรารถนา โดยเฉพาะลูกค้า ดังนั้นหากองค์กรต้องการสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพในทุกขั้นตอนของการผลิตผลิตภัณฑ์และบริการเพื่อส่งมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้กับลูกค้า ปัจจุบันระบบจัดการองค์กรสมัยใหม่ได้เน้นเรื่องของคุณภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น ในหลายประเทศทั่วโลกมีการให้รางวัลคุณภาพแห่งชาติกับองค์กรที่มีระบบจัดการคุณภาพที่เป็นเลิศรวมถึงประเทศไทยที่มีรางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA)¹ และยังมีเครื่องมือในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพองค์กรที่หลากหลาย เช่น การประกันคุณภาพ SERQUAL ISO9001 เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำ ISO 9001 ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลที่องค์กรธุรกิจทั่วโลกให้ความสำคัญเพื่อความเป็นเลิศทางด้านคุณภาพและความมีประสิทธิภาพของการดำเนินงานภายในองค์กรมาใช้ในการดำเนินการเพื่อให้องค์กรสามารถปฏิบัติงานให้ตรงตามที่กำหนดไว้และตอบสนองต่อความต้องการและสร้างความพึงพอใจ

ให้ลูกค้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวคิดสำคัญของ ISO 9001 คือ การจัดวางระบบบริหารงานเพื่อการประกันคุณภาพซึ่งเป็นระบบที่ทำให้เชื่อมั่นได้ว่ากระบวนการต่างๆได้รับการควบคุมและสามารถตรวจสอบได้โดยผ่านระบบที่ระบุขั้นตอนและวิธีการทำงานเพื่อให้มั่นใจว่าบุคลากรในองค์กรรู้หน้าที่ความรับผิดชอบและขั้นตอนต่างๆในการปฏิบัติงานโดยต้องมีการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน มีการจัดบันทึกข้อมูลรวมทั้งการตรวจสอบการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามที่ระบุไว้ในระบบหรือไม่และมีการแก้ไขข้อผิดพลาดรวมทั้งมีแนวทางในการป้องกันข้อผิดพลาดเดิมและในปัจจุบันมีการพัฒนามาเป็นเวอร์ชัน 2015¹ ซึ่งมีมาตรฐานการจัดการที่มีคุณภาพและได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลายในหลายๆประเทศในระดับสากล ซึ่งเน้นบทบาทของผู้บริหารระดับสูงที่จะต้องให้ความสำคัญกับความต้องการความคาดหวังของลูกค้าและผู้ที่เกี่ยวข้อง องค์กรทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นภาคอุตสาหกรรมการผลิตหรือภาคบริการทั้งรัฐและเอกชนสามารถนำระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001 ไปใช้ในการช่วยยกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการให้เทียบเคียงกับองค์กรขนาดใหญ่ที่มีชื่อเสียงได้ซึ่งเป็นพื้นฐานหนึ่งที่จะช่วยให้องค์กรสามารถมุ่งสู่การพัฒนาได้อย่างยั่งยืน² สำหรับองค์กรที่ให้บริการสิ่งที่ผู้ใช้บริการต้องการมากที่สุดคือคุณภาพของการบริการและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

คุณภาพการบริการเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศซึ่งผู้รับบริการปรารถนาที่จะได้รับบริการที่ดี³⁻⁴ ปัจจุบันผู้รับบริการจำนวนมากกำลังเผชิญกับปัญหาคุณภาพของการให้บริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นสิทธิผู้ป่วย มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ โรงพยาบาลซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญ มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคม จึงเกิดกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับปรุงไปสู่บริการที่มีคุณภาพ⁵⁻⁶ โดยโรงพยาบาลต่างๆเร่งพัฒนาปรับปรุงศักยภาพเพื่อให้สามารถรองรับการดูแลผู้ใช้บริการได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งในด้านการบริหารจัดการด้านบริการต่างๆทุกวิชาชีพได้มีการนำระบบประกันคุณภาพต่างๆเข้ามาใช้เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและให้มาตรฐานของการบริการมีคุณภาพสูงสุด⁷ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย งานโภชนาการในโรงพยาบาลเป็นสายงานวิทยาศาสตร์สุขภาพและการแพทย์ เดิมโครงสร้างการบริหารของฝ่ายโภชนาการอยู่ภายใต้กลุ่มภารกิจอำนวยการ ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานโภชนาการโดยฝ่ายโภชนาการในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเปลี่ยนชื่อเป็น “กลุ่มงานโภชนศาสตร์” ภายใต้ภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ส่วนฝ่ายโภชนาการโรงพยาบาลชุมชนกำหนดให้เป็น “งานโภชนศาสตร์” ภายใต้ภารกิจการให้บริการกลุ่มงานเทคนิคบริการ มีภารกิจและขอบเขตของงานครอบคลุมด้านการควบคุมคุณภาพการผลิตของหน่วยโภชนบำบัดและหน่วยโภชนบริการ ครอบคลุมตั้งแต่การคัดเลือก การจัดซื้อวัตถุดิบ การผลิตอาหารผู้ป่วยจนถึงการขนส่งอาหารและบริการอาหารให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่สะอาดปลอดภัย ตามนโยบายอาหารปลอดภัยของกระทรวงสาธารณสุข มีการดูแลด้านโภชนบำบัดผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกการให้ความรู้ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล

การติดตามประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมีการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพหรือผู้ให้การรักษา ผู้ป่วย เพื่อการรักษา/วินิจฉัย/ป้องกัน รวมถึงการพัฒนาคุณภาพด้านงานให้คำปรึกษา งานสอน งานเผยแพร่ความรู้ ฝึกอบรม การวางแผนการพัฒนาคุณภาพ และงานวิจัยเพื่อพัฒนางานโภชนาการ เพื่อให้งานโภชนาการในประเทศไทยมีการพัฒนาศักยภาพ มีมาตรฐานทัดเทียมสากล และมีแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ⁸

งานโภชนาการในโรงพยาบาล มีภารกิจและขอบเขตของงานครอบคลุมกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับอาหารสำหรับผู้ป่วยตามแผนการรักษาทางการแพทย์ ตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกและจัดซื้อวัตถุดิบที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย การควบคุมคุณภาพการผลิต และการจัดส่งอาหารถึงผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ตลอดจนการประเมินและการติดตามภาวะโภชนาการ การปฏิบัติงานร่วมกับทีมผู้ให้การรักษาผู้ป่วย การเรียนการสอน และการวิจัยทางด้านโภชนาการ นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหารมีหน้าที่หลักในการปฏิบัติงานให้โภชนบำบัดรายบุคคล โดยครอบคลุมกระบวนการคัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการ ปรับประยุกต์และดำเนินแผนการให้โภชนบำบัด โดยการจัดการ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการบริการอาหารและสารอาหารที่เกี่ยวข้องในรูปแบบต่างๆ ให้เป็นไป ตามหลักการโภชนบำบัดที่เหมาะสมแก่ความเจ็บป่วยและแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ 1) ควบคุม จัดหาผลิต และบริการอาหารให้ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ความถูกต้อง ครบถ้วน ตรงเวลาของการให้บริการอาหารผู้ป่วยเป็นประเด็นคุณภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน กระบวนการจัดและให้บริการอาหารผู้ป่วยเป็นกระบวนการปลายทางก่อนจะส่งสารอาหารถึงผู้ป่วยซึ่งมีความสำคัญเนื่องจากขึ้นกับประสิทธิภาพของการจัดอาหาร การตรวจสอบ การทวนสอบ การวิเคราะห์สาเหตุของ

ปัญหาที่เกิดจากการบริการอาหารผู้ป่วย พบว่า การจัดอาหารผิดพลาด ความคลาดเคลื่อนของเวลาในการให้บริการอาหารที่เกิดจากความซับซ้อนของงาน การขาดแคลนอัตราากำลังในการจัดบริการ และขนส่งอาหารทำให้เกิดการทำงานเพิ่มขึ้นจากการที่ต้องแก้ไขปัญหาประจำวันและความเครียดจากการทำงานเนื่องจากการขาดอัตรากำลัง ส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการ⁸ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย เพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและเป็นการประกันคุณภาพการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลตามมาตรฐานสากลและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาแนวทางการจัดบริการ และศึกษาผลการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาการพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย โดยดำเนินการวิจัยในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มด้วยกันคือ 1) กลุ่มผู้พัฒนาแนวทาง คือ ทีมพัฒนาขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้าน โภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานด้านโภชนาการ กลุ่มงานโภชนศาสตร์ จำนวน 3

คน นักโภชนาการและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานโภชนศาสตร์ จำนวน 10 คน 2) กลุ่มผู้ใช้แนวทางการพัฒนา คือ บุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานโภชนศาสตร์ และผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติในการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยที่พัฒนา คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการด้านโภชนาการในโรงพยาบาล จำนวน 16 ราย และนักโภชนาการบุคลากรในกลุ่มงานโภชนศาสตร์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มารับบริการด้านโภชนาการ จำนวน 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามความเป็นไปได้ของแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย สำหรับการให้บริการด้านโภชนศาสตร์ในโรงพยาบาล แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา ได้แก่ รูปแบบการจัดบริการงานด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและมาตรฐานบริการอาหารของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีกิจกรรมในการพัฒนาอาหารปลอดภัยโรงพยาบาล ประกอบด้วยสำรวจความเข้าใจของบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล การศึกษาทำความเข้าใจกับมาตรฐาน มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลโดยการแลกเปลี่ยนรู้ร่วมกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล ดำเนินการตามมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลและการติดตามประเมินผล คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.97
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของทีมบุคลากรโภชนาการในกลุ่มงานโภชนาการศาสตร์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน เป็นลักษณะคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

2.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำใช้ด้านความเป็นไปได้ของแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย เป็นรายชื่อที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง มีลักษณะคำถามปลายเปิดให้เลือกกระหว่างความเป็นไปได้และเป็นไปไม่ได้ มีคำถามปลายเปิดสำหรับคำตอบที่เป็นไปไม่ได้ โดยดัดแปลงมาจากแนวคำถามสำหรับการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติ²² เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิดที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติโดยสอบถามถึงระดับความคิดเห็นใน 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลางและมาก ส่วนคำถามปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับความเห็นเพิ่มเติมและความเห็นอื่นๆ เกี่ยวกับแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.94

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดของกลุ่มงานโภชนาการศาสตร์คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.91

2.4 แบบวัดความเข้าใจของบุคลากรในกลุ่มงานโภชนาการศาสตร์เกี่ยวกับมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลเป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คุณภาพเครื่องมือเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁰ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ของชูชีพ¹¹เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจนครอบคลุม และเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการในระดับองค์กรตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมีกระบวนการพัฒนาเป็น 4 ระยะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) เป็นกระบวนการของการค้นหาปัญหาระบุปัญหาทางคลินิกที่สนใจ และต้องการแก้ไขปัญหานั้นได้จากหลักฐาน 2 แหล่งคือ

1. Practice triggered ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย พบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาล การให้การ จัดบริการจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน

2. Knowledge triggered การศึกษา ค้นคว้าจากการทบทวนงานวิจัยเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งตำราและบทความทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวกับการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยนั้น พบว่าไม่มีแนวทางการปฏิบัติด้านโภชนาการที่ชัดเจน และคุณภาพบริการไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัดในระดับที่พอใจ โดยการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการยังไม่ครอบคลุม และมีความแตกต่างในการเลือกใช้เครื่องมือในการทำงานของทีมผู้ปฏิบัติงานด้านโภชนาการ โดยมีเครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการหลากหลาย ทำให้การวินิจฉัยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีข้อตกลงเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองและแบบประเมินซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและเป็นมาตรฐานสากล

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก

(Evidence- supported phase) เป็นการกำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นในครั้งนี้ กำหนดวัตถุประสงค์ของการสืบค้นในขอบเขตดังนี้ เป็นการศึกษาในการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย โดยมีขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้ คือ

- กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น สำหรับการสืบค้นในครั้งนี้กำหนดคำสำคัญไว้ดังนี้ การจัดการบริการด้านโภชนาการ อาหารปลอดภัย มาตรฐานการปฏิบัติงานด้านโภชนาการในโรงพยาบาล, Nutrition Service Management Guidelines in Hospitals, Quality, Safety

- การกำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลสืบค้นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางด้านโภชนาการ การพยาบาล การแพทย์ และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ CINAHL, PubMed, OVID, Medline, Science direct, Blackwell-synergy และจากฐานข้อมูลงานวิจัยของไทยกำหนดปีที่สืบค้นตั้งแต่ค.ศ.1998 -2023 และการสืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของบทความวิชาการจากวารสารและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (manual search) และพิจารณาว่างานวิจัยในเรื่องนั้นตรงกับประเด็นที่ต้องการพัฒนา โดยการวิเคราะห์และวิจารณ์งานวิจัยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจว่างานวิจัยในเรื่องนั้นๆ มีคุณภาพดีพอที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา EBP หรือไม่การประเมินคุณภาพงานวิจัยเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ได้หลักฐานที่ดีที่สุด (best practice) โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยและสถาบันโงแอนนาบริดจ์²³⁻²⁴ แบ่งระดับงานวิจัยไว้ 4 ระดับ โดยการพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยนี้เมื่อ

รวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์สังเคราะห์และสรุปวิธีปฏิบัติที่แนะนำจากหลักฐานที่สืบค้นมาแล้ว มีงานวิจัยทั้งหมด 7 เรื่อง หลักฐานอยู่ในระดับ A จำนวน 2 เรื่อง ระดับ B จำนวน 3 เรื่อง ระดับ C จำนวน 1 เรื่อง บทความวิชาการ 1 เรื่อง ที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้วนำมาสังเคราะห์สร้างเป็นแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยขึ้น ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ที่มีประสบการณ์การดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วย จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการที่มีประสบการณ์ด้านโภชนาการสำหรับการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 1 ท่าน และผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ AGREE II²⁵ และนำมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติให้มีความเหมาะสมจากนั้นผู้ศึกษาสร้างคู่มือการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยนำไปทดลองปฏิบัติในคลินิกกับผู้ป่วย 16 ราย และนักโภชนาการบุคลากรในกลุ่มงานโภชนาการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มารับบริการด้านโภชนาการ จำนวน 21 คน

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยและนำไปทดลองใช้ (Evidence - observed phase) เป็นระยะของการสร้างแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยแล้วนำไปตรวจสอบและทดลองใช้ ประเมินผลความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยที่สร้างขึ้นมีมาตรฐานสามารถนำไปใช้ได้จริง เพื่อประเมินความชัดเจนความตรงเชิงเนื้อหาและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติแนวทางที่พัฒนาขึ้น นอกจากนั้นผู้ศึกษายังได้จัดทำคู่มือการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายใน

โรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยขึ้นมาด้วย

ระยะที่ 4 การนำไปทดลองใช้(Evidence-based phase)เป็นระยะของการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ จากข้อมูลในระยะ Evidence-supported phase กับ ระยะ Evidence-observed phase เพื่อให้ได้รูปแบบของการปฏิบัติที่ดีที่สุดโดยการผสมผสานเข้าสู่อุปนิสัยจริงและวางแผนดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การปฏิบัติรูปแบบใหม่ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ทดลองนำแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยไปทดลองใช้ในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายโดยมีการดำเนินการดังนี้ คือ 1) จัดประชุมหน่วยงานนำร่องเพื่อเสนอร่างแนวปฏิบัตินำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการ PCT กลุ่มงานโภชนาการและกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเพื่ออธิบายถึงสาเหตุของปัญหาความสำคัญและประโยชน์ในการใช้แนวทางการจัดบริการที่พัฒนานี้ 2) อบรมบุคลากรด้านโภชนาการให้มีความรู้ในเรื่องแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย และ 3) นำแนวทางการจัดบริการที่พัฒนานี้ลงไปใช้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้หลังจากนั้นนำผลที่ได้จากการปฏิบัติเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพด้านโภชนาการของกลุ่มงานโภชนาการเพื่อจัดทำเป็นมาตรฐานการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบสามเส้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE 023/2566 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคน ผู้ร่วมวิจัยทุกคนรับทราบวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวม สิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมตามปฎิญาเอิลซิงกิ²⁶

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. สถานการณ์การจัดบริการงานด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่าสถานการณ์การจัดบริการงานด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลพบว่ามีแนวทางการปฏิบัติด้านโภชนาการที่ชัดเจนและคุณภาพบริการไม่ผ่านเกณฑ์ชี้วัดในระดับที่พอใจ โดยการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยทุกโภชนาการยังไม่ครอบคลุม และมีความแตกต่างในการเลือกใช้เครื่องมือในการทำงานของทีมผู้ปฏิบัติงานด้านโภชนาการ โดยมีเครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการหลากหลาย ทำให้การวินิจฉัยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีข้อตกลงเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองและแบบประเมินซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางและเป็นมาตรฐานสากล

2. แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ (1) นโยบายการการปฏิบัติด้านโภชนาการตามมาตรฐานสากล (2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรโภชนาการ (3) ผลผลิตของงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาล 4 ด้าน

(4) การควบคุมคุณภาพการผลิตอาหาร (5) การปฏิบัติดูแลโภชนาการบำบัดทางการแพทย์ (6) การดูแลด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับสถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย และ (7) มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

3. ผลการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการจัดบริการที่พัฒนาไปทดลองใช้ในหน่วยงานโดยใช้

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการนำแนวทางการจัดบริการไปใช้กับบุคลากรโภชนาการที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานโภชนาการ จำนวน 21 คน ความคิดเห็นของบุคลากรโภชนาการในการนำแนวทางการจัดบริการไปใช้ พบว่า

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.95 โดยส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 31-35 ปี ร้อยละ 80.95 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 เป็นบุคลากรผู้ปฏิบัติการทั้งหมด ร้อยละ 100 ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย 1-5 ปี ไม่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการจัดบริการด้านโภชนาการเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยร้อยละ 100 และข้อเสนอแนะของบุคลากรผู้นำแนวทางการจัดบริการไปทดลองใช้ ได้แก่ เครื่องมือในการประเมินควรนำไปใช้ให้แพร่หลายและได้เพิ่มเติมการจัดการตามความเร่งด่วนในบทบาทของนักโภชนาการให้ชัดเจน

3.2 ความคิดเห็นของบุคลากรโภชนาการต่อการนำใช้แนวทางการจัดบริการที่พัฒนา พบว่า (1) ความเข้าใจความหมายของการพัฒนาแนวทางเข้าใจดี ร้อยละ 100 (2) ความสอดคล้องของการนำไปปฏิบัติ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 100 (3) ความสะดวกในการนำไปใช้คิดเป็นร้อยละ 90 (4) ความเหมาะสมในการนำไปใช้ในหน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 90 และ (5) ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 90 ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้ความพึงพอใจของ

บุคลากรด้านโภชนาการต่อการนำใช้แนวทางการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.09$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ มาตรฐานที่ 7 ระบบงานและกระบวนการให้บริการ ($\bar{X} = 4.74$) รองลงมาคือการองค์ประกอบที่ 7 มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล ($\bar{X} = 4.54$) และองค์ประกอบที่ 3 ผลผลิตของงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาล ($\bar{X} = 4.50$)

3.3 ผลการตรวจสอบแนวทางการจัดบริการที่พัฒนาขึ้นตรงกับปัญหาที่ผู้ศึกษาต้องการแก้ไข มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัตินั้นมีความเหมาะสมที่นำไปใช้เป็นแนวทางการจัดบริการสำหรับบุคลากรด้านโภชนาการที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานโภชนาการ และมีสิทธิชอบธรรมในการปฏิบัติ สามารถปฏิบัติโดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์ วิธีการไม่ยุ่งยากเนื่องจากเป็นสิ่งที่บุคลากรด้านโภชนาการระดับปฏิบัติการสามารถปฏิบัติได้ ส่วนความคุ้มค่าในการนำไปใช้ไม่มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการใช้แนวทางการจัดบริการที่พัฒนานี้ ภาษาที่ใช้เหมาะสมสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้

3.4 ความพึงพอใจต่อการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในแผนกโภชนาการ กลุ่มงานโภชนาการก่อนการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.959$, $SD = 0.548$) หลังการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยเจ้าหน้าที่ในแผนกโภชนาการมีความพึงพอใจต่อการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.022$, $SD = 0.481$) ซึ่งมากกว่าก่อนการนำใช้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและ

ความปลอดภัยที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -7.694$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยที่พัฒนาขึ้นได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักโภชนาการระดับปฏิบัติการที่ร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมประเมินความเป็นไปได้ ในการนำแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยที่พัฒนาขึ้นไปใช้ คือเป็นการประเมินวิธีปฏิบัติที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในบริบทที่ศึกษา เนื่องจากแนวทางการพัฒนาได้ร่วมการประเมินในทุกหัวข้อปฏิบัติ และมีการวางรูปแบบการนำไปใช้ในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติร่วมกัน จึงทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านโภชนาการและพยาบาลผู้นำไปปฏิบัติเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีการสืบค้นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบมีการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของคณะกรรมการ Evidence Based Medicine & Clinical Practice Guideline ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย²¹ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในเกณฑ์การประเมินของสถาบันโจแอนนาบริกส์²²⁻²⁴ ซึ่งสามารถประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้เหมาะสมกับวิชาชีพโภชนาการ ทั้งยังช่วยให้บุคลากรโภชนาการระดับปฏิบัติการสามารถนำไปใช้ได้ง่าย สนใจในการปฏิบัติตามแนวทางบนพื้นฐานทางวิชาการให้ได้มาตรฐานที่เป็นแนวทางเดียวกัน เป็นการยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านโภชนาการ และช่วยเพิ่มคุณค่าทางวิชาชีพโภชนาการ ซึ่งการพัฒนาแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยบนหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาเลือกใช้รูปแบบการปฏิบัติ โดยการนำผลงานวิจัยมาใช้ ทำให้แนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยที่

พัฒนาขึ้นเชื่อถือได้ มีความเห็นวิทยาศาสตร์ มีเหตุและผลในการนำมาใช้เพื่อมาตรฐาน และคุณค่าแก่วิชาชีพโภชนาการ สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการสร้างมาตรฐานการให้บริการในทุกด้านของทุกวิชาชีพ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁷ ได้ศึกษาเกี่ยวกับทีมโภชนบำบัดในประเทศไทย พบว่า การจัดตั้งทีมสหวิชาชีพเพื่อดูแลผู้ป่วยทุกโภชนาการยังไม่ครอบคลุมและมีความแตกต่างในการเลือกใช้เครื่องมือในการทำงานของทีม โดยมีเครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการหลากหลาย ทำให้การวินิจฉัยไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่มีข้อตกลงเกี่ยวกับการใช้แบบคัดกรองและแบบประเมินซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ให้พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ทีมงานมีมาตรฐานเดียวกันซึ่งการทำงานร่วมกันเป็นทีมจะประสบความสำเร็จได้ จำเป็นต้องมีวิสัยทัศน์ร่วมกันของทีมโภชนบำบัดในการดูแลบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้านโภชนบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของแดนน์และคณะ²⁷ ศึกษาการพัฒนาความเชื่อถือได้ภายในและความถูกต้องเชิงโครงสร้างเบื้องต้นของเครื่องมือประเมินความตั้งใจในการบริโภคอาหารของชาวตะวันตกสำหรับผู้ป่วยใน (DIETI) เนื่องจากอาหารมีความสำคัญในการป้องกันและจัดการกับโรคไม่โรคติดต่อโดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อพัฒนานโยบายการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับการรักษา โดยเป็นเครื่องมือในการประเมินผลของการได้รับสารอาหาร และใช้ทฤษฎีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผน (TPB) ประเมินพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและนำเสนอกรอบการพัฒนาแบบสอบถามในการศึกษาเป้าหมายเพื่อประเมินความน่าเชื่อถือความสอดคล้องภายในและความถูกต้องของโครงสร้างเบื้องต้นของเครื่องมือประเมินความตั้งใจรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

(DIETI) ที่พัฒนาขึ้นใหม่ด้วยการสัมภาษณ์ความเห็นคณะผู้เชี่ยวชาญ และได้สร้างรายการของ DIETI ในผู้ป่วย 312 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโรคหัวใจให้ตอบแบบสอบถามกรอก DIETI วิเคราะห์ปัจจัยเชิงอธิบายและเชิงยืนยันที่แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่พัฒนาสามารถแยกแยะปัจจัยที่สอดคล้องกับ TPB ห้าประการเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพได้อย่างเพียงพอในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือในภายหลังพบว่าแข็งแกร่งความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยรวมและมาตราส่วนย่อยทั้งหมด (Cronbach's alpha สเกลย่อยอยู่ระหว่าง 0.65 ถึง 0.88) ซึ่งสรุปได้ว่าการใช้ผลงานวิจัยมาพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการเป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้ภายในเพื่อประเมินความตั้งใจของพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงสามารถใช้แบบสอบถามที่พัฒนามาอย่างเป็นระบบมาประเมินผลเพื่อช่วยให้การจัดบริการด้านโภชนาการแบบมุ่งเป้าไปที่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพได้ดี

2. ความคิดเห็นของบุคลากรด้านโภชนาการผู้ใช้ต่อแนวทางการพัฒนา พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการนำแนวทางการพัฒนาไปใช้ โดยพบว่า หัวข้อที่เห็นด้วยมากที่สุดคือ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานและรองลงมาคือ ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นเป็นประเด็นสำคัญที่หน่วยงานต้องการปรับปรุงคุณภาพ และได้จากการทบทวนวิธีปฏิบัติในหน่วยงานและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการจัดบริการด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและปลอดภัย นำผลการทบทวนที่ได้มากำหนดประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นความต้องการขององค์กรตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ²⁸ สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการบริการด้านการจัดบริการด้าน

โภชนาการที่จะพัฒนาขึ้นควรเป็นความต้องการขององค์กรและเกิดจากการกำหนดประเด็นปัญหาร่วมกันเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะรวมทั้งพัฒนาภายใต้บริบทของหน่วยงาน²⁹⁻³⁰ ซึ่งที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการบริการด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยโดยตรงยังไม่มีแต่สอดคล้องการศึกษาของนฤมล ธนเจริญวัชร²⁰ เกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนสรุปปัญหาอุปสรรคได้ 8 ประเด็นสำคัญดังนี้ 1) นโยบาย 2) บุคลากร 3) การจัดซื้อ จัดจ้าง ระบบ E-bidding 4) โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวันและการเรียนรู้ 5) โรงครัว โรงอาหาร ร้านค้า อุปกรณ์ วัสดุดิบ การเตรียม-ปรุง-ประกอบ 6) การกำกับ ติดตาม ประเมิน คุณภาพด้านอาหารและคืนข้อมูลเพื่อพัฒนางาน 7) พฤติกรรมมารักกินของนักเรียน และ 8) ภาวะโภชนาการของนักเรียน การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ จากนั้นจึงนำมาจัดทำเป็นแนวทางการจัดทำกรอบแนวคิดการพัฒนาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนและนำผลดังกล่าวมาออกแบบกรอบแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนทำให้ทราบบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน รวมทั้งปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขในการดำเนินงานจนได้เป็นกรอบแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียนสำหรับนำไปขับเคลื่อนในเชิงนโยบายด้านการจัดการอาหารในโรงเรียน เพื่อให้การดำเนินงานอาหารในโรงเรียนให้มีคุณภาพเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนเด็กวัยเรียนมีภาวะโภชนาการที่ดีและเจริญเติบโตเต็มศักยภาพต่อไปในอนาคต และสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี คำคงและคณะ³¹ เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยใช้ “แนวทางอาหารของแม่” ต่าบล

บ่ออย่าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา:กรณีศึกษา
ชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา
ผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุโดยใช้ “แนวทาง อาหารของแม่” ทำให้เกิดผลลัพธ์ให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ในคุณค่าอาหารและเริ่มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภค ผู้รับผิดชอบดูแลชมรมผู้สูงอายุควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ เช่น กลุ่มสุขภาพดีเพื่อคงความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และกลุ่มเจ็บป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในชีวิต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้ศึกษาเสนอแนะว่าผู้บริหารควรสนับสนุนให้นำแนวทางการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยไปใช้ในการปฏิบัติงานบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดบริการงานด้านโภชนาการภายในโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่มีความเสี่ยงสูง

เอกสารอ้างอิง

1. นพพล สุนทรนนท์. องค์การแห่งคุณภาพ: ความท้าทายที่รออยู่เบื้องหน้า. เข้าถึงได้จาก <https://chalaemphong7.wordpress.com/2014/01/11/องค์การแห่งคุณภาพ-ความท/>
2. สถาบันรับรองมาตรฐาน ไอ เอส โอ. มาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001. เข้าถึงได้จาก <http://masci.or.th/2560>.
3. จรัส สุวรรณมาลา. ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมท้องถิ่นในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2549.
4. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. การวิจัยและพัฒนาดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลคู่สัญญาภายใต้ระบบประกันสังคมระยะที่ 1 การสร้างและทดสอบดัชนีชี้วัดคุณภาพ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2551.
5. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. HA Update 2007. นนทบุรี:หนังสือดีวัน. 2550.
6. Torres, C.C. 2004. Elasto-plastic solution of tunnel problems using the generalized form of the Hoek-Brown failure criterion. International Journal of Rock Mechanics and Mining Sciences 1 (1), 2004;629-639. 1016/j.ijrmms.2004.03.111 Find It.
7. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานโภชนาการในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร. 2560.
8. กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์. การคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในโรงพยาบาล จำเป็นแต่ทำไมไม่เกิดขึ้น.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2559; 4(39).
9. National Health and Medical Research Council. [NMRC]. (1999). A guide to the developmental, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved April 10, 2010, from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf.
10. Soukup, M. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model. Nursing Clinic of North America 2000; 35:301-9.

11. กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานด้านอาครุภัณฑ์ และสุขภาพอาหารของฝ่ายโภชนาการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป. 2561.
12. ชมรมนักกำหนดอาหาร. มาตรฐานฝ่ายโภชนาการในโรงพยาบาล. บริษัทรวยเจริญการพิมพ์ จำกัด, กรุงเทพฯ. 2546.
13. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มาตรฐานโภชนาการระบบบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ. 2549.
14. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มาตรฐานงานโภชนาการในโรงพยาบาล (NSH-2550). 2550.
15. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล (ฉบับกระทรวงสาธารณสุข). ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. นนทบุรี. 2557.
16. Chittawatanarat K, KT, UC, ST, Teerawattananon Y. Nationwide survey of nutritional management in an Asian upper-middle income developing country government hospitals: Combination of quantitative survey and focus group discussion. Clinical Nutrition ESPEN 2016; 14: 24-30.
17. Garcia de Lorenzo A, Alvarez Hernandez J, Planas M, Burgos R, Araujo K. Multidisciplinary consensus on the approach to hospital malnutrition in Spain. Nutricion hospitalaria 2011; 26(4): 701-10.
18. Howard P. Organizational aspects of starting and running an effective nutritional support service. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland) 2001; 20(4):367-74.
19. Iwasa M, Iwata K, Hara N, et al. Nutrition therapy using a multidisciplinary team improves survival rates in patients with liver cirrhosis. Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif) 2013; 29(11-12): 1418-21.
20. นฤมล ธนเจริญวัช. การศึกษาการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการในโรงเรียน. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2564.
21. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. Guideline in Child Health Supervision. บริษัท สรรพสาร จำกัด; กรุงเทพมหานคร. 2557.
22. The Joanna Briggs Institute. Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. 2014. Retrieved May 1, 2016 from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>.
23. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute EBP Database Guide. 2016. <http://www.Joannabriggs.org>.
24. พิกุล นันทชัยพันธ์. การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก. ในเอกสารประกอบการบรรยาย อบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดโดยศูนย์บริการทางการแพทย์ระหว่างวันที่ 3 - 4 มิถุนายน 2549. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
25. The AGREE Collaboration, (2001) The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. London : St. George's Hospital Medical School. (available@www.agreecollaboration.org, retrieved on 3/4/2004)

26. Declaration of Helsinki (World Medical Association 1964, Revised 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008, และ 2013).
27. Daan L.F, et al. Development, internal reliability and preliminary construct validity of the Dutch Dietary Intention Evaluation Tool for In-patients (DIETI). Department of Cardiology. Received 24 April 2022; received in revised form 26 September 2022; accepted 27 Available online 8 October 2022 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases (2023) 33, 56-64.
28. Castell, Y. Strategies to implement ISO 9001 in a government organization in jamaica (Order No. 10249507). Available from ABI/INFORM Collection; Pro Quest Dissertations & Theses Global. (1848667485). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1848667485?accountid=31947>. 2016.
29. Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., Buckwalter, K. C., Tripp-Reimer, T., & Goode, C. J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. Critical care nursing clinics of North America, 13(4), 497–509.
30. จินตนา ตังมัน และโยทะกา ภคพงศ์. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยเจ็บหน้าอก จากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2555 ; 23(2):40-52. 24.
31. มาลี คำคง, มาริสา สุวรรณราช และสกุณฑลา แซ่เตียว. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยใช้ “แนวทางอาหารของแม่” ตำบลบ่อทราย อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 2561. 5(3); 53-68.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย Nursing care of patients with hypertension and diabetes with end-stage renal failure

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

วิภา ดวงสุวรรณกุล¹
Wipa duangsuwankul¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

กรณีศึกษา: กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่เป็นประจำ ตรวจพบโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 2 เดือน บำบัดด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 ด้วยอาการเท้าบวม 2 ข้าง รอบแผลสายล้างไตหน้าท้องบวมแดง 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ได้ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็ว เหมาะสม โดยพยาบาลประเมิน คัดกรอง ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ปวดท้องบริเวณเหนือสะดือออกซิเจน แพทย์วินิจฉัย มีภาวะน้ำเกิน ติดเชื้อในช่องท้อง ร่วมกับภาวะโลหิตจาง หลังได้รับการตรวจรักษา แพทย์ให้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ประสานการส่งต่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ได้ติดตามผู้ป่วยในขณะที่นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านรวมอยู่โรงพยาบาล 4 วัน แพทย์นัดติดตามผลการรักษาที่ห้องผู้ป่วยนอก และได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: ไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย, ภาวะน้ำเกิน, การล้างไตทางช่องท้อง, การติดเชื้อในช่องท้อง

Abstracts

Objective: To study the nursing care of patients with hypertension and diabetes with end-stage renal failure.

Case study: A case study of a 73 year old Thai male patient with a history of history of drinking alcohol, regularly smoking. The patient was diagnosed with end-stage renal disease for about 2 months and was treated with peritoneal dialysis. The patient was admitted to the outpatient department on February 2, 2022 with swollen feet on both sides and swollen and red abdomen around the dialysis line wound for 3 days before coming to the hospital. The nursing process had used to take care of patients before, during, and after checking for the patient receiving prompt and appropriate treatment. By assessing, screening, taking history and physical examination, the patient is tired and unable to lie down. Doctor diagnosed that patient had excess water, abdominal infection with anemia. The doctor admitted to hospital in the internal medicine ward for men and followed up the patients. After that, the patient is safe without complications and was discharged, total of hospital admission for 4 days. The doctor

¹ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

made an appointment to follow up on the treatment results at the outpatient room and patient was received continuation of palliative care.

Keywords: End-stage renal failure, volume overload, peritoneal dialysis, abdominal infection

บทนำ

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกสาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังที่พบบ่อยเกิดจากโรคเบาหวานและภาวะความดันโลหิตสูง อีกทั้งโรคไตเรื้อรังในระยะแรกมักไม่พบอาการผิดปกติทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตโดยมักตรวจพบเมื่อโรคดำเนินไปมากแล้วหรือเมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาบำบัดทดแทนไต ได้แก่ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือ การผ่าตัดปลูกถ่ายไต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และโดยปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไตโดยการล้างไตทางช่องท้องหรือการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเฉลี่ยประมาณ 240,000 บาทต่อคนต่อปี ในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.9-13 จากประชากรทั้งประเทศประมาณ 70 ล้านคน หรืออยู่ในช่วงประมาณตั้งแต่ 2 ล้าน ถึงกว่า 9 ล้านคน สาเหตุของการเกิดโรคไตเรื้อรังของประเทศไทยเกิดจากเบาหวานร้อยละ 36.3 ความดันร้อยละ 23.3 ภาวะทางเดินปัสสาวะอุดตันร้อยละ 4.79 และโรคหลอดเลือดฝอยไตอักเสบ ร้อยละ 2.43 ปี 2564 ยิ่งไปกว่านั้นยังมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง

จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปากช่องนานาและรวมทั้งcup ปากช่อง ปี 2562-2565 จำนวนผู้ป่วย 1 ใน 5 อันดับโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 7,014 คน , 9,002 คน ปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 7,646 คน, 14,485 คน ปี 2564 มีจำนวนผู้ป่วย 8,168 คน, 1,8570คนและปี 2565มีจำนวนผู้ป่วย 8,802คน,

19,604 คน ตามลำดับ โดยพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งในแต่ละปีประเทศไทยพบผู้ป่วยร้อยละ 11.32 ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต จากสถิติผู้ป่วยล้างไตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลปากช่องนานาและผู้ป่วยรายใหม่ปี 2563-2565 ดังนี้ ผู้ป่วยปี 2563 จำนวน 67, 23คนปี 2564จำนวน 78,38คน และปี 2565จำนวน 68, 32คน ในฐานะหัวหน้าหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้กำกับ ดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดกรอง จนผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายหรือได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษากรณีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเบาหวานที่มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 73 ปี เชื้อชาติ ไทย สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาประถม 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา วันที่เข้ารับการรักษา 2 กุมภาพันธ์ 2565

อาการสำคัญ: เท้าบวม 2 ข้าง รอบแผลสายล้างไตหน้าท้องบวมแดง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานยาบำรุงยี่ห่อหนึ่ง วันละ 2 แคปซูล 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล รอบแผลสายล้างไตหน้าท้องบวมแดง เท้าทั้ง 2 ข้างเริ่มบวม ไม่มีหายใจหอบ มีเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก นอนราบได้ ปัสสาวะปกติ จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง จนกระทั่งเดือนธันวาคม 2564 ตรวจพบเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวานและไตวายเรื้อรัง

ระยะสุดท้าย และได้รับการวางสายหน้าท้องเพื่อการ
ล้างไตทางช่องท้องภายในเดือน ธันวาคม 2564

ประวัติการแพ้ : ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร

ประวัติส่วนตัวและสังคม : สุขภาพแข็งแรงดี
ทำกิจวัตรได้เอง สุขภาพจิตดี รับประทานอาหารครบ
5 หมู่ ออกกำลังกายบ้างเป็นบางครั้ง ตีมีแอลกอฮอล์
มาประมาณ 40 ปี หยุดดื่มมาประมาณ 1 ปี หยุดสูบบุหรี่มาประมาณ 10 ปี ปฏิเสธการใช้สารเสพติดทุก
ชนิด ไม่เคยเจ็บป่วยรุนแรง เริ่มรับประทานยาบำรุง
สมุนไพรรักษา 1 แคปซูล วันละ 2 ครั้ง มาประมาณ
2 สัปดาห์ หลังจากนั้นเท้าเริ่มบวม กดบวมทั้ง 2 ข้าง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ลักษณะ
เป็นครอบครัวเดี่ยว อาศัยอยู่กับลูกสาวคนโต ที่บ้าน
ประกอบอาชีพค้าขาย ของชำ พี่สาวเป็นเบาหวาน
รับประทานยาต่อเนื่อง บุคคลในครอบครัวแข็งแรงดี
ไม่มีโรคประจำตัว

การตรวจร่างกายตามระบบ

อาการทั่วไป : ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีไข้
ทำกิจวัตรเองได้ปกติ ไม่มีตัวเหลือง

ผิวหนัง : ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีผื่นตามร่างกาย
ปลายมือซีดเล็กน้อย

ศีรษะ : รูปร่างปกติ ไม่ปวดศีรษะ มีอาการ
เวียนศีรษะ

ตา : ไม่ใสแว่น มองเห็นได้ชัดเจน

หู : ได้ยินปกติ ไม่มีหูตึง จมูก ปาก

คอ : ไม่มีน้ำมูก ไม่มีอาการเจ็บคอ ไม่มีแผลใน
ปาก

หัวใจและหลอดเลือด : ไม่มีใจสั่น เจ็บแน่น
หน้าอก ไม่เคยเป็นโรคหัวใจ

ปอด : ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีเสมหะ

ท้อง : ไม่ปวดท้อง รับประทานอาหารได้ปกติ
ไม่มีอาการอึดแน่นท้อง ถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่
มีท้องผูก

ทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติ ไม่มีแสบขัด
ไม่มีปัสสาวะน้อยลง

กล้ามเนื้อแขน ขา : ไม่มีอาการปวด ยกแขน
ขาได้ปกติ เท้า 2 ข้างบวมกดบวม

ระบบประสาท : ไม่มีอาการชาตามร่างกาย ไม่
มีแขนขาอ่อนแรง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

พบผลตรวจที่สำคัญ ได้แก่ Hct 21.1%, Hb
6.7 g/dL, WBC 12.17 10^3 /Cu.mm, BUN 44.3
mg/dL, Creatinine 10.7 mg/dL, eGFR (CKD-EPI) 4
mL/min, Serum Sodium (Na) 139 mmol/L,
Serum Potassium (K) 6.1 mmol/L, Serum
Chloride (Cl) 177 mmol/L, Serum Bicarbonate
(Co2) 17 mmol/L

Urine Analysis Sugar 3+, Urine Protein
albumin 3+

ผลการตรวจพิเศษ

EKG = tall peak T

Plain KUB = Right kidney is measured
about 6.82 cm in length, cortical thickness is
0.74 cm. Left kidney is measured about 7.12
cm in length, cortical thickness is 1.27 cm. No
evidence of stone or hydronephrosis is
demonstrated. Urinary bladder has smooth
and thin wall Prostate gland is measured
about 14.15 ml in volume

CXR = Minimal bilateral pleural
effusion

อาการแรกเริ่ม

มาโดยรณรงค์ รู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย ซีด
รอบแผลสายล้างไตหน้าท้องบวมแดง เท้า 2 ข้างบวม
2+ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร
98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
170/90 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 96% RA ค่า
DTX=165mg%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
การพยาบาลในระยะก่อนตรวจ เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดสมองจากภาวะความดันโลหิตสูง ข้อมูลสนับสนุน 1. มีประวัติโรคความดันโลหิตสูง 2. ประวัติดื่มสุรา รับประทานรสจัด เค็มหวาน ผัด เป็นประจำ 3. ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์การพยาบาล ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และแนะนำการสังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะรุนแรง ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาอ่อนแรงซีกเดียว เดินเซ ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด 2. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง และวัดความดันโลหิตซ้ำทุก 15-30 นาที 3. สอบถามความรู้เดิมเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ประวัติการใช้ยาต่าง ๆ 4. อธิบาย แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร ควรรับประทานอาหารจัด ไขมันต่ำ การรับประทานยา ประเมินความถูกต้องของการรับประทานยา แนะนำผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และต่อเนื่อง ไม่ขาดยา 5. ให้แผนพบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการล้มและเป็นการทบทวน การประเมินผล ระดับความดันโลหิต 159/84 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง
เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะรอตรวจเนื่องจากเวียนศีรษะ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยท่าทางอ่อนเพลีย ซีด 2. ผู้ป่วยบ่นเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นพักๆ วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะรอตรวจ อาการเวียนศีรษะลดลง	1. เปลี่ยนให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายจากรถนั่งเป็นนอนพักบนเปลด้วยความระมัดระวัง และยกเหล็กกันขึ้นทั้งสองข้าง 2. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าหรือเคลื่อนไหวช้าลงเพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต และป้องกันอุบัติเหตุ 3. ตรวจวัดและบันทึกความดันโลหิตของผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและประเมินระดับความรุนแรง 4. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของอาการเวียนศีรษะ เพื่อติดตามและประเมินผล การประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนได้บนเปลนอน ไม่เกิดอุบัติเหตุ พลัดตก หกล้ม อาการเวียนศีรษะลดลง
ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ข้อมูลสนับสนุน 1. ขณะเคลื่อนย้าย หรือเปลี่ยนอิริยาบถ ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม 2. อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที 3. มีผู้ป่วยรอตรวจหลายคน เพลื่อน 5 คน วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการใกล้ชิด ไม่เกิดอาการทรุดลงขณะรอตรวจ	1. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรอตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียมรถ Emergency ให้ใกล้และพร้อมใช้ 2. คัดกรองและดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที 3. จัดพยาบาลและผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยเฝ้าระวังดูแล โดยประเมินด้วยสายตาดำๆ ทุก 5-10 นาที ประเมินด้วยสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที 4. อธิบายและแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรต่ำ เป็นต้น

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	5. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นและเร่งด่วนก่อนพบแพทย์ ได้แก่ CBC Electrolyte การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาภายใน 15 นาที ไม่มีอาการทรุดลง ขณะตรวจ ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/90 มิลลิเมตรปรอท O₂sat 99% RA
การพยาบาลระยะขณะตรวจ มีของเสียคั่งในกระแสเลือดเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง ข้อมูลสนับสนุน 1. มีอาการเท้าบวม 2 ข้าง 2. BUN 44.3 mg/dl, Creatinine 10.7 mg/dl, eGFR (CKD-EPI) 4 ml/min 3. Albumin 3.1 g/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล มีของเสียคั่งในร่างกายลดลง ไม่เกิดอันตรายจากของเสียคั่งในร่างกาย	1. ประเมินอาการของเสียคั่งในร่างกาย ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ เบื่ออาหาร นอนราบไม่ได้ หอบเหนื่อย ปัสสาวะออกน้อย หรือปัสสาวะไม่ออกเลย เพื่อประเมินความรุนแรงของของเสียคั่งในร่างกายและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม 2. อธิบายและแนะนำการจำกัดน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่เกิน 1000 ml/day เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง 3. อธิบายอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหาร Low salt diet และเพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อลดอาการบวมและของเสียคั่งในร่างกายตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. อธิบายและแนะนำการบันทึกน้ำ เข้า ออกร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลน้ำเข้าและออก 5. ดูแลช่องน้ำท่อนี้ไว้เป็นพื้นฐานเพื่อประเมินอาการบวมเนื่องจากของเสียคั่ง การประเมินผล จากการประเมินผู้ป่วย อ่อนเพลีย บวม กดบวมที่เท้า 2 ข้าง ค้นตามตัวเล็กน้อย ยังปัสสาวะออกเองได้
เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการกำจัดน้ำลดลงร่วมกับตัวนำออกซิเจนลดลงจากสภาวะไตวาย ข้อมูลสนับสนุน 1. มีอาการบวมบริเวณเท้าทั้งสองข้าง 2. ผู้ป่วยบ่นหายใจไม่อิ่ม O₂saturation 96%RA เหนื่อยเป็นพักๆ เมื่อเปลี่ยนท่าทาง 3. ผล Chest X-ray พบ Minimal bilateral pleural effusion 4. Hct 21.1% วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน	1. สังเกตอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ เพราะอาการแสดงของอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ แสดงถึงภาวะน้ำเกินจากน้ำท่วมปอดและหัวใจวายได้ 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และ O₂saturation ที่ปลายนิ้ว 3. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูงหนุนหมอนให้อีก เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด 4. แนะนำจำกัดอาหารเค็ม เช่น อาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว อาหารหมักดอง และอาหารแปรรูป เป็นต้น เพราะถ้ารับประทานอาหารเค็มจะทำให้เกิดการคั่งของเกลือและน้ำในอวัยวะต่างๆ ทำให้แขนขาบวมเหนื่อยง่ายและภาวะหัวใจวายตามมาได้ 5. ส่งตรวจ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Creatinine, Electrolyte เพื่อประเมินการทำงานของไตในการกรองของเสีย 6. อธิบายและแนะนำการรับประทานยาเพื่อเสริมเหล็ก ได้แก่ Folic acid (5) 1 tab oral OD pc ประสานงานธนาคารเลือดในการเตรียม PRC 1 unit การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบลดลง ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน O ₂ saturation 98% เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ได้รับ PRC 1 unit Hct หลังให้เลือด 28%	ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบลดลง ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน O₂saturation 98% เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ได้รับ PRC 1 unit Hct หลังให้เลือด 28%
ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายเนื่องจากไตเสียหายที่ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผลตรวจ Biochemistry Serum Sodium (Na) 139 mmol/L, Serum Potassium (K) 6.1 mmol/L, Serum Chloride (Cl) 177 mmol/L, Serum Bicarbonate (Co2) 17 mmol/L 2. EKG อ่านเป็น tall peak T wave วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์	1. ดูแลย้ายผู้ป่วยไปห้องสังเกตอาการ 2. ประเมินความรู้สึกตัว อาการสับสน ซึม ชัก ติดตามสัญญาณชีพในระยะที่สัญญาณชีพไม่คงที่ ทุก 10-15 นาที ในระยะที่สัญญาณชีพคงที่ตรวจวัดทุก 1 ชั่วโมง 3. ดูแลให้รับประทานยา kalimate 30 กรัม + น้ำ 50 ซีซีทันที เพื่อแก้ไขภาวะ Hyperkalemia 4. ประเมินการเต้นของหัวใจ โดยทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) และรายงานแพทย์ทราบ 5. ประเมินอาการผิดปกติ เช่น ชาตามร่างกาย คลื่นไส้อาเจียน เจ็บแน่นหน้าอก 6. อธิบายอาหารที่มีโพแทสเซียมสูง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ถั่วฝักยาว มะละกอ ส้ม ลำไย ผลไม้แห้งต่างๆ เช่น ลูกเกด ลูกพรุน แครอท มะเขือเทศ หน่อไม้ฝรั่ง คื่นหะฬ หั้วปลี ผักชี มันฝรั่ง การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Hyperkalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจหยุดเต้น EKG ปกติ K จาก 6.1 ลดลงเหลือ 4.7 mmol/L
มีการติดเชื้อในช่องท้อง ข้อมูลสนับสนุน 1. รอบแผลสายล้างไตหน้าท้องบวม แดง 2. กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง 3. มีไข้ 38.3 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์การพยาบาล ปลอดภัยจากการติดเชื้อในช่องท้อง	1. ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, H/C) เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย 2. ทำแผลรอบสายล้างไตหน้าท้อง และประเมินสิ่งคัดหลั่ง 3. เก็บน้ำล้างไตช่องท้องส่งเพาะเชื้อและติดตามผล 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ stat ตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone 2 gm iv stat สังเกตอาการขณะให้ยา ได้แก่ ผื่น แน่นหน้าอก 5. อธิบายให้ผู้ดูแลคนไข้สังเกตน้ำยาล้างช่องท้องทุกครั้งที่ทำ การล้างไต มีลักษณะขุ่นหรือผิดปกติหรือไม่ 6. แนะนำญาติช่วยเช็ดตัวให้กับผู้ป่วยเพื่อลดไข้ การประเมินผล รอบสายล้างไตหน้าท้องแดงลดลง กดเจ็บบริเวณหน้าท้องเล็กน้อย จากการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 12.17 10³/Cu.mm, Neutrophil 81%
ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลกับอาการป่วย ข้อมูลสนับสนุน 1. ภรรยาและบุตรสาวบอกสงสารผู้ป่วยกลัวอาการจะทรุดลง 2. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าครุ่นคิด ไม่แจ่มใส วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล	1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การช่วยเหลืออย่างเอื้ออาทร 2. ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดระบายความรู้สึกออกมาและซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง 3. อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการรักษาพยาบาลต่างๆ ให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากที่สุด

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	4. วางแผนการพยาบาล เพื่อประคับประคองผู้ป่วยอธิบายและตอบคำถามของผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อคลายความวิตกกังวล 5. ตอบคำถามเกี่ยวกับความกลัวต่อสิ่งต่างๆ และความกลัวต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยด้วยความจริงใจและมีเหตุผล 6. แนะนำญาติให้ดูแลเอาใจผู้ป่วยอย่าง ใกล้ชิดและพูดคุยให้กำลังใจบ่อย ๆ การประเมินผล หลังได้รับคำอธิบาย ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา คลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใสขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล แพทย์มีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกอายุรกรรมชาย เพื่อควบคุมความดันโลหิต แก้ไขภาวะช็อค และเกลือแร่ที่ผิดปกติ
การพยาบาลระยะติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ผิวหนังและเกิดบาดแผลได้ง่าย ข้อมูลสนับสนุน 1. จากการที่ผู้ป่วยสูงอายุเป็นโรคไต เบาหวาน และเคยมีแผลเป็นประจําเป็นเวลานาน ทำให้การไหลเวียนเลือดช้า ผิวหนังแห้ง เกิดแผลและเนื้องอกได้ง่าย 2. พบแผลลอกตามผิวหนังที่แขน และขา วัตถุประสงค์ แนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และแนะนำญาติดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดบาดแผล และการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ถูกต้อง เกณฑ์การประเมินผล 1. ไม่เกิดบาดแผลบริเวณผิวหนัง 2. ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีอาการอักเสบของผิวหนัง ได้แก่ มีผื่นคัน บวม หรือแดงตามผิวหนัง	1. อธิบายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงสาเหตุของการเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย 2. อธิบายถึงวิธีการดูแลผิวหนัง โดย - เช็ดตัวอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในเวลาเช้า เย็น ควรซับร่างกายให้แห้งโดยเฉพาะตามซอกอับ และสวมเสื้อผ้าที่สะอาด - ทำความสะอาดโดยเฉพาะบริเวณซอกอับ รักแร้ ขาหนีบ ใต้ราวนม อย่าให้ชื้นแฉะ ภายหลังขับถ่ายปัสสาวะทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด ซับบริเวณนั้นให้แห้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ทางเดินปัสสาวะ - การสังเกตการอักเสบของผิวหนัง ได้แก่ มีผื่นคัน บวม หรือแดงตามผิวหนัง - แนะนำไม่ให้เกาบริเวณที่คัน ให้ใช้วิธีลูบผิวแทน - บำรุงผิวหนังด้วยการทาครีมให้ความชุ่มชื้นภายหลังอาบน้ำเช้า เย็น 3. การดูแลเท้า ตัดเล็บเท้าตรง ๆ และให้ส้นเท้าพอสวมควรเพื่อป้องกันการเกิดเล็บขบ หลีกเลี่ยงการใช้ของแข็งแคะซอกเล็บ ไม่วางกระเป๋าทิ้งหรือขูดน้ำร้อน เพราะอาจเกิดการไหม้พองได้ 4. เมื่อตรวจพบว่ามีบาดแผลเล็ก ๆ เกิดขึ้น ควรทำความสะอาดด้วยน้ำและสบู่อ่อน ดูแลให้แห้งอยู่เสมอ ไม่ควรใช้ทิชชูเช็ด ใ้ไอโอดีน ยาแดง ใส่แผลเพราะสามารถทำลายผิวหนังได้ ถ้ามีบาดแผลขนาดใหญ่หรือลึก หรือมีลักษณะการอักเสบ เช่น บวม แดง ร้อน เกิดขึ้นควรไปหาแพทย์ อย่ารักษาเอง การประเมินผล ผู้ดูแลบอกการปฏิบัติตัว และการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดบาดแผล และการติดเชื้อที่ผิวหนังได้ถูกต้อง
ผู้ดูแลขาดความสามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรครวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย	1. ประสานงานการดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อ 1) เตรียมความพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับอาการป่วยที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2) มีแนวทาง

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยวินิจฉัยได้วาระระยะสุดท้าย มีแผนการรักษาแบบประคับประคอง และบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีล้างไตทางหน้าท้อง 2. สอบถามญาติไม่มีความรู้การจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อาการปวด คัน ภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล	ในการดูแลรักษาในทิศทางเดียวกัน 3) ช่วยบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติ 2. ประเมินและสอบถามความรู้สึกผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ สอบถามความต้องการและความเชื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอาการทางกาย และส่งเสริมความสุขสบายตามความต้องการ 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่คับข้องใจ ความกลัว หรือความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 4. ให้การพยาบาล อธิบายวิธีการจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อลดอาการไม่สุขสบายและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น เช่น อาการคัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ผิวหนังและความสุขสบาย ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยเกาผิวหนังเวลาคัน ให้ญาติใช้ครีมบำรุงผิวหนังที่ไม่มีสารเคมีปนทาผิวหนัง การจัดและให้ยาแก้ปวดเมื่อกลับบ้าน 5. ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสีย และเศร้า การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการ การดำเนินโรค 6. สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ให้เกิดความไว้วางใจให้โอกาส ผู้ป่วยและครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ชักถามปัญหา พูดคุยถึงความหวัง ความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับการดำเนินโรค และการบำบัดทดแทนไต สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึกกับครอบครัวหรือบุคคลที่ไว้วางใจ เพื่อผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและสามารถเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วยในแนวทางที่ถูกต้อง การประเมินผล ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรครวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 4 วัน แพทย์ให้จำหน่ายในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2565 ได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง ก่อนมาพบแพทย์ตามนัด บุตรสาวสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี สามารถจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการไม่สุขสบาย อาการคัน มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ตรงความต้องการของผู้ป่วย จากการติดตามผลในวันนัด แผลรอบสาย Tenckhoff catheter แห้งดี ไม่พบภาวะน้ำเกิน ผู้ป่วยและญาติควบคุมการดื่มน้ำ อาหารได้เหมาะสม

อภิปรายผล

ในระยะรอตรวจ ผู้ป่วยมีโอกาสอาการทรุดลงได้ตลอดเวลา การประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยโดยเฉพาะระบบการหายใจ ต้องรวดเร็ว และมีความครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีภาวะ

น้ำเกิน เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อปอดออกซิเจนพยาบาลต้องมอบหมายหน้าที่ชัดเจนให้กับเจ้าหน้าที่คอยเฝ้าระวัง สังเกตลักษณะการหายใจ ว่ามีการใช้กล้ามเนื้อช่วยเพิ่มแรงหายใจ และมิลักษณะการหายใจกระแทกหรือไม่ การวัดความ

อิมตัวของออกซิเจนทุก 15 นาที จัดโซนให้เห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน การประเมินอย่างละเอียด และครอบคลุม ทำให้สามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการได้ถูกต้อง

ในระยะแพทย์ตรวจ พบว่าผู้ป่วยมีความไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย โดยเฉพาะโปตัสเซียม มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ พยาบาลต้องมีความพร้อมในการช่วยเหลือตลอดเวลา ต้องสังเกตอาการผิดปกติเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนไป เช่น ซึมลง อาการเจ็บหน้าอก อาการขาต่างๆ ช่วยให้สามารถวินิจฉัยให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง รวมทั้งมีระบบประสานงานกับห้องตรวจปฏิบัติการ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็ว

ในระยะหลังตรวจ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง ภรรยาและบุตรสาว ยังขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ได้พูดคุยสร้างทัศนคติให้เข้าใจว่าเป็นการดูแล ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต และยืนยาว บรรเทาทุกข์ด้านร่างกายและจิตใจ มิใช่ดูแลก่อน

เสียชีวิตเท่านั้น ผู้ดูแลมีความเข้าใจมากขึ้น และรับปากจะดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังต้องประสานกับชุมชนให้ร่วมดูแล ในการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง รวมทั้งให้ความสะดวกในการมาตรวจตามนัด และเยี่ยมทางโทรศัพท์

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการ early warning sign ให้ชัดเจน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูง มากกว่า 39.5 อัตราเต้นหัวใจ >120 ครั้ง/นาที หรือ < 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต >160/100 mmHg เพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ควรจัดหาอุปกรณ์ในการติดตามสัญญาณชีพ เช่น Monitor ในระยะรอตรวจ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง
3. จัดแยกโซนในการจัดผู้รับบริการเป็นกลุ่มๆ แยกชัดเจน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลใกล้ชิด

เอกสารอ้างอิง

- 1.กัณฑ์พร ยอดไชย. (2562). ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาลและการจัดการอาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: นีโอพ้อยท์
- 2.กิตติกร นิลมานัต. (2555). การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 1 สงขลา : ออเรนจ์ มีเดีย.
- 3.เกลี้ยงศักดิ์ กาญจนบุษย์. (2556). ตำราแนวปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้อง. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 4.บุปผาสวรรค์ อุดมพีชน. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับภาวะไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี; 3(3):221-37.
- 5.ปิยภัทร ชุณหรัศม์, อธิภัทร ยิ่งชนม์เจริญ, และระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. สมุทรปราการ: เนคสเทป ดีไซน์
- 6.พรรณธิพา ต้นสวรรค์ และทวี ศิริวงศ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายด้วยวิธีประคับประคอง ใน ทวี ศิริวงศ์ (บรรณาธิการ) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/การรักษาแบบประคับประคอง (หน้า 65-87). ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 7.รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ: คอนเซ็ปท์ เมดิคัล.

- 8.สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ทาเคดา (ประเทศไทย) จำกัด.
- 9.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: สปสช. (2560). คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- 10.สุวัฒน์ ธนกรณวัฒน์, พิมพ์นภา แซ่โซว และจิรารัตน์ ไกรราช. (2554) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- 11.สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตแบบประคับประคอง ใน ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และชลธิป พงศ์สกุล (บรรณาธิการ) Quality Initiative in renal care (หน้า 145-151).ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- 12.ศรินยา พลสิงห์ชาญ. (2558). การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักและมีโรคร่วม ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ Nursing Care in Elderly Hip Fracture and comorbidity with Opened Reduction and Internal Fixation

(Received: April 22,2023 ; Revised: April 27,2023 ; Accepted: April 28,2023)

พิรุณ กมลผาด¹
Pirun Kamolphet¹

บทคัดย่อ

กระดูกข้อสะโพกหักเป็นปัญหาสำคัญ พบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีการหกล้มเพียงเล็กน้อย หรือมีการพลัดตกจาก ความสูงเพียงเล็กน้อยสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีกระดูกหักได้ และตำแหน่งที่มีกระดูกหักมักเป็นข้อสะโพกส่งผลให้ ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เกิดความเครียด นอนไม่หลับ มีอาการสับสน ติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน การรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกข้อสะโพกที่รวดเร็วและการใช้กระบวนการ พยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย จะช่วยให้ผู้สูงอายุปลอดภัยฟื้นตัวได้เร็ว และสามารถช่วยเหลือตัวเองมี สมรรถนะใกล้เคียงกับก่อนมีกระดูกข้อสะโพกหัก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การสาธิต การฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและ การป้องกันความเสี่ยงจะสามารถป้องกันการหกล้ม กระดูกหักซ้ำได้

ผลการศึกษาพบว่า การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก อย่างเป็นระบบและนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ปัญหาและความต้องการ ต้องการของผู้สูงอายุ จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด สามารถป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขาได้ การ ประเมินซ้ำ การให้ข้อมูลซ้ำ การฝึกทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้สูงอายุมี ความรู้ มีทักษะ เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะทำให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนกระดูกหัก

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ , กระดูกข้อสะโพกหัก, การผ่าตัดยึดตรึงกระดูก,การวางแผนการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก

Abstract

Hip fractures are a serious problem. It was found that the elderly when they fragility fall lead to fractures in the elderly, and the location where the bone is usually fractured is the hip joint, resulting in the elderly being unable to support themselves Suffering from pain and not being able to move the body stress, insomnia, confusion, bed ridden complications (pressure sores, pneumonia, urinary tract infections and deep vein thrombosis) Treatment by rapid hip fixation surgery and the use of nursing process from admission to discharge. Helps keep seniors safe recover quickly and able to help themselves with performance similar to that before having a hip fracture prevention of complications by educating patients and relatives, demonstrating, practicing skills continuously will be able to prevent complications Fall risk assessment and risk prevention can prevent falls. repeated fractures

¹ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

The study found that Application of nursing process in nursing care of the elderly with hip fracture. Systematically and used nursing care plan in accordance with the doctor's treatment plan. problems and needs of the elderly will encourage the elderly to be safe from suffering, pain can prevent complications, pressure sores, pneumonia, urinary tract infections, deep vein thrombosis reassessment repetition Elderly caregiver skills training And continuity care planning will help the elderly to have knowledge and skills. When discharged from the hospital, the elderly will be safe from complications. have a good quality of life similar to the quality of life of the elderly before fracture
Key word : The elderly, Hip fracture, Internal fixation, nursing care plan in elderly hip fracture

บทนำ

จากสถิติประชากรในประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และเป็นสังคมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกพรุน ซึ่งเป็นภัยเงียบ เมื่อผู้สูงอายุมีการหกล้มที่ไม่รุนแรง พลัดตกจากความสูงเพียงเล็กน้อย ทำให้มีกระดูกหักได้ง่าย และพบว่าในผู้สูงอายุที่เคยมีกระดูกหักมักจะมีการหกล้มและหักซ้ำจากสถิติ จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2563 ,2464 และ 2565 มีจำนวน 12,100,000 คน, 13,000,000 คน และ 12,116,199 คน (ชาย 5,339,610 คน หญิง 6,776,589 คน) และประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุมากที่สุด (Super Age Society) ในปี 2574 โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 28.55 คิดเป็นอัตราส่วน 1 : 3 และอีก 20 ปีข้างหน้าในปี พ.ศ. 2583 สัดส่วนผู้สูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.28 จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง ซึ่งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ได้คาดการณ์งบประมาณที่ต้องใช้ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะพึ่งพิง โดยเฉลี่ยแล้วสูงถึงประมาณ 15,000 ล้านบาทต่อปี หรือร้อยละ 0.1 ของ GDP ในช่วงปีงบประมาณ 2558-2565 จึงต้องเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพก่อนวัยสูงอายุ เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจของประเทศ สังคม และครอบครัว

(รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยผู้สูงอายุ) ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวลำบาก การทรงตัว กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง การมองเห็น การได้ยิน มีโรคประจำตัว สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้สูงอายุมีการหกล้มเพิ่มมากขึ้น ภาวะกระดูกพรุนทำให้ผู้สูงอายุเมื่อหกล้มทำให้มีกระดูกหัก และส่วนที่หักและมีผลกระทบมาก คือการหักบริเวณข้อสะโพก มีอัตราการเสียชีวิตภายหลังมีกระดูกข้อสะโพกหักภายใน 1 ปี ร้อยละ 23 และส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวด ไม่สามารถลุกเดิน ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำที่ขาอุดตัน การดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งการรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะในเวลาที่เหมาะสม ใน 48 ชั่วโมง การพยาบาลที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุ บรรเทาความทุกข์ทรมาน จากความปวด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่มีคุณภาพใกล้เคียงปกติมากที่สุด

สถิติผู้สูงอายุในจังหวัดกาฬสินธุ์ (HDC จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ย.2565) มีจำนวนประชากรทั้งหมด 806,144 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ ในปี 2563 2564 และ 2565 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 145,837 คน 152,324 คน และ 166,770 คน (ชาย 74,609 คน หญิง 92,161 คน) พบว่ามีผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ในปี 2563 2564 และ 2565 มีจำนวนตามลำดับดังนี้ 121 ราย, 168 ราย และ 153 รายตามลำดับ งบประมาณในการรักษาผู้สูงอายุในโรคกระดูกข้อสะโพกหักเฉลี่ย

ต่อรายในปี 2565 เป็นเงิน 74,000 บาทต่อราย ซึ่งทำให้มีการใช้จ่ายงบประมาณจำนวนมาก

พยาบาลมีบทบาทในการให้การพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การบรรเทาความทุกข์ทรมานให้กับผู้สูงอายุ จึงมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะ โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ความทุกข์ทรมาน ความต้องการการพยาบาล การประเมินปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหกล้ม ทั้งปัจจัยภายนอก ได้แก่สิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่อยู่ภายในตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว โรคร่วม เป็นต้น โดยวิธีการประเมินเมื่อแรกรับ การประเมินซ้ำทุกวัน การประเมินความเสี่ยงความปลอดภัย ความรู้ ทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มและหกล้มซ้ำ 2) การวินิจฉัยการพยาบาล การให้การวินิจฉัยตามปัญหาความทุกข์ทรมาน ความเสี่ยง ความต้องการการพยาบาล ที่พบจากการประเมินนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) การวางแผนการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยแบ่งเป็น การพยาบาลเมื่อแรกรับ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนการจำหน่าย การส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง 4) การปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ได้แก่ การพยาบาลเมื่อแรกรับ การพยาบาลก่อนผ่าตัด การพยาบาลหลังผ่าตัด การวางแผนการจำหน่าย การส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง 5) การประเมินผลการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยศึกษาเปรียบเทียบรายกรณี 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ให้การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบรายกรณีศึกษา ผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน นำสู่การปฏิบัติการพยาบาล

วิธีดำเนินการศึกษา

1. เลือกผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ ในแผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ เช่น ประวัติการหกล้ม สาเหตุและอาการสำคัญ การประเมินอาการและอาการแสดง ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ต่างๆ แผนการรักษาของแพทย์ การพยาบาลที่ได้รับตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย

3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ บทความต่างๆ ตลอดจนปรึกษาศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ผู้ให้การรักษาและแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เจ้าของไข้ ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ รวมทั้งพยาบาลเฉพาะทาง ผู้สูงอายุ และนำข้อมูลที่รวบรวมมาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลและนำสู่การปฏิบัติการพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
1. พยาธิสภาพอาการ และอาการแสดง	สะดุดสายมุ้งลมในบ้าน ย่างไฟ 2 วันจึงมารับการรักษา ที่โรงพยาบาลขากว้านกว่าขา ซ้ายและขาขวาเบะออกด้าน นอก	เหยียบขยายผ้าถูกลมในบ้านญาติ นำส่งโรงพยาบาลใน 6 ชั่วโมง จึง มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขา ซ้ายสั้นกว่าขาขวาและขาซ้ายเบะ ออกด้านนอก	ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีสาเหตุการลื่น ล้มในบ้านสาเหตุของการหกล้มเป็น กิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็น ข้อผิดพลาดเพียงบางครั้ง แต่ในการลื่นที่ ไม่รุนแรง พลัด ตกจากความสูงเพียง เล็กน้อยสามารถทำให้กระดูกของผู้สูงอายุ หักได้กรณีที่มีความแตกต่าง ผู้ป่วยรายที่ 1 มีความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับการรักษา โดยการย่างไฟ และเข้ารับการรักษาล่าช้า
2. การวินิจฉัยและแผนการรักษา	- การวินิจฉัยโรค closed fracture of right intertrochanteric - การทำผ่าตัด Proximal femoral nail of right femur	-การวินิจฉัยโรค Closed fracture neck of left femur - การทำผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty left femur	การวินิจฉัย กระดูกข้อสะโพกหัก ประกอบด้วย 3 Diagnosis คือ fracture neck , intertrochanteric และ Sub- trochanteric ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีกระดูกข้อ สะโพกหัก แต่ตำแหน่งต่างกัน การทำ ผ่าตัดเพื่อยึดตรึงต่างกัน วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ แตกต่างกัน แต่ระบบการดูแลรักษา การ พยาบาล เหมือนกัน เป้าหมายคือเพื่อให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับ ก่อนที่มีกระดูกหัก
3.ระยะแรกเริ่มและ การพยาบาล ก่อน ผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายจากอาการปวด สะโพกขวา 2.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผล กดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือ ตัวเองได้น้อย 3.วิตกกังวลมีความเครียดจาก การเจ็บป่วยและกลัวการทำ ผ่าตัด 4.potassium ต่ำ 5.เสี่ยงต่อการชักและทำให้มี การบาดเจ็บเพิ่มขึ้น 6.มีภาวะซีด Hct 24 % 7.ผล การ ตรวจ Echocardiogram มี 1 st degree AV block และ EF 75% ไม่มีภาวะหัวใจขาดเลือด IHD 8.เสี่ยงต่อการชัก	1.ไม่สุขสบายจากอาการปวด สะโพกขวา 2.ผู้ป่วยเคลื่อนไหวตัวเองได้น้อย เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผลกด ทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะ 3.มีความเครียดจากการเจ็บป่วย และกลัวการทำผ่าตัด 4.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะทำผ่าตัดเนื่องจากความดัน โลหิตสูง 5.มีภาวะซีด Hct 25 % 6. BUN 75, Cr 5.75, eGFR 7 ml/min/1.73m2 Stage 5 มDTX 231 mg% 7.BP 167/97 mmHg 8.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo/Hyper- glycemia 9.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper tension	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบว่ามีปัญหา ความไม่สุขสบายจากอาการปวดสะโพก ขวามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และกลัวการทำผ่าตัด เคลื่อนไหวตัวเองได้ น้อยจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลอด เลือดดำอุดตัน และมีภาวะช็อคแพทย์ พิจารณาให้เลือดก่อนทำผ่าตัดในส่วนที่ แตกต่าง คือในผู้ป่วยรายกรณีที่ 1 มีผล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ potassium ต่ำ แพทย์จึงต้องแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยผ่าตัด ปลอดภัย ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคลมชักซึ่ง เสี่ยงต่อการชักเกร็งและทำให้มีการ บาดเจ็บเพิ่มมากขึ้นได้ และมีภาวะ Alcohol withdrawal ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ ทำผ่าตัดช้า รายกรณีที่ 2 ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สามารถ ควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนผ่าตัดได้

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
	9.เสี่ยงต่อภาวะ Alcohol withdrawal		แต่ในวันผ่าตัดผู้ป่วยมีความตื่นตัวทำให้มีความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อยแพทย์พิจารณาว่าสามารถทำผ่าตัดได้ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนผ่าตัดได้รับยาลดระดับน้ำตาล ทำให้น้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ดีสามารถทำผ่าตัดได้
4.ปัญหาทางการพยาบาล ระยะหลังผ่าตัด	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผ่าตัดบริเวณสะโพกขวา 2.เสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวหลุดและหักของโลหะที่ตาม 3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ 4.เสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อของแผลผ่าตัด 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำอุดตัน 6.มีภาวะโลหิตจาง 7.ผู้ป่วยต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 8.เสี่ยงต่ออาการชัก 9.เสี่ยงต่อภาวะ Alcohol withdrawal	1.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย 2.เสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวหลุดและหักของโลหะที่ตาม 3.เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด สารน้ำอิเล็กโทรไลต์ 4.เสี่ยงต่อแผลผ่าตัดติดเชื้อของแผลผ่าตัด 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำอุดตัน 6.มีภาวะโลหิตจาง 7.ข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด 8.เสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemia /Hyperglycemia 9.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper tension	ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าไม่สุขสบายจากปวดแผล เสี่ยงต่อการเคลื่อนไหวหลุดและหักของโลหะที่ตาม เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากเสียเลือด สารน้ำอิเล็กโทรไลต์จากการงดน้ำ อาหารก่อนผ่าตัด ระบบการทำงานของหัวใจมีความเครียดเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนแผลผ่าตัดติดเชื้อ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ หลอดเลือดดำอุดตัน และมีภาวะโลหิตจาง และต้องการข้อมูลการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ส่วนปัญหาที่มีความแตกต่างกันเป็นปัญหาโรคเดิมของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 เสี่ยงต่ออาการชัก และเสี่ยงต่อภาวะ Alcohol withdrawal ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะ Hypoglycemia /Hyperglycemia เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyper tension
5.การวางแผนการจำหน่าย	1.การให้ข้อมูลผู้ป่วย ฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา การป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ การป้องกันการสำลักเศษอาหารลงปอด การทำความสะอาดร่างกาย 2.การปฏิบัติตัวในท่าที่ถูกต้อง ท่าที่ห้าม ได้แก่ ห้ามนั่งยองๆ ห้ามนั่งท่าที่ห้าม ได้แก่ ห้ามนั่งยองๆ	1.การให้ข้อมูลผู้ป่วย ฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา การป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ การป้องกันการสำลักเศษอาหารลงปอด การทำความสะอาดร่างกาย 2.การปฏิบัติตัวในท่าที่ถูกต้อง ท่าที่ห้าม ได้แก่ ห้ามนั่งยองๆ ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามปั่นจักรยาน ห้ามนั่ง	ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีการวางแผนที่เหมือนกันในเรื่องการให้ข้อมูล การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ส่วนที่แตกต่างกันคือ ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 ในการวางแผนการจำหน่าย ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับผลของการสูบบุหรี่ นั่นคือโรคหลอดเลือดสมอง และการปรับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
	ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามปั่นจักรยาน ห้ามนั่งในท่าที่เข่าอยู่สูงกว่าข้อสะโพก ห้ามหมุนตัว ห้ามบิดขาเข้าด้านใน 3.การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ปรับส้วมเป็นชักโครก ให้นอนบนเตียงห้ามนอนพื้น ให้นั่งเก้าอี้ที่เข้าไม่ถึงสูงกว่าข้อสะโพก 4.การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม 4.1.ด้านสิ่งแวดล้อม 4.2.ด้านตัวผู้ป่วย 5.การดูแลต่อเนื่อง การส่งข้อมูลผู้ป่วย และการติดตามประเมินผู้ป่วย 6.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา 7.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ 8.การเฝ้าระวังสังเกตอาการนำก่อนชักและวิธีการดูแลตนเอง 9.การเฝ้าระวังภาวะ Alcohol withdrawal อาการนำ	ในท่าที่เข่าอยู่สูงกว่าข้อสะโพก ห้ามหมุนตัว ห้ามบิดขาเข้าด้านใน 3.การจัดสิ่งแวดล้อม ให้ปรับส้วมเป็นชักโครก ให้นอนบนเตียงห้ามนอนพื้น ให้นั่งเก้าอี้ที่เข้าไม่ถึงสูงกว่าข้อสะโพก 4.การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม 4.1.ด้านสิ่งแวดล้อม 4.2.ด้านตัวผู้ป่วย 5.การดูแลต่อเนื่อง การส่งข้อมูลผู้ป่วย และการติดตามประเมินผู้ป่วย 6.การเฝ้าระวังสังเกตอาการแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงต่ำ 7.การเฝ้าระวังสังเกตอาการแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ 9.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม รสจัด 10.การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนของการมีของเสียคั่งในเลือด	ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพ ทั้งโดยตรงและทางอ้อม ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 2 ในการวางแผนการจำหน่าย ต้องให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ที่มีความเชื่อมโยงกัน และมีผลกระทบต่อสุขภาพคือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมีผลให้เกิดโรคไตวายเรื้อรัง การปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การรับประทานยา การฟอกไต การดูแลเส้นเลือดที่ฟอกไต เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ
6.การพยาบาลเพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนจากโรคร่วม	<u>1.ภาวะขาดสุราเฉียบพลัน</u> <u>การพยาบาล</u> 1)การซักประวัติการดื่มสุรา 2)การประเมินโดยใช้ CWA Score Test ใน 1-7 วันแรก ที่เข้ารับการรักษาเพื่อประเมินการเข้าสู่ภาวะขาดสุราระดับเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสน เหงื่อออก ตัวเย็น ก้าวร้าว 3)การพยาบาลตามระดับคะแนน ถ้ามีความเสี่ยงปานกลาง รายงานแพทย์เพื่อ	<u>1.โรคเบาหวาน</u> 1)การประเมินระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง 2)การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาการแทรกซ้อน 3)การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร 4)การรับประทานยา 5)การควบคุมระดับน้ำตาลมีความสำคัญ 6)การประเมินการมองเห็น การประเมินการรับรู้ปลายมือปลายเท้า การรับการฟอกไต 7.การส่งเสริมสุขภาพ	ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจนเกิดโรค มีความพิการถาวรจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การพลัดตกหกล้มจากการดื่มสุรา ทำให้เสียการทรงตัว และอาจจะเกิดโรคอื่นตามมา ดังนั้นการส่งเสริมให้ปรับพฤติกรรมที่ถูกต้องจะช่วยลดการเกิดโรคอื่นตามมาได้ ผู้ป่วยรายกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพ อันเนื่องจากโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวานซึ่งส่งผลให้ไตเสียหายที่มาก การดูแลรักษาพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพไม่ให้อาการทรุดลงกว่าที่เป็นอยู่ ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องเห็นความสำคัญในการปฏิบัติตัว เพื่อไม่ให้อาการของโรคทรุดลง

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย ด้วยการอภิปรายผล ประวัติผู้ป่วยและอาการแสดง เพื่อให้การพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่แรกถึงจำหน่าย

ประเด็นเปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	อภิปรายผล
	พิจารณาให้การรักษา เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรง 4)ภายหลังได้รับยา จัดเตียงผู้ป่วยให้อยู่หน้าเคาเตอร์พยาบาล ติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ประเมินการหายใจ <u>2.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</u> <u>การสูบบุหรี่</u> 1)การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติถึงอันตรายของบุหรี่ การก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความพิการ ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	8.ให้กำลังใจ <u>2.โรคความดันโลหิตสูง</u> 1)การพักผ่อน การออกกำลังกาย 2)การรับประทานยา 3)การเกิดโรค โรคแทรกซ้อน อาการแทรกซ้อน 4.การตรวจวัดความดัน 5)การรับประทานยา 6)การดูแลตนเองเมื่อมีอาการแทรกซ้อน <u>3.โรคไตวายระยะสุดท้าย</u> 1)การปฏิบัติตัว,พักผ่อน,ออกกำลังกาย 2)การรับประทานยา,อาหาร 3)การรักษาความสะอาดร่างกาย และเส้นเลือด 4)การรับการฟอกไต	การให้ความรู้ คำแนะนำเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การให้กำลังใจ การให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการจึงเป็นสิ่งที่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนควรให้ความสำคัญ แต่ที่สำคัญยิ่งกว่าคือการป้องกันการเกิดโรค

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่ทำเป็นประจำ ปัญหาและความต้องการขณะรับไว้ดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ความเจ็บปวด อาการสับสน นอนไม่หลับ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะของการรักษา ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การอุดตันของหลอดเลือดดำที่ขา จึงจำเป็นต้องปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยพยาบาลออร์โธปิดิกส์ซึ่งเป็นผู้ที่ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของกระดูกหัก ปัญหา ความต้องการผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งโรคร่วมที่มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ การรักษา การพยาบาล การเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับสู่ครอบครัว

ชุมชน นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขมีการสนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง หลังรับไว้ในโรงพยาบาล และจัดตั้งทีม Fracture Liaison Service (FLS) ขึ้นในทุกโรงพยาบาล ซึ่งจะมีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้นำสนับสนุนเชิงนโยบาย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมปรับปรุงกระบวนการ รวมทั้งกำหนดเป็น ตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพ7 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเทียบเท่ามาตรฐานสากลต่อไปโดยมีเป้าหมายสูงสุดคือผู้สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

- 1.ผู้นำสนับสนุนเชิงนโยบาย เพื่อตอบสนองการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 2.ให้มีการพัฒนาเชิงระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก

3.การส่งเสริมให้ส่งต่อผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยว่ามีกระดูกข้อสะโพกหัก เพื่อรับการผ่าตัดทุกรายทั้งที่สมัครใจผ่าตัดและปฏิเสธการผ่าตัด เพื่อให้ได้รับข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจผ่าตัด เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ลดปัญหาการเป็นผู้ป่วยติดเตียง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ และลดอัตราการเสียชีวิต

4.ประชาชนที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคกระดูกพรุน และให้ได้รับการรักษา เพื่อลดอัตราการเกิดโรคกระดูกพรุน การหกล้ม และกระดูกข้อสะโพกหัก

5.ส่งเสริมให้มีการให้ข้อมูลโรคกระดูกพรุน ในแต่ละชุมชน อำเภอ จังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม

6.ควรมีนโยบาย การส่งเสริมให้ประชาชนที่อยู่ในวัยกลางคนได้รับอาหารแคลเซียมสูง

เอกสารอ้างอิง

- 1.กนกพร จิวประสาท*,การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก : ประเด็นท้าทายทางการพยาบาล, วชิรสารการพยาบาล,บทความวิชาการ,ปีที่ 21 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2562
- 2.ชนิษฐา รัตนกัลยา, et al. ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบายของผู้ป่วยที่ได้รับการดัดง้างน้ำหนัก. Nursing Journal, 2014, 41.5: 112-122.
- 3.คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์, ปุณฺหรี ศุภเวช. การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี.3(3):57-66
- 4.จุฑาทิพ อาธิรรณและคณะ,ต้นทุน-ประสิทธิผลของโครงการรู้ทัน...กันหักซ้ำ ในผู้ป่วย กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลเลิดสิน,วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2564 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- 5.จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(1), 39-49.
- 6.ช่อทิพย์ จันทรา. (2559). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง. วารสารมหาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 8(3), 41-50.
- 7.ธวัช ปราสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์, และสุใจ ศรีเพียรเอม, (บ.ก.). (2555). การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง
8. ชวรินทร์ อมเรศ และ สี่รัช งามอุโฆษ. update on Arthroplasty in Acute Hip Fractures. Hip &knee today. 2562,24: 9-12
- 9.ธรรวณ เชื้อตาลิ่ง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก ข้อเคลื่อนที่ใส่ external device. ใน ญัษฐมา ทองธีรธรรม, ธรรวณ เชื้อตาลิ่ง, พรสินี เต็งพานิชกุล, และอรพรรณ โตสิงห์ (บ.ก.), การพยาบาล ผู้ป่วยทาง ออร์โธปิดิกส์ (น. 116-118). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 10.นรเทพ กุลโชติ.กระดูกหักและข้อเคลื่อนรอบข้อสะโพก.[เข้าถึงเมื่อ16มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf/Hip- fx_Naratep.pdf
- 11.บุญนาพัฒน์แฉ,คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักหลังรับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม,มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสารปีที่2ฉบับที่2มกราคม2562
- 12.พัชรพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ:บทบาท พยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก.วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563, 26(4): 116-128.

- 13.เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, อุมากร ใจยังยืน. การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุใน ชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2563, 14.34: 126-141
14. พิชราพร ตาใจ, บุญญภักดี เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก.วารสาร มหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563, 26(4): 116-128.
- 15.วรรณิ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2553.
- 16.โสภิต เลหาภักดี.การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563; (3):224-240.
- 17.ยุพิน พรหมสวัสดิ์ .การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักชนิดไม่มีบาดแผลและ กระดูกต้นขาขวาหักชนิดมี แผล เป็ดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร 2563; 29(1):47-66.
18. เสาวภา อินผา. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.2557. 51-74.
19. อรนนท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้.วารสารพยาบาลทหารบก. 2557,15(3) : 137- 143.
- 20.Kanis JA, Odén A, McCloskey EV, Johansson H, Wahl DA, Cooper C. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporos Int;2012(23):2239-56. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00198-012-1964-3>.
- 21.Mak, J. C. S., Cameron, I. D., & March, L. M. (2010). Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: An update. The Medical Journal of Australia, 192(1), 37-41.
- 25.Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby; 2001.
- 26.Singh, S., Charles, L., Maceachern, C. F., & Changulani, M. (2016). Complication of surgical management of hip fracture. Orthopaedics and Trauma, 30(2), 137-144.
- 27.Taylor, N. F., Harding, K. E., Dowling, J., & Harrison, G. (2010). Discharge planning for patients receiving rehabilitation after hip fracture: A qualitative analysis of physiotherapists' perceptions. Journal Disability and Rehabilitation, 32(6), 492-499.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน: กรณีศึกษา

Nursing care of brain injury patients and receiving craniectomy with requiring special care at home: a case study

(Received: April 28, 2023 ; Revised: April 29, 2023 ; Accepted: April 30, 2023)

ศศิธร วัตศรี¹
Sasithon wadsri¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 40 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 30 พฤษภาคม 2563 ด้วยมูลนิธินำส่ง จำเหตุการณ์ไม่ได้ ศีรษะบวมโนบริเวณหน้าผาก มีเลือดออกหูขวา และจมูกทั้ง 2 ข้าง จากขี่รถจักรยานยนต์ชนสุนัข ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน 232 วัน แพทย์จำหน่ายและส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยมีภาวะโรคซับซ้อนที่ต้องดูแลเป็นพิเศษภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีแผลเจาะคอ มีแผลกดทับ ใส่สายยางเพื่อให้อาหาร และใส่สายสวนปัสสาวะ มีการวางแผนการเยี่ยมออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเยี่ยม ระยะเยี่ยม และระยะสิ้นสุดการเยี่ยม ได้รับการเยี่ยมและติดตามจำนวน 4 ครั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ ไม่เกิดการกลับมารักษาซ้ำ

จากการศึกษาผู้ป่วย พบว่า การติดตามประเมินปัญหาและความต้องการอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาที่ได้รับการดูแล ทำให้สามารถวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการได้อย่างครบถ้วน

คำสำคัญ : การพยาบาล, การบาดเจ็บที่สมอง, การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ, ผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ

Abstrat

A 40 year old Thai male patient had an accident from riding a motorcycle into a dog and then was admitted to the hospital on May 30, 2020 by the delivery of foundation. The patient cannot remember the event. The patient's head is swollen on the forehead and the right ear and both nostrils of patient are bleeding. The patient was admitted in the hospital for 232 days and then was discharged and delivered continuous care at home for follow-up visits. It was found that the patient had a complex disease that required special care after discharge. The patient was inserted a urinary catheter. The visit was planned into 3 phases: pre-visit phase, visit phase and end-visit phase. Four follow-up visits were conducted. Caregivers were able to care for the patient without no recurrence of treatment. From the study, it was found that continuous follow-up and assessment of problems and needs throughout the time of care makes it possible to plan care to help patients and caregivers in accordance with their needs completely.

Keywords: nursing, traumatic brain injury, craniectomy, patients requiring special care

บทนำ

การบาดเจ็บสมอง (traumatic brain injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากศีรษะได้รับแรงกระทำจาก

ภายนอกจนเกิดความกระทบกระเทือนต่อสมอง โดยความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกตัวได้แก่ระดับความ

¹ กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

รุนแรงมาก (Severe Head injury) ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Head injury) และระดับความรุนแรงน้อย (Mild Head injury) โดยมีระดับความรู้สีกตัว (Glasgow Coma Score, GCS) 3-8, 9-12 และ 13-15 ตามลำดับ การบาดเจ็บดังกล่าวเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต การสูญเสียสมรรถภาพหรือความพิการ และก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจระดับโลก (Haring RS, Narang K, Canner JK, Asemota AO, George BP, Selvarajah S, et al., 2015) ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากอุบัติเหตุ การจราจรทางถนน จากรายงานความปลอดภัยทางถนนขององค์การอนามัยโลก พ.ศ.2561 รายงานว่าประเทศไทยมีอัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 32.7 คนต่อประชากรแสนคน สูงเป็นอันดับ 9 ของโลก และอันดับ 1 ในเอเชีย มีผู้เสียชีวิต 22,491 คนต่อปีเฉลี่ย 60 คนต่อวัน และพบว่าร้อยละที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดเป็นการบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 30 นอกจากนั้นการบาดเจ็บที่ศีรษะที่รุนแรงมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 29 (CDC, 2018) หลังการระบาดของโรค คือ ใน ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีอัตราการตายลดลงเป็น 18 ต่อประชากรแสนคน (กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร กองป้องกัน การบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) แม้จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจะมีจำนวนลดลง แต่ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะยังคงเป็นภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจในระยะยาวเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับปานกลางถึงรุนแรง จึงต้องใช้ความรู้ และทักษะในการประเมินปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และกลับไปมีชีวิตที่บ้านตามที่ควรจะเป็นและมีจำนวนมากต้องมีภาวะทุพพลภาพหรือพิการตลอดชีวิต มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมทำให้ขาดรายได้ จากการหยุดงานหรือต้องออกจากงาน ทั้งยังต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการดูแลการฟื้นฟูสภาพ และค่ารักษาพยาบาล (อัญชลี โสภณ และคณะ, 2560)

ประเทศไทยได้ร่วมขับเคลื่อนนโยบายวาระความปลอดภัยทางถนน โดยมี เป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของคนไทยลงครึ่งหนึ่งหรือในอัตรา 12 คนต่อ ประชากรหนึ่งแสนคนภายในปี 2570 นอกจากนี้ปัญหาอุบัติเหตุทางจราจร ถือเป็นหนึ่งในปัญหาด้านการสาธารณสุขที่กำหนดอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี ของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมุ่งแก้ไข และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จากรายงานข้อมูลสารสนเทศทางการแพทย์ ปี 2561-2565 พบว่ามีผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองจำนวน 452, 468, 539 671 และ 658 ราย ตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 68, 71, 66, 82 และ 71 ราย ตามลำดับ โดยปี 2565พบสาเหตุการเสียชีวิตมาจากภาวะแทรกซ้อนจากโรค Pneumonia และ sepsis เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลือ ถือได้ว่าเป็นผู้ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและมีภาวะโรคซับซ้อน ต้องดูแล เป็นพิเศษ/เฉพาะทางต่อเนื่อง เช่นผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์พิเศษติดตัว ผู้ที่เจ็บป่วยมีภาวะโรคซับซ้อน ต้องดูแลต่อจากโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้าน แต่ยังคงต้องการการดูแลใกล้ชิด หรือต้องดูแลเฉพาะในแต่ละปัญหา ตามสภาพปัญหาและความต้องการเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ ได้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/พิการที่มีภาวะแทรกซ้อน/ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้สูญเสียการทำงานที่ของอวัยวะต่างๆ (สำนักการพยาบาล, 2559)

พยาบาลชุมชนเป็นบุคลากรหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ให้การพยาบาลแก่ประชาชน กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ให้การพยาบาลแบบองค์รวมและครอบคลุม 4 มิติ ทั้งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ สำหรับการจัดการบริการพยาบาลแก่กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและมีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น โดยมีบทบาทสำคัญได้แก่บทบาท ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการจัดการโรคที่

เหมาะสมและติดตามประเมินผลการดูแลเพื่อปรับให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง บทบาทเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ด้านสุขภาพ เป็นบทบาทที่มีความสำคัญในมิติสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนและเสริมพลังอำนาจผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ โดยเฉพาะรูปแบบบริการผู้ป่วยในชุมชนใช้รูปแบบการพยาบาล ในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ต้องการการดูแลแบบระยะยาว และมีภาวะโรคซับซ้อนต้องดูแลเป็นพิเศษ ยึดหลักผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Care Center)

นอกจากนี้ พยาบาลชุมชนจะต้องใช้กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นหลักในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) ริเริ่มนโยบาย กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อลดอัตราครองเตียง ลดอัตรา การนอนโรงพยาบาลซ้ำ และลดค่าใช้จ่าย 2) การสร้าง ทีมงานการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สอนฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ที่บ้านได้เช่นเดียวกับได้รับการดูแลที่โรงพยาบาล โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3) การสร้าง เครือข่ายการดูแล ได้แก่ กลุ่ม องค์กร อาสาสมัคร และองค์กรท้องถิ่นให้งบประมาณสนับสนุน การดูแลผู้ป่วย 4) ได้รูปแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีธรรมาภิบาล มีระบบการประเมินสภาพผู้ป่วย ให้การดูแลแบบองค์รวม พยาบาลประสานความร่วมมือ กับหน่วยงาน กลุ่ม องค์กรต่าง ๆ เกิดเป็นภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอเมืองลพบุรี โดยสามารถลดอัตรา ครองเตียง ลดอัตรา การนอนโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต่ำกว่าเกณฑ์ (สมสมัย รัตนกรिताกุล, 2561)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชายไทยอายุ 40 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ปลุกชะอมขาย และขับรถซาเล้งส่งของ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 30 พฤษภาคม 2563 เวลา 00.45 น.

อาการสำคัญ มุลินธินำส่ง จำเหตุการณ์ไม่ได้ ศีรษะบวมโนบริเวณหน้าผาก มีเลือดออกหูขวา และจมูกทั้ง 2 ข้าง จากซีร็จกรยานยนต์ชนสุนัข ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยซีร็จกรยานยนต์เดินทางกลับบ้าน ไม่สวมหมวกนิรภัย (มีการพบปะกับสังสรรค์ ดื่มเบียร์กับเพื่อน) เกิดอุบัติเหตุชนกับสุนัขจากนั้นสลบไป จำเหตุการณ์ไม่ได้ ศีรษะบวมโนบริเวณหน้าผาก มีเลือดออกหูขวา และจมูกทั้ง 2 ข้าง มีผู้เห็นเหตุการณ์แจ้งรถมูลนิธิกู้ชีพฉุกเฉิน นำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติในครอบครัว บิดาและมารดาของผู้ป่วยแยกทางกัน ยังมีชีวิต สุขภาพแข็งแรง ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 3 ของครอบครัว ผู้ป่วยมีภรรยา 2 คน แยกทางกันกับภรรยาคนแรก ซึ่งมีบุตรสาวด้วยกัน 2 คน บุตรสาวคนโตอายุ 19 ปี แต่งงานแยกครอบครัวแล้วและมีบุตรคนที่ 2 อายุ 14 ปีอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยอยู่กับภรรยาใหม่

เศรษฐกิจ/รายได้ ก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยทำงานรับจ้างขับรถซาเล้งทำสวนชะอม รายได้ 5,000-6,000 บาท/เดือน รายได้บางส่วน ให้มารดา และเลี้ยงดูบุตร หลังเจ็บป่วยไม่มีรายได้ ภรรยาใหม่ ประกอบอาชีพ ขับรถซาเล้งรับจ้างต้องดูแลใกล้ชิด ทำให้ไม่มีรายได้ อาศัยเงินจากบุตรภรรยาใหม่ และพี่น้องของผู้ป่วย คอยให้ความช่วยเหลือ

ที่อยู่อาศัย ปัจจุบันอยู่กับมารดา ลักษณะบ้าน ห่างจากถนน 200 เมตร ลักษณะเป็นบ้านปูนชั้นเดียว ไม่มีทางลาด รถเข็นเข้า - ออกประตูบ้านได้กว้าง 80 เซนติเมตร พื้นปูกระเบื้อง กั้นห้องเป็นสัดส่วน ติดเครื่องปรับอากาศ มีเตียงนอนยืมจาก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงให้ยืม ปรับระดับได้ มีอ่างล้างเครื่องมือ/ล้างมือในห้อง

สังคมและสิ่งแวดล้อม เดิมผู้ป่วยเป็นคนเงิบๆ สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านดี สภาพบ้านเป็นบ้านเดี่ยวในชนบท มีบ้านญาติๆอยู่ใกล้ๆกัน

การสนับสนุนจากสังคมและเครือข่าย มีอาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตอาสา และพยาบาลจากกลุ่มงานพยาบาลชุมชนและแพทย์เวชศาสตร์ชุมชน ให้การ

ดูแลสนับสนุนด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ ให้คำแนะนำหรือลด รับ-ส่ง รวมทั้งเครือข่ายกาชาดจังหวัด ให้การประสานช่วยเหลือในเรื่องเครื่องอุปโภค บริโภค แพมเพอส ต่างๆ เป็นต้น

การวินิจฉัยโรค Traumatic brain injury (Subdural hemorrhage) with left craniectomy and Ventriculoperitoneal shunt

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ญาติวิตกกังวล เรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมอง ระดับความรู้สึกตัว สับสน ไม่สามารถสื่อสารได้ มีอุปกรณ์ ติดตัว ใส่ท่อเจาะคอ ต้องดูแลหยาเป็นระยะให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ และมีแผลกดทับขนาดใหญ่ 2. ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คะแนนประเมิน Barthel index 0/20 คะแนน บ่งชี้ว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างสมบูรณ์ 3. ญาติมีสีหน้าไม่แจ่มใส บอกถึงความรู้สึกไม่มั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน วัตถุประสงค์ 1. ญาติคลายความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2. ญาติมีความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งดูแลอุปกรณ์ติดตัวได้ถูกต้อง	1. พูดคุยกับญาติเพื่อประเมินความต้องการการดูแลวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย นัดหมายให้ญาติฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ติดตามประเมินผลการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย และเตรียมความพร้อมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย 2. วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ หน่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักโภชนาการ ในการวางแผนดูแล/เตรียมพร้อมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ และแผนการรักษาต่อไป การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 3. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน นัดหมายญาติเพื่อเรียนรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคบาดเจ็บสมองและได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะที่ต้องดูแลเป็นพิเศษที่บ้าน ได้แก่ 3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมภายหลังกลับไปอยู่บ้าน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ และการเตรียมอาหารเหลวทางสาย การสังเกตอาการข้างเคียงของยา สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีอาการไข้ เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น 3.2 แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม จัดห้องนอนให้อยู่ชั้นล่างของบ้าน เพื่อความสะดวกและห้องพักควรมีความสว่าง ป้องกันผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุพลัดตกเตียง 3.3 แนะนำการดูแล/ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง และการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ ดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย อวัยวะสืบพันธุ์ ภายหลังผู้ป่วยขับถ่ายขับผิวน้ำให้แห้ง ทาผิวน้ำด้วยวาสลีนบริเวณขาหนีบและก้นกบให้ทั่ว ป้องกันการระคายเคืองของผิวน้ำจากสิ่งขับถ่าย 3.4 จัดทำนอนที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการนอนกดทับแผลผ่าตัดในช่วงแรกหลังผ่าตัด (1 เดือนแรก) ทานสุกอ่อนนุ่ม หมอนใบเล็ก หนุนรองปุ่มกระดูกสะโพก ตาตุ่มเวลาอนตะแคง 3.5 ห้ามเกา หรือแคะสะเก็ดแผลบริเวณศีรษะโดยเฉพาะที่มีท่อระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง เพราะจะทำให้แผลอักเสบเสี่ยงต่อการติดเชื้อ สังเกต

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	อาการผิดปกติจากภาวะติดเชื้อของสายระบายน้ำในโพรงสมอง ได้แก่ มีไข้ แผลผ่าตัดมีอาการอักเสบ บวมแดง ร้อน หรือมีเลือดออก 4. สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่ สาเหตุจากสายระบายน้ำในโพรงสมองระบายน้ำมากเกินไป เช่น มีอาการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะมากเวลาถูกน้ำ มีคลื่นไส้อาเจียน ซึมลง มีแขนขาอ่อนแรงลง มีอาการชักเกร็ง กระตุก เป็นต้น หรือ สาเหตุจากสายระบายน้ำในโพรงสมองไม่ทำงาน เช่น ผู้ป่วยกลับมามีอาการผิดปกติ สับสนมากขึ้น เป็นต้น 5. แนะนำการส่งเสริม ฟันฟูสภาพร่างกายและสมองแก่ผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในด้านการกระตุ้นสมอง ด้านความรู้สึกรู้สึก หนุนพูดคุยกับผู้ป่วยและให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ป่วยทุกครั้งทั้งในเรื่อง วัน เวลา สถานที่ บุคคล หาปฏิทินหรือนาฬิกาไว้ให้มองเห็นชัดเจน บอกขั้นตอนที่จะให้ผู้ป่วยทำโดยใช้คำพูดที่สั้นๆ เข้าใจง่าย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุย ฝึกทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองในเรื่องที่ทำได้อย่างต่อเนื่อง การประเมินผล ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ถูกต้อง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหาร ทางสายยาง การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การฟันฟูสภาพร่างกาย ภาวะสุขภาพปกติ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง
เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากมีเสมหะอุดตัน ข้อมูลสนับสนุน 1. มีเสมหะมาก สีขาว ชุ่ม 2. ใส่ท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) 3. ไม่สามารถไอขับเสมหะได้ 4. ประเมินสภาพทางเดินหายใจ Lungs มีเสียงเสมหะ อัตราหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที 5. ประเมิน oxygen saturation 98 % วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ทางเดินหายใจโล่ง	1. อธิบายญาติในการเฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น โดยประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ประเมินอัตราการหายใจ ชีพจร สีของเล็บ ปลายมือปลายเท้า เยื่อบุผิวหนัง ลักษณะการขีด เพื่อพิจารณาการให้ออกซิเจน จัดท่านอนศีรษะสูง เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น 2. สอนญาติในการประเมินการหายใจ สังเกตนับการหายใจ จับชีพจร เพื่อให้ทราบความรุนแรงของภาวะพร่องออกซิเจน 3. สอนประเมิน oxygen saturation เพื่อวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด วันละ 1 ครั้งหรือมีการหายใจผิดปกติ 4. ทบทวนสอนการดูดเสมหะ เมื่อมีเสมหะเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ใส่สายดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล รวดเร็วแต่ไม่กระแทกมีการเว้นช่วงพักระหว่างการดูดเสมหะ เพื่อลดความเจ็บปวด 5. อธิบายสังเกต อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ท่อเจาะคอหลุด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย มีเลือดออกในท่อเจาะคอ มีไข้ ไอมากเสมหะข้น การประเมินผล ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสียงเสมหะ ลักษณะการหายใจปกติ ไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะ Stridor ไม่มีอาการกระวนกระวาย ไม่มีอาการบวมใต้ลิ้นหรือคาง ปลายมือปลายเท้าไม่มี cyanosis, oxygen sat 97-98 %
เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน 1. มีเสมหะมาก สีขาว ชุ่ม 2. ใส่ท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) วัตถุประสงค์	1. ประเมินการหายใจ สัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิ ลักษณะเสมหะ สีกลิ่น 2. ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย สวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อ 3. ดูดเสมหะอย่างถูกวิธี ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ 4. ดูแลความสะอาด ปากและฟันเข้า-เย็น เพื่อลดการสะสมเชื้อโรคในช่องปาก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ไม่มีการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ	5. ทำแผล รอบท่อเจาะคอวันละ 2 ครั้งหรือทุกครั้งที่มีคราบเสมหะเปื้อน ดูแลให้ผิวหนังรอบๆท่อหลอดลมคอ ให้สะอาด ทำแผลด้วยสำลีชุบน้ำเกลือ (Normal saline) และเช็ดให้แห้ง ใช้ผ้าก๊อสดัดระหว่าง stoma และท่อหลอดลมคอ เพื่อให้ผิวหนังรอบๆแห้งตลอดเวลาและช่วยดูดซับสิ่งขับหลังจาก stoma 6. การทำความสะอาดท่อเจาะคอ เริ่มจากล้างมือให้สะอาด ถอดท่อชั้นในออก ล้างด้วยน้ำยาล้างทำความสะอาดทั่วไป ด้านในและด้านนอก ต้มน้ำเดือดประมาณ 5 นาที และเก็บใส่ภาชนะที่สะอาดผ่านการนึ่งหรือต้ม (ใช้หลัก clean technique) เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านมีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคได้น้อยกว่าในโรงพยาบาล เมื่อเย็น หลังทำแผลท่อเจาะคอ นำท่อกลับไปใส่เหมือนเดิม 7. การเปลี่ยนสายตึงท่อเจาะคอ ให้เปลี่ยนโดยผู้สหายใหม่ก่อน ถึงตัดสายเก่าไม่ให้แน่นหรือหลวมเกินไป โดยใช้ นิ้วมือสอดได้ 1 นิ้วบริเวณใต้สายตึงท่อ หลอดคอกับผิวหนังบริเวณลำคอป้องกันเกิด pressure sore 8. ปรีกษาแพทย์ หู คอ จมูก เพื่อประเมินการนำท่อเจาะค่อออก เมื่อผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ไม่มีเสมหะ 9. สังเกตอาการผิดปกติ ควรมาพบแพทย์ เช่น ท่อเจาะคอหลุด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย มีเลือดออกในท่อเจาะคอ มีไข้ ไอมากเสมหะข้น มีสีเขียว 10. ขณะทำความสะอาดร่างกาย หรือออกไปนอกบ้าน ระวังระวังไม่ให้ น้ำ หรือ สิ่งแปลกปลอม เข้าไปในท่อเจาะคอ การประเมินผล ไม่มีการติดเชื้อของแผลเจาะคอและทางเดินหายใจ ไม่มีอาการปวด บวมแดง บริเวณแผลรอบท่อเจาะคอ เสมหะ สีขาว ออกเล็กน้อย ผู้ป่วยพบแพทย์ที่แผนก หู คอ จมูก และสามารถนำท่อเจาะค่อออกวันที่ 31 มกราคม 2565
เสี่ยงต่อการสำลัก เนื่องจากกลืนลำบาก ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยใส่สายยางให้อาหาร (NG tube) 2. ผู้ป่วยกลืนอาหารทางปากไม่ได้ วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการสำลัก	1. ประเมินสภาพการกลืนของผู้ป่วย 2. สอนและฝึกทักษะการให้อาหารทางสายยาง การจัดเตรียมอาหารที่สะอาด 3. อธิบายการจัดท่าศีรษะสูง 45-60 องศา ก่อนให้อาหารทดสอบว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ โดยดูดดูน้ำย่อย ถ้าได้น้ำย่อยแสดงว่าอยู่ในกระเพาะอาหาร 4. ถ้ามีเสียงเสมหะ ให้ดูดเสมหะก่อนให้อาหาร หากมีการไอ ขณะให้อาหารต้องหยุดให้ทันที สังเกตอาการผิดปกติ 5. ดูแลเปลี่ยนสายยางให้อาหารทุก 1 เดือนหรือเมื่อสกปรก การประเมินผล ญาติสามารถ ให้อาหารทางสายยางได้ถูกต้องเตรียมอาหารได้สะอาดเหมาะสม ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก ได้รับการเปลี่ยนสายยางให้อาหารทุก 1 เดือน
เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลกดทับ ข้อมูลสนับสนุน 1. มีแผลกดทับระดับ 4 ที่ สะโพกซ้าย 10 x 12 = 120 cm² PUSH Tool 13 คะแนน, สะโพกขวา ขนาด 11x10 = 110 cm² PUSH Tool 14 คะแนน และ แผลก้นกบขนาด 12x13 = 156 cm² PUSH Tool 16 คะแนน ลักษณะมีเนื้อตาย สีเหลืองและสีดำเล็กน้อย	1. ประเมินผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนที่รับน้ำหนักที่ถูกกดทับมีรอยขีดข่วนแดง หรือบวม 2. ประเมินสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิ จับชีพจรและวัดความดันโลหิต สังเกตอาการแสดงการติดเชื้อ เช่น มีไข้ อุณหภูมิ T> 38 องศาเซลเซียส P> 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ>20/ นาที รายงานแพทย์และดูแลเช็ดตัวลดไข้ ให้ยาลดไข้ Paracetamol (500 mg.) 1 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมง แนะนำให้มาโรงพยาบาลด่วน เพราะมีสัญญาณการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ วัตถุประสงค์ 1. ไม่มีการติดเชื้อมีแผลกดทับ 2. เพื่อส่งเสริมการหายของแผลกดทับ 3. ไม่เกิดแผลกดทับใหม่	3. ประเมินลักษณะแผล ด้วยแบบประเมินการหายของแผลกดทับ (PUSH TOOL) ประกอบด้วยพื้นที่แผล กว้างยาว สิ่งขับหลัง ลักษณะพื้นแผล ความลึกของแผล 4. แนะนำการดูแลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ล้างมือก่อนและหลังทำแผล 5. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ การทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวลและล้างทำความสะอาดแผลอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยจัดสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ประเมินสิ่งขับหลังถ้ามากเกินไปจะทำให้ ผิวหนังรอบ ๆ แผล เปื่อยยุ่ยเป็นอาหารของแบคทีเรียมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น และให้ความชุ่มชื้นแก่แผล ซึ่งนำไปสู่การหายของแผล ทำแผลด้วยNSS ส่วนแผลที่เนื้อตายสีเหลืองและดำให้ใช้น้ำยาช่วยย่อยสลาย packไว้ 15 นาที ล้างด้วย NSS และให้ความชุ่มชื้น Pack ผ้าก๊อสนุ่มน้ำเกลือหมาดๆ ปิดไว้ ดูแลทำแผลอย่างถูกวิธี 6. ดูแลสภาพผิวหนังไม่ให้เปื่อยขึ้น จากการสัมผัสอาจจะทำให้เพิ่มความเป็นกรดต่าง บริเวณผิวหนังทำให้ระคายเคืองด้านเชื้อโรคลดลงเพื่อลดการสัมผัสเชื้อโรค ได้แก่ ทำความสะอาดทันทีหลังขับถ่ายหรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาที เลือกใช้สบู่เหลวสำหรับทารกซึ่งมีค่าความเป็นกรด-ด่างอยู่ในช่วง 5.2-5.5 ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยมีผลต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนังและใช้โคลด์ครีม (Cold cream) กรณีสภาพแห้ง ช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง ระมัดระวังไม่ให้อุจจาระหรือปัสสาวะสัมผัสกับแผล หากปนเปื้อนต้องทำแผลใหม่ทุกครั้ง 7. สอนการป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสีและแรงเฉือน โดยดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตการจัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 มีหมอนคั่นระหว่างเข่าทั้ง 2 ข้าง พร้อมกับยกข้อพับเข่าไม่เกิน 45 องศาและส้นเท้าลอย ส่วนการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายโดยให้เอียงเช่น ท่านอน ต้องจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา กับแนวระนาบซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดชนิดมีการเคลื่อนที่ของลมและชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลม (ที่นอนโฟม) สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ 8. แนะนำญาติใช้ผ้าขาวเตี๋ยป้องกันผิวหนังของผู้ป่วยเสียดสีกับที่นอน และให้มีคนช่วยเปลี่ยนท่าหลีกเลี่ยง การลากดึง 9. การดูแลภาวะโภชนาการส่งเสริมการหายของแผลเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน ได้แก่ ไข่หรือเนื้อสัตว์ในอาหาร 10. ให้ Feed น้ำระหว่างมื้อ จะช่วยในการคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือดและส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิวหนังซึ่งควรได้รับน้ำอย่างน้อย 1,000 มิลลิลิตรต่อวันหากไม่มีข้อจำกัด 11. ติดตามความก้าวหน้าของแผลกดทับ โดยสอนให้ญาติประเมินแผล และบันทึกรูปภาพส่งทาง LINE ให้พยาบาลทราบทุกสัปดาห์หรือสังเกตว่าแผลมีความผิดปกติ เช่น มีหนอง มีเนื้อตายเพิ่มขึ้น 12. สนับสนุนอุปกรณ์ทำแผล ผ้าก๊อส สำลี น้ำยาล้างแผลและวัสดุปิดแผล จากโรงพยาบาล ทุกเดือนสำหรับอุปกรณ์ set ทำแผล ให้เบิกจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
แผลกดทับแดงดีแต่ยังไม่เป็นหนอง ไม่มีเนื้อตาย ไม่มีกลิ่นเหม็น ขนาดแผลเท่าเดิม ทุกตำแหน่ง อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียสไม่พบแผลกดทับเพิ่มขึ้น ญาติมีความรู้ ความเข้าใจในการทำแผลที่ถูกต้อง มีการส่งภาพแผลให้พยาบาล ทราบเป็นระยะ แผลมีขนาดเล็กลงในสัปดาห์ที่ 4-6 และค่อยๆ เล็กลงตามลำดับ มีการทำแผล pack ด้วย Hydro gel ตาม แผนการรักษา	
เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะเนื่องจาก คาสายสวนปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน 1. คาสายสวนปัสสาวะ 2. ปัสสาวะอุดตัน ไหลไม่สะดวก บางครั้งพบปัสสาวะรั่วซึม วัตถุประสงค์ ไม่มีการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ	1. ลดปัจจัยเสี่ยงบริเวณที่สอดใส่สายต่าง ๆ เข้าร่างกาย โดยยึดหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดทุกกระบวนการ 2. ดูแลให้ทางเดินปัสสาวะไหลสะดวกอยู่ในระบบปิด และอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะป้องกันการไหลย้อนกลับตรวจดูให้ปัสสาวะไหลลงถุงรองรับปัสสาวะได้สะดวก ดูแลมิให้สายระบายปัสสาวะเกิดการอุดตัน อย่าให้ท่อหักพับงอ และให้ถุงรองรับปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ และในทิศทางตั้งฉากกับพื้น เพื่อป้องกันปัสสาวะไหลย้อนกลับ โดยถุงรองรับปัสสาวะไม่วางติดพื้น 3. การสวนปัสสาวะเลือกขนาดสายสวนปัสสาวะให้เหมาะสมเพศชาย มีขนาด No. 16 เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยทุก 1 เดือน 4. ตรวจอุณหภูมิของร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง 5. แนะนำญาติประเมินอาการแสดง มีไข้ ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน สังเกตปริมาณของปัสสาวะที่ออกมา หากพบผิดปกติ รายงานให้พยาบาลทราบเพื่อปรึกษาแพทย์ต่อไป 6. ก่อนและหลังให้การดูแลผู้ป่วย จะต้องล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง 7. ป้องกันการเคลื่อนของสายสวนปัสสาวะ โดยเฉพาะการเคลื่อนเข้า-ออกของสายสวนปัสสาวะ ตรึงสายสวนปัสสาวะ โดยปิดพลาสติกบริเวณหัวเหวน 8. แนะนำให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและน้ำสบู่โดยเฉพาะบริเวณปลายเปิดที่ต่อกับท่อปัสสาวะและซับให้แห้งอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือเมื่อเปื้อนสกปรก 9. ก่อนและหลังเทปัสสาวะให้ล้างมือทุกครั้งเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และเมื่อมีการดูแลผู้ป่วย ควรเทปัสสาวะเมื่อมีปริมาณปัสสาวะมากกว่า 2 ใน 3 ของถุง เช็ด 70% Alcohol ที่ข้อต่อ ก่อน-หลังเทปัสสาวะทุกครั้ง และเทปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะทุกๆ 8 ชม. 10. แนะนำให้รับน้ำ ระหว่างมื้อ อย่างน้อย 1,000 ml/วัน เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก 11. พิจารณารูปแบบการสวนปัสสาวะ เช่น Condom ต่อ Urine Bag หรือสายสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (Intermittent catheterization แทนการคาสายสวนปัสสาวะ) การประเมินผล ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะไหลสะดวก สีปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน ไม่ขุ่น ได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะเปลี่ยนเป็นถุงยางอนามัยต่อ Urine Bag แทน ประมาณ 2 เดือน หลังจำหน่าย เนื่องจากพบปัญหาหัวรั่วซึมบ่อย
เสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก จาก การนอนนาน ข้อมูลสนับสนุน 1. หายใจหอบอัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที	1. สอนการจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อป้องกันการไหลย้อนของอาหาร จะช่วยให้อาหารจากกระเพาะอาหารไหลผ่านไปยัง Pylorus ได้ง่าย 2. ดูแลเสมหะให้โล่งโดยเฉพาะบริเวณ Oropharynx ในผู้ป่วยใส่คอท่อ Tracheostomy Tube

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. ใส่ท่อเจาะคอ (tracheostomy tube) 3. หัวใจเต้นเร็ว ความดันเลือดต่ำ ชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/64 มิลลิเมตรปรอท วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก	3. สอนการดูแลผู้ป่วยให้อาหารทางสายยาง โดย 3.1 จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนศีรษะสูง 45 องศา ตลอดเวลาเพื่อป้องกันการเกิด Gastric reflux 3.2 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูงขณะที่ให้อาหารและหลังให้อาหาร 3.3 ตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหาร โดยการฟัง โดยเฉพาะก่อนให้อาหารหรือหลังจากการเปลี่ยน ท่า การดูดเสมหะ การไอ หรืออาเจียน เป็นต้น 3.4 ดูแลปริมาณสารอาหารที่ตกค้างในกระเพาะอาหารก่อนให้อาหารทุกครั้งและถ้าพบว่ามีเศษอาหาร ตกค้างอยู่ในกระเพาะอาหารมากกว่า 100-150 ml ในการให้อาหารเป็นครั้งๆ ให้เลื่อนการให้อาหารออกไปอีก 1 ชั่วโมง การประเมินผล ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.0 องศาเซลเซียส ฟังเสียงปอดปกติ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาอ่อนแรง และมีกล้ามเนื้อเกร็งทั้ง 2 ข้างเกร็ง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยลุกเดินช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง การรับรู้ต่อความเจ็บปวด อุณหภูมิการสัมผัส การเคลื่อนไหวของข้อกล้ามเนื้อที่ขาขวาลดลง 2. ประเมิน Motor power แขน ข้างซ้าย เกรด 4 ขาซ้าย เกรด 3 และแขนและขาข้างขวาเกรด 1 มีเกร็งกล้ามเนื้อทั้ง 2 ข้าง 3. รับประทาน Baclofen 10 mg. 1 tab เข้า ac. and hs วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อโดยให้ญาติช่วยทำ (Passive exercise) ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ ไม่มีข้อยึดติด	1. ประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อวางแผนกับทีมสุขภาพและญาติในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ให้ความช่วยเหลือในการทำกายภาพบำบัด 2. ร่วมกับนักกายภาพบำบัด สอนญาติผู้ป่วยให้ออกกำลังกายแบบ Passive exercise, Range of motion และ Stretching ข้อต่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 15 - 20 นาที 3. จัดให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง 4. ดูแลให้ยา Baclofen 10 mg. 1 tab เข้า ac. and hs. เพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ตามแผนการรักษาสังเกตอาการข้างเคียงของยาเช่นง่วงซึมผิดปกติ ปริกาแพทย์ 5. ดูแลและจัดทำท่าของร่างกายของผู้ป่วย โดยให้ศีรษะ ข้อไหล่ ข้อสะโพก และข้อต่างๆ ในท่าที่ถูกต้อง เหมาะสม แนะนำและจัดทำไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับร่างกายข้างที่อ่อนแรงแนน ๆ 6. สอนผู้ป่วยและญาติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น หรือจากรถเข็นไปเตียง การประเมินผล สามารถยับยั้งแขนขาขวาได้เล็กน้อย และเริ่มมีแรงมากขึ้น นักกายภาพบำบัด สอนญาติช่วยทำ Passive exercise, Range of motion ให้ผู้ป่วยที่เตียงได้ถูกต้อง ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม ไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ อาการเกร็งลดลง
มีโอกาสเกิดขาดสารน้ำและอาหาร ข้อมูลสนับสนุน 1. มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รูปร่างผอม ริมฝีปากแห้ง 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Albumin 2.8 g/dl (3.8-5.5), Hemoglobin 7.3 g/dl (12-18), HCT 22% (36-54) 3. ใส่สายยางให้อาหาร	1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร Feed Blenda® 350 ml x 4 มื้อ เสริมโซววันละ 2 ฟอง ตามด้วยน้ำ 50 ml/มื้อ อย่างครบถ้วนตามแผนการรักษาของแพทย์ 2. ให้น้ำระหว่มื้อ รวมประมาณ 1,000 ml/วัน 3. สังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor) ริมฝีปาก และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) สัญญาณชีพระดับความรู้สึกตัว 4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อแพทย์นัดมาตรวจซ้ำ การประเมินผล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร	ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ความยืดหยุ่นของผิวหนัง (skin turgor) เท่าเดิม ริมฝีปากแห้งเล็กน้อย สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ หายใจปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม ในแต่ละสัปดาห์ BMI ปกติ (18.5-25.0) ระดับอัลบูมินในเลือด > 3 กรัม ค่า Hb 9 g/dl Hct 30% หรือปกติ
ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อของท่อระบายน้ำในโพรงสมอง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะมีน้ำคั่งในโพรงสมองและได้รับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำออกที่ช่องท้อง (Ventriculoperitoneal shunt) วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อของท่อระบายน้ำในโพรงสมองออกทางช่องท้อง	1. ประเมินลักษณะการอักเสบติดเชื้อของผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดที่ศีรษะและหน้าท้อง ผิวหนังบริเวณที่มีการสอดท่อระบายน้ำ ได้แก่ มีลักษณะบวมแดงร้อน มีเลือด/หนองซึมที่แผลผ่าตัดหรือบริเวณผิวหนังที่มีการสอดท่อระบายน้ำจากโพรงสมอง 2. ดูแลความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยและบริเวณรอยแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาด โดยใช้หลักการปราศจากเชื้อ แนะนำให้ญาติควรระวังไม่ให้ผู้ป่วยแคะเกา ผิวหนังบริเวณแผลผ่าตัดหรือบริเวณที่สอดท่อระบายน้ำในโพรงสมองโดยเด็ดขาด ดูแลทาโลชั่น บริเวณผิวหนังป้องกันผิวแห้ง 3. ติดตามประเมินอุณหภูมิร่างกาย เมื่อสังเกตว่ามีไข้ 4. สังเกต ติดตามอาการแสดงบ่งชี้ภาวะติดเชื้อของท่อระบายน้ำในโพรงสมอง ได้แก่ มีไข้สูง ปวดศีรษะบ่อยขึ้นปวดตึงต้นคอ เวลาก้มคางชิดคอรอบๆผิวหนังบริเวณ แผลผ่าตัดเดิม มีอาการอักเสบ บวม แดง แนะนำญาติ สังเกตอาการผิดปกติหากมีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันที การประเมินผล หลังจำหน่ายภายใน 6 เดือน ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 ถึง 37.3 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการปวดตึงต้นคอผิดปกติ บริเวณผิวหนังรอยแผลผ่าตัดที่ศีรษะและหน้าท้องแห้งดี ไม่มี discharge ซึม บริเวณผิวหนังที่มีการสอดใส่ ท่อระบายน้ำปกติดี ไม่พบลักษณะบวม แดง ร้อนและการอักเสบ หรือเกิดเป็นแผลเปิด ไม่มี discharge ซึมผิดปกติ
ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะท่อระบายน้ำในโพรงสมองมีการระบายน้ำในโพรงสมองและไขสันหลังมากเกินไป ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด มีโอกาสเกิดการระบายน้ำในโพรงสมอง และไขสันหลังมากขึ้นกว่าเดิมจากการใส่ท่อระบายน้ำในโพรงสมองเพื่อการรักษาภาวะน้ำคั่งในโพรงสมอง วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท่อระบายน้ำในโพรงสมองมีการระบายน้ำในโพรงสมองและไขสันหลังมากเกินไป	1. ประเมิน ติดตามระดับความรู้สึกตัว ประเมินทางระบบประสาท (GCS) สังเกตอาการแสดงที่บ่งชี้การเกิดภาวะ shunt over drainage ได้แก่ มีอาการปวดศีรษะมากเวลาลุกนั่ง เวลาลุกนั่ง ชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออกมากและคลื่นไส้ 2. ติดตามสังเกตอาการแสดงที่บ่งชี้การเกิดภาวะ shunt over drainage ค่อยๆปรับระดับหัวเตียงสูง 45 องศา และค่อยๆปรับระดับขึ้นให้นั่งบนเตียงประมาณ 15 นาทีในช่วงตอนกลางวัน ติดตามสอบถามอาการผิดปกติขณะผู้ป่วยลุกนั่ง 3. Feed น้ำอย่างน้อยวันละ 1,000 ml 4. แนะนำญาติเฝ้าระวัง ติดตาม สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีอาการปวดศีรษะมาก เวลาจัดท่า เวลาลุกนั่ง คอยสังเกตสีหน้า ผู้ป่วยพยายามสื่อสารสอบถามความรู้สึก การตอบสนองแสดงออกทางสีหน้า แววตาของผู้ป่วย และถ้ามีอาการคลื่นไส้ หากพบอาการดังกล่าว ดูแลให้ผู้ปวยนอนราบที่เตียงและให้แจ้งพยาบาลทันที การประเมินผล หลังติดตามเยี่ยม 6 เดือน ติดตามสอบถามอาการจากญาติ ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะ shunt over drainage มีระดับความรู้สึกตัวคงเดิม E4V1M5 (GCS 10 คะแนน) กำลังแขนขาข้างซ้ายเท่าเดิมเกรด 4 สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถปรับระดับเตียงให้ลุกนั่งเวลาทำกิจกรรมบนเตียงได้ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ต้องการคุ้มครองภาวะสุขภาพและพิทักษ์สิทธิข้อมูลส่วนบุคคล 1. ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังเจ็บป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล นานประมาณ 7 เดือน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 2. มีอุปกรณ์ติดตัวได้แก่ท่อเจาะคอ สายสวนปัสสาวะ สายยางให้อาหาร มีแผลกดทับ 3. ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้พิการ 4. รายได้น้อย หลังเจ็บป่วยขาดรายได้ ภรรยาต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทางครอบครัว รายได้ประมาณ 3,000 บาท/ เดือน (รายได้ของมารดาผู้ป่วยรับจ้าง) 5. ในพื้นที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยไม่ได้เข้าโครงการ Long term care ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้ เข้าถึงบริการด้านแพมเพสหรือรถรับบริการชุมชน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับการคุ้มครองภาวะสุขภาพและการพิทักษ์สิทธิ	1. แนะนำจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมประสานจัดเตรียม เตียง ที่นอนลม 2. แนะนำการแยกขยะติดเชื้อ ให้นำส่งที่รพ.สต.ใกล้บ้าน แนะนำป้องกันการติดเชื้อในชุมชน 3. ดูแลป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บและความพิการ โดยให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพตามแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 4. ประสานให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชนและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น การดูแลจากทีมหมอครอบครัวในพื้นที่ อสม. พยาบาลรพ.สต. หรือองค์กรภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น จิตอาสา เป็นต้น ในการสนับสนุนส่วนตัว เช่น แพมเพส เงินช่วยเหลือและเครื่องอุปโภคบริโภค หรือรถรับ-ส่งในการรับบริการสาธารณสุข 5. ประสานขอใบรับรองแพทย์เพื่อได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการและได้รับสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น 6. ญาติขอรับสิทธิในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และต้องการการดูแลแบบระยะยาวในชุมชน และรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลตามแพทย์นัด การประเมินผล มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัย มีห้องแยกเป็นสัดส่วน มีเตียงปรับระดับพร้อมราวกันเตียง มีการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชนที่เหมาะสม ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพจากทีมสหวิชาชีพตามแผนติดตามเยี่ยม อย่างต่อเนื่อง มีระบบรับคำปรึกษาดัวยระบบพยาบาลทางไกล ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากชุมชนและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน ทีมหมอครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ในการสนับสนุน เงินช่วยเหลือและเครื่องอุปโภค บริโภคจากกาชาดจังหวัดหรือการสนับสนุนรถรับส่งจากจิตอาสาในพื้นที่ ได้รับสนับสนุนอุปกรณ์ทำแผลจากโรงพยาบาลทุกเดือน ได้รับการขึ้นทะเบียนผู้พิการและได้รับสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นเช่นรถเข็นนั่ง ขอรับเงินสวัสดิการเดือนละ 800 บาท ญาติตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลโดยไม่ขอรับการผ่าตัดปิดกะโหลกเนื่องจากกลัวภาวะแทรกซ้อนและร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อม
ระยะสิ้นสุดการเยี่ยม	ได้ประเมินความสามารถทางด้านร่างกายของผู้ป่วยอีกครั้ง และทบทวนความรู้ที่ให้แก่ภรรยา และรับปากว่าจะปฏิบัติต่อเนื่อง แจ้งว่านักกายภาพจะมาให้ทุก 1 เดือน หลังจากนั้นจะเป็นผู้ดูแลในชุมชน อสม. Care giver มาดูแลต่อเนื่องเป็นระยะ ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมจำนวน 4 ครั้ง ญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ถูกต้อง ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหาร ทางสายยาง การทำแผล การดูแลท่อเจาะคอ การส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้กับผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพร่างกายกายภาพบำบัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง

อภิปรายผล

1. งานการพยาบาลชุมชนเป็นงานที่ต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพราะการบาดเจ็บสมอง มีความบกพร่องด้านร่างกาย ความจำ และสติปัญญา และอุปกรณ์ต่าง ๆ ติดตัว มีความ

ซับซ้อนในการดูแล เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเช่นการติดเชื้อ อาจทำให้เสียชีวิตได้

2. ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้ลำพังต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลอย่างสมบูรณ์ พยาบาลต้องใช้ทักษะการเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจแก่ญาติในการดูแลต้องใช้ทักษะ ความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ ทำ

ให้สามารถประเมินสภาพผู้ป่วย สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการได้ถูกต้อง รวดเร็ว รวมทั้งวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้

3. การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายล่วงหน้าเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของบุคลากรทีมสุขภาพทุกคนที่เกี่ยวข้อง เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปรับตัวกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มต้นทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล ควรให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ญาติผู้ดูแล พยาบาลจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามแผน ให้สอดคล้องกับระยะการดำเนินของโรคหรือความเปลี่ยนแปลง ประเมินศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

4. การประสานส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ต้องรวดเร็วมีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาเทคโนโลยีให้เหมาะสมเช่นโปรแกรม Smart COC ระบบให้คำปรึกษาทางไกล เป็นต้น มีการพัฒนา

ศักยภาพบุคลากรในชุมชนให้มีความพร้อมในการดูแลตลอดจนการพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติต้องทันสมัย รวมทั้งมีระบบสนับสนุนในด้านระบบการให้คำปรึกษาจาก ทีมสหสาขาวิชาชีพ

ข้อเสนอแนะ

1. รณรงค์นโยบายสาธารณะ การเข้าถึงปลอดภัย สวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์
2. งดการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดในขณะที่ขับขี่หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร
3. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในที่มืด หรือจุดเสี่ยงหรือเวลายามวิกาล
4. ในชุมชน ควรติดตั้งไฟทาง สัญญาณจราจรป้ายเตือน การเคารพกฎจราจรโดยเคร่งครัด
5. ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย ควรได้รับการอบรม พื้นฟูวิชาการอย่างทันสมัยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์สม่ำเสมอ เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). รูปแบบในการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแล. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิชย์.
2. กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2565 กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. อักษรกราฟฟิกแอนด์ ดีไซน์
3. ภัณฑิลา ภูมิจิต, ยุพาพร จิตตะสุสุโท และ ชุตติมา ปัญญาประดิษฐ์. (2565). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน; 28(1): 1-13.
4. ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริม การควบคุมโรค. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 26 (Suppl. 1): 117-127.
5. ธิดา ธรรมรักษา, บุญผาลาภทวี, อมรพลกันเลิศ. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการบาดเจ็บในผู้ประสบอุบัติเหตุจราจร ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 1(1): 13-25.
6. นครชัย เผื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury). พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
7. ปาณิสรา บุญยรัตกลิน. (2561). การดูแลระยะยาวกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย; 11(1): 47-59.
8. เพ็ญญา จายวรรณ, พิกุล นันทชัยพันธ์, และฉวีวรรณ ธงชัย. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. พยาบาลสาร; 43(1): 95-106.

- 9.วิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, กรมการ แพทย์
กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, กรมแพทย์ ทหารบก,กรม
แพทย์ทหารอากาศและสำนักงานคณะ กรรมการการอุดมศึกษา. (2556). แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมอง
บาดเจ็บ(Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury). บริษัทธนเพรส จำกัด.
- 10.สมสมัย รัตนกริฑากุล, สุริย์รัตน์ ธนาภิจ, นิสากร กรุงไกรเพชรและอริสรา ฤทธิงาม. (2561). การพัฒนาระบบการ
ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน: กรณีศึกษานวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัด
ตราด. วารสารวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 26(1): 1-9.
- 11.สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2.
สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- 12.อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวลัย พรหมที, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, และอรไท โพธิ์ไชยแสน.
(2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 29(3): 126-138.
- 13.Brain Trauma Foundation [BTF]. (2007). Guidelines for the management of severe traumatic brain
injury 3rd edition. J Neurotrauma; 24(1): 1-95.
- 14.Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2017). Traumatic brain injury & concussion.
<http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/data/index.html>.
- 15.Haring RS, Narang K, Canner JK, Asemota AO, George BP, Selvarajah S, et al. (2015). Survival of
Patients with Traumatic Brain Injury in Khon Kaen Hospital During 2008-2018. KKU Research
Journal (Graduate Studies). 21(3). 139-150.
- 16.Lewis, S., Bucher, L., Heitkemper, M., & Harding, M. (2017). Medical-surgical nursing: Assessment and
management of clinical problems (10th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.
- 17.Timby, B. K., & Smith, N. E. (2014). Introductory medical-surgical nursing (11st ed.). Philadelphia:
Lippincott Williams & Wilkins.

**การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์
อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์**
**Promotion of waste management behaviors in the community of community leaders
according to the 3R principles of Phu Sing Subdistrict, Sahatsakhan District Kalasin
Province.**

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

อนันต์ ปุรินทะ¹
Anunt Purinta¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R และการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน มกราคม 2565 ถึง เดือนเมษายน 2565 รวม 4 เดือน เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนในการจัดการขยะ ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ไม่มีความแตกต่างกันและพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการจัดการขยะ แกนนำชุมชน หลัก 3 R

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the waste management behavior in the community of the community leaders according to the 3R principles and the promotion of community waste management behaviors of the community leaders according to the 3R principles, Phu Sing Subdistrict, Sahatsakhan District. Kalasin Province. The duration of the study was between January 2022 to April 2022, totaling 4 months. Sample size were 90 community leaders in surveillance for waste management , Phu Sing Subdistrict, Sahatsakhan,

¹ ตำบลภูสิงห์

Kalasin Province. Data were collected from questionnaires. Data analysis by Content Analysis: Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and Dependent t – test.

The results of the study showed that the level of waste management behavior in the community of the community leaders according to the 3R principle in Phu Sing Sub-district, Sahatsakhan District Kalasin Province after operation The overall and individual aspects were at a very appropriate level. Kalasin Province between different positions, namely community leaders, community leaders, village health volunteers and people's representatives found that there was no difference. Community Waste Management Behaviors of Community Leaders According to 3 R Principles, Phu Sing Subdistrict, Sahatsakhan District Kalasin Province between different positions, namely community leaders, community leaders, village health volunteers and public representatives before and after the activity was found to be significantly different at the .05 level. have a higher mean score than before the implementation

Keywords: waste management behavior, community leaders, 3 R principles

บทนำ

ปัญหาขยะในปัจจุบันเริ่มได้รับความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากขยะเป็นสาเหตุอันก่อให้เกิดมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนและสิ่งแวดล้อมในหลายๆ ด้านหากมีการจัดการที่ไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ขยะก็จะกลายเป็นแหล่งปล่อยมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นมลพิษทางอากาศจากการเผาขยะ มลพิษทางน้ำจากการทิ้งขยะลงแหล่งน้ำและน้ำชะขยะ เป็นแหล่งเพาะพันธุ์เชื้อโรคและพาหะนำโรคทำลายทัศนียภาพและที่สำคัญที่สุดขยะ ยังเป็นสาเหตุก่อให้เกิดภาวะโลกร้อน¹

สำหรับประเทศไทย ปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2558 ประมาณ 26.85 ล้านตัน หรือ 73,560 ตันต่อวัน เป็นขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร 4.19 ล้านตัน (ร้อยละ 16) และเกิดขึ้นในจังหวัดต่างๆ (76 จังหวัด) อีก 22.66 ล้านตัน (ร้อยละ 84) โดยมีจังหวัดที่มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นต่อวันมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร (11,500 ตันต่อวัน) ชลบุรี (2,487 ตันต่อวัน) นครราชสีมา (2,293 ตันต่อวัน) สมุทรปราการ(2,049 ตันต่อวัน) และขอนแก่น (1,870 ตันต่อวัน) โดยมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยต่อคนเพิ่มขึ้นจาก 1.11 เป็น 1.13 กิโลกรัมต่อ คนต่อวัน¹

การจัดขยะมูลฝอยชุมชนควรพิจารณาดำเนินการตามลำดับขั้นของการจัดการขยะที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยลำดับแรกเริ่มจากการหาทางลดปริมาณขยะและการใช้ซ้ำเพื่อไม่ให้เกิดขยะ จากนั้นพิจารณานำวัสดุในขยะที่ทิ้งจากชุมชนมารีไซเคิล หรือหมักทำปุ๋ย ในส่วนของขยะที่ไม่สามารถรีไซเคิลควรนำไปเข้ากระบวนการเปลี่ยนขยะให้เป็นพลังงาน ขยะที่ไม่สามารถบำบัดด้วยวิธีการดังกล่าวได้และขยะที่เหลือจากกระบวนการต่างๆนำไปฝังกลบกระบวนการเหล่านี้นอกจากจะเป็นวิธีการลดการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ แล้วยังช่วยลดการใช้พลังงาน ลดพื้นที่ฝังกลบและลดปริมาณมลพิษด้วย แนวคิด Zero waste หรือขยะเหลือศูนย์ เป็นปรัชญาที่ส่งเสริมการหมุนเวียนทรัพยากรกลับมาใช้ใหม่เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ลดปริมาณขยะที่เกิดขึ้นให้น้อยที่สุดโดยใช้หลักการของ 3Rs (Reduce, Reuse, Recycle) รวมทั้งการออกแบบผลิตภัณฑ์ให้สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้เกือบทั้งหมด เพื่อเป็นการลดปริมาณของเสียที่ส่งไปกำจัดโดยวิธีการฝังกลบและ/หรือเผา ทำลายให้มีปริมาณน้อยที่สุด¹

ตำบลภูสิงห์ เป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาเรื่องขยะมูลฝอยเช่นเดียวกับเมืองต่างๆ ซึ่งมีประชาชนร้องเรียนการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ และ

ประกอบกับการเพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นของประชากร ส่งผลให้ปริมาณขยะมีปริมาณสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว การจัดการการควบคุมขยะมูลฝอยยังมีปัญหาอย่างมาก ได้แก่ ด้านการจัดเก็บขยะไม่ทันเกิดขยะตกค้าง ทำให้เกิดปัญหามลพิษจากขยะเนื่องจากทางตำบลภูสิงห์ มีรถเก็บขยะคันเดียว ซึ่งบรรจุขยะได้ประมาณ 5 ลูกบาศก์เมตร ในพื้นที่รับผิดชอบเข้าเก็บขยะในพื้นที่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และปัญหาที่สำคัญอีกอย่างคือ รถเก็บขยะมักจะเสียอยู่บ่อยๆ ทำให้การเก็บขยะไม่สามารถทำได้ จึงทำให้เกิดมูลฝอยล้นในชุมชน (องค์การบริหารส่วนตำบลภูสิงห์, 2557: 11-12)

จากความสำคัญและความจำเป็นของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษา มีความสนใจศึกษาพฤติกรรมที่มีผลต่อการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ของตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชนของตำบลภูสิงห์ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชนตามหลัก 3 R ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาใน

การศึกษา ระหว่าง เดือน มกราคม 2565 ถึง เดือน เมษายน 2565 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน 5 คน รวม 10 คนต่อหมู่บ้าน จำนวน 9 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 90 คน

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 85/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1. การสะท้อนสถานการณ์ โดยการบรรยาย
2. แนวคิดการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ประกอบด้วย Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และ Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่) โดยการบรรยาย
3. การฝึกปฏิบัติการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ได้แก่ ขยะย่อยสลาย (Compostable waste) หรือ ขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล (Recyclable waste) ขยะอันตราย (Hazardous waste) และขยะทั่วไป (General waste) คือ ขยะประเภทอื่นนอกเหนือจากขยะย่อยสลาย ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย มีลักษณะที่ย่อยสลายยากและไม่คุ้มค่าสำหรับการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ

4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง
1.00 – 1.80	มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ได้ ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .738

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน

และหลังดำเนินการ F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน

ผลการศึกษา

1. ระดับการพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการพบว่า โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ พอใช้ และพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การสะท้อนสถานการณ์ การเสนอแนวคิดการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ประกอบด้วย Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และ Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่) การฝึกปฏิบัติการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน

3. ระดับการพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหพันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1) และพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน (F – test ด้วยเทคนิค One way ANOVA)

source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p - value
Between Groups	.006	2	.003	.115	.891
Within Groups	2.182	87	.025		
Total	2.187	89			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
พฤติกรรม	2.95	0.25	4.45	0.18	89	-52.386	.000	-1.56184	-1.44769

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ระดับการพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก พฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันและพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ตำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างตำแหน่งที่ต่างกัน ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สอนอง อรุณศรี ธนิตา ผาติเสนะ (2564)⁶ ได้ศึกษาการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพและแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะ บ้านปราสาทอำเภวยาดาบเมืองฝ้าย อำเภอนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลวิจัยพบว่า สถานการณ์การจัดการปัญหาขยะในชุมชน ก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีการแยกขยะ ใช้วิธีการกำจัดขยะโดยการรวมขยะแล้วเผา หลังการเข้าร่วมกระบวนการ พบว่า แกนนำครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความตระหนัก และการมีส่วนร่วมใน

การจัดการขยะสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้เนื่องจาก การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ต่ำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การสะท้อนสถานการณ์ การเสนอแนวคิดการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ประกอบด้วย Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และ Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่) การฝึกปฏิบัติการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน เป็นไปตามแนวคิดการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน^{1,5} สอดคล้องกันกับการศึกษาของสอดคล้องกันกับการศึกษาของ นฤนาท ยืนยง และ พิชชานาถ เงินดีเจริญ.(2565)⁹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลสาพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับน้อย ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด และ ด้านการมีส่วนร่วมตรวจสอบและการประเมินผล อยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ พระมหานรินทร์ ปริบุญโณ (เชียงกา) (2562)⁴ พบว่า ประชาชนในชุมชนทุ่งลูกนกได้เข้ามามีส่วนรวมในการพัฒนาชุมชนในการจัดการขยะโดยภาพรวมในด้านต่างๆ เป็นอย่างมาก เริ่มตั้งแต่ร่วมค้นหาปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และแนวทางต่างๆ ที่อาจนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาของการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการขยะมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เกิดจากการรวมกลุ่มความต้องการที่มาจากพื้นฐานความต้องการของคนในชุมชน ด้วยมีการแลกเปลี่ยน รับรู้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ โดยมีการประชุมในระดับหมู่บ้าน ชุมชน เป็นประจำ เพราะข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากประชาชน จะสะท้อนให้เห็น

ความต้องการและการให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้น จึงทำให้ผลประโยชน์ที่จะได้รับจากกิจกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนต่อคนในชุมชนเป็นอย่างมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของนฤนาท ยืนยง และ พิชชานาถ เงินดีเจริญ.(2565)⁹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลสาพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับน้อย (เฉลี่ย = 2.36, S.D.= 0.86) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 2.72, S.D.= 0.89) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 3.09, S.D.= 0.84) และ ด้านการมีส่วนร่วมตรวจสอบและการประเมินผล อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 2.51, S.D.= 0.83) ประชาชนมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาขยะมูลฝอยในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอย พบว่ารับรู้ข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุดด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย โดยรวมอยู่ในระดับมาก การศึกษาแนวทางในการบริหารจัดการขยะให้กับองค์การบริหารส่วนตำบลสาพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ควรสร้างจิตสำนึกในการจัดการขยะของประชาชนในชุมชน และการจัดหาสถานที่กำจัดขยะที่มีความเหมาะสมห่างไกลจากชุมชนและถูกหลักสุขาภิบาล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ต่ำบลภูสิงห์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรประกอบด้วย การสะท้อนสถานการณ์ การเสนอแนวคิดการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ประกอบด้วย Reduce ลด (คิดก่อนใช้) Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก) และ Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่) การฝึกปฏิบัติการจัดการขยะใน

ชุมชนของแกนนำชุมชน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่าง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และตัวแทนประชาชน

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการขยะในชุมชนของแกนนำชุมชน ตามหลัก 3 R ควรขยายผลไปในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เป็นชุมชนปลอดขยะต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). คู่มือชุมชนปลอดขยะ ZERO WASTE. กองส่งเสริมและเผยแพร่ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 2.ประพนธ์ ผาสุยัต. 2548. การจัดการความรู้ ฉบับมือใหม่หัดขับ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไยไหม.
- 3.อำนาจ เดชชัยศรี, ดร.และคณะ. (2539). กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ศาสนา.
- 4.พระมหานิพนธ์ ปรีบุญโญ (เชียงกา). (2562). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะของชุมชน ตำบลทุ่งลูกนก อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2562 135-50.
- 5.กรมควบคุมมลพิษ (2561). คู่มือปฏิบัติการ 3 ใช้ (3R) เพื่อจัดการขยะชุมชน.
<http://www.pcd.go.th/file/06-09-61/16.pdf>
- 6.สนอง อรุณศรี ธนิตา ผาติเสนะ (2564). การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพและแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะ บ้านปราสาทอำนาจ ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารชุมชนวิจัย ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2564) 252 - 63
- 7.เบญจพรรณ สุวรรณท้าว.(2559). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การบริหารส่วนตำบลนาเลิง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด. ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มิถุนายน 2559 212 - 38
- 8.คณิต เรืองขจร, เฉลิมพงษ์ จันทรสุธา, วุฒิวัฒน์ อนันต์พัฒน์ และ ไพรัตน์ จันทรฉาย.(2564). การมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชน กรณีศึกษา ชุมชนวัดท่าเกษม ตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. Journal of Modern Learning Development. ปีที่ 6 ฉบับที่ 5 ประจำเดือนกันยายน – ตุลาคม 2564 234 - 48
- 9.นฤนาท ยืนยง และ พิชชานาถ เงินดีเจริญ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยของตำบลสาพะเนียง อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2565 279 - 97
- 10.กมล สุดประเสริฐ. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ. เอ็น.ที., 2540.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

Factors affecting the need for self development in MOPH compliance among civil servants
under the Nakhon Pathom Provincial Health Office

(Received: April 27,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 29,2023)

อนุชา มหานิล¹
Anucha Mahanil¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH และปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จำนวน 371 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ทดสอบตัวแปรตามระหว่างการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบัน และความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH โดยใช้ Paired – Sample T Test วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตามเพื่อทำนายความผันแปร โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.5 มีคะแนนเฉลี่ย 142.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.98 และมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.2 มีคะแนนเฉลี่ย 146.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 25.83 จากการเปรียบเทียบพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากกว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบัน ตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 6 ตัวแปร เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อยดังนี้ 1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 2) ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร 3) ทศนคติต่อค่านิยม MOPH 4) ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH 5) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ 6) ระดับตำแหน่ง (Beta = .668, .269, .241, .207, -.081 และ .077 ตามลำดับ) ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรสามารถอธิบายความผันแปรของความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม ได้ร้อยละ 51.2 ($R^2 = .512$)

คำสำคัญ : การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH, การพัฒนาตนเอง, แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์, บรรยากาศองค์กร

Abstract

The purpose of this descriptive research study was to investigate the need for self development in MOPH compliance, and the factors affecting the need for self development in MOPH compliance. A questionnaire was used as a tool to collect data from 371 civil servants under the Nakhon Pathom Provincial Health Office. Data were analyzed using percent, mean, standard deviation, maximum and minimum values, and tested dependent variables between current MOPH compliance and the need

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาการแทน สาธารณสุขอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

for self development in MOPH compliance using Paired – Sample T Test. The relationship between independent and dependent variables was analyzed using Pearson Product Moment Correlation Coefficient. Analyze the rational relationship between independent variables and the need for self development in MOPH compliance to predict variation using Stepwise Multiple Regression Analysis. Statistical significance was set at the .05 level.

The study found that most of the samples were following the current MOPH values at a high level, 75.5% having an average score of 142.47, standard deviation was 15.98 and the need for self development in MOPH compliance at a high level, 75.2% having an average score of 146.67, standard deviation was 25.83. As a comparison, it was found that the mean score of the need for self development in MOPH compliance was greater than the average score of current MOPH compliance. There were 6 independent variables affecting the need for self development in MOPH compliance of the sample group, in descending order of relationship as follows: 1) achievement motivation, 2) satisfaction with the organization climate, 3) attitude towards MOPH values, 4) knowledge of MOPH value, 5) nature of work and 6) position level. (Beta = .668, .269, .241, .207, -.081 and .077 respectively) All 6 independent variables could explain 51.2% of the variance in the need for self development in MOPH compliance. ($R^2 = .512$)

Keywords: MOPH compliance, self development, achievement motivation, organization climate

บทนำ

ข้าราชการไทยเป็นแกนหลักในการสร้างสรรค์และพัฒนาประเทศ หากข้าราชการไทยมีค่านิยมสร้างสรรค์เป็นหลักในการปฏิบัติงานแล้ว จะส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ตามแผนปฏิรูประบบการบริหารราชการภาครัฐ ส่งผลให้งานราชการมีประสิทธิภาพสูงสุด ผลประโยชน์สูงสุดย่อมตกแก่ประชาชนทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความสุข สังคมไทยมีเสถียรภาพและเป็นเกียรติภูมิของประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับจากนานาประเทศสำหรับการแข่งขันในเวทีโลก ดังนั้น ค่านิยมของข้าราชการมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของข้าราชการ และข้าราชการประจำเป็นกลไกหรือแขนงสำคัญในการนำนโยบายของรัฐบาลทุกยุคทุกสมัยรวมทั้งในยุคปฏิรูประบบราชการไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ จึงได้มีการกำหนดค่านิยมสร้างสรรค์สำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐไว้ 5 ประการ ได้แก่ 1) กล้ายืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง 2) ซื่อสัตย์รับผิดชอบ 3) โปร่งใสตรวจสอบได้ 4) ไม่เลือกปฏิบัติ และ 5) มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน¹

รัฐบาลได้กำหนดวิสัยทัศน์เชิงนโยบายเพื่อพัฒนาประเทศด้วยโมเดลประเทศไทย 4.0 เป็นยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน เศรษฐกิจขยายตัวส่งผลให้ความเจริญกระจายตัวอย่างครอบคลุม ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม มีความหวังเกิดความเปี่ยมสุข มีความสมานฉันท์ มีความพอเพียง และประชาชนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เพื่รองรับนโยบายดังกล่าว โดยแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายสำคัญคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยใช้กรอบยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention Excellence) 2) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านกำลังคน (People Excellence) และ 4) ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Good

Governance Excellence) เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดค่านิยม MOPH มาใช้ในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย Mastery : เป็นนายตนเอง หมายถึงการเป็นผู้นำ สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่หลงไปตามความโลภ โกรธ หลง Originality : เร่งสร้างสิ่งใหม่ หมายถึงการเป็นผู้ริเริ่มคิดและทำในสิ่งใหม่ รู้จักสร้างสรรค์นวัตกรรม People - centered approach : ใส่ใจประชาชน หมายถึงการให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และ Humility : ถ่อมตนอ่อนน้อม หมายถึงมีความอ่อนน้อมถ่อมตนพร้อมที่จะสร้างความร่วมมือจากภาคทุกภาคส่วน²

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมาพบว่า 1) ความเป็นพี่น้องลดลง แบ่งพวกแบ่งกลุ่ม เกิดความเหลื่อมล้ำ ระบบคุณธรรมลดลง ระบบอุปถัมภ์เพิ่มขึ้น เกิดวิกฤติศรัทธาขององค์กร 2) ปฏิสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความไว้วางใจ ความเชื่อเปลี่ยนแปลงไปมาก มีความไม่ลงรอยกัน ความรู้สึกเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรมของแต่ละวิชาชีพ 3) แผนงานสาธารณสุขไม่ชัดเจน การมีส่วนร่วมและการสื่อสารลดลง การปฏิบัติจริงตามแผนมีน้อย 4) ผู้ปฏิบัติได้รับการยอมรับน้อย เกิดความไม่ยุติธรรม ถูกเอารัด เอาเปรียบ การจัดสรรทรัพยากรไม่เป็นธรรม 5) ระดับพื้นที่ถูกสั่งให้ทำตาม 6) การสนับสนุนนโยบายด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่เข้มข้น มีช่องว่างระหว่างการทำงานและขาดการบูรณาการ 7) งบประมาณและระบบการจัดสรรเงินยังมีปัญหา บุคลากรไม่เพียงพอ มีช่องว่างของการบูรณาการงานร่วมกันทุกระดับ 8) การสร้างภาคีเครือข่ายยังขาดประสิทธิภาพ บางองค์กรขาดความสามัคคี และ 9) ขาดการการสนับสนุนด้านวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม ทั้งนี้ ค่านิยมทั้ง 4 ประการดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการปรับปรุงสภาพปัญหาต่างๆ ซึ่งจะทำให้กระบวนการทางความคิดของบุคลากรทุกระดับเป็นไปในทางที่ดี และเป็นตัวกำหนดตัดสินใจหรือชี้แนะให้บุคลากรปฏิบัติในสิ่งที่ดี ละเว้นการปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ดี ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้

ถ่ายทอดนโยบายการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ให้บุคลากรทุกระดับปฏิบัติตามซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน²

การที่ข้าราชการมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะการพัฒนาตนเองด้วยการนำค่านิยมองค์กรไปปฏิบัติ ซึ่งการปฏิบัติตามค่านิยมองค์กรนอกจากจะส่งผลดีต่อองค์กรแล้วยังส่งผลให้ผู้ปฏิบัติสามารถบรรลุเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานอีกด้วย^{3,4,5,6}

จากการทบทวนผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เนื่องจากข้าราชการเป็นกลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ และมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสนับสนุนให้ข้าราชการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมองค์กรที่กำหนด ทิศทางการดำเนินงาน ส่งผลให้บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขตามเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ซึ่งได้รับการบรรจุเข้ารับราชการอยู่ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2564 จำนวน 2,801 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ตารางคำนวณของเครจซีและมอร์แกน⁷ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 341 คน โดยผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 375 คน ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา โดยกำหนดสัดส่วนตามจำนวนข้าราชการของหน่วยงานทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลนครปฐม (โรงพยาบาลศูนย์) โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 6 อำเภอ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เป็นข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ซึ่งได้รับการบรรจุเข้ารับราชการอยู่ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2564
2. ไม่เป็นผู้อยู่ระหว่างยื่นใบลาออกจากราชการ หรือมีความตั้งใจจะลาออกจากราชการภายในระยะเวลา 1 ปี นับจากนี้
3. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงานศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทาง

สำหรับกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขออนุญาตใช้เครื่องมือสำหรับจัดเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม โดยนำมาทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ (ตัวแปร)

ขั้นตอนที่ 5 จัดทำรายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ และเผยแพร่ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งถูกสร้างและพัฒนาโดยนายชยา เครืองทิพย์ นักวิชาการอิสระ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของข้าราชการ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) เจเนอเรชั่น 4) สถานภาพ 5) ระดับการศึกษา 6) ระดับตำแหน่ง 7) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 8) สถานที่ปฏิบัติงาน 9) อายุราชการ 10) การประกอบอาชีพเสริม 11) อัตราเงินเดือน 12) รายได้อื่นต่อเดือน 13) รายจ่ายต่อเดือน 14) ภาระหนี้สิน 15) ปัญหาสุขภาพ 16) การได้รับผลกระทบจากโควิด 19 17) การรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจของหน่วยงาน และ 18) การรับรู้การถ่ายทอดค่านิยม MOPH

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ดังนั้น แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับดังนี้

เกณฑ์	ระดับความรู้	ช่วงคะแนน
น้อยกว่าร้อยละ 60	ต่ำ	0 – 5
ร้อยละ 60 – 79.99	ปานกลาง	6 – 7
ร้อยละ 80 ขึ้นไป	สูง	8 – 10

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามที่มีข้อความเชิงบวกทั้งหมด ใช้การประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน เห็นด้วยน้อย มีค่า 2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง มีค่า 3 คะแนน เห็นด้วยมาก มีค่า 4 คะแนน และเห็นด้วยมากที่สุด มีค่า 5 คะแนน⁸ วิเคราะห์ผลในแต่ละข้อเพื่อแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติออกเป็น 5 ระดับ ใช้วิธีอิงเกณฑ์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น⁹ ซึ่งมีจำนวน 5 อันตรภาคชั้น สามารถแปลผลได้ ดังนี้

ระดับทัศนคติ	คะแนนเฉลี่ย
น้อยที่สุด	1.00 – 1.80
น้อย	1.81 – 2.60
ปานกลาง	2.61 – 3.40
มาก	3.41 – 4.20
มากที่สุด	4.21 – 5.00

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ วิเคราะห์ผลในแต่ละข้อเพื่อแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรออกเป็น 5 ระดับ ใช้วิธีอิงเกณฑ์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น⁹ ซึ่งมีจำนวน 5 อันตรภาคชั้น สามารถแปลผลได้ ดังนี้

ระดับความพึงพอใจ	คะแนนเฉลี่ย
พึงพอใจน้อยที่สุด	1.00 – 1.80
พึงพอใจน้อย	1.81 – 2.60
พึงพอใจปานกลาง	2.61 – 3.40
พึงพอใจมาก	3.41 – 4.20
พึงพอใจมากที่สุด	4.21 – 5.00

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามที่มีข้อความเชิงบวก

ทั้งหมด ใช้การประมาณค่า 5 ระดับ ใช้วิธีอิงเกณฑ์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น⁹ ซึ่งมีจำนวน 5 อันตรภาคชั้น สามารถแปลผลได้ ดังนี้

ระดับแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	คะแนนเฉลี่ย
มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์น้อยที่สุด	1.00 – 1.80
มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์น้อย	1.81 – 2.60
มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ปานกลาง	2.61 – 3.40
มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มาก	3.41 – 4.20
มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มากที่สุด	4.21 – 5.00

การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบัน และความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 36 ข้อ ใช้การประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ผลในแต่ละข้อเพื่อแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ/ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติออกเป็น 5 ระดับ ใช้วิธีอิงเกณฑ์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนอันตรภาคชั้น⁹ ซึ่งมีจำนวน 5 อันตรภาคชั้น สามารถแปลผลได้ ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	คะแนนเฉลี่ย
น้อยที่สุด	1.00 – 1.80
น้อย	1.81 – 2.60
ปานกลาง	2.61 – 3.40
มาก	3.41 – 4.20
มากที่สุด	4.21 – 5.00

วิเคราะห์เพื่อแปลผลในภาพรวม โดยแบ่งระดับการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบัน/ระดับความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของค่านิยมแต่ละด้านออกเป็น 3 ระดับ คือระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก สามารถแปลผลได้ ดังนี้

ระดับ	คะแนนรวม
น้อย	9.00 – 21.00
ปานกลาง	21.01 – 33.00
มาก	33.01 – 45.00

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ได้รับอนุญาตแล้วไปให้คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ซึ่งมีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน (IOC) อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 จากนั้นผู้วิจัยจึงได้แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป นำเครื่องมือที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา โดยใช้ KR-20 (Kuder-Richardson 20) สำหรับวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ผลจากการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.928 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของทัศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบัน และความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' Coefficient of Alpha) ¹⁰ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของทัศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร แรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์ การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบัน และความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH เท่ากับ .945, .878, .884, .957 และ .969 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired – Sample T Test การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตามใบรับรองเลขที่ 30/2565 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 มีอายุเฉลี่ย 41.48 ปี เจนเนอเรชั่น (Gen) Y ร้อยละ 54.4 สถานภาพคู่ ร้อยละ 59.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 87.9 ระดับตำแหน่งชำนาญการ ร้อยละ 55.6 ลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นงานดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 48.0 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 41.0 อายุราชการเฉลี่ย 17.37 ปี ไม่ประกอบอาชีพเสริม ร้อยละ 86.8 อัตราเงินเดือนเฉลี่ย 35,786.15 บาท มีรายได้อื่นๆ ต่อเดือนเฉลี่ย 12,642.94 บาท มีรายจ่ายต่อเดือนเฉลี่ย 25,107.15 บาท มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 52.0 จำนวนเงินที่เป็นหนี้เฉลี่ย 1,003,659.22 บาท ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 75.2 ครอบครัวได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ในระดับค่อนข้างน้อย ร้อยละ 54.2 รับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ร้อยละ 94.6 และส่วนใหญ่รับรู้การถ่ายทอดค่านิยม MOPH จำนวน 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 56.3

ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.1 และมีคะแนนเฉลี่ย 8.34 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.53 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่าความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดได้แก่ ข้อ 8 หน่วยงานสาธารณสุขทุกหน่วยงานต้องสื่อสารค่านิยม MOPH เพื่อให้ทุกคนเข้าใจตรงกันจะได้นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมือนกัน (ใช่) โดยตอบถูกร้อยละ 96.8 และตอบผิดมากที่สุดได้แก่ข้อ 2 ค่านิยม People- centered approach : ใส่ใจ

ประชาชน หมายถึงภาครัฐต้องทำทุกสิ่งทุกอย่างให้แก่ประชาชนตามรูปแบบเบ็ดเสร็จที่ภาครัฐกำหนดในลักษณะจากบนลงล่าง (ไม่ใช่) โดยตอบผิตรี้อยละ 45.0

ทัศนคติต่อค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าทัศนคติต่อค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.58 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73 โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ข้อ 2 ค่านิยม MOPH มีส่วนในการช่วยพัฒนาศักยภาพของกำลังคนในองค์กร มีคะแนนเฉลี่ย 3.70 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ข้อ 9 ค่านิยม MOPH ทำให้องค์กรมีการจัดสรรทรัพยากรในการทำงานอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม มีคะแนนเฉลี่ย 3.35

ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ข้อ 7 รู้สึกว่าถูกเอารัดเอาเปรียบในการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ย 4.14 (ซึ่งแสดงว่าการเอารัดเอาเปรียบในการทำงานมีอยู่น้อย) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ข้อ 9 รู้สึกพึงพอใจต่อสวัสดิการต่างๆ ที่หน่วยงานจัดให้ มีคะแนนเฉลี่ย 3.33

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ข้อ 4 มีความอดทนและวิริยะอุตสาหะในการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ข้อ 3 ชอบทำงานที่ทำหาความสามารถ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.66

การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันและความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่าง

ด้าน Mastery (M) : เป็นนายตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน Mastery (M) : เป็นนายตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.2 มีคะแนนเฉลี่ย 35.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.11 และมีความต้องการพัฒนา

ตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Mastery : เป็นนายตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.7 มีคะแนนเฉลี่ย 36.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.63

เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน Mastery (M) : เป็นนายตนเอง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ข้อ 6 ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 5 เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 และข้อ 1 ดำรงตนในชีวิตประจำวันตามหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.50 ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Mastery : เป็นนายตนเอง ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ข้อ 6 ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์สุจริต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.18 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 1 ดำรงตนในชีวิตประจำวันตามหลักของปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.81

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบันกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Mastery : เป็นนายตนเอง พบว่าไม่แตกต่างกัน

ด้าน Originality (O) : เร่งสร้างสิ่งใหม่

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน Originality (O) : เร่งสร้างสิ่งใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.70 และมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Originality : เร่งสร้างสิ่งใหม่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 72.2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.26

เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน Originality (O) : เร่งสร้างสิ่งใหม่ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ข้อ 7 ศึกษาทบทวนและเรียนรู้ความสำเร็จในการทำงานจากผู้อื่นแล้วนำมาประยุกต์ใช้กับงานในหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 9 วางแผนจะทำ

วิจัยจากงานประจำ (R2R : Routine to Research) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.26 ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Originality (O) : เร่งสร้างสิ่งใหม่ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ข้อ 2 พัฒนาตนเองให้เป็นคนทันโลกทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 9 วางแผนจะทำวิจัยจากงานประจำ (R2R : Routine to Research) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.76

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบันกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Originality (O) : เร่งสร้างสิ่งใหม่ พบว่าแตกต่างกันโดยคะแนนเฉลี่ยความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติมากกว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในปัจจุบัน ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Originality (O) : เร่งสร้างสิ่งใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ด้าน People-centered approach (P) : ใส่ใจประชาชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน People-centered approach (P) : ใส่ใจประชาชน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.4 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.74 และมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน People-centered approach (P) : ใส่ใจประชาชน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.3 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.94 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.59

เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน People-centered approach (P) : ใส่ใจประชาชน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ข้อ 1 ให้บริการแก่ประชาชน/ผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 7 สำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.74 ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน

People-centered approach (P) : ใส่ใจประชาชนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ข้อ 1 ให้บริการแก่ประชาชน/ผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.23 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 7 สำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.97

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบันกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน People-centered approach (P) : ใส่ใจประชาชน พบว่าไม่แตกต่างกัน

ด้าน Humility (H) : ถ่อมตนอ่อนน้อม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน Humility (H) : ถ่อมตนอ่อนน้อม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.4 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.02 และมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Humility (H) : ถ่อมตนอ่อนน้อม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.1 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 37.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.87

เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในปัจจุบันด้าน Humility (H) : ถ่อมตนอ่อนน้อม ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ข้อ 7 พูดคุยกับผู้อื่นด้วยความสุภาพ ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับกาลเทศะและถูกกับบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 2 แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานจากพันธมิตรและภาคีเครือข่ายต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Humility (H) : ถ่อมตนอ่อนน้อม ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ข้อ 3 ชื่นชมผลงานของผู้อื่นและ/หรือเสริมพลังสร้างกำลังใจแก่เพื่อนร่วมงาน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ข้อ 2 แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานจากพันธมิตร และภาคีเครือข่ายต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 และข้อ 4 ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐอื่น และ/หรือภาคเอกชนเมื่อได้รับการร้องขอติดต่อประสานงานมา มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.12

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบันกับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ด้าน Humility (H) : ถ่อมตนอ่อนน้อม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ค่านิยม MOPH ในภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.5 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 142.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.98 และมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 146.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 25.83

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างการปฏิบัติในปัจจุบันกับความต้องการพัฒนาตนเองในการ

ปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมในปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยของความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยของความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมมากกว่าคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมในปัจจุบัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรอิสระซึ่งส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรอิสระ	b	Beta	t	p – value
1. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (SC)	2.324	.668	17.196	.000
2. ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร (SB)	.637	.269	3.255	.001
3. ทศนคติต่อค่านิยม MOPH (SA)	.319	.241	2.914	.005
4. ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH (SK)	.268	.207	2.071	.008
5. ลักษณะงานที่ปฏิบัติ (JOB)	-2.762	-.081	-2.071	.039
6. ระดับตำแหน่ง (LEV)	6.708	.077	1.977	.046

Constant = 47.689

R = .716

R² = .512

จากตารางที่ 1 พบว่าตัวแปรอิสระที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่างโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 6 ตัวแปร เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อยดังนี้ 1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 2) ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร 3) ทศนคติต่อค่านิยม MOPH 4) ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH 5) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ 6) ระดับตำแหน่ง (Beta = .668, .269, .241, .207, -.081 และ .077 ตามลำดับ) ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรสามารถ

อธิบายความผันแปรของความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม ได้ร้อยละ 51.2 (R² = .512) และสามารถเขียนสมการ $y = a + bx$ ได้ดังนี้

$$MOPH = 47.689 + 2.324SC + .637SB + .319SA + .268SK + (-2.762)JOB + 6.708LEV$$

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาตนเองใน

การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของมาสโลว์ที่ได้กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ขั้นที่ 7 ได้แก่ ความต้องการเข้าถึงศักยภาพแห่งตน (self-actualization needs) คือมนุษย์มีความต้องการจะเติมเต็มศักยภาพของตนเอง ต้องการความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาของตนเอง ความเจริญก้าวหน้าในการพัฒนาทักษะความสามารถให้ถึงขีดสุดยอด มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจและคิดสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ และต้องการก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในอาชีพและหน้าที่การงาน¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิษา กลิ่งพงษ์ (2556)³ ที่พบว่าบุคลากรสายปฏิบัติการ คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความต้องการพัฒนาตนเองอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียพูน ชัยกองเกียรติ และคณะ (2557)⁴ ที่พบว่าข้าราชการใหม่จังหวัดยะลา มีการพัฒนาค่านิยมในการเป็นข้าราชการใหม่อยู่ในระดับสูงทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิระพันธ์ ยี่สารพัฒน์ และคณะ (2557)¹² ที่พบว่าครูผู้สอนโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา กาฬสินธุ์ เขต 1 มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานวิชาการอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่าง
แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากที่สุด และเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก ($Beta = .668$) หมายความว่าข้าราชการที่มีแรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์มาก จะส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มาก ส่วนข้าราชการที่มีแรงจูงใจ ใฝ่สัมฤทธิ์น้อยจะมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH น้อย ทั้งนี้ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลให้มีความต้องการประสบความสำเร็จ ซึ่งบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะเป็นคนที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองสูง มีความมุ่งมั่นตั้งใจแน่วแน่ มีความขยันและอดทน มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะประสบความสำเร็จ แม้ว่าจะมีปัญหายุ่งยากต่างๆ มาขัดขวางก็ตาม และ

นอกจากนี้ยังเป็นบุคคลที่กล้าเปลี่ยนแปลงไปสู่สถานะที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹³ ดังนั้น การที่ข้าราชการมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH สะท้อนให้เห็นว่าข้าราชการมีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว และการที่จะประสบความสำเร็จดังกล่าวนั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของข้าราชการในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุตรศรี วิไลจักร และคณะ (2559)¹⁴ ที่พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสังกัดกระทรวงภายใน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวุฒิ อุ่นละมัย และกฤษฎา เขียววัฒนสุข (2562)¹⁵ ที่พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีผลต่อผลการปฏิบัติงานและการคงอยู่ในองค์กรของพนักงานมหาวิทยาลัยสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ พุฒนาชนสิน (2562)¹⁶ ที่พบว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองในการทำงานของข้าราชการกองบัญชาการกองทัพไทย พื้นที่แจ้งวัฒนะ

ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากเป็นลำดับที่สอง และเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก ($Beta = .269$) หมายความว่าข้าราชการที่มีความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรมาก จะส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มาก ส่วนข้าราชการที่มีความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรน้อยจะมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH น้อย บรรยากาศองค์กรหมายถึงสถานการณ์ปัจจุบันที่มีอยู่ในองค์กร และเป็นการเชื่อมโยงกันระหว่างกลุ่มการทำงาน บุคลากร และการปฏิบัติงาน การจัดการต่างๆ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กร ดังนั้น ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรจึง

หมายถึงความพอใจต่อสถานการณ์ปัจจุบันขององค์กร เมื่อบุคลากรในองค์กรมีความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรแล้วย่อมแสดงพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อการพัฒนาองค์กร และมีความต้องการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กรเพื่อให้บรรลุความสำเร็จของตนเอง และองค์กรบรรลุประสิทธิผลในการดำเนินงาน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรของข้าราชการในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิสา แยมเกตุ (2558)¹⁷ ได้ศึกษาเรื่องปัจจัย ที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองในการทำงานของพนักงานธนาคารสายลูกค้า บุคคลของธนาคารเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่าความพึงพอใจในการทำงานส่งผลต่อการพัฒนาตนเองในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุตรศรี วิไลจักร และคณะ (2559)¹⁴ ที่พบว่าความผูกพันต่อองค์การขวัญและกำลังใจในการทำงาน ลักษณะงาน และการสนับสนุนการฝึกอบรมพัฒนาส่งผลต่อการพัฒนาตนเองของบุคลากรสังกัดกระทรวงภายใน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิพงษ์ เกียรติวิชัย (2561)¹⁸ ที่พบว่าการรับรู้บรรยากาศองค์กรส่งผลต่อการพัฒนาตนเองของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาของสมประสงค์ ยะดิน (2562)¹⁹ ที่พบว่าปัจจัยด้านองค์กรมีผลต่อการจัดการองค์กรเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกองบัญชาการกองทัพอากาศ พื้นที่แจ้งวัฒนะ

ทัศนคติต่อค่านิยม MOPH เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากเป็นลำดับที่สาม และเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก ($Beta = .214$) หมายความว่าข้าราชการที่มีทัศนคติต่อค่านิยม MOPH ในระดับมากจะส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในระดับมาก ส่วนข้าราชการที่มีทัศนคติต่อค่านิยม MOPH ในระดับน้อยจะมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตาม

ค่านิยม MOPH ในระดับน้อย ทัศนคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก ทัศนคติเป็นความรู้สึกและความเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใดๆ ในทางที่ยอมรับหรือปฏิเสธซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมตามแนวคิดนั้น เป็นความรู้สึกในด้านบวกหรือลบของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมโดยตรง ทัศนคติจะก่อตัวจากการประเมินภายหลังจากที่ได้เกี่ยวข้องกับสิ่งภายนอก ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าทัศนคติต่อค่านิยม MOPH ของข้าราชการในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในระดับมาก

ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากเป็นลำดับที่สี่ และเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก ($Beta = .207$) หมายความว่าข้าราชการที่มีความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ในระดับสูงจะส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มาก ส่วนข้าราชการที่มีความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ในระดับต่ำจะมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH น้อย ความรู้หมายถึงการรวบรวมความคิดของมนุษย์จัดให้เป็นหมวดหมู่และประมวลสาระที่สอดคล้องกัน โดยนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์²⁰ ในทัศนะของ Hopper คำว่าความรู้ (Knowledge) นั้น นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือได้ฟัง ความรู้นี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ โดยประกอบไปด้วยคำจำกัดความหรือความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ไขปัญหาและมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าความรู้เป็นเรื่องของการจำอะไรได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรือใช้ความสามารถของสมองมาก

นัก ด้วยเหตุผลนี้การจำได้จึงถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ²¹ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าข้าราชการส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH อยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH อยู่ในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของละออ นาคกุล และคณะ (2557)²² ที่พบว่าความรู้ที่แตกต่างกันส่งผลให้ความต้องการในการพัฒนาตนเองของบุคลากรในโรงพยาบาลรามาธิบดีแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อริสรา อินทรขุนทด และคณะ (2557)²³ ที่พบว่าความรู้ในการให้บริการเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้บริการของพนักงานระดับปฏิบัติการโรงแรมระดับ 3 ดาว ในเขตกรุงเทพมหานคร

ลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากเป็นลำดับที่ห้า และเป็นความสัมพันธ์ในเชิงลบ ($Beta = -.081$) ในการทดสอบสมมติฐานผู้วิจัยได้กำหนดให้ปัจจัยลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยกำหนดให้ 0 คือผู้บริหาร (หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้ากลุ่มงาน) และ 1 คือไม่ใช่ผู้บริหาร (ไม่ใช่หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้ากลุ่มงาน) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH พบว่าเมื่อปัจจัยลักษณะงานที่ปฏิบัติเปลี่ยนจาก 0 เป็น 1 (เพิ่มขึ้น หรือเปลี่ยนจากผู้บริหารเป็นไม่ใช่ผู้บริหาร) ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH จะลดลง แต่เมื่อปัจจัยลักษณะงานที่ปฏิบัติเปลี่ยนจาก 1 เป็น 0 (ลดลง หรือเปลี่ยนจากไม่ใช่ผู้บริหารเป็นผู้บริหาร) ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH จะเพิ่มขึ้น ซึ่งสรุปได้ว่าข้าราชการที่เป็นผู้บริหาร (หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้ากลุ่มงาน) จะมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากกว่าข้าราชการที่ไม่ใช่ผู้บริหาร (ไม่ใช่หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้ากลุ่มงาน) เนื่องจากข้าราชการที่เป็นระดับผู้บริหารจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ใต้บังคับบัญชาในด้านภาวะ

ผู้นำ โดยเฉพาะการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุหงา ดุลยคุปต์ และคณะ (2564)²⁴ ในเรื่องภาวะผู้นำตามค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาละแะ จังหวัดนราธิวาส พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำตามค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์ในด้านการใส่ใจประชาชนมากกว่าพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติ

ระดับตำแหน่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากเป็นลำดับสุดท้าย และเป็นความสัมพันธ์ในเชิงบวก ($Beta = .077$) ในการทดสอบสมมติฐานผู้วิจัยได้กำหนดให้ปัจจัยระดับตำแหน่งเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) โดยกำหนดให้ 0 คือระดับปฏิบัติงาน และ 1 คือไม่ใช่ระดับปฏิบัติงาน (เป็นตำแหน่งที่สูงกว่าระดับปฏิบัติงาน) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH พบว่าเมื่อปัจจัยระดับตำแหน่งเปลี่ยนจาก 0 เป็น 1 (เพิ่มขึ้น) ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH จะเพิ่มขึ้น และเมื่อปัจจัยระดับตำแหน่งเปลี่ยนจาก 1 เป็น 0 (ลดลง) ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH จะลดลง ซึ่งสรุปได้ว่าข้าราชการที่มีระดับตำแหน่งสูงๆ ได้แก่ ระดับชำนาญการ ระดับอาวุโส และระดับชำนาญการพิเศษขึ้นไปจะมีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากกว่าข้าราชการที่มีระดับตำแหน่งต่ำกว่า ได้แก่ ระดับปฏิบัติงาน ระดับชำนาญงาน และระดับปฏิบัติการเนื่องจากข้าราชการที่มีระดับตำแหน่งที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะได้รับแต่งตั้งให้ทำหน้าที่เป็นผู้บังคับบัญชา จึงส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ โดยเฉพาะการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ประกอบด้วย 1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 2) ความ

พึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร 3) ทศนคติต่อค่านิยม MOPH 4) ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH 5) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และ 6) ระดับตำแหน่ง ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรกำหนดนโยบายและมาตรการดังต่อไปนี้

1. ควรส่งเสริมให้ข้าราชการมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในด้านความอดทนและวิริยะอุตสาหะในการทำงาน และการมีเจตคติที่ดีต่อการทำงานที่ท้าทายความสามารถ เพื่อส่งผลให้มีความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH เพิ่มขึ้น

2. ควรเสริมสร้างบรรยากาศภายในองค์กรให้เอื้อต่อการเป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงาน โดยเฉพาะในประเด็นความเป็นธรรมในการปฏิบัติงานและความร่วมแรงร่วมใจ รวมทั้งจัดสวัสดิการแก่ข้าราชการตามความเหมาะสมอย่างครอบคลุมและเป็นธรรม เพื่อเป็นการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจที่ดีแก่ข้าราชการ

3. ควรสื่อสารและถ่ายทอดค่านิยม MOPH อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ข้าราชการมีทัศนคติที่ดี และเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับค่านิยม MOPH อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการ

4. ควรส่งเสริมให้ข้าราชการที่เป็นผู้บังคับบัญชามีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH

5. ควรสื่อสารและถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตามเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืนสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นให้ข้าราชการทุกระดับเห็นความสำคัญและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติตามนโยบาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำตัวแปรอื่นๆ มาศึกษาเพิ่มเติม เช่น ภาระงาน การเข้าอบรมพัฒนาศักยภาพ การรับรู้การถ่ายทอดนโยบาย และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

2. ควรศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ

3. ควรศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของพนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง

4. ควรศึกษาถึงการปฏิบัติตามค่านิยมองค์กรของหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงาน ก.พ.. (2548). ค่านิยมสร้างสรรค์ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรม สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ..
2. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). การขับเคลื่อนค่านิยม MOPH สู่การปฏิบัติ. นนทบุรี : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
3. สุนิษา กลิ่งพงษ์. (2556). ความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายปฏิบัติการคณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการอุดมศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
4. ปรีญช ชัยกองเกียรติ, ศุภวรรณ สีแสงแก้ว, อัจฉรา มุสิกวัฒน์, พิชญ์ชญาธิษฐ์ เรื่องเริงกุลฤทธิ์, อัจฉรา จันเพ็ชร และวราภรณ์ ศิวดำรงพงศ์. (2557). ผลการพัฒนาค่านิยมในการเป็นข้าราชการใหม่จังหวัดยะลา. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 8 (1), 113 – 128.
5. จิราธร โหมตสุวรรณ และจันทนา แสนสุข. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองและความสามารถในการเผชิญฝ่าฟันอุปสรรคของบุคลากรครูศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) กลุ่มผู้นำเจ้าพระยา. วารสารมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 10 (3), 270 – 285.

6. ชุตติกาญจน์ สลาหลง. (2563). ความต้องการและความคาดหวังในการพัฒนาตนเองของข้าราชการครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 13 จังหวัดตรัง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
7. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30 (3), 607 – 610.
8. อัจศรา ประเสริฐสิน. (2563). เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : อัจศรา ประเสริฐสิน.
9. Best, J. W. (1986). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
10. Cronbach, Lee.J. (1977). *Educational Psychology*. New York: Harcourt Brace Jevanovich.
11. Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. (2nd ed.). New York: Harper & Row.
12. จีระพันธ์ ยี่สารพัฒน์, คมสันท์ ขจรปัญญาไพศาล, และธีระ ภูดี. ความต้องการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติงานวิชาการของครูผู้สอนโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา กาฬสินธุ์ เขต 1. *วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์*, 1 (3), 116 – 132.
13. McClelland, David C. (1961). *The Achieving Society*. New York: D. Van Nostrand Company Inc.
14. บุตรศรี วิไลจักร, ประสงค์ ตันพิชัย และสันติ ศรีสวนแดง. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตนเองของบุคลากรสังกัดกระทรวงภายใน สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 9 (1), 1228 – 1302.
15. นันทวิ อุณหะมัย และกฤษดา เขียววัฒนสุข. (2562). แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่มีผลต่อผลการปฏิบัติงานและการคงอยู่ในองค์กรของพนักงานมหาวิทยาลัยสายสนับสนุน กรณีศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. *วารสารวิจัยการบริการการพัฒนา*, 9 (3), 126 – 138.
16. พรพรรณ พุฒนาณสิน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองในการทำงานของข้าราชการกองบัญชาการกองทัพไทย พื้นที่จังหวัดน่าน. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 24 (3), 290 – 305.
17. วรณวิสา แยมเกตุ. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาตนเองในการทำงานของพนักงานธนาคารสายลูกค้าบุคคลของธนาคารเอกชนแห่งหนึ่ง. การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรบริหารธุรกิจบัณฑิตมหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
18. สุทธิพงษ์ เกียรติวิชัย. (2561). การรับรู้บรรยากาศองค์การกับการพัฒนาตนเองของพนักงานบริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทยสาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 11 (3), 208 – 219.
19. สมประสงค์ ยะติน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการองค์กรเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของกองบัญชาการกองทัพไทย พื้นที่จังหวัดน่าน. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 24 (3), 273 – 289.
20. เกษม วัฒนชัย. (2544). นโยบายการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการ. *Thailand Education*, 7 (5), 39 – 40.
21. อักษร สวัสดิ์. (2542). ความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย : กรณีศึกษาในเขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
22. ละออ นาคกุล, ปิยธิดา ตรีเดช, วังเดือน ปันดี และสุคนธา ศิริ. (2557). ความต้องการในการพัฒนาตนเองของบุคลากรในโรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 30 (1), 22 – 33.

23. อริสรา อินทรขุนทด, อภิชาติ ใจอารีย์ และประสงค์ ตันพิชัย. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้บริการของพนักงานระดับปฏิบัติการโรงแรมระดับ 3 ดาว ในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal ฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 7 (3), 1083 – 1097.
24. บุหงา ดุลยคุป, สุนีย์ นาพิพัฒน์ และวนิดา หะยีเซะ. (2564). ภาวะผู้นำตามค่านิยมกระทรวงสาธารณสุขของผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลระแงะ จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 13 (1), 142 – 159.

รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Development model of health literacy in waste management in schools of junior high school students, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: April 29,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

อรรคราธร สงวนตระกูล¹
Akaratorn Sngwntagoon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษาระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 ถึง เดือน กันยายน 2565 รวม 4 เดือน สามารถสรุป อภิปราย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p - value) โดยที่หลังการดำเนินงานค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

คำสำคัญ : นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการขยะในโรงเรียน

ABSTRACT

This research was action research aimed to study health literacy in school waste management of junior high school students. And to study the health literacy development model in school waste management of lower secondary school students in Somdet District, Kalasin Province. The study period was between June 2022 to September 2022, a total of 4 months. The sample group consisted of 50 junior high school students in Somdet District, Kalasin Province. Data were collected from questionnaires. and data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study showed that the level of health literacy in waste management in schools of junior high school students in Somdet District, Kalasin Province. Before proceeding overall and side at a high level after operation overall and side at the highest level. and when comparing health knowledge in waste management in schools of junior high school students in Somdet District, Kalasin Province. Overall and side There was a statistically significant difference at the .05 level (p - value), where the mean score was greater after the operation.

Keywords: junior high school students health literacy school waste management

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของขยะมูลฝอยอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะพื้นที่เมือง อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร รวมทั้งการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและวิถีการบริโภคของประชาชน ส่งผลให้มีการผลิตและใช้พลาสติกแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง เช่น ถ้วยพลาสติกและกล่องโฟม รวมทั้งขยะบรรจุภัณฑ์จำนวนมากจากการซื้อสินค้าอุปโภคบริโภค จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษ ปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 28.71 ล้านตัน (เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 3) หรือประมาณ 78,665 ตัน/วัน อัตราการเกิดขยะมูลฝอยชุมชนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.18 กิโลกรัม/คน/วัน เพิ่มขึ้นจากปีก่อนที่อยู่ที่ 1.15 กิโลกรัม/คน/วัน ในจำนวนนี้ เป็นขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในกรุงเทพมหานคร ประมาณ 13,583 ตัน/วัน คิดเป็นร้อยละ 17 ของปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด (สุจิตรา วาสนาดำรงดี และ อรุษา สุขสมิตร, 2564)

จากปัญหาการเพิ่มขึ้นของขยะมูลฝอยอย่างรวดเร็วนั้น การปลูกจิตสำนึกในการลดการเกิดขยะตั้งแต่ต้นทาง การคัดแยกขยะ และการนำกลับมาใช้ประโยชน์ เป็นพื้นฐานที่จำเป็นของประชาชน และจะได้ผลมากที่สุดหากสามารถสร้างจิตสำนึกตั้งแต่วัยเด็ก โรงเรียนจึงเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการปลูกจิตสำนึกในเรื่องนี้ นอกจากนี้ ในแผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ได้ระบุบทบาทหน้าที่ของกระทรวงศึกษาธิการที่จะต้องออกนโยบายให้ผู้บริหารโรงเรียนและสถาบันการศึกษาทุกแห่งดำเนินการลดปริมาณการเกิด การคัดแยกขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย และสร้างจิตสำนึกและวินัยให้กับเด็กและเยาวชน และพัฒนาให้เป็นแหล่งเรียนรู้ในการลดและคัดแยกและนำกลับมาใช้ประโยชน์ ให้มีหลักสูตรการเรียน โดยสอดแทรกความรู้เรื่องการลดคัดแยกและการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายในบทเรียนหรือการเรียนการสอน (กรมควบคุมมลพิษ, 2559)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ คือความสามารถในการค้นหาหรือเข้าถึง สร้างความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นการที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหากับตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ต่างๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลงปฏิบัติ และประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการขยะในโรงเรียน เป็นการส่งเสริมให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนเกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการควบคุม ดูแล ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ น่าอยู่ มีบรรยากาศที่ดี มีความปลอดภัยต่อสุขภาวะนักเรียน และบุคลากรในโรงเรียน โดยอาศัยองค์ประกอบสำคัญในการจัดการคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) การเกิดความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ที่ถูกต้อง ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) และ การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) เป็นความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น (กรมอนามัย, 2563)

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้นอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการปลูกจิตสำนึกในแก่เด็กและเยาวชน ในสถานศึกษา ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอย มีความรู้ความเข้าใจในการลดการเกิดขยะตั้งแต่ต้นทาง การคัดแยกขยะ และการนำกลับมาใช้ประโยชน์ ต่อไป

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาการศึกษาระหว่าง เดือน มิถุนายน 2565 ถึง เดือน กันยายน 2565 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเป็นกิจกรรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัด

กาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ตามหลัก 3 R การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการจัดการขยะ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ อำเภอ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมากที่สุด
3.41 – 4.20	ความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก
2.61 – 3.40	ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง
1.81 – 2.60	ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย
1.00 - 1.80	ความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ.888

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษากรอบแนวคิด และเนื้อหาในการจัดทำรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กำหนดรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จพระ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะตามหลัก 3 R การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการจัดการขยะ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ

4. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการกรอบแนวคิด และเนื้อหาในการจัดทำรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จพระ จังหวัดกาฬสินธุ์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จพระ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จพระ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test

ผลการศึกษา

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จพระ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จพระ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ (n = 50)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
Reduce ลด (คิดก่อนใช้)	3.53	0.36	มาก
1. ใช้ถุงผ้า ตะกร้า ที่โรงเรียน	3.26	0.44	ปานกลาง
2. ปฏิเสธการรับถุงพลาสติกเมื่อซื้อของชิ้นเล็ก หรือน้อยชิ้น จากร้านค้า	3.94	0.24	มาก
3. ใช้ผ้าเช็ดหน้าแทนการใช้กระดาษทิชชู และพกผ้าเช็ดหน้าติดตัวอยู่เสมอ	3.26	0.44	ปานกลาง
4. ใช้ปิ่นโต หรือกล่องข้าวใส่อาหารแทนกล่องโฟม	3.18	0.56	ปานกลาง
5. เลือกซื้อสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม	3.86	0.35	มาก
6. หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุสิ้นเปลืองแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง เช่น จานกระดาษ แก้วน้ำพลาสติก	3.70	1.20	มาก
Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก)	3.53	0.28	มาก
1. ใช้กระดาษทั้งสองหน้าโดยใช้เป็นกระดาษทำสำเนากระดาษจดบันทึก เป็นต้น	3.24	0.43	ปานกลาง
2. ดัดแปลงของเหลือใช้ หรือประดิษฐ์ เพื่อใช้ประโยชน์ในโรงเรียน	3.96	0.20	มาก
3. ใช้ภาชนะที่สามารถใช้ซ้ำได้เช่น จานและแก้วน้ำที่สามารถใช้ซ้ำได้	3.14	0.57	ปานกลาง
4. ซ่อมแซมอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างๆเพื่อใช้ต่อไปในโรงเรียน	3.96	0.20	มาก
5. เสื้อผ้าเก่านำไปบริจาค ขายในราคาถูก หรือนำมาทำผ้าอู๋พัน	3.24	0.43	ปานกลาง
6. ใช้บรรจุภัณฑ์ซ้ำหลายครั้งก่อนทิ้ง เช่น กล่องกระดาษใช้บรรจุของ ถุงพลาสติกใส่ใส่ของหรือทำเป็นถุงขยะ	3.96	0.20	มาก
7. เลือกซื้อสินค้าสิ้นเปลืองที่สามารถ ใช้ซ้ำได้ เช่น ถ่านไฟฉายแบบชาร์ตได้ ผ้าเช็ดมือในห้องน้ำแทนกระดาษ	3.24	0.43	ปานกลาง

ตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ
จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ (n = 50)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่)	3.59	0.36	มาก
1. คัดแยกขยะในโรงเรียนที่สามารถรีไซเคิลได้ออกจากขยะประเภทอื่นๆ เช่น ขวดแก้ว กระดาษ พลาสติกและโลหะ	3.18	0.56	ปานกลาง
2. เลือกซื้อสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์นำกลับมารีไซเคิลได้	3.88	0.33	มาก
3. เลือกซื้อสินค้าที่ผลิตจากวัสดุรีไซเคิล	3.68	1.22	มาก
4. นำขยะรีไซเคิลเข้าสู่กระบวนการผลิตเป็นสินค้าใหม่ เช่น การขายให้แก่ร้านรับซื้อของเก่า การบริจาคให้แก่คนเก็บขยะ	3.26	0.44	ปานกลาง
5. เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการคัดแยกขยะรีไซเคิล เช่น ธนาคารขยะรีไซเคิล ผ้าป่าขยะรีไซเคิลในโรงเรียน	3.96	0.20	มาก
รวม	3.55	0.29	มาก

จากตารางที่ 1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก

2. รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ รูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะตามหลัก 3 R การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการจัดการขยะ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ

3. ผลของรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ

ตาราง 4.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ
จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ (n = 50)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
Reduce ลด (คิดก่อนใช้)	4.45	0.30	มากที่สุด
1. ใช้ถุงผ้า ตะกร้า ที่โรงเรียน	4.74	0.44	มากที่สุด
2. ปฏิเสธการรับถุงพลาสติกเมื่อซื้อของชิ้นเล็ก หรือน้อยชิ้น จากร้านค้า	4.06	0.24	มาก
3. ใช้ผ้าเช็ดหน้าแทนการใช้กระดาษทิชชู และพกผ้าเช็ดหน้าติดตัวอยู่เสมอ	4.74	0.44	มากที่สุด
4. ใช้บันได หรือกล่องข้าวใส่อาหารแทนกล่องโฟม	4.66	0.48	มากที่สุด
5. เลือกซื้อสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์ที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม	4.14	0.35	มาก
6. หลีกเลี่ยงการใช้วัสดุสิ้นเปลืองแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง เช่น จานกระดาษ แก้วน้ำพลาสติก	4.38	0.49	มากที่สุด
Reuse ใช้ซ้ำ (ใช้แล้วใช้อีก)	4.44	0.27	มากที่สุด
1. ใช้กระดาษทั้งสองหน้าโดยใช้เป็นกระดาษทำสำเนากระดาษจดบันทึก เป็นต้น	4.76	0.43	มากที่สุด
2. ดัดแปลงของเหลือใช้ หรือประดิษฐ์ เพื่อใช้ประโยชน์ในโรงเรียน	4.04	0.20	มาก
3. ใช้ภาชนะที่สามารถใช้ซ้ำได้เช่น จานและแก้วน้ำที่สามารถใช้ซ้ำได้	4.66	0.48	มากที่สุด

ตาราง 4.2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา อำเภอสมเด็จ
จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ (n = 50)

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
4. ซ่อมแซมอุปกรณ์และเครื่องใช้ต่างๆเพื่อใช้ต่อไปในโรงเรียน	4.04	0.20	มาก
5. เสื้อผ้าเก่านำไปบริจาค ขายในราคาถูก หรือนำมาทำผ้าถูพื้น	4.76	0.43	มากที่สุด
6. ใช้บรรจุภัณฑ์ซ้ำหลายครั้งก่อนทิ้ง เช่น กล่องกระดาษใช้บรรจุของ ถุงพลาสติกใช้ใส่ของหรือทำเป็นถุงขยะ	4.04	0.20	มาก
7. เลือกซื้อสินค้าสิ้นเปลืองที่สามารถ ใช้ซ้ำได้ เช่น ถ่านไฟฉายแบบชาร์ต ได้ ผ้าเช็ดมือในห้องน้ำแทนกระดาษ	4.76	0.43	มากที่สุด
Recycle (นำกลับมาใช้ใหม่)	4.38	0.26	มากที่สุด
1. คัดแยกขยะในโรงเรียนที่สามารถรีไซเคิลได้ออกจากขยะประเภทอื่นๆ เช่น ขวดแก้ว กระดาษ พลาสติกและโลหะ	4.66	0.48	มากที่สุด
2. เลือกซื้อสินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์นำกลับมารีไซเคิลได้	4.12	0.33	มาก
3. เลือกซื้อสินค้าที่ผลิตจากวัสดุรีไซเคิล	4.36	0.48	มากที่สุด
4. นำขยะรีไซเคิลเข้าสู่กระบวนการผลิตเป็นสินค้าใหม่ เช่น การขายให้แก่ร้าน รับซื้อของเก่า การบริจาคให้แก่คนเก็บขยะ	4.74	0.44	มากที่สุด
5. เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการคัดแยกขยะรีไซเคิล เช่น ธนาคารขยะรี ไซเคิล ผ้าป่าขยะรีไซเคิลในโรงเรียน	4.04	0.20	มาก
รวม	4.42	0.25	มากที่สุด

จากตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา
อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ พบว่า
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3.2 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพใน
การจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา
อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา
อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
Reduce	3.53	0.36	4.45	0.30	49	-10.830	.000	-1.09071	-.74929
Reuse	3.53	0.28	4.44	0.27	49	-11.833	.000	-1.05619	-.74953
Recycle	3.59	0.36	4.38	0.26	49	-10.390	.000	-.94519	-.63881
รวม	3.55	0.29	4.42	0.25	49	-12.402	.000	-1.01286	-.73038

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้าน
สุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา
อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและราย
ด้าน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05 (p - value) โดยที่หลังการดำเนินงาน
ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้าน
สุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมศึกษา
อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก หลังดำเนินการ
โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อ
เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะ

ในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p - value) โดยที่หลังการดำเนินงานค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุจิตรา วาสนาดำรงดี และ อรุษา สุขสุมิตร.(2564) ได้ศึกษาการยกระดับการจัดการขยะของโรงเรียนด้วยแนว คิดปลอดขยะแบบองค์รวม - กรณิ ศึกษาโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๓ นครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการลดและคัดแยกขยะของนักเรียน หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความตระหนักที่ทางโครงการจัดขึ้น โดยกิจกรรมที่นักเรียนประทับใจมากที่สุด คือ แยกขยะ 4 ฐาน 4 ถึง เพราะ ได้ความรู้ในการแยกขยะ ช่วยลดโลกร้อน แบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่เก็บขยะ และสนุกสนาน ในด้านพฤติกรรมการลดและแยกขยะ ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการลดและแยกขยะมากขึ้น จากการสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนในโรงเรียนและการสำรวจถังขยะ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่สามารถทิ้งขยะรีไซเคิลในห้องเรียนได้ถูกต้องมากกว่าในพื้นที่ส่วนกลาง และนักเรียนพกกระบอกน้ำมาโรงเรียนเกือบทุกคน และมีเศษอาหารและนมเหลือน้อยลง ทั้งขยะลงถังมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ตามหลัก 3 R การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการจัดการขยะ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ ตามแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (กรมอนามัย, 2563) และแนวคิดปลอดขยะแบบองค์รวม (กรมควบคุมมลพิษ, 2560) สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สุจิตรา วาสนาดำรงดี และ อรุษา สุขสุมิตร.(2564) ได้ศึกษาการยกระดับการจัดการขยะของโรงเรียนด้วยแนว คิดปลอดขยะแบบองค์รวม - กรณิ ศึกษาโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๓ นครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ผลการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียน 1) ถังขยะบริเวณชั้น 1 ของโรงเรียน โครงการได้ตั้งถังขยะรีไซเคิล และเศษอาหารเพิ่มที่จุดพักขยะ และทำการติดป้ายสติ๊กเกอร์หน้าถัง

ขยะให้มีความชัดเจนมากขึ้น 2) ถังขยะในห้องเรียนโครงการได้ตั้งถังขยะประเภทรีไซเคิล อุปกรณ์การเรียนกระดาษ และทำการติดป้ายสติ๊กเกอร์หน้าถังขยะ 3) โรงปุ๋ยหมัก โครงการได้ปรับพื้นที่ว่างให้เป็นบริเวณโรงปุ๋ยหมักจากเศษอาหารและใบไม้ 4) จุดคัด-ล้างกล่องนมทางโครงการติดตั้งจุดคัด-ล้างกล่องนม บริเวณใกล้จุดซักล้างของโรงเรียน พฤติกรรมการลดและคัดแยกขยะของนักเรียน หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความตระหนักที่ทางโครงการจัดขึ้น โดยกิจกรรมที่นักเรียนประทับใจมากที่สุด คือ แยกขยะ 4 ฐาน 4 ถึง เพราะ ได้ความรู้ในการแยกขยะ ช่วยลดโลกร้อน แบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่เก็บขยะ และสนุกสนาน ในด้านพฤติกรรมการลดและแยกขยะ ผลการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการลดและแยกขยะมากขึ้น จากการสังเกตพฤติกรรมของนักเรียนในโรงเรียนและการสำรวจถังขยะ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่สามารถทิ้งขยะรีไซเคิลในห้องเรียนได้ถูกต้องมากกว่าในพื้นที่ส่วนกลาง และนักเรียนพกกระบอกน้ำมาโรงเรียนเกือบทุกคน และมีเศษอาหารและนมเหลือน้อยลง ทั้งขยะลงถังมากขึ้น ผลจากการดำเนินโครงการยกระดับการจัดการขยะในโรงเรียนด้วยแนวคิดปลอดขยะแบบองค์รวม ในการดำเนินงานช่วง 6 เดือนแรก สามารถลดปริมาณขยะที่ต้องส่งกม.ไปกำจัด จากการประเมินปริมาณขยะเหลือทิ้ง ด้วยการวัดปริมาตรของขยะทั้งหมดที่เกิดขึ้นในโรงเรียน พบว่า ก่อนเริ่มโครงการฯ ปริมาณขยะเฉลี่ย 5 วันอยู่ที่ 89.75 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ (เดือนสิงหาคม 2563) ภายหลังดำเนินโครงการฯ ปริมาณขยะเฉลี่ย 5 วันอยู่ที่ 52.5 กิโลกรัมในเดือนมีนาคม 2564 โดยมีค่าเฉลี่ยขยะเหลือทิ้งในช่วง 4 เดือนอยู่ที่ 63 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ลดลงคิดเป็นร้อยละ 29.8 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียวิศว์ วงษ์จันทร์.(2565) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนชลธิษฐาน จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาปัญหา ความต้องการจำเป็นและแนวทางการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนชลธิษฐาน จังหวัดจันทบุรี พบว่า

สภาพปัญหาคือยังไม่มีจัดการขยะอย่างเป็นระบบ ครูและนักเรียนยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการคัดแยกขยะ ซึ่งควรสร้างรูปแบบจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ

ผลการสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนขลุงรัชดาภิเษก จังหวัดจันทบุรี พบว่า รูปแบบการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการดำเนินงาน และ 5) การวัดและประเมินผล และผลการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนขลุงรัชดาภิเษก จังหวัดจันทบุรี โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในระดับมากถึงมากที่สุด ด้วยค่าเฉลี่ย ระหว่าง 4.47 ถึง 4.73 ผลการศึกษาผลการใช้รูปแบบการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนขลุงรัชดาภิเษก จังหวัดจันทบุรี พบว่า ปริมาณขยะในโรงเรียนลดลง 15.42 กิโลกรัม/วัน ปริมาณขยะที่นำกลับมาใช้ประโยชน์ 14.18 กิโลกรัม/วัน คิดเป็นร้อยละ 60 จากขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมดในโรงเรียน ขยายผลการมีส่วนร่วมไปสู่ครู บุคลากรและนักเรียนคนอื่นๆ ทำให้มีนักเรียนเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 94.22 ครูและบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 100 ของจำนวนทั้งหมดในโรงเรียน ผู้เรียนมีระดับทักษะ/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/จิตสำนึกในการจัดการขยะและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ระดับปฏิบัติการดำเนินงานโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนขลุงรัชดาภิเษก จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านการวางแผน ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน ด้านการประสานงาน ด้านการรายงาน ด้านการจัดองค์การ และด้านการงบประมาณ ตามลำดับ นักเรียนมีความรู้ในการจัดการขยะมากขึ้น โดยคะแนนจากการทำแบบทดสอบหลังการดำเนินโครงการสูงกว่าก่อนการดำเนินโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ครูและนักเรียนมีความพึงพอใจในการจัดการขยะใน

สถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้า ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ด้านกระบวนการดำเนินงานและด้านผลผลิต ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ตามลำดับ ผลสำเร็จการดำเนินกิจกรรม พบว่า โรงเรียนขลุงรัชดาภิเษก ได้รับรางวัลผ่านเข้ารอบ 10 ทีมระดับประเทศ จาก 1,600 ทีม ในการส่งผลงานเข้าร่วมประกวดในโครงการโรงเรียนปลอดขยะ ของกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ความยั่งยืนและต่อเนื่องของการดำเนินงานโรงเรียนปลอดขยะ พบว่า โรงเรียนขลุงรัชดาภิเษก จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพการศึกษา ปีงบประมาณ 2562-2565 ซึ่งจะดำเนินการต่อไปในปีงบประมาณ 2565 และปีต่อไป ได้แก่ โครงการเสริมสร้างการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และโครงการโรงเรียนปลอดขยะสู่ความยั่งยืน “สะอาดบุรี จุเนียร์” ต่อเนื่องต่อไป ผลการประเมินรูปแบบการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนขลุงรัชดาภิเษก จังหวัดจันทบุรี พบว่า โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดและรายด้านมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ในการดำเนินการรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้น อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ควรจัดให้มีกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะ ตามหลัก 3 R การสาธิตและฝึกปฏิบัติในการจัดการขยะ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการจัดการขยะในโรงเรียนของนักเรียนมัธยมต้นในระยะยาว เพื่อการเกิดความรู้ที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมมลพิษ. (2562). รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2562. กรุงเทพมหานคร: สโตร์ศรีเอทีพี เอ้าส์ จำกัด
- 2.กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2559). คู่มือกิจกรรมสิ่งแวดล้อมศึกษา Z(H)ero Waste : ปฏิบัติการขยะเหลือศูนย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- 3.กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. (2562). คู่มือโรงเรียนปลอดขยะ Zero Waste School. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
- 4.กรมอนามัย.(2563) แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy School : HLS) สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 5.สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ (2559). กรุงเทพฯ: แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ. 2559 – 2564) บริษัท แอคทีฟพรีนซ์ จำกัด
- 6.สุจิตรา วาสานดำรงดี และ อรุษา สุขสุมิตร. ยกระดับการจัดการขยะของโรงเรียนด้วยแนว คิดปลอดขยะแบบองค์รวม - กรณีศึกษาโรงเรียนราชพฤกษ์อนุชนมีอุทิศ กรุงเทพมหานคร วารสารสิ่งแวดล้อมฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2564
- 7.เนทียา กริธาชาติ Zero waste แนวคิดขยะเหลือศูนย์.
<https://www.up.ac.th/TH/NewsReadBlog2.aspx?itemID=24584>
- 8.กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2560). คู่มือชุมชนปลอดขยะ ZERO WASTE. กองส่งเสริมและเผยแพร่ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 9.สรนง อรุณศรี ธนิตา ผาติเสนะ (2564). การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีสุขภาพและแกนนำครัวเรือนในการจัดการขยะ บ้านปราสาทอำเภวย ตำบลเมืองฝ้าย อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารชุมชนวิจัย ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2564) 252 – 63
- 10.ปริญวิศว์ วงษ์จันทร์. (2565). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะในสถานศึกษาตามโครงการโรงเรียนปลอดขยะ โรงเรียนขลุ่ยระนาดพิเศษ จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการไทยวิจัยและการจัดการ ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 53 - 82

ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา
วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ปี 2565

Effect of brief counseling on self-care behavior of patients taking warfarin Warfarin

Clinic outpatient work Dong Luang Hospital Mukdahan Province, 2022

(Received: April 21,2023 ; Revised: April 24,2023 ; Accepted: April 25,2023)

อุทัย บุญเรือน¹

Uthai Boonruen¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและศึกษาแนวทางการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566 รวม 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 20 คน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แรงจูงใจและ INR ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าเดิม ยกเว้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการรับประทานสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ที่ไม่แตกต่าง

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาแบบสั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ยาวาร์ฟาริน

ABSTRACT

This research was Action Research aimed to study the self-care behavior of the patients and study the brief intervention guideline on the self-care behavior of the patients taking warfarin. Warfarin Clinic outpatient work Dong Luang Hospital Mukdahan Province The study period was between October 2022 - March 2023, totaling 6 months. Sample size were 20 patients taking warfarin in Warfarin Clinic outpatient work Dong Luang Hospital Mukdahan Province. Data were collected from medical records and questionnaires. data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation and Dependent t – test.

The study found that Self-care behaviors of patients taking warfarin Warfarin Clinic outpatient work Dong Luang Hospital Mukdahan Province Motivation and INR before and after the implementation found that there was a statistically significant difference at the .05 level. receiving warfarin Warfarin Clinic outpatient work Dong Luang Hospital Mukdahan Province The

¹ โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

mean scores were better than before, except for the behaviors of smoking, drinking alcohol, and taking herbs/supplement products. that is not different.

Keywords: short consultation , Self-care behavior patients, warfarin

บทนำ

ยาแวนาร์ฟาริน (Warfarin) เป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน ออกฤทธิ์ในการต้านการแข็งตัวของเลือด จัดเป็นยาในกลุ่ม High-alert drug ซึ่งเป็นยาที่มี Therapeutic windows แคบ แต่เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบจากการใช้ยา เช่น เลือดออกในทางเดินอาหาร เลือดออกในสมอง การตายของเนื้อเยื่อหรือผิวหนัง การเกิดรอยช้ำจ้ำเลือด ไ้มีเลือดปน วาร์ฟารินจึงมีความเสี่ยงสูงในการใช้จำเป็นต้องใช้อย่างระมัดระวัง และยาตัวนี้ยังมีดัชนีการรักษาที่แคบ จึงทำให้การปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเพื่อให้ค่า International Normalized Ratio (INR) อยู่ในเป้าหมายทำได้ยาก ดังนั้นการจัดการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ^{1,2}

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น ผู้ป่วยลิ้นหัวใจพิการ ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ (AF) ผู้ป่วยหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา (DVT) ลิ้มเลือดอุดตันที่ปอด (PE) ภาวะEmbolic stroke ที่ต้องได้รับยาแวนาร์ฟาริน (Warfarin) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงมีความจำเป็นที่ต้องจัดตั้งวาร์ฟารินคลินิกขึ้นในโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบาย Service plan สาขาหัวใจ เพื่อแบ่งเบาภาระงานในหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการใช้ยาในวาร์ฟารินคลินิก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลที่ได้มาตรฐาน เป็นการลดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคและจากยาแวนาร์ฟาริน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้มากขึ้น และยังเป็นภาระงานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป³

การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) เป็นการการให้คำปรึกษาทาง

สุขภาพ เป็นกระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ให้คำปรึกษา (counselor) และผู้รับคำปรึกษา (client) โดยมุ่งเน้นสัมพันธภาพที่ดีและการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communications) มีจุดประสงค์เพื่อช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษามีสุขภาพที่ดีที่สุด ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา สังคม และจิตวิญญาณ โดยใช้เทคนิคและทฤษฎีการให้คำปรึกษา และพื้นฐานความรู้ของผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาจะมีบทบาทในการแนะนำให้ผู้รับการปรึกษาได้สำรวจ ทำความเข้าใจถึงปัญหา ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง และนำความรู้ไปแก้ปัญหาและพฤติกรรมของตนเองได้อย่างเหมาะสม และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขเต็มตามศักยภาพของตน⁴ หลักการสำคัญการให้คำปรึกษาแบบสั้นคือการสนทนาสร้างแรงจูงใจที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีแรงจูงใจอยู่บ้าง เน้นเสริมแรงความตระหนัก การประเมินปัญหาทั้งความรู้และแรงจูงใจแนะนำให้ข้อมูลตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนเพื่อไปยังเป้าหมายเป็นการช่วยเหลือแบบครั้งเดียวจบ (แต่นัดต่อไปได้) เน้นเรื่องที่สำคัญ⁵

จากข้อมูลสถิติข้อมูลผู้ป่วยรับยาแวนาร์ฟาริน หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง ย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2563 - 2565) มีผู้ป่วยที่รับยาแวนาร์ฟาริน จำนวน 24 , 34 และ 47 ราย โดยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคหัวใจ สิ้นปลิว, โรคลิ้นหัวใจรั่ว,ลิ้มเลือดที่ปอดอุดตัน และลิ้มเลือดที่ขาอุดตัน และ พบภาวะ prolong INR ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล สาเหตุจากการรับประทานยาและอาหารที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาแวนาร์ฟาริน จำนวน 1 , 3 และ 5 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม INR ได้ตามเกณฑ์ที่ร้อยละ 60 โดยสามารถควบคุมได้ร้อยละ

ละ 54.8 , 44.92 และ 55.11 ตามลำดับ ไม่พบอุบัติการณ์ Thromboembolic events และ Major bleeding events จากการดำเนินงานปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 2 ราย หยุดรับประทานเอง 3-5 วัน ทำให้มีอาการทรุดลง มารับบริการโรงพยาบาลดงหลวงด้วยอาการซึมลง แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลมุกดาหาร และเสียชีวิต 1 ราย จากการดำเนินงานคลินิกวาร์ฟาริน งานโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง ที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินการยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ขาดกระบวนการเชื่อมโยงระหว่างทีมดูแล ซึ่งมีสาเหตุหลากหลาย นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านพื้นที่ดำเนินการ บุคลากรขาดองค์ความรู้ และแนวทางปฏิบัติด้านคลินิกที่ชัดเจน การตรวจทางห้องปฏิบัติการทำได้จำกัดเพียงบางวันผู้ป่วยและญาติขาดความเข้าใจ ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลเรื่องการใช้ยา ขาดเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ รวมทั้งสื่อวีดิทัศน์ ที่ให้องค์ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวและการกินยา

ด้วยเหตุปัจจัยดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา วาร์ฟารินอย่างครอบคลุมเป้าหมายตามแผนการรักษา ป้องกัน การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา จัดทีมสหวิชาชีพดูแลประกอบด้วยอายุรแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางห้องปฏิบัติการ ให้การรักษาและติดตามอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
2. ศึกษาแนวทางการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
3. ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566 รวม 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร ประกอบด้วย

F = Feedback of personal risk บอก
ให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของปัญหา

R = Responsibility of the patient
เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเลือก
วิธีการและลดพฤติกรรม มีส่วนร่วมในการกำหนด
เป้าหมายของการลดหรือเลิกดื่มของเขาเอง

A = Advice to change ให้คำแนะนำ
อย่างชัดเจนถึงวิธีลดหรือเลิกพฤติกรรม

M = Menu of ways นำเสนอวิธีการ
ต่างๆ สำหรับลดหรือเลิก

E = Empathetic counseling style
ทำด้วยท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจและใช้การสะท้อนกลับ
ความคิดหรืออารมณ์ของผู้ป่วยจะได้ผลดีกว่าการ
ใช้ ท่าทีที่แข็งกร้าว หรือต้อนให้จมนม

S = Self-efficacy or optimism of
the patient สนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นถึง
ความสามารถของตนเองในการที่จะทำให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงและให้มองตนเองในแง่ดีว่าตนเองมี
ความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมตนเองของ
ผู้ป่วยที่ได้รับยาอาร์ฟาริน คลินิกอาร์ฟาริน งาน
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง ผู้ศึกษาได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity)
โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาประยุกต์
มาจากแบบประเมินพฤติกรรมเรื่องการ
รับประทานอาหารที่มีผลต่อยาอาร์ฟาริน และ
พฤติกรรมรับประทานยาอาร์ฟารินของพญ.สิริ
รัตน์ วนาพร (2564) และให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา
ตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้
คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและ
ภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและ
ข้อความที่ชัดเจน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลที่ได้จากนักศึกษา/ผู้ช่วย
ศึกษาแบบบันทึกด้วยตัวเอง

1.1 แบบบันทึกข้อมูลลักษณะทั่วไป
จำนวน 6 ข้อ

1.2 แบบบันทึกผลตรวจทางคลินิก
จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์
ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการรับประทานยาที่มี
ผลเสริมฤทธิ์ของยาอาร์ฟาริน เป็นแบบ Checklist
ลงบันทึกประจำวัน

2.2 พฤติกรรมการรับประทานยาที่มี
ผลลดฤทธิ์ของยาอาร์ฟาริน เป็นแบบ Checklist
ลงบันทึกประจำวัน

2.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
รับประทานสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม เป็น
แบบ Checklist ลงบันทึกประจำวัน โดยให้
คะแนน ดังต่อไปนี้

ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ
กิจกรรม ทุกวัน ให้ 5 คะแนน

ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 5 – 6 วัน ให้ 4 คะแนน

ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 3 – 4 วัน ให้ 3 คะแนน

ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 1 – 2 วัน ให้ 2 คะแนน

ในรอบสัปดาห์ไม่มีมีการปฏิบัติ
กิจกรรม ให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ต่ำกว่า 1.80	ไม่เหมาะสม
1.81 – 2.60	ปรับปรุง
2.61 – 3.40	พอใช้
3.41 – 4.20	เหมาะสม
มากกว่า 4.20	เหมาะสมมาก

2.4 พฤติกรรมการรับประทาน
อาหารที่มีวิตามินเคสูง เป็นแบบ Checklist ลง
บันทึกประจำวัน โดยให้คะแนน ดังต่อไปนี้

ในรอบสัปดาห์มีการปฏิบัติ
กิจกรรม ทุกวัน ให้ 5 คะแนน

ในรอบสัปดาห์ที่มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 5 – 6 วัน ให้ 4 คะแนน
ในรอบสัปดาห์ที่มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 3 – 4 วัน ให้ 3 คะแนน
ในรอบสัปดาห์ที่มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 1 – 2 วัน ให้ 2 คะแนน
ในรอบสัปดาห์ที่ไม่มีมีการปฏิบัติ
กิจกรรม ให้ 1 คะแนน
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ต่ำกว่า 1.80	ไม่เหมาะสม
1.81 – 2.60	ปรับปรุง
2.61 – 3.40	พอใช้
3.41 – 4.20	เหมาะสม
มากกว่า 4.20	เหมาะสมมาก

2.5 พฤติกรรมการปฏิบัติตนของ
ผู้ป่วยที่รับประทานยาแอสไพริน เป็นแบบ
Checklist ลงบันทึกประจำวัน โดยให้คะแนน
ดังต่อไปนี้

ในรอบสัปดาห์ที่มีการปฏิบัติ
กิจกรรม ทุกวัน ให้ 5 คะแนน
ในรอบสัปดาห์ที่มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 5 – 6 วัน ให้ 4 คะแนน
ในรอบสัปดาห์ที่มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 3 – 4 วัน ให้ 3 คะแนน
ในรอบสัปดาห์ที่มีการปฏิบัติ
กิจกรรม 1 – 2 วัน ให้ 2 คะแนน
ในรอบสัปดาห์ที่ไม่มีมีการปฏิบัติ
กิจกรรม ให้ 1 คะแนน
มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
ต่ำกว่า 1.80	ไม่เหมาะสม
1.81 – 2.60	ปรับปรุง
2.61 – 3.40	พอใช้
3.41 – 4.20	เหมาะสม
มากกว่า 4.20	เหมาะสมมาก

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แร่งจูงใจ
และ INR ก่อนการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief
Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

2. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แร่งจูงใจ
และ INR

3. กำหนดแนวทางในการให้คำปรึกษาแบบ
สั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัด
มุกดาหาร

4. ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แร่งจูงใจ
และ INR หลังการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief
Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้
นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป
คำนวณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ (Frequency
Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลข
คณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่
เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับ
ยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แร่งจูงใจและ

INR ก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยใช้
Dependent t - test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การ
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง ผลของการให้คำปรึกษาแบบ
สั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยที่รับยาอาร์ฟาริน คลินิกอาร์ฟาริน
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัด
มุกดาหาร ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จาก
คณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่ 18.0033.2566

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา
อาร์ฟาริน คลินิกอาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แรงจูงใจและ
INR ก่อนการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief
Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาอาร์ฟาริน คลินิกอาร์ฟาริน งานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

1.1 พฤติกรรมการรับประทานยาที่มีผล
ต่อการลดฤทธิ์ของยาอาร์ฟารินในสัปดาห์ที่ผ่านมา
พบว่า ไม่มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีผลต่อ
การลดฤทธิ์ของยาอาร์ฟารินในสัปดาห์ที่ผ่านมา

1.2 พฤติกรรมการรับประทานยาที่มีผล
ต่อการเพิ่มฤทธิ์ของยาอาร์ฟารินในสัปดาห์ที่ผ่านมา
พบว่า ไม่มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีผลต่อ
การเพิ่มฤทธิ์ของยาอาร์ฟารินในสัปดาห์ที่ผ่านมา

1.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
และการรับประทานสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม
พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับ เหมาะสมมาก

1.4 พฤติกรรมความถี่ของการรับประทาน
อาหารที่มีวิตามินเคสูงที่มีผลทำให้ลดการออกฤทธิ์
ยาอาร์ฟาริน พบว่า โดยรวมและรายข้อส่วนใหญ่อยู่
ในระดับ เหมาะสมมาก ยกเว้น พฤติกรรมความถี่ของ
การรับประทานกะหล่ำปลี (ครึ่งถ้วย มีวิตามินเค 82

ไมโครกรัม) และผลิตภัณฑ์จากนมทุกชนิด (ครึ่งถ้วย
วิตามินเค 10 ไมโครกรัม) อยู่ในระดับเหมาะสม
พฤติกรรมความถี่ของการรับประทานกะหล่ำดอก
(ครึ่งถ้วย มีวิตามินเค 78 ไมโครกรัม) และแตงกวา (1
ลูกขนาดกลาง มีวิตามินเค 49 ไมโครกรัม) อยู่ใน
ระดับพอใช้

1.5 พฤติกรรมการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย
ที่ใช้ยาอาร์ฟาริน พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก
ที่สุด ได้แก่ หากลิ้มรับประทานยา ท่านมีการปฏิบัติ
คือ เพิ่มขนาดยาที่รับประทานเป็น 2 เท่า รองลงมา
คือ ท่านรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่
เพิ่ม/ลด/หยุดยาเอง ท่านการเก็บยา ให้พ้นแสงและ
ความชื้น ในภาชนะที่โรงพยาบาลจัดให้ และเก็บยา
ให้พ้นมือเด็ก ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย
น้อยที่สุด ได้แก่ กรณีลิ้มรับประทานยาและเลย 12
ชั่วโมงไปแล้ว ท่านได้ข้ามยาในมือนั้น แล้ว
รับประทานยามื้อต่อไปขนาดเท่าเดิม รองลงมาคือ
ในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดบาดแผลเลือดอาจออก
ไม่หยุด หากบาดแผลมีขนาดเล็กและไม่ลึก ท่านใช้
วิธีแก้ไขไม่ให้เกิดแผลออกมาก คือ ใช้มือสะอาดกดไว้ให้
แน่นตรงบาดแผล เลือดจะหยุดหรือออกน้อยลง หาก
เลือดยังไม่หยุดไหล ให้รีบไปโรงพยาบาลทันที และ
แจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบว่ารับประทานยา
อาร์ฟารินอยู่ และหากต้องทำการรักษาฟันของท่าน
ต้องบอกให้ทันตแพทย์ทราบว่ากำลังรับประทานยา
อาร์ฟารินโดยเฉพาะในกรณีที่จะต้องทำการผ่าตัด
ถอนฟัน หรือต้องรับประทานยาอย่างอื่นเพิ่ม
เนื่องจากมียาหลายชนิดที่เพิ่มฤทธิ์/ลดฤทธิ์ของยา
อาร์ฟาริน ตามลำดับ

1.6 International Normalized Ratio :
INR และแรงจูงใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา
อาร์ฟาริน คลินิกอาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ค่า INR
อยู่ระหว่าง 2 – 3 แต่มี 1 คน ที่ต่ำกว่า 2 และ
แรงจูงใจอยู่ระหว่าง 5 – 7

2. การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief
Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาอาร์ฟาริน คลินิกอาร์ฟาริน งานผู้ป่วย

นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มี
ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

F = Feedback of personal risk บอก
ให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของปัญหา

R = Responsibility of the patient เน้น
ถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการและ
ลดพฤติกรรม มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของ
การลดหรือเลิกดื่มของเขาเอง

A = Advice to change ให้คำแนะนำ
อย่างชัดเจนถึงวิธีลดหรือเลิกพฤติกรรม

M = Menu of ways นำเสนอวิธีการต่างๆ
สำหรับลดหรือเลิก

E = Empathetic counseling style ทำ
ด้วยท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจและใช้การสะท้อนกลับ
ความคิดหรืออารมณ์ของผู้ป่วยจะได้ผลดีกว่าการใช้
ท่าทีที่แข็งกร้าว หรือต้อนให้จนมุม

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา
วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แรงจูงใจและ
INR หลังการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief
Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วย
นอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร

3.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่
รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ไม่มี
พฤติกรรมการรับประทานยาที่มีผลต่อการลดฤทธิ์
ของยา วาร์ฟาริน ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

3.2 พฤติกรรมการรับประทานยาที่มีผล
ต่อการเพิ่มฤทธิ์ของยา วาร์ฟาริน ในสัปดาห์ที่ผ่านมา
พบว่า ไม่มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่มีผลต่อ
การเพิ่มฤทธิ์ของยา วาร์ฟาริน ในสัปดาห์ที่ผ่านมา

3.3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา
และการรับประทานสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม
พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับ เหมาะสมมาก

3.4 พฤติกรรมความถี่ของการรับประทาน
อาหารที่มีวิตามินเคสูงที่มีผลทำให้ลดการออกฤทธิ์
ยา วาร์ฟาริน พบว่า โดยรวมและรายข้ออยู่ในระดับ
เหมาะสมมาก

3.5 พฤติกรรมการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วย
ที่ใช้ยา วาร์ฟาริน พบว่า โดยรวม อยู่ในระดับ
เหมาะสมมาก ยกเว้น รายข้อบางข้อ อยู่ในระดับ
เหมาะสม

3.6 International Normalized Ratio :
INR และแรงจูงใจการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา
วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ค่า INR
อยู่ระหว่าง 2 – 3 แต่มี 1 คน ที่ต่ำกว่า 2 และ
แรงจูงใจอยู่ระหว่าง 6 – 10

3.7 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัด
มุกดาหาร แรงจูงใจและ INR ก่อนและหลังการ
ดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการให้
คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยา วาร์ฟาริน
คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง
จังหวัดมุกดาหาร มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อน (t
มีค่าเป็นลบ) ยกเว้น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่ม
สุรา และการรับประทานสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์อาหาร
เสริม ที่ไม่แตกต่าง (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน
งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แรงจูงใจและ INR ก่อนและหลังการ
ดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
3ส	4.80	0.27	4.97	0.10	19	-.207	.838	-.67147	.55047
Vit K	4.55	0.18	4.93	0.05	19	-11.180	.000	-2.96801	-2.03199
ปฏิบัติตัว	4.55	0.18	4.57	0.11	19	-3.684	.002	-.26136	-.07198
โดยรวม	4.54	0.18	4.92	0.05	19	-10.585	.000	-.45514	-.30486
แรงจูงใจ	5.8000	.52315	8.3000	1.03110	19	-50.349	.000	-1.46621	-1.34917
INR	2.4260	1.23519	2.4865	.53331	19	-26.019	.000	-.67024	-.57044

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิก
แอสไพริน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง
จังหวัดมุกดาหาร แรงจูงใจและ INR ก่อนและหลัง
การดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการให้
คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อ
พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน
คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร มีค่า
คะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าเดิม (t มีค่าเป็นลบ) ยกเว้น
พฤติกรรมในการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการ
รับประทานสมุนไพร/ ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม ที่ไม่
แตกต่าง

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบ
พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน
คลินิกแอสไพริน งานผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร แรงจูงใจ
และ INR ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มี
ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 โดยที่หลังการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief
Intervention) ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยที่รับยาแอสไพริน คลินิกแอสไพริน งาน
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร
มีค่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าเดิม (t มีค่าเป็นลบ)

ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้นำแนวคิด BRIEF
INTERVENTION (การให้คำปรึกษาแบบสั้น)
หลักการสำคัญของ BI คือเป็นการสนทนาสร้าง
แรงจูงใจที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีแรงจูงใจอยู่
บ้าง เน้นเสริมแรงความตระหนัก การประเมิน
ปัญหาทั้งความรู้และแรงจูงใจแนะนำให้ข้อมูล
ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนเพื่อไปยังเป้าหมาย
เป็นการช่วยเหลือแบบครั้งเดียวจบ (แต่นัดต่อไปได้)
เน้นเรื่องที่สำคัญเท่านั้นใช้เวลา 20 - 30 นาที โดย
มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

F = Feedback of personal risk บอก
ให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของปัญหา

R = Responsibility of the patient
เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเลือก
วิธีการและลดพฤติกรรม มีส่วนร่วมในการกำหนด
เป้าหมายของการลดหรือเลิกดื่มของเขาเอง

A = Advice to change ให้คำแนะนำ
อย่างชัดเจนถึงวิธีลดหรือเลิกพฤติกรรม

M = Menu of ways นำเสนอวิธีการ
ต่างๆ สำหรับลดหรือเลิก

E = Empathetic counseling style
ทำด้วยท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจและให้การสะท้อนกลับ
ความคิดหรืออารมณ์ของผู้ป่วยจะได้ผลดีกว่าการ
ใช้ ท่าทีที่แข็งกร้าว หรือต้อนให้จนมุมตามแนวคิด
ของ เทอดศักดิ์ เดชคง (กลุ่มที่ปรึกษากรม
สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข,
2560) ในเรื่องการสนทนา สร้างแรงจูงใจ เพื่อ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Motivational Interviewing for NCDs; MI NCDs) สอดคล้องกันกับการศึกษาของวิทยา วิริยะมนต์ชัย (2563)² ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา วาร์ฟารินในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน ผลการศึกษาพบว่า หลังการพัฒนาแบบจะเน้นความรู้ในการใช้ยาเพิ่มขึ้นจาก 15.93 2.583 เป็น 19.83 0.526 ($P < 0.001$) สัดส่วนจำนวนครั้งของค่า INR ที่อยู่ในช่วงเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้นจาก 40.68% เป็น 52.15% สัดส่วนการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติลดลงจาก 2.26% เป็น 0.61% ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 89.45% และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนนท์ จันทรสุข และคณะ (2562)⁶ ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับคำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าก่อนได้รับคำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ มุลอินตะ (2562)⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วย ในคลินิกวาร์ฟารินโรงพยาบาลพะเยา.ผลตัวชี้วัดเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบบริหารผู้ป่วยโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ (Pre-Counseling) ในคลินิกวาร์ฟาริน พบว่าร้อยละ INR เข้าเป้าหมายของการรักษาเพิ่มขึ้น , ร้อยละของระยะเวลาที่ค่า INR อยู่ในช่วงรักษามีค่าสูงสุด (Time in Therapeutic Range : TTR) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น, ภาวะเลือดออกผิดปกติชนิดรุนแรง ลดลง และภาวะลิ่มเลือดอุดตันชนิดรุนแรง ลดลง ผลจากการพัฒนาระบบบริหารผู้ป่วยโดยจัดให้มีการให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ (pre-counseling) ในคลินิกวาร์

ฟารินทำให้ประสิทธิภาพในการควบคุม INR ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก ควรมีการใช้แนวคิด BRIEF INTERVENTION (การให้คำปรึกษาแบบสั้น) หลักการสำคัญ ของ BI คือเป็นการสนทนาสร้างแรงจูงใจที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีแรงจูงใจอยู่บ้าง เน้นเสริมสร้างความตระหนัก การประเมินปัญหาทั้งความรู้และแรงจูงใจแนะนำให้ข้อมูลตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนเพื่อไปยังเป้าหมายเป็นการช่วยเหลือแบบครั้งเดียวจบ (แต่นัดต่อไป) เน้นเรื่องที่สำคัญเท่านั้นใช้เวลา 20 - 30 นาที โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

F = Feedback of personal risk บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงความเสี่ยงของปัญหา

R = Responsibility of the patient เน้นถึงความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการและลดพฤติกรรม มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการลดหรือเลิกดื่มของเขาเอง

A = Advice to change ให้คำแนะนำอย่างชัดเจนถึงวิธีลดหรือเลิกพฤติกรรม

M = Menu of ways นำเสนอวิธีการต่างๆ สำหรับลดหรือเลิก

E = Empathetic counseling style ทำด้วยท่าทีที่อบอุ่น เข้าใจและใช้การสะท้อนกลับความคิดหรืออารมณ์ของผู้ป่วยจะได้ผลดีว่าการใช้ ท่าทีที่แข็งกร้าว หรือต้อนให้จนมุม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention) ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟาริน คลินิกวาร์ฟาริน งานผู้ป่วยนอก ในระยะยาวเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทาน. ม.ป.ท.; 2555.
- 2.วิทยา วิริยะมนต์ชัย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแอสไพรินในโรงพยาบาลปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีโดยใช้การคิดเชิงออกแบบเป็นฐาน วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2563 119-31
- 3.คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ. คู่มือการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ เรื่องการบริหารจัดการหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
- 4.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. หลักการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. ใน: กรองจิต วาทีสาธกกิจ, บรรณาธิการ. การ ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ในงานประจำปี. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2551. หน้า 66-77.
- 5.กรมสุขภาพจิต ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs. เทอดศักดิ์ เดชคง. บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร. บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด. 2560.
- 6.ชวนนท์ จันท์สุข นฤมล จันท์สุข อัมชา หรัยลอย. ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562. 170-77
- 7.วันเพ็ญ มุลอินตะ. การพัฒนาระบบการบริหารผู้ป่วย ในคลินิกแอสไพรินโรงพยาบาลพะเยา. ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (2019): เชียงรายเวชสาร ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 ธันวาคม
- 8.อุทัยทิพย์ เจียวิวรรธน์กุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการและบทเรียน. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่งจำกัด. , 2553
- 9.Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
- 10.Kamput V, Nakariyakul K. Clinical outcomes of warfarin monitoring in outpatients at Buddhachinaraj Phitsanulok hospital. Buddhachinaraj Medical Journal 2009;26:253-9.

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย
Village Health Volunteer Potential Development Program to age group health managers

(Received: April 21,2023 ; Revised: April 24,2023 ; Accepted: April 25,2023)

พิทักษ์ กาญจนาศร¹,ธมยanee โชติการณ
Pitak Kanjanasorn¹,Thomyanee Chotikarn¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม (Two group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย และ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย มีระยะเวลา การศึกษา ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ.2565 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 170 คน ด้วยวิธีเจาะจง แบ่งเป็น ตำบลหลุบ 16 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน จับสลากเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลห้วยโพธิ์ 18 หมู่บ้าน จำนวน 90 คน จับสลากเป็นกลุ่ม ควบคุม เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ Independent t – test

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการดำเนินงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย ที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า กลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการ สุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการดำเนินงาน มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่กลุ่มทดลองหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่า

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย

ABSTRACT

This research was quasi experimental research with two group design aimed to study the potential of village health volunteers in health management of age groups and Program to develop the potential of village health volunteers to become health managers for the age group. The study period is from January to April 2022, totaling 4 months. Sample size were 170 village health volunteers, 5 per village, by specific method, divided into Lub Sub-districts, 16 villages, 80 people by drawing lots as an experimental group. and Huay Pho Sub-district, 18 villages, 90 people were drawn by lots as a control group. Collect data from questionnaires. Data were analyzed by Content analysis: frequency, percentage, mean, standard deviation, Dependent t-test and Independent t-test.

The study found that Understanding level of health management for age groups of village health volunteers, experimental groups, before and after implementation There was a statistically significant difference at the .05 level. After the operation, the average score was

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

higher than. The control group was not different. when comparing the level of understanding of health management in age groups of village health volunteers experimental group and control group after operation There was a statistically significant difference at the .05 level where the experimental group after the operation had a higher mean score.

Keywords: village health volunteers, age group health manager

บทนำ

ผลจากสถานการณ์ความเสี่ยงหรือภัยสุขภาพที่แปรเปลี่ยนและเพิ่มขึ้น ทำให้ประเทศต้องประสบกับปัญหาสาธารณสุขที่หลากหลายและเรื้อรัง อันได้แก่ การเพิ่มของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุจราจร เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันกลายเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนไทยและทุกประเทศทั่วโลก (กว่าร้อยละ 70 ของสาเหตุการเสียชีวิต ทั้งในระดับนานาชาติ และในประเทศไทย ความถี่ของการเจ็บ-ตายการเกิดภัยธรรมชาติ รวมถึงปัญหาทางสาธารณสุขที่เกิดจากความรุนแรงทางการเมืองการเกิดความเจ็บป่วยและพิการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความจำเป็นที่ต้องมีระบบการดูแล ระยะยาว หรือ long-term care แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะ “ติดเตียง” รวมถึงการเพิ่มงานบริการทางสังคม ด้านอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุความชุกชุมของเชื้อดื้อยาวัณโรค การเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอุบัติการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีศักยภาพในการแพร่ระบาดข้ามประเทศและข้ามทวีปปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรุนแรงของปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นปัญหาการติดสิ่งเสพติดของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นและผู้มีฐานะยากจนปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ จากภัยของฝุ่น สารเคมีอุตสาหกรรม สารเคมีปราบศัตรูพืช เป็นต้นปัญหาการโยกย้ายของประชากรข้ามชาติ และปัญหาสาธารณสุขบริเวณชายแดนประเทศปัญหาการเพิ่มขึ้นของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ การเพิ่มของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้

สร้างผลงานอันเป็นที่ประจักษ์โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และกลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนในการทำให้ชุมชนไปสู่เป้าหมายการมีสุขภาวะที่ดี สามารถนำพาประชาชนให้เข้ามาแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตัวเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม มีการจัดการปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพ เกิดมาตรการทางสังคม มีกลไกในการจัดการสุขภาพชุมชนที่เหมาะสม¹²

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (village health volunteers, VHV) หรือ อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ¹⁰

นักรจัดการสุขภาพชุมชน (อสม.นักรจัดการสุขภาพชุมชน) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ และ เป็นผู้ร่วมดาเนินการ สั่งการ ควบคุมกำกับให้คำชี้แนะ ในกระบวนการจัดการด้านสุขภาพ 4 ด้าน เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน นา

ไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งตนเองได้ โดยมีการกิจสำคัญได้แก่ การลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปรับเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มเด็กแรกเกิด 0-5 ปี, กลุ่มวัยเรียน, กลุ่มวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน, กลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุ อย่างถูกต้อง และต่อเนื่อง และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม พร้อมทั้งสร้างแกนนำประจำครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ครัวเรือนสามารถช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ โดยการสื่อสาร สร้างสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน¹¹

จากสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องพัฒนาปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างสมเหตุสมผล มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งการ สร้างความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพบุคคลให้สามารถจัดการกับปัญหาทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลให้เกิดการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพที่เน้นการ ให้บริการเชิงรุก โดยนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) มาเป็นกลยุทธ์หลัก ที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพประชาชนแต่ละกลุ่มที่มีความแตกต่างกัน การพัฒนาการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย¹¹ เป็นกระบวนการสำคัญของการบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มสมรรถนะ (Competency) ของบุคลากรให้มีความรู้

(Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะ (Attribute) ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ท้นต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งความเห็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับพิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา (2557) ได้กล่าวว่าการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ ประการหนึ่งในกระบวนการบริหารงานบุคคล เพราะการดำเนินงานขององค์การจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษา โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัยโดยมุ่งหวัง เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ มีความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นแก่ครัวเรือน สามารถช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อขยายผลการพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
2. ศึกษา โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
3. ศึกษาผลของศึกษา โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย

ประโยชน์ของงานวิจัย

1. ทราบถึงศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
2. มี โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นำจัดการสุขภาพกลุ่มวัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษา โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม (Two group design) มีระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เมษายน พ.ศ.2566 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 170 คน ด้วยวิธีเจาะจง แบ่งเป็น ตำบลหลัก 16 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน จับสลากเป็นกลุ่มทดลอง และตำบลห้วยโพธิ์ 18 หมู่บ้าน จำนวน 90 คน จับสลากเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ประกอบด้วย หน่วยเรียนรู้ อสม.ผู้จัดการสุขภาพชุมชน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับ น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ความเข้าใจในกิจกรรมการพัฒนา ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1981)

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00 มีความเข้าใจมากที่สุด

3.41 – 4.20 มีความเข้าใจมาก

2.61 – 3.40 มีความเข้าใจปานกลาง

1.81 – 2.60 มีความเข้าใจน้อย

1.00 - 1.80 มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้น

นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.925

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

1. ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับนักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย
2. ทบทวนกรอบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย
3. เก็บข้อมูลศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัยก่อนดำเนินการ
4. ดำเนินการโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ประกอบด้วย หน่วยเรียนรู้ อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ กำหนด 18 ชั่วโมง
5. เก็บข้อมูลศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัยหลังดำเนินการ 1 เดือน
6. สรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการ

สุขภาพกลุ่มวัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ Dependent t – test และความเข้าใจในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่ผู้จัดการสุขภาพกลุ่มวัย ก่อนและหลังดำเนินการ ระหว่างกลุ่ม ได้แก่ Independent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

1. การประเมินความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนการดำเนินงาน พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค อสม.กับการจัดการสุขภาพจำเป็น ในผู้สูงอายุและอสม.กับการจัดการสุขภาพ กลุ่มผู้พิการ ภาวะความพิการ อยู่ในระดับมาก หลังการดำเนินงาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ที่สุด ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพจำเป็น ในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก

2. การประเมินความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ยกเว้น อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง หลังการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ยกเว้น นักจัดการสุขภาพ

ชุมชนและอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง

3. การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน

ตัวแปร	หลุบ		ห้วยโพธิ์		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	3.34	0.51	3.38	0.43	168	-.598	.551	-.18526	.09914
2	3.38	0.41	3.45	0.43	168	-1.104	.271	-.19830	.05608
3	3.30	0.55	3.29	0.61	168	.120	.905	-.16683	.18836
4	3.43	0.58	3.50	0.55	168	.388	.388	-.24454	.09547
5	3.49	0.44	3.45	0.55	168	.572	.572	-.10821	.19525
6	3.41	0.38	3.50	0.42	168	.181	.181	-.20522	.03911
7	3.39	0.20	3.43	0.23	168	.272	.272	-.10118	.02869

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

4. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย การจัดการฝึกอบรมตามหน่วยเรียนรู้ที่กำหนด 18 ชั่วโมง ดังนี้

หน่วยเรียนรู้ อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ เวลา 3 ชั่วโมง

5. การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	3.34	0.51	4.29	0.42	89	-13.301	.000	-1.07915	-.79863
2	3.38	0.41	4.25	0.40	89	-15.455	.000	-.97308	-.75137
3	3.30	0.55	4.23	0.44	89	-13.003	.000	-1.06955	-.78600
4	3.43	0.58	4.24	0.43	89	-13.116	.000	-.93825	-.69138
5	3.49	0.44	4.18	0.64	89	-15.686	.000	-.88464	-.68573
6	3.41	0.38	4.25	0.33	89	-14.703	.000	-.94343	-.71880
7	3.39	0.20	4.24	0.36	89	-21.914	.000	-.93798	-.78202

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ)

6. การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	3.38	0.43	3.39	0.45	89	-.665	.508	-.04433	.02211
2	3.45	0.43	3.46	0.44	89	-1.684	.096	-.02422	.00200
3	3.29	0.61	3.29	0.61	89	-1.000	.320	-.01659	.00548
4	3.50	0.55	3.56	0.50	89	-1.898	.061	-.10614	.00244
5	3.45	0.55	3.44	0.54	89	1.752	.083	-.00149	.02371
6	3.50	0.42	3.50	0.42	89	-.445	.657	-.01214	.00770
7	3.43	0.23	3.44	0.22	89	1.422	.158	-.00088	.00533

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน

7. การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ หลังการดำเนินงาน

ตัวแปร	ห้วยโพธิ์		ห้วยโพธิ์		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	Upper
1	4.29	0.42	3.39	0.45	168	18.170	.000	.05576	.90311
2	4.25	0.40	3.46	0.44	168	16.283	.000	.05521	.78990
3	4.23	0.44	3.29	0.61	168	14.135	.000	.07460	.90723
4	4.24	0.43	3.56	0.50	168	12.317	.000	.06837	.70715
5	4.18	0.64	3.44	0.54	168	13.473	.000	.06879	.79104
6	4.25	0.33	3.50	0.42	168	17.294	.000	.05003	.76651
7	4.24	0.36	3.44	0.22	168	33.924	.000	.02752	.87915

จากตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ตำบลห้วยโพธิ์หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นบวก)

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบระดับระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่การประเมินความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ ปานกลาง ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค อสม.กับการจัดการสุขภาพ

จำเป็น ในผู้สูงอายุและอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ ภาวะความพิการ อยู่ในระดับมาก และตำบลห้วยโพธิ์ ก่อนการดำเนินงาน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ มาก ยกเว้น อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน และอสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของนาฏยา นุชนารถ และคณะ (2561)³ ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะ และนำไปสู่สร้างรูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า 1) สภาพปัจจุบันของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี อสม.ส่วนใหญ่ขาดสมรรถนะด้านการทำบัญชีและมีอายุมาก สำเร็จการศึกษาในระดับไม่สูงนัก การทำงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้กำกับดูแล เน้นการ

ส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นด้วย ปัญหาและอุปสรรคของการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือเนื่องจากยังไม่มั่นใจในการทำงาน อสม. การทำงานขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐานในการดำเนินงาน หน่วยงานต่างๆ มอบหมายงานให้ มากเกินไป รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดสุพรรณบุรี ต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเชิงรุก 4 ด้าน 4 หลักการซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จ ดังนั้นจึงได้ศึกษาเอกสาร แนวคิด ในการจัดการสุขภาพครอบครัว สุขภาพในทุกกลุ่มวัย^{6,7,8,9} จัดทำเป็นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย การจัดการฝึกอบรมตามหน่วยเรียนรู้ที่กำหนด 18 ชั่วโมง ดังนี้

หน่วยเรียนรู้ อสม.นั้กจัดการสุขภาพชุมชน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มเด็กปฐมวัย เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ เวลา 3 ชั่วโมง

หน่วยเรียนรู้ อสม.กับการจัดการสุขภาพกลุ่มผู้พิการ เวลา 3 ชั่วโมง

ตามแนวคิดการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากร¹ และแนวคิดการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การจัดการสุขภาพกลุ่มวัย¹¹ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของ

การบริหารทรัพยากรบุคคล เป็นการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มสมรรถนะ (Competency) ของบุคลากรให้มีความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะ (Attribute) ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ท้นต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งความเห็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับพิมพ์ลักษณ์ อยู่วัฒนา (2557) ได้กล่าวว่าการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรนับว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในกระบวนการบริหารงานบุคคล เพราะการดำเนินงานขององค์การจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้การดำเนินงานโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้น อสม.กับการจัดการสุขภาพจำเป็น ในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก และระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบก่อนและหลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความเข้าใจในการจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหลุบและห้วยโพธิ์ หลังการดำเนินงาน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ตำบลหลุบหลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน หงษ์วะชิน และคณะ (2556)² ได้ศึกษาการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า 1) สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดฉะเชิงเทราที่ต้องพัฒนามีดังนี้ สมรรถนะหลัก ด้านความรู้ (เฉลี่ย = 5.83, S.D.= 1.67)และความตระหนักในบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต (เฉลี่ย = 3.94, S.D.=

0.37) สมรรถนะเชิงเทคนิคในการให้การปรึกษา การสอนสุขภาพจิตศึกษา และการใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิต (เฉลี่ย = 3.51, S.D.= 0.37) สมรรถนะบริหาร เกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การให้แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (เฉลี่ย = 3.77, S.D.= 0.36) 2) หลักสูตรเพื่อพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้เชี่ยวชาญ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย = 4.52, S.D.= 0.19) และ 3) การประเมินผลการทดลองใช้หลักสูตร พบว่าภายหลังการทดลองใช้หลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีสมรรถนะหลัก สมรรถนะเชิงเทคนิคและสมรรถนะบริหารสูงขึ้น ทุกสมรรถนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา เตชะปัน (2561)⁵ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ทศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้ เรื่องสุขศึกษาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$)โดยทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติงานในการให้ความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับสูง และระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูงมาก พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานสุขศึกษาชุมชน ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากที่สุด คุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน มีคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษาหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) โดยคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมและระยะติดตาม 2 สัปดาห์หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ควรมีการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับนักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ทบทวนกรอบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัยและศึกษาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัยก่อนและหลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่นักจัดการสุขภาพกลุ่มวัย ในระยะยาว เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สิริวดี ชูเชิด. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2565
- 2.ยุพิน หงษ์ชะชิน อำนวย ปาอ้าย เพ็ญญา กลุณชาติล วรากรณ์ ไตรติลลันท์. การพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2556 ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 61-78
- 3.นภญา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์ และสุเทพ เชาวลิท. การพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุข
- 4.ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2561) 768-79
- 5.ชนิดา เตชะปิ่น. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่, 2561.
- 6.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- 7.กลุ่มการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์สิทธิเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). คู่มือการปฏิบัติงานของ อพส.
- 8.กองการพยาบาล สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2555). คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care).
- 9.มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2550). คู่มือหลักสูตรพัฒนาอาสาสมัครเพื่อคนพิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ยี่มสู ของมูลนิธิคนพิการไทย (โดยคนพิการ).
- 10.ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554 (20 มีนาคม 2554). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง หน้า 1-10.
- 11.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นักจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีพุทธศักราช 2557

12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2559 - 2560, กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์ 2560

ผลของการใช้โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Effects of Implementing a Learning Process and Positive Discipline Building Program in Early Childhood Children with Family Participation in the Responsible Area of Somdet Hospital, Somdet District, Kalasin Province.

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

สงกรานต์ นารินยา
Songkran narinya

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนและความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 และ ศึกษาโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็ก และเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คู่ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ F – test ด้วยเทคนิค Repeated measurement

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสม หลังดำเนินการ 1 สัปดาห์ และหลังดำเนินการ 1 เดือน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสม และความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังดำเนินการ 1 สัปดาห์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม หลังดำเนินการ 1 เดือน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และ พฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

คำสำคัญ : กระบวนการเรียนรู้ การสร้างวินัยเชิงบวก เด็กปฐมวัย การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was quasi-experimental research with the objectives of study the behavior of parents parents in promoting the development of preschool children and emotional intelligence of children aged 3-5, and studying the learning process and positive discipline building program in early childhood children with family participation in the responsible area of Somdet Hospital, Somdet District Kalasin Province. Sample size were child care group parent child and early childhood children in the Child Development Center in the area responsible for Somdet Hospital, Somdet District, Kalasin Province. By random purposive sampling of 50 pairs. Collect data from questionnaires. Data analysis by Content Analysis: Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation and F – Test by Repeated Measurement Technique.

The results of the study revealed that parents' behavior Parents in promoting the development of preschool children in the responsible area of Somdet Hospital, Somdet District, Kalasin Province before operation Overall and each aspect is at an appropriate level. After 1 week of operation and 1 month after operation, the overall and individual aspects were at an appropriate level. and emotional intelligence of children aged 3-5 years in the responsible area of Somdet Hospital, Somdet District, Kalasin Province. overall and side at fair level After 1 week of operation, overall and each side at an appropriate level After 1 month of operation, it was found that overall and each aspect is at a very appropriate level and the behavior of parents Parents in promoting the development of preschool children There was a statistically significant difference at the .05 level where the mean scores were higher after 1 month of operation.

Keywords: learning process building positive discipline, early childhood, participation

บทนำ

การสร้างวินัยเชิงบวกการที่เด็กเจริญเติบโตมาเป็นผู้ใหญ่ที่ รู้หน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมการที่เด็กคนหนึ่งสามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียนได้นั้น เด็กต้องมีความเข้มแข็งทางจิตใจพอสมควรที่จะควบคุมตนเอง มีความยับยั้งชั่งใจ ที่จะไม่ตามใจตนเองให้ไม่ผิดระเบียบ กฎเกณฑ์ของสังคมนั้นๆ เป็นวิธีจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ของเด็กอย่างสร้างสรรค์ โดยไม่ใช้วิธีการลงโทษ จะมีจุดมุ่งหมายให้เด็กรู้จักควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตัวเอง มากกว่าที่จะโดนบังคับ เพื่อให้เด็กเกิดการปรับพฤติกรรมไปในแนวทางที่ดีขึ้นและมีผลต่อเนื่องไปในอนาคต

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี(พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2580) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดีเก่งและมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย จิตใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้าน และมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์อดออม โอบอ้อมอารีมีวินัย รักษา ศีลธรรมและเป็นพลเมืองดีของชาติมีหลักคิดที่ถูกต้อง

เด็กปฐมวัย คือ วัยเด็กที่มีอายุ 3-5 ปี เป็นวัยเริ่มต้นของการเรียนรู้และเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างรวดเร็ว พัฒนาการที่

ดีของเด็กวัยก่อนเรียนเกิดจากผู้เลี้ยงดูให้ความรักความเอาใจใส่ เข้าใจเด็กและตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่เหมาะสมตามวัย ปลูกฝังความมีระเบียบวินัยโดยปราศจากการใช้ความรุนแรง ซึ่งการสร้างวินัยเชิงบวกจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กในวัยดังกล่าว ที่จะส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตมาเป็นผู้ใหญ่ที่ รู้หน้าที่ ความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม เพื่อให้เด็กเกิดการปรับพฤติกรรมไปในแนวทางที่ดีขึ้นและมีผลต่อเนื่องไปในอนาคต

จากผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วย DENVER II ของศูนย์อนามัยที่ 7 ปี 2560 และ 2564 ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์) พบว่าเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.4 และ 56.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่พบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านภาษา ร้อยละ 25.4 และจากรายงานระบบคลังข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ปี 2562-2563 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 96.51 ,95.57 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 27.58 , 31.85 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้น ร้อยละ 95.33 , 95.97 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.01 , 94.12 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการ

ล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEADA4I ร้อยละ 69.57, 67.65 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 56.48 , 68.24 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 57) ตามลำดับ

ข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กอำเภอสมเด็จ พบว่า ปี 2562-2564 เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 95.99 ,94.98,96.27 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 30.32,33.68 , 40.41 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) เด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้น ร้อยละ 91.24 ,96.15, 97.65 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 92.20 ,92.68, 94.31 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 85) เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEADA4I ร้อยละ 71.43,65.00, 94.74 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 70) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 54.37 ,60.60, 62.58 (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 57) ตามลำดับ

จากผลการดำเนินงานดังกล่าวแสดงให้เห็นการดำเนินงานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ผ่านมา เช่น การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทำให้สามารถค้นหาเด็กที่มีปัญหาด้านโภชนาการ และพัฒนาการได้มากขึ้น และเมื่อเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการโดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก อสม.และครูผู้ดูแลเด็กต่อเนื่องภายใน 30 วัน พบว่าเด็กมีพัฒนาสมวัยมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ไม่ได้รับการดูแล เฝ้าระวังกระตุ้น และส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการตามช่วงวัยอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งจากครอบครัว ชุมชน รวมถึงหน่วยบริการที่ดูแลกลุ่มเด็ก

เหล่านี้ เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนระดับอนุบาล เป็นต้น

ดังนั้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และภาวะโภชนาการ โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่เห็นความสำคัญของปัญหาและร่วมกันป้องกันแก้ไข โดยอาศัยภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งในและนอกกระบวนการสาธารณสุข เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กให้เกิดความรอบรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามช่วงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านพัฒนาการ โภชนาการ และทันตสุขภาพ ให้สามารถเฝ้าระวัง กระตุ้น ส่งเสริมแก้ไขปัญหา และบอกต่อกับผู้อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนและความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาโปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experiment) โดยเก็บข้อมูล กลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการอบรม 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เก็บก่อนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 2 เก็บหลังการจัดกิจกรรม 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เก็บหลังการจัดกิจกรรม 1 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็ก และเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

2. กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองเด็ก และเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 50 คู่ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก และเด็กปฐมวัย อายุระหว่าง 3 – 5 ปี ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการเด็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 50 คู่ (ผู้ปกครองและบุตร) ได้มาโดยการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2565 และมีวิธีการดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด โดยคำนวณหากลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ยอมรับ (Yamane, 1973) ได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บแบบสอบถาม 50 คน จากจำนวนประชากร 58 คน

วิธีการการเลือกสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ประชากรในแต่ละพื้นที่มีโอกาสถูกเลือกเท่ากันและให้มีการกระจายเป็นส่วนตามกลุ่มเป้าหมายโดยยึดเด็กปฐมวัย อายุ 3-5 ปี ที่มีชื่ออยู่ในศูนย์พัฒนาการเด็กในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ จึงดำเนินการสุ่มอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability Sampling) คือ วิธีการ

สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำข้อมูลรายชื่อเด็กกลุ่มเป้าหมายในศูนย์พัฒนาเด็ก มาจับสลากให้ได้จำนวนกลุ่มเป้าหมาย 50 คน ทั้งนี้ ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลก่อนรับเข้าโครงการ

จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 26/2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกแบบมีส่วนร่วม โดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยใช้กระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวก ซึ่งมีการวางแผนโปรแกรมการจัดกิจกรรมกระบวนการออกเป็น 4 ครั้ง ได้แก่ 1) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 2) กระบวนการสร้างวินัย 3) กระบวนการสร้างเด็กเก่ง ครั้งที่ 1 และ 4) กระบวนการสร้างเด็กเก่ง ครั้งที่ 2 และ 3 แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลังการอบรม 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เก็บก่อนการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 2 เก็บหลังการจัดกิจกรรม 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 3 เก็บหลังการจัดกิจกรรม 1 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire Form) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของเด็กปฐมวัยและผู้ปกครองหรือผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 : พฤติกรรมของพ่อแม่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยส่วนที่เป็น แบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (3 – 4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง
1.00 – 1.80	มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศี ก ษ า ไ ต ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .903 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ส่วนที่ 3 : ความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี แบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) เท่ากับ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง (5 – 6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติบางครั้ง (3 – 4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัตินานๆครั้ง (1 – 2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่ทำเลย หมายถึง ไม่ทำเลย เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง
1.00 – 1.80	มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) มีค่าความเที่ยง เท่ากับ .880

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลพฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนและความ

ฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

2. ดำเนินการตามโปรแกรมการจัด
กระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก
ปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์
โดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กโดยใช้
กระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวก ซึ่งม
ีการวางแผนโปรแกรมการจัดกิจกรรมกระบวนการ
ออกเป็น 4 ครั้ง ได้แก่ 1)กระบวนการสร้าง
ความสัมพันธ์ 2)กระบวนการสร้างวินัย 3)
กระบวนการสร้างเด็กเก่ง ครั้งที่ 1 และ4)
กระบวนการสร้างเด็กเก่ง ครั้งที่ 2 และ 3 แต่ละครั้ง
ห่างกัน 2 สัปดาห์

3. เก็บข้อมูลหลังการใช้โปรแกรมการจัด
กระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก
ปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์
โดยเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เก็บ
หลังการจัดกิจกรรม 1 สัปดาห์ และ เก็บหลังการจัด
กิจกรรม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการ
วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการ
วิเคราะห์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในการจัด
กระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็ก
ปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา
ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ของพฤติกรรมของพ่อแม่ผู้ปกครองหรือ
ผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและความ
ฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี ก่อนและหลัง
ดำเนินการ

2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล
ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค Repeated

measurementในการเปรียบเทียบพฤติกรรมของพ่อ
แม่ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการ
เด็กและความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี
ก่อน หลังการจัดกิจกรรม 1 สัปดาห์ และ เก็บหลังการ
จัดกิจกรรม 1 เดือน

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์
ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ
เหมาะสม หลังดำเนินการ 1 สัปดาห์ และหลัง
ดำเนินการ 1 เดือน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับ
เหมาะสม

2. ความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี
ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับ
พอใช้ หลังดำเนินการ 1 สัปดาห์ โดยรวมและราย
ด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม หลังดำเนินการ 1 เดือน
พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม
มาก

3. โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และ
การสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมี
ส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่
1 สร้างสายใย กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย กิจกรรม
ครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 และกิจกรรมครั้งที่ 4 สร้าง
เด็กเก่ง 2

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมของพ่อแม่
ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน
และความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัด
กาฬสินธุ์ พบว่า พฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองใน
การส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน มีความ
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย
ที่ หลังดำเนินการ 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนและ
ความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสุมเ
จังหวัดกาฬสินธุ์ (F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement)

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx . Chi- Square	df	p - value	Epsilon		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Lower- bound
พฤติกรรม	.492	34.037	2	.000	.663	.675	.500
ความฉลาด	.923	3.857	2	.145	.928	.963	.500

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสุมเ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนการดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสม หลังดำเนินการ 1 สัปดาห์ และหลังดำเนินการ 1 เดือน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับเหมาะสม ความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอสุมเ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังดำเนินการ 1 สัปดาห์ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสม หลังดำเนินการ 1 เดือน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ลักษณะ สกุลทอง, ศรีวิทย์ พิชัย ชาติเครือ (2565)¹² ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความถี่ในการสร้างวินัยเชิงบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างวินัย กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1 และกิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง 2 เป็นไปตามแนวคิด Preschool Parenting Program: Triple-P^{3,7} สอดคล้องกันกับการศึกษาของ พัทธนา พุ่มพชาติ (2563)¹¹ ผลการใช้ชุดกิจกรรมการสร้างวินัยเชิง

บวกตามแนวคิดการเรียนรู้โปรแอคทีฟ (Pro-Active learning) ที่มีต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอมะนัง จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัยพบว่า (1) ผลการพัฒนาชุดกิจกรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบของชุดกิจกรรม คู่มือการใช้ชุดกิจกรรม และคู่มือปฏิบัติกิจกรรม ทุกองค์ประกอบมีค่าดัชนีความสอดคล้องสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยได้ (2) ผลการใช้ชุดฝึกชุดกิจกรรม พบว่า 1) พัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกิจกรรม โดยใช้ชุดกิจกรรมสูงกว่าก่อนการจัดกิจกรรม 2) พัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดกิจกรรม โดยใช้ชุดกิจกรรมใน 4 ระยะ มีพัฒนาการสูงขึ้นอย่างเป็นลำดับ 3) พัฒนาการทางอารมณ์ และสังคมระหว่างเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองสูงกว่าเด็กปฐมวัยในกลุ่มควบคุม และ 4) ครูมีความพึงพอใจต่อชุดกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้พฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า แต่ยังมีโอกาสในการพัฒนาคือความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ 3 – 5 ปี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการพัฒนาพฤติกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ควรนำแนวคิดของ Preschool Parenting Program: Triple-P เข้ามา

ใช้ ประกอบด้วย กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสายใย กิจกรรม
ครั้งที่ 2 สร้างวินัย กิจกรรมครั้งที่ 3 สร้างเด็กเก่ง 1
และกิจกรรมครั้งที่ 4 สร้างเด็กเก่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

โปรแกรมการจัดกระบวนการเรียนรู้และการ
สร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัยโดยครอบครัวมีส่วนร่วม
ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวกในชั้นเรียน [ออนไลน์] URL: <https://www.aksorn.com/positive-discipline>
แนวทางการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ สำหรับเด็กปฐมวัย [ออนไลน์] URL:
<https://www.youngciety.com/article/journal/experience-plan.html>
- 2.การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัย [ออนไลน์] URL:
https://docs.google.com/document/d/1BmZ79v_uavyLclpj3i4P-oDovtDGsFH_LA9kSOGEOHo/preview?hgd=1#
- 3.สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
(2565) แนวทางการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ระดับปฐมวัย
- 4.พัชรี ผลโยธิน และ วรนาท รักสกุลไทย.(2562). ข้อมูลจากเอกสารประกอบโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา
โรงเรียนต้นแบบการจัดการศึกษาปฐมวัยตามแนวคิดไฮสโคป (HighScope)
- 5.ศิริลักษณ์ วณแก่น้อย. (2563). บทเรียนออนไลน์การเรียนรู้แบบ Active Learning,สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม
2565.จาก <https://sites.google.com/chaiyaphum1.go.th/active-learning/>
- 6.สถาพร พุกภูมิกุล.(2558). บทความโครงการจัดการความรู้ เรื่อง”การจัดการเรียนการสอนแบบ Active Learning
ในเอกสารประกอบการเข้าอบรม”คุณภาพผู้เรียนด้วยกระบวนการเรียนรู้ Active Learning”.มหาวิทยาลัย
บูรพา วิทยาเขตสระแก้ว.
- 7.สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.(2561). คู่มือหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช
2560 สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
กัต.
- 8.สำ นักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา.กระทรวงศึกษาธิการ.(2560).หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช2560.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- 9.สำ นักงานเลขาธิการสภาการศึกษา,กระทรวงศึกษาธิการ (2563) การจัดการเรียนรู้ฐานสมรรถนะเชิงรุก.นนทบุรี:
บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.
- 10.หน่วยศึกษานิเทศก์ สำ นักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.(2562) .แนวทางการนิเทศเพื่อพัฒนาและ
ส่งเสริมการจัดการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) ตามนโยบายลดเวลาเรียนเพิ่มเวลารู้.กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- 11.พัชรา พุ่มพชาติ (2563) ผลการใช้ชุดกิจกรรมการสร้างวินัยเชิงบวกตามแนวคิดการเรียนรู้โปรแอคทีฟ (Pro-
Active learning) ที่มีต่อพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3
กันยายน – ธันวาคม 2563 1 – 16
- 12.ลักษณะ สุกุลทอง, ศรีณทิพย์ ชาลีเครือ. (2565). การพัฒนาโปรแกรม Triple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็ก
ปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 สิงหาคม 2564 – มกราคม
2565 97 – 110

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Application of Health Belief Models and Social Support to Promote Epidemic
Prevention Behaviors in Pulmonary Tuberculosis Patients, Uttaradit Hospital

(Received: April 29,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

อภิญญา ตันเจริญ¹
Apinya Tanchajean¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 25 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลองระหว่าง 1 มกราคม - 20 เมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0

คำสำคัญ; การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรค

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the application of health belief models and social support to promote epidemic prevention behaviors in pulmonary tuberculosis patients, Uttaradit Hospital. The experimental group consisted of 25 people in the responsible area of Uttaradit Hospital. The experimental group received the program for 12 weeks, and the control group did not receive the program. The data were collected from questionnaires twice, before and after experiments during January 1, 2023, and March 31, 2023, and were analyzed by descriptive statistics in Frequency, percentages, mean, standard deviations and paired t-test with a statistical significance level of .05.

The results revealed that the knowledge of tuberculosis, perceived risk of tuberculosis transmission, perceived severity of tuberculosis transmission, perceived benefit in preventing of tuberculosis transmission, perceived barriers to prevent of tuberculosis transmission and preventive behaviors for tuberculosis transmission among prevention of tuberculosis patients were higher than before receiving the application of health belief models and social support to promote epidemic prevention behaviors in pulmonary tuberculosis patients at the 0.05 level. The adherence to TB drug intake increased from 84.0 % to 100.0 %.

Keyword; Applying the health belief model, Spread of tuberculosis, Tuberculosis patient

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทาง การแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก สำหรับประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้เป็น 1 ใน 14 ประเทศที่เป็นปัญหาวัณโรค มีผู้ป่วยวัณโรคทั่วไป สูง (Global Tuberculosis Report WHO, 2021) สำหรับประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยขึ้น ทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็น ซ้ำ) จำนวน 85,029 ราย และวัณโรคดื้อยาหลาย ขนานชนิดรุนแรงมาก 42 ราย เสียชีวิตจากวัณโรค 10,000 รายต่อปี จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลาย ขนาน หรือ ดื้อยา rifampicin (MDR/RR-TB) 2,500 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรค MDR/RR-TB ร้อยละ 1.7 ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน¹ ประเทศไทยดำเนินการใช้กลยุทธ์การรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS; Directly Observed Treatment, Short Course) ซึ่งเป็นยุทธวิธีที่มี ประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรคและเพิ่มเติม ประเด็นการผสมผสานวัณโรคและเอช การ จัดระบบการดูแลวัณโรคดื้อยาหลายขนาน การ สร้างความเข้มแข็งระบบสาธารณสุข การส่งเสริม การมีส่วนร่วมของประชาชนและการศึกษาวิจัย² อย่างไรก็ตาม การรักษาผู้ป่วยวัณโรคของประเทศ ไทยไม่บรรลุตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก กำหนด คือ อัตราการรักษาสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90³ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการ ขาดยาสูงถึงร้อยละ 5⁴ ปัจจุบันแม้ว่าความชุก อุบัติการณ์และอัตราการตายของผู้ป่วยวัณโรค มีแนวโน้มลดลง แต่ยังเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคไม่ทราบว่าตนเองติด เชื้อวัณโรคจึงไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ ผู้ป่วยขาดความรู้ในการป้องกันไม่ให้วัณโรคติดต่อ สู่อื่น เช่น ไอจามโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย ทำ ให้เชื้อแพร่กระจายทางอากาศสู่คนรอบข้าง รวมทั้งสภาพความเป็นอยู่ที่แออัดอากาศไม่ถ่ายเท สาเหตุที่ทำให้วัณโรคควบคุมได้ยากและแพร่

ระบาด คือ 1) การเกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลาย ขนานและ 2) การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอช ไอวี/เอดส์¹

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต้อง เริ่มต้นจากครอบครัวยุพบผู้ป่วยวัณโรค เนื่องจาก การรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลานานและถ้าหากกิน ยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ครบสูตรจะทำให้เชื้อดื้อยาได้ จึงต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกำกับให้ผู้ป่วยกินยา ต่อหน้าทุกวัน (DOTS) หรือคนในครอบครัวก็อาจ ทำหน้าที่นี้แทน⁵ ระยะที่ผู้ป่วยอาจแพร่เชื้อวัณโรค คือ 2 สัปดาห์ หลังรับการรักษา ในปัจจุบัน โรงพยาบาลจะขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยนอนรักษา ที่โรงพยาบาลในระยะนี้ เพื่อสังเกตการกินยา ผลข้างเคียงของยาและควบคุมโรคไปพร้อมกัน สำหรับการป้องกัน XDR-TB จะแยกตัวผู้ป่วยที่ โรงพยาบาลจะเข้มงวดกว่า อย่างน้อย 1 เดือน และจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคในเสมหะ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์⁶ การดูแลทางด้านจิตใจก็ สำคัญไม่แพ้การรักษาทางด้านร่างกาย รวมถึงการ ช่วยเหลือทางสังคม เช่น การชดเชยรายได้ การทำ ความเข้าใจกับชุมชนไม่ให้เกิดการตีตราผู้ป่วย และความตื่นตระหนก นอกจากนี้ ชุมชนอาจเข้า มามีส่วนร่วมในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้ เข้ามาได้รับการรักษา ด้านปัจจัยพฤติกรรม การ ป้องกันการป่วยวัณโรค ถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ สำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวคิดความเชื่อสุขภาพ ประกอบด้วย การ รับรู้โอกาสเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความ รุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการปัญหาสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การ ป้องกันปัญหาสุขภาพ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างความ ตระหนักของกลุ่มเสี่ยงต่อการป้องกันการป่วยด้วย วัณโรค⁷ ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงมี อยู่ 3 ปัจจัยหลัก⁸ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้

และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นแนวคิดทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมที่ใช้ อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างใดจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามความเชื่อของตน ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค (Perceived barriers to disease prevention) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)⁹ ดังนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการกระทำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยของบุคคลต้องมีการรับรู้ของตนเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยเพียงใด หรือรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ เกิดความพิการมีความเจ็บปวดหรือกระทบความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จะส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในด้านการรักษาและการปฏิบัติตนว่ามีมากกว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำแล้ว บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการ

ป้องกันเกิดขึ้น ทั้งนี้ร่วมกับการได้รับสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นในกระบวนการตัดสินใจ ได้แก่ ปัจจัยชักนำให้ปฏิบัติที่มีทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเห็นความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท และปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งคำแนะนำ จากบุคลากรในทีมสุขภาพ¹⁰

แนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health belief model; HBM) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำและการรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพ¹¹ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำ 4 องค์ประกอบมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยต้องการทราบว่าภายหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาอย่างน้อยเพียงใด ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคของผู้ป่วยโรคปอด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อโรคของผู้ป่วยโรคปอด และความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรค

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อโรคของผู้ป่วยโรคปอด ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาโรคของผู้ป่วยโรคภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผน

ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) ชนิด กลุ่มเดียวเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างก่อนและหลัง ดำเนินการ (Pretest-Posttest one group design) ระหว่างเดือนมกราคม – เมษายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 275 คน¹² กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ของโพลิตและฮังเกอร์¹³ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของทงเพชร ปราบเสียง¹⁴ ซึ่งคำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพลเฉลี่ยเท่ากับ .69 จากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 25 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค อายุ 20 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์และได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น 6 เดือน ด้วยสูตรยาสำหรับผู้ป่วยใหม่ (2HRZE/4HR) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคเคลื่อนย้ายเปลี่ยนที่อยู่ใหม่หรือโอนย้ายการรักษา หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือขอลอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกครอบครัว รายได้ครอบครัว ระดับการศึกษา การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ พาหนะในการเดินทาง

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 18 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วย KR-20 ของ Kuder Richardson ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁴ (Best, 1980) ได้แก่ รู้มาก (ร้อยละ 80.0-100.0) ปานกลาง (ร้อยละ 60.00-79.00) และน้อย (ร้อยละ 0.00-59.00)

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค 40 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค 3 ระดับ¹⁵ ได้แก่ มาก (ร้อยละ 80.0 -100.0) ปานกลาง (ร้อยละ 60.00-79.00) น้อย (ร้อยละ 0.00-59.00)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอด แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁵ ได้แก่ ดี (ร้อยละ 80.0-100.0) ปานกลาง (60.0-79.0) ต่ำ (ร้อยละ 0.0-59.0)

2. โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยจัดทำกิจกรรมโปรแกรม

สุศึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินผลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถาม จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้วิจัยกับผู้ป่วยวัณโรคและให้ความรู้เรื่องวัณโรคโดย บรรยายใช้ภาพพลิกประกอบ การบรรยายเรื่อง การรับประทานยา การออกกำลังกายฝึกบริหาร ปอด การรับประทานยา การพักผ่อน การทำลายเชื้อในเสมหะ การมาตรวจรักษาตามนัด การให้ประวัติทัศน ความรู้เรื่องวัณโรค การแจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย และเอกสารแผ่นพับเรื่องวัณโรค

สัปดาห์ที่ 2 - 4 ให้คำปรึกษา ออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัยและการดูแลการรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 5 เสริมสร้างการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยใช้ตัวแบบบุคคลโดยผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเล่าประสบการณ์ด้วยการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางการป้องกันการดื้อยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค

สัปดาห์ที่ 6 ให้คำปรึกษาและเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์และการดูแลเรื่องการรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 7 เสริมสร้างการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติโดยการจัดอภิปรายกลุ่มหาแนวทางในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง และการสาธิตการจัดยาและฝึกบันทึกหลังรับประทานยา การสาธิตการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใช้ผ้าปิดปาก การกำจัดเสมหะที่ถูกต้องและการล้างมือ 7 ขั้นตอน

สัปดาห์ที่ 8 ให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนการรับประทานยาทาง

โทรศัพท์ การรับประทานยาวัณโรคโดยญาติและอาสาสมัครสาธารณสุข

สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เลขที่ 4/2566 วันที่ 9 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงสิทธิและความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย แก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งลงนามเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการงานหรือการรับการรักษาวัณโรค

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 เพศหญิง ร้อยละ 40.0 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 72.0 รองลงมา คือ 41-50 ปี ร้อยละ 20.0 อายุเฉลี่ย 51.21 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา 48.0 รองลงมา คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 มีเพียง ร้อยละ 12.0 จบการศึกษาระดับ ปวช./ปวส. ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ 20.0 รายได้ครอบครัว 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ 15,001 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 40.0 รายได้เฉลี่ย 1420.12 บาท จำนวนสมาชิก 3-4 คน ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ 5-6 คน ร้อยละ 20.0 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.0 เดินทางมารับการรักษาวัณโรคด้วยรถยนต์ ร้อยละ 72.0 รองลงมา คือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 28.0 โดยมีบุตร/หลานพามารับการรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ร้อย

ละ 80.0 มีเพียงร้อยละ 20.0 ที่เดินทางมาด้วยตนเอง

2. ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.0 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 (ตารางที่ 1) ความรู้เรื่องวัณโรคและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=12.12$, $SD.=1.81$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=11.00$, $SD.=2.17$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 (ตารางที่ 1) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคหลังทดลอง ($=92.68$, $SD.=4.67$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=82.04$, $SD. =7.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=22.48$, $SD.=2.08$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=19.80$, $SD.=3.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0

หลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคหลังทดลอง ($=22.12$, $SD.=2.01$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=20.08$, $SD. =2.81$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.0 หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=24.08$, $SD. =1.80$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=21.08$, $SD.=1.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 12.0 หลังทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 (ตารางที่ 1) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังทดลอง ($=24.0$, $SD. =1.61$) ดีกว่าก่อนทดลอง ($=20.36$, $SD.=1.65$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

4. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกาป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วย
วัณโรคปอดความสม่ำเสมอในการรับประทายรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังทดลอง

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n=25)	ร้อยละ (100.0)
ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค				
มาก (15 – 18 คะแนน)	1	4.0	2	8.0
ปานกลาง (11 – 14 คะแนน)	13	52.0	18	72.0
น้อย (1 – 10 คะแนน)	11	44.0	5	20.0
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค				
มาก (24 – 30)	3	16.0	9	36.0
ปานกลาง (18-23)	18	72.0	16	64.0
น้อย (1 – 17)	4	12.0	0	0.0
การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค				
มาก (24 – 30)	4	16.0	7	28.0
ปานกลาง (18-23)	18	72.0	18	72.0
น้อย (1 – 17)	3	12.0	0.0	0.0
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค				
มาก (24 – 30)	2	8.0	16	64.0
ปานกลาง (18-23)	23	92.0	9	36.0
น้อย (1 – 17)	0	0.0	0	0.0
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค				
มาก (24 – 30)	2	8.0	15	60.0
ปานกลาง (18-23)	23	96.0	10	40.0
น้อย (1 – 17)				
แบบแผนความเชื่อความเชื่อด้านสุขภาพ				
มาก (96 – 120)	2	8.0	5	20.0
ปานกลาง (72 - 95)	20	80.0	20	80.0
น้อย (40 – 71)	3	12.0	0	0.0
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่เชื้อ				
มาก (36 – 45)	6	24.0	22	88.0
ปานกลาง (27 - 35)	16	64.0	3	12.0
น้อย (15 – 26)	3	12.0	0	0.0
ความสม่ำเสมอในการรับประทายยา	21	84.0	25	100.0

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เรื่องวัณโรค แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคและพฤติกรรม
การป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคปอดก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		SD		SD		
ความรู้เรื่องวัณโรค	11.00	2.17	12.12	1.81	6.039	.000 *
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	82.04	7.94	92.68	4.67	10.750	.000 *
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค	19.80	3.18	22.48	2.08	5.770	.000 *
- การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค	20.80	2.81	22.12	2.01	3.997	.001 *
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	21.08	1.93	24.08	1.80	8.261	.000 *
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค	20.36	1.65	24.00	1.61	10.995	.000 *
พฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรค	32.08	4.67	38.52	3.20	9.391	.000 *

* p < .05

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องวัณโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและพฤติกรรมป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด รวมทั้งความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 100.0 สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ที่อธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ตนเองมีโอกาสป่วยหรือมีโอกาสเป็นโรค ส่งผลทางตรงต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค โดยผู้ป่วยวัณโรคปอดรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเนื่องจากต้องคลุกคลีใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยวัณโรคกระทำพฤติกรรมต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากวัณโรคปอด¹¹ ดังนั้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคต้องเริ่มต้นจากผู้ป่วยวัณโรคเนื่องจากการรักษาวัณโรคใช้ระยะเวลานานและถ้าหาก

กินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งระยะที่ผู้ป่วยยังอาจแพร่เชื้อได้คือ 2 สัปดาห์ หลังรับการรักษา ทั้งนี้ ปัจจัยพฤติกรรมป้องกันการป่วยวัณโรคถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญ ที่เกิดจากผู้ป่วยวัณโรคมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยวัณโรคในป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด เนื่องจากในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ป่วยวัณโรคจะได้รับความรู้เรื่องวัณโรคจากการบรรยายใช้ภาพพลิกประกอบเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายฝึกบริหาร ปอด การรับประทานยา การพักผ่อน การทำลายเชื้อในเสมหะ การมาตรวจรักษาตามนัด ร่วมกับการชมวิดีโอทัศนความรู้เรื่องวัณโรค การ

แจกสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ป่วยและเอกสารแผ่นพับเรื่องโรค

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำแรงสนับสนุนทางสังคมมาสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยให้คำปรึกษาและกระตุ้นเตือนการรับประทานยาทางโทรศัพท์โดยผู้วิจัย รวมทั้งเสริมสร้างการรับรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคโดยการใช้ตัวแบบบุคคลโดยผู้ป่วยที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคเล่าประสบการณ์ด้วยการ สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหาแนวทางการป้องกันการดื้อยาและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่อง แรงสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ เช่น การจัดหาผ้าปิดปากและจมูกให้ผู้ป่วยวัณโรคและแรงสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและสังคมผ่านการเยี่ยมบ้าน การให้กำลังใจจากคนในครอบครัวและชุมชน การไม่แสดงความรังเกียจผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของวลัยพร สิงห์จ้อย¹⁶ ที่พบว่า โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแลได้โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของวัณโรคปอด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดวัณโรคปอดความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคปอด ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันวัณโรคปอดและพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดมากกว่าก่อนการทดลอง ภายหลังผู้ป่วยวัณโรคได้รับโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรค มีการปฏิบัติและพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ได้แก่ การแยกของใช้ส่วนตัว เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัวไม่ให้ปะปนกับผู้อื่น การใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยแยกเครื่องใช้ในการรับประทานอาหาร เช่น จาน ชาม แก้วน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ภาสุรกุล, ภาวนา กิตติยวงศ์ และเขมรติ มาสิงบุญ¹⁷ พบว่าการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังเข้ารับรักษาระยะ

เข้มข้นครบ 2 เดือนแล้ว มีเจตคติในการรักษาและพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีการป้องกันการแพร่กระจายวัณโรคปอดดีขึ้น เกิดความรู้ทัศนคติที่ดีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการป้องกันแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ โปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค โดยกระตุ้นให้ตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรควัณโรคและเพิ่มการสนับสนุนหน้าากอนามัยเพื่อป้องกันวัณโรค การให้ความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุข และนำผลการวิจัยไปส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ที่อยู่ร่วมกัน บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ ที่อาจก่อให้เกิดประโยชน์ในงานควบคุมและป้องกันวัณโรคต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสัมผัสเชื้อวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อนำผลการวิจัยมาวางแผนการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการสัมผัสเชื้อโรคปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

เอกสารอ้างอิง

- 1.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร; 2564.
- 2.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม) กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
- 3.World Health Organization. Global tuberculosis report 2019. Geneva; 2019.
- 4.สำนักงานวัณโรค กรมควบคุมโรค. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561 National Tuberculosis Control Program Guideline, 2560. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- 5.ชนชล วงศ์หิรัญเดชา, เอกราช มีแก้ว, ฆาลิตา วารวินิช, ผกาวัลย์ แดหาว, วรญา อำนวยผล, กุสุมา สว่างพันธ์ และคณะ. การสอบสวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก จังหวัดภูเก็ต เดือนเมษายน 2561 (2562). รายงาน การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 50(24): 357-65.
- 6.World Health Organization. WHO consolidated guidelines on drug-resistant tuberculosis. Geneva; 2019.
- 7.Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. Health Promotion in Nursing Practice (6th ed.). (2011) New Jersey: Prentice Hall
- 8.ขวัญใจ ม่อนโธสง. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
- 9.Janz, N.K., & Becker, M.H. The health belief model: Adecadelater. Health Education Quarterly; 1984. 11(1), 1-47.
10. Rosenstock, I. M., Stretcher,V. J., & Becker, M. H. The health belief model: Explaining health expectancies. In K. Glanz., E. M. Lewis., & B. K. Rimer. (Eds.), Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. San Francisco: Jossey-Boss.; 1997.
- 11.Becker MH. The health belief model and sick role behavior. Health education monographs. 1974; 2(4): 409-19.
- 12.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. เอกสารผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2564 และไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2565 วันที่ 2 – 4 กุมภาพันธ์ 2565; 2565
- 13.Polit, D. F., & Hungler, B. P. Nursing research principles and methods. Philadelphia: J.B. Lippincott.; 1999.
- 14.ทองเพชร ปราบเสียง. ผลของโปรแกรมการจัดการสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่เลี้ยงผู้ดูแล ผู้ป่วยวัณโรคตามกลยุทธ์ DOTS อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัย มหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์, การจัดการระบบสุขภาพ; 2553.
- 15.Best, J. W. Research in Education (3rd ed ed.). New Jersey :Prentice Hall, Inc.; 1977.
- 16.วัลย์พร สิงห์จ้อย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของผู้ดูแล [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] .นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
- 17.สุภาพ ภาสุกุล, ภาวนา กิตติยวงศ์, เขมรดี มาสิงบุญ. ผลการใช้โปรแกรมการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อเจตคติเกี่ยวกับการรักษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและผลสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2555;20(4):57-67.

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Community Participation in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention at Wang Kaphi Sub-district Health Promoting Hospital, Mueang District, Uttaradit Province

(Received: April 29,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

วัชรารัฐ แก้วเกตุ¹

Watcharawut Kaewket¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาผลของกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ตำบลวังกะพี้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชน 135 คน ตัวแทนครัวเรือน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ค่าความเชื่อมั่น .89 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 ค่าความเชื่อมั่น .84 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบบันทึกข้อมูลชุมชน แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่มและแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ๆ ละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์และการสะท้อนผล ในช่วงเดือนสิงหาคม - ธันวาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ก่อนการพัฒนา ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ไม่เหมาะสม และชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 2) กิจกรรมการพัฒนา ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน และ 3) หลังการพัฒนา พบว่า แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค COVID-19 และไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน

คำสำคัญ แกนนำชุมชน การป้องกันโรค COVID-19 การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to study the community participatory development process in COVID-19 prevention and determine the outcomes of the development at Wang Kaphi Sub-district, Mueang District, Uttaradit Province. The participants were composed of 150 community leaders and 100 household members. The research instruments included the demographic questionnaire, the COVID-19 knowledge test with reliability as .89, the perceived risk and severity of COVID-19 questionnaire with reliability as .84, the preventing behaviors of COVID-19 questionnaire with reliability as .85, the community data record form, the in-depth interview guide for community leader, the focus group guide, and the observation form. Two cycles of this research (each cycle comprised 4 steps including planning, action, observation, and reflection) were conducted from August to December, 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The results showed that 1) situation before the development: the participants lacked the knowledge about COVID-19 and the perceived risk and severity of COVID-19, they also had inappropriate preventing behaviors of COVID-19, and the community lacked the measures of COVID-19 prevention; 2)

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพี้

the developing activities were composed of providing health education about COVID-19, promoting the perceived risk and severity of COVID-19, enhancing preventing behaviors of COVID-19, and setting the community measures of COVID-19 prevention; and 3) after the development, both community leaders and household members had statistically significant higher mean scores of knowledge about COVID-19, perceived risk and severity of COVID-19, and preventing behaviors of COVID-19 than those of before the development ($p < .001$). In addition, it was found that the community members participated in COVID-19 prevention and there was no COVID-19 patient in community.

Keywords: Community leaders, Disease prevention, COVID-19, Community participation

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) หนึ่งในตระกูลโคโรนาไวรัส เช่น ซาร์ส (Severe acute respiratory syndrome: SARS) ที่ระบาดในเอเชียปี ค.ศ. 2002 และเมอร์ส (Middle east respiratory syndrome: MERS) ที่ระบาดในตะวันออกกลางเมื่อปี ค.ศ. 2012¹ เชื้อไวรัสโคโรนาเป็นเชื้อตระกูลเดียวกับโควิด 19 ที่สามารถติดต่อเข้าสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย พบว่า คนติดเชื้อคนหนึ่งสามารถแพร่เชื้อไปให้คนอื่นได้ประมาณ 2-6 คน² ส่งผลระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก โดยพบผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลก 174 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 3.75 ล้านราย¹ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันสะสม 182,548 ราย รายใหม่ 2,662 ราย ผู้ป่วยที่รักษาหาย 31,593 ราย (ร้อยละ 54.94) รักษาอยู่โรงพยาบาล 26,873 ราย (ร้อยละ 14.72) เสียชีวิต 1,269 ราย³ สำหรับจังหวัดอุดรธานี พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมจากการระบาดของโควิด 19 ระลอก 3 เดือนเมษายน 2565 มี จำนวน 46,740 ราย เสียชีวิตจำนวน 1 ราย⁴ ซึ่ง แนวทางการเฝ้าระวังคัดกรองและป้องกันควบคุมโรคไม่ให้มีการระบาดของโรคด้วยการคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้าออกประเทศ อาทิ ท่าอากาศยาน ท่าเรือ พรอมแดน แจ้งให้สถานพยาบาลทุกแห่งคัดกรองผู้ป่วยที่มีไข้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย เช่น ไอ เจ็บ คอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ มีประวัติการเดินทางจากประเทศเสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง ภายใน 14 วัน หรือบุคคลที่เป็นผู้ที่ประกอบ

อาชีพสัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่ที่ระบาดอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สัมผัสกับผู้ป่วย รวมทั้งการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยให้ความรู้กับประชาชน เน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมกินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือและให้รีบไปพบแพทย์ ถ้ามีอาการสงสัยหรือจะโทรสายด่วนกรมควบคุมโรค DDC Hotline 1422 ซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค⁵ โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน สำหรับระดับหมู่บ้าน กรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรการให้ผู้นำชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คัดกรองความเสี่ยง ประสานงาน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลการปฏิบัติ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) สำหรับระดับครัวเรือนมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันแก่ สมาชิกครัวเรือน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรคเพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ลดการสัมผัสผ่านละอองเสมหะและการสัมผัสโดยตรง ล้างมือหรือเช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์บ่อยๆ สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคมและอยู่บ้าน หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด จะช่วยป้องกันการเกิดโรค COVID-19 ได้³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพ้อ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี รับผิดชอบประชาชน จำนวน 9 หมู่บ้าน จำนวน 3,302 หลังคาเรือน ประชากร 9,938 คน ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง โดยทำงานในตัวเมือง ต่างจังหวัด ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกแรก รัฐบาลได้กำหนดพระราชบัญญัติสถานการณ์ฉุกเฉินและปิดกิจการที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ทำให้ประชากรวัยทำงานจำนวนมากเดินทางกลับภูมิลำเนา ทำให้หมู่บ้านเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ประชาชนเกิดความกลัวติดโรค COVID-19 จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องการแก้ไข พบว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับโรค COVID-19 เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นโรคอันตรายและเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต โดยสาเหตุของปัญหา 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ประชาชนยังไม่เคยมีความรู้มาก่อน บุคลากรทางสุขภาพและผู้นำชุมชนให้ความรู้ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอ 2) การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการที่อยู่แต่บ้านเป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว เจ็บป่วยและการมุ่งทำงานหาเลี้ยงชีพ 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าและเคยชินกับการที่ไม่ต้องสวมหน้ากากอนามัย คิดว่าไม่จำเป็นต้องสวมเพราะอยู่ในหมู่บ้าน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ยุ่งยากในการใช้ หน้ากากอนามัยไม่เพียงพอ และบางครั้งลืมใช้ ไม่เว้นระยะห่างทางสังคม ยังใช้ชีวิตตามปกติที่เคยทำมา มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน และ 4) มาตรการป้องกันโรคที่นำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนกับการดำเนินการที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายของชุมชนด้วย ความรู้สึกที่รับผิดชอบร่วมกัน ก่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในชุมชน² ซึ่งกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของ

ชุมชนถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับมือกับวิกฤตโรคระบาด COVID-19^{6,7}

จากข้อมูลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในความรับผิดชอบต่อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพ้อ ในการป้องกันโรค COVID-19 และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาโดยมุ่งหวังว่ากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาโรค COVID-19 และ ร่วมกันแก้ไขเพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการกับปัญหาโดยชุมชนให้สามารถดูแลชุมชนของตนเองได้และเป็นชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 และผลลัพธ์ของการพัฒนาต่อความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน

วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research [PAR]) ประกอบด้วย 2 ระยะ ๆ ละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์และการสะท้อนผล โดยดำเนินการในหมู่บ้านในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังกะพ้อ จังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 9 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 9 คน เทศบาลตำบลวังกะพ้อ จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 36 คน หัวหน้าคุ้ม จำนวน 35 คน แกนนำนักเรียน

จำนวน 20 คน พระภิกษุ จำนวน 5 รูป จำนวน 135 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของคนในหมู่บ้าน 2) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหาเสนอแนวทางแก้ไข ร่วมปฏิบัติและติดตามประเมินผลได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนสมาชิกครัวเรือน จำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) อาศัยในหมู่บ้านในเขตตำบลวังกะพ้อในช่วงของการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด เกณฑ์คัดออกประกอบด้วย 1) พักอาศัยในเขตตำบลวังกะพ้อไม่ต่อเนื่อง 2) เจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกลัติดโรค การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบชนิดเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบชนิดเลือก คือ ถูก (1 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Validity) ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20)⁹ เท่ากับ .89 แปลผลคะแนนความรู้ 3 ระดับ ได้แก่ น้อย (0-17 คะแนน) ปานกลาง (18-23 คะแนน) และดี (24-30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามทางบวก 19 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1 - 4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ข้อคำถามทางลบให้คะแนนใน

ลักษณะตรงกันข้าม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁹ เท่ากับ .84 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย (25-50 คะแนน) ปานกลาง (51-75 คะแนน) ระดับมาก (76-100 คะแนน)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง และปฏิบัติมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)⁹ เท่ากับ .85 การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย (25-50 คะแนน) ปานกลาง (51-75 คะแนน) และมาก (76-100 คะแนน)

2. เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลชุมชนประกอบด้วย ลักษณะชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของชุมชน รูปแบบการดำเนินชีวิตและการเคลื่อนย้ายประชากร ในหมู่บ้าน

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชน ประกอบด้วย การรับรู้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 สถานการณ์ความเสี่ยงและการเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ของประชาชนในหมู่บ้าน ปัญหาสาเหตุ พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน และความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา

2.3 แบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย การวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา การวางแผน การกำหนดกิจกรรม การประเมินผลและการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

2.4 แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนในครัวเรือน โรงเรียน และวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน และการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ UPHO REC เลขที่ 009/65 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการ เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวม ข้อมูลและสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและ นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูล ในภาพรวม การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวม ข้อมูล 2 ระยะๆ ละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเวลา 2 เดือน ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยพบ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิก องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งประชาชนใน หมู่บ้าน ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่มุ่ง แก้ไขปัญหา ของชุมชนโดยคนในพื้นที่ร่วมกับผู้วิจัย ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย (ข้อ 2) วิเคราะห์ สถานการณ์ โรค COVID-19 ของชุมชน ก่อนการ พัฒนา โดยศึกษาข้อมูลชุมชนและบันทึกในแบบ บันทึกข้อมูลชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชน เพื่อให้ทราบสภาพปัญหา ความต้องการและความ พร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา ประเมินความรู้ เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความ รุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกัน โรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิก ครวเรือนด้วยแบบสอบถาม การประชุมกลุ่มแกนนำ ชุมชน เพื่อวางแผนดำเนินการโดยผู้วิจัยจัดประชุม เชิงปฏิบัติการกลุ่มแกนนำชุมชน 3 ครั้ง ด้วยวิธีการ สันทนากลุ่ม ได้แก่ (1) ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจง

วัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงาน นำผลการวิเคราะห์ ชุมชนไปนำเสนอและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ยืนยันความถูกต้องของ ข้อมูล ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาโรค COVID- 19 และ แนวทางแก้ไขปัญหา โดยเปิดโอกาสให้แต่ละ คนแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ (2) ครั้งที่ 2 ร่วมกันกำหนดเป้าหมายกิจกรรม ระยะเวลาในการ แก้ไขปัญหาและวิธีการประเมินผล (3) ครั้งที่ 3 ทบทวนกิจกรรมในระดับครัวเรือน โรงเรียนและวัด คัดเลือกคณะกรรมการในการประเมินผลการปฏิบัติ และเสนอแนวทางการประเมินผลระดับครัวเรือนโดย ให้ตัวแทนครัวเรือนเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของ สมาชิกครัวเรือนตนเอง ระดับโรงเรียนให้แกนนำ นักเรียนเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของนักเรียนใน โรงเรียน สำหรับวัดให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งไปร่วม กิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำเป็นผู้ประเมินการ ปฏิบัติของประชาชนที่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา จากนั้นให้นำเสนอผลการประเมินต่อที่ประชุม

2. การปฏิบัติ (Action) ผู้ร่วมวิจัยทั้งแกนนำ ชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการ ปฏิบัติ ตามแผน รวมทั้งสังเกตการณ์และบันทึก ข้อมูลจากการปฏิบัติ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) มีการ นิเทศติดตามและประเมินผลทุกเดือน (ตุลาคม – ธันวาคม 2565) โดยใช้แบบสอบถาม แบบสังเกต แบบมีส่วนร่วม โดยแกนนำชุมชน วิเคราะห์ผลที่ เกิดขึ้นทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การ รับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ของโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 การมีส่วนร่วม ของชุมชนในการป้องกัน โรค COVID-19 และอัตรา ป่วยด้วยโรค COVID-19 รวมทั้งมาตรการป้องกันโรค ของชุมชน โดยผู้วิจัยสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมของ ชุมชนและการประชุมกลุ่มย่อยทุกเดือน เพื่อติดตาม ผลการดำเนินงาน

4. การสะท้อนผล (Reflection) โดยการคืน ข้อมูลสู่ชุมชนและการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูล สะท้อนผลการดำเนินงานในรอบที่ 1

ระยะที่ 2 ระยะเวลา 3 เดือน ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยนำเสนอปัญหาจากการสังเกตและการประเมินผลในวงรอบที่ 1 ในที่ประชุมแกนนำชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการปฏิบัติให้สอดคล้องกับ สภาพปัญหาความต้องการของชุมชนและตามเงื่อนไขที่เหมาะสม ให้ผู้ร่วมวิจัยยืนยันข้อมูลและสะท้อนคิดถึงผลลัพธ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมายของการพัฒนา

2. การปฏิบัติ (Action) ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแผนการพัฒนาในวงรอบที่ 2 นำสู่การปฏิบัติเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมและทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

3. การสังเกตการณ์ (Observation) ใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของสมาชิกครัวเรือน และประชุมกลุ่มย่อยติดตามการดำเนินงานทุกเดือน (ตุลาคม - ธันวาคม 2565) เพื่อทราบปัญหาและกระบวนการแก้ไข

4. การสะท้อนผล (Reflection) สมาชิกครัวเรือนมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 และได้มาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชนในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.4 อายุต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 72 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 48 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.40 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 84.3 อาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 73.2 รายได้ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 64.7 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.4 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 62.1 ส่วนใหญ่กลัวการติดโรค ร้อยละ 91.6 มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค คิดเป็นร้อยละ 100.0 และแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร คือ การดูโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 91.6 รองลงมา คือ จาก บุคลากรทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 84.20

2. สถานการณ์โรค COVID-19 ของตำบลวังกะพี้ ก่อนทดลอง พบว่า การระบาดของโรค COVID-19 มาจากการเคลื่อนย้ายของประชากรที่ทำงานต่างจังหวัดกลับสู่ภูมิลำเนาส่งผลให้ประชาชนในหมู่บ้านวิตกกังวลและกลัวการติดโรค เนื่องจากหมู่บ้านตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองและจำนวนประชากรหนาแน่น สาเหตุของปัญหาพบว่าประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 2) และการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 3) พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ไม่เหมาะสมและชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ไป ในแนวทางเดียวกัน ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการป้องกันโรคโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การป้องกันโดยการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อยๆ การเว้นระยะห่างทางสังคม แต่หน้ากากอนามัยที่สนับสนุนไม่เพียงพอต่อความต้องการ พบว่า แกนนำชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ โรคเท่ากับ 10.82 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 76.73 และคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรคเท่ากับ 77.74 ส่วนตัวแทน สมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเท่ากับ 11.88 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 78.57 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเท่ากับ 79.05

3. การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19

3.1 การวางแผน พบว่า แกนนำชุมชนเห็นความสำคัญและรับรู้ปัญหาโรค COVID-19 โดยเสนอกิจกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แก่แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน การ

เคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือนโดยนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนูตรดิตถ์ อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบแต่ละคุ้ม (2) การเสริมสร้าง การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 แก่สมาชิกครัวเรือนเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นร่วมกับการ เคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน (3) สำรวจพฤติกรรม การป้องกัน โรค COVID-19 ของประชาชนในชุมชน ในระดับครัวเรือน โรงเรียนและวัด โดยครัวเรือน สำรวจตนเองและลงบันทึกในแบบฟอร์มร่วมกับ ติดตามตรวจสอบการปฏิบัติของครัวเรือนโดย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แก่นำนักเรียน ดำเนินการในโรงเรียนและชมรมผู้สูงอายุดำเนินการที่ ศาลาวัด (4) การทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

3.2 การดำเนินการตามแผน ได้แก่ (1) การ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ทางหอกระจาย ข่าว พบว่า ผู้ที่อยู่บ้านจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ผู้ที่ทำงานนอกบ้านจะไม่ได้รับความรู้และ การรับฟังไม่ต่อเนื่องและได้ยินไม่ชัดเจน การเคาะ ประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือนโดยอาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) เวลากลางวันและช่วงเย็นสำหรับผู้ ที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ ดี มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและสามารถซักถามเมื่อ มีปัญหา การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 หลังทำกิจกรรม พบว่า แก่นนำชุมชนและตัวแทน สมาชิกครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นก่อนการ พัฒนา (2) การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและ ความรุนแรงของโรค COVID-19 ดำเนินการโดย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และนักศึกษา พยาบาลให้ข้อมูลการระบาดของโรคทุกวัน (3) การ สำรวจพฤติกรรมในการป้องกัน โรค COVID-19 ใน ครัวเรือน โรงเรียนและวัด พบว่า ประชาชนมี พฤติกรรมในการป้องกันโรคมามากขึ้น โดยก่อนออกจาก บ้านเมื่อจำเป็นและสวมหน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้า ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่างทาง สังคม (4) การทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน พบว่า มาตรการการป้องกัน

โรคมีความเหมาะสม แต่ประชาชนบางรายไม่สวม หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า หรือล้างมือบ่อยๆ มีการประเมินผลโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แก่นำนักเรียนและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ไปร่วม กิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ

3.3 การสังเกตการณ์ พบว่า มีการสังเกต พฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของแก่นนำ ชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีการประชุมกลุ่ม ย่อยและติดตามการดำเนินงานทุกเดือนเพื่อทราบ ปัญหา สำหรับกระบวนการแก้ไข พบว่า ชุมชนให้ ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี แก่นนำ ชุมชนดำเนินงานด้วยความเข้มแข็ง และประชาชน ยินดีให้การสนับสนุนเพราะเข้าใจและรับรู้ถึง ประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ

3.4 การสะท้อนผล โดยการคืนข้อมูลสู่ ชุมชน และการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อน ผลการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ พบว่า สมาชิก ครัวเรือนมีการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 ในระดับมาก และได้มาตรการในการ ป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน ทั้งในระดับ ครัวเรือน โรงเรียนและวัด

4. ผลของการพัฒนาการมีส่วนร่วมฯ พบว่า (1) หลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมฯ ความรู้เกี่ยวกับ โรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง ของโรค COVID-19 และพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ของแก่นนำชุมชนและตัวแทนสมาชิก ครัวเรือนสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 1) (2) แก่นนำชุมชนจาก ครัวเรือน โรงเรียนและวัดมีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานทุกขั้นตอน โดยวิเคราะห์ปัญหา วางแผน แก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคและ ประเมินผล แม้ว่าในระยะแรกตัวแทนสมาชิก ครัวเรือนมีส่วนร่วมน้อย เนื่องจากภาระของกิจวัตร ประจำวัน แต่ช่วงหลังมีส่วนร่วมมากขึ้น แก่นนำ นักเรียนนำความรู้ไปถ่ายทอดให้ แก่นักเรียนใน โรงเรียนและปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างส่วนพระภิกษุ ได้ถ่ายทอดความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่วัด

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน ก่อนและหลังการทดลอง

รายการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		SD		SD		
แกนนำชุมชน (n = 135)						
ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19	10.82	2.11	12.50	1.62	10.548	.000 *
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19	76.73	9.92	79.48	7.09	7.161	.000 *
พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19	77.74	6.81	84.00	4.48	13.508	.000 *
ตัวแทนสมาชิกครัวเรือน (n = 135)						
ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19	11.88	1.74	12.80	1.81	5.537	.000 *
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19	78.57	9.94	80.36	7.45	5.028	.000 *
พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19	79.05	7.06	83.49	5.45	9.198	.000 *

* p < .001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนเห็นความสำคัญและตระหนักว่าการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่และแสดงความเป็นเจ้าของครัวเรือนและชุมชน ส่งผลให้มีส่วนร่วมในการป้องกันโรค COVID-19 ทุกขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์วางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์และการสะท้อนผล ถอดบทเรียนร่วมกัน โดยมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของคนในชุมชน ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ในชุมชนทั้งครัวเรือน โรงเรียนและวัด โดยสร้างโอกาสให้แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และนำเสนอความคิดของตนต่อชุมชน รวมทั้งเข้าใจสภาพปัญหาความต้องการและข้อจำกัดของการสนับสนุนจากเทศบาลตำบลวังกะพี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานด้านการศึกษา ส่งผลดีที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา ชุมชนเกิดการ

เปลี่ยนแปลงทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อีกทั้งไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุมาลี จุทอง¹⁰ ที่พบว่า นโยบายและแนวทางของรัฐในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จะสำเร็จผลได้นั้นต้องอาศัยการกำหนดนโยบายในรูปแบบของกฎหมาย ได้แก่ ประกาศและข้อกำหนด ซึ่งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนต้องถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งจำเป็นต้องมีหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานส่วนราชการที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะทำงานเพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายประสบผลสำเร็จ รวมทั้ง กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไข ปัญหาของชุมชน ใช้ทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนา ศักยภาพชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการและติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดความสามัคคี ช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นการสร้างคุณค่าให้แก่ผู้ร่วมกิจกรรมและเกิดประโยชน์แก่ชุมชน² สอดคล้องกับแนวคิดของ McClelland (1987)

McClelland's Theory of need ที่เชื่อว่าภายใต้สถานการณ์หนึ่งบุคคลจะมีความต้องการอย่างหนึ่ง ซึ่งความต้องการเกี่ยวกับความสำเร็จในการดำเนินงานขององค์กร ประกอบด้วยความต้องการ 3 ประเภท คือ 1) ความต้องการความสำเร็จ โดยบุคคลชอบสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองมีโอกาสรับผิดชอบและสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง 2) ความต้องการรักใคร่ผูกพัน โดยเป็นผู้มีความสามารถพิเศษในการสร้างเครือข่ายกับผู้อื่น และ 3) ความต้องการอำนาจ โดยบุคคลมีความต้องการมีอำนาจเพื่อบริการให้กับผู้อื่นและทำประโยชน์แก่องค์กร โดยสรุปแนวคิดความต้องการนี้เชื่อว่าบุคคลจะมีความสำเร็จในการดำเนินงานได้ ๆ ภายใต้แรงจูงใจภายในและภายนอกต่อเมื่อค้นพบและทางานตรงที่ตรงกับความต้องการของตนเอง¹¹

ภายหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) พบว่า แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนา เนื่องจาก แกนนำชุมชนได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในช่วงที่มีการระบาดของโรคและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนสมาชิกครัวเรือนได้รับการพัฒนาความรู้โดยใช้วิธีการที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและสภาพปัญหาในช่วงที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม งดการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรม โดยการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวและการเคาะประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือน ทำให้มีโอกาสซักถามปัญหาและได้รับคำอธิบาย ทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น แตกต่างจากการศึกษาของวิวัฒน์ หิรัญรักษ์¹² (2560) ที่พบว่า การนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติโดยการขาดความรู้และความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานนั้นส่งผลต่อการปฏิบัติงานอย่างเห็นได้ชัดในเรื่องของการมองเห็นถึงความสำคัญของงานด้าน

สาธารณสุขมูลฐาน อีกทั้งในกรณีของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น พบว่าประชาชนท้องถิ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Hanawi et al.¹³ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนชาวซาอุดีอาระเบีย ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นขั้นตอน โดยการมีความรู้ที่ดีและการมีทัศนคติเชิงบวกของตัวบุคคลนั้นส่งผลไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีได้ เช่นเดียวกันมาตรการการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคการแพร่ระบาดของโควิด -19 ไว้ว่า การปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 โดยจัดให้มีหน้ากากอนามัย จัดหาแอลกอฮอล์ชนิดน้ำและเจลให้เพียงพอ พร้อมทั้งยังมีการตรวจคัดกรองวัดอุณหภูมิของร่างกายซึ่งต้องไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส¹⁴ ภายหลังการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) พบว่า แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 สูงกว่าก่อนการพัฒนา เนื่องจากการให้ข้อมูลสถานการณ์ การระบาดของโรค ความเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคทุกวัน ด้วยวิธีการที่หลากหลายและเหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนักศึกษาพยาบาล ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมากขึ้น เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมากที่สุด¹¹ นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 สูงกว่าก่อนการพัฒนา เนื่องจาก กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีการทำงานเป็นทีมและการทำงานที่เป็นระบบ

ก่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค COVID-19 และสามารถจัดการตัวเองให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่อื่น โดยส่งเสริมความรู้และเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน

ชุมชน รวมทั้งนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติบทบาทของแกนนำชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่ชุมชนและศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกับตำบลวังกะพ้อ โดยใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นในการประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World meter Covid. Covid live update. [Internet]. [Internet]. 2022 [cited 2022 June 23]. Available form: <https://www.worldometers.info/coronavirus/countries-where-coronavirus-has-spread/>
2. รัชยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรณรัตน์ จงเขตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา สำแดงสาร, และดลปัทฏ์ ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพะ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้, 2561: 231–238.
3. กรมควบคุมโรค. (2564ก). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. [อินเทอร์เน็ต] 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงจาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int%22intprotection/int_protection_030164.pdf
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดอุดรดิตถ์. [อินเทอร์เน็ต] 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงจาก <http://utoservice.moph.go.th/covid19news/~news?m=Mg==&s=Mw==%22s=Mw==>
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต] 2563 [สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2565]; เข้าถึงจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8433>
6. Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., de Claro, V., Mago, E., Diallo, A. A., ... Bhattacharyya, S. Community engagement for COVID-19 prevention and control: A rapid evidence synthesis. BMJ Global Health 2020; 5(10), e003188. doi:10.1136/bmjgh-2020-003188
7. Sathiadass, M. G. Community participation during Covid-19. Jaffna Medical Journal 2020; 32(1), 1. doi:10.4038/jmj.v32i1.84
8. Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. The action research planner: Doing critical participatory action research 2014. Singapore: Springer.

- 9.บุญใจ ศรีสถิตนรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา 2555;. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 10.สมาลี จุทอง. การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ. (การค้นคว้าอิสระรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.
- 11.กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม ,นวรรณ์ ไชยมพู และกชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2563ว 12(3).
- 12.วิวัฒน์ หิรัญรักษ์. การนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปปฏิบัติกรณีศึกษาอำเภอโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2560.
13. Al-Hanawi, M. K., Angawi, K., Alshareef, N., Qattan, A. M., Helmy, H. Z., Abudawood, Y., ... & Alsharqi, O. Knowledge, attitude, and practice toward COVID-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: 2020. A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 8, 217. doi: 10.3389/fpubh.2020.00217.
- 14.ฉัตรสุนน พงศพิชญ์. มาตรการการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค การแพร่ระบาดของโควิด-19. 2563. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 6(2), 467-485.

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือด
โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

Iron Deficiency Anemia in Chronic Renal Failure Patients Undergoing Hemodialysis

Phon Hospital, Khon Kaen Province

(Received: April 29,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

มหรณพ รัตนวรารักษ์¹Mahannop Rattanaworarak¹

บทคัดย่อ

การวิจัยย้อนหลัง (Retrospective study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia และเปรียบเทียบผลการรักษาด้วยการให้ intravenous iron ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาใช้บริการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 34 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนคลินิกโรคไต โรงพยาบาลพล ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยจำนวน ร้อยละ และ Multiple Linear regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือด จำนวน 19 คน ร้อยละ 58.82 ภายหลังการให้ intravenous iron ระหว่างกลุ่ม iron deficiency anemia และกลุ่มไม่พบภาวะ iron deficiency anemia พบว่า ปริมาณ Ferritin (ng/ml) ทั้ง TSAT (%) และ Hemoglobin (%) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ผู้ป่วยไตวายที่ทำการฟอกเลือดที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมควรได้รับมีธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่องเพื่อคงระดับความเข้มข้นของเลือดและระดับเหล็กสะสมในเลือด

คำสำคัญ ภาวะโลหิตจาง, ผู้ป่วยไตวาย, การฟอกเลือด, การขาดธาตุเหล็ก

Abstracts

This retrospective study aimed to determine the incidence of iron deficiency anemia and to compare the effects of intravenous iron therapy in CKD patients undergoing hemodialysis. The subjects were chronic renal failure patients with iron deficiency anemia who received hemodialysis services at Phon Hospital, Khon Kaen Province, 34 people. Data were collected from the medical records of the Kidney Disease Clinic, Phon Hospital from January - June 2022. Data were analyzed by percentage and Multiple Linear regression at the significance level of 0.05

The results showed that the incidence of iron deficiency anemia in 19 hemodialysis patients was 58.82% after intravenous iron administration. Between the iron deficiency anemia group and the non-iron deficiency anemia group, it was found that the Ferritin content (ng/ml) and TSAT (%), and hemoglobin (%) were not different between the two groups. Therefore, hemodialysis patients undergoing hemodialysis should receive continuous iron intake to maintain serum iron concentrations and hemoglobin levels. iron buildup in the blood

Keywords: Anemia, Renal failure patients, Hemodialysis, Iron deficiency

¹โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตมากขึ้นและสามารถดำเนินโรคไปสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End stage renal disease, ESRD) ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหรือการล้างไตทางช่องท้อง และการปลูกถ่ายไต (Renal replacement therapy)⁽¹⁾ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2531-2537 พบว่า มีความชุกของโรค ร้อยละ 12.39 และเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 14 % ในปี พ.ศ. 2548-2553 (U.S. Renal Data System, 2013) สำหรับทวีปเอเชีย จากการศึกษาในประเทศไต้หวัน พบความชุกโรคไตเรื้อรัง (ระยะ 3-5) 6.9%⁽²⁾ ในประเทศเกาหลีใต้ ร้อยละ 13.7%⁽³⁾ ส่วนประเทศไทยพบว่าความชุกของความชุกของโรคไตเรื้อรังพบได้ตั้งแต่ 4.6% จนถึง 17.5%⁽⁴⁾ สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 พบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคนเทียบได้ว่าใน 100 คนพบคนที่ป่วยโรคไตเรื้อรังถึง 17 คนในจำนวนนั้นเป็นผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 200,000 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 2.5 ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งหมดแนวโน้มของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีปีละกว่า 7,800 ราย โดยมีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตถึง 70,000 ราย

สำหรับภาวะโลหิตจางที่พบในผู้ป่วยไตวายเกิดจากการสร้างการสร้างอีริโทรพอยอิตินลดลง เป็นสาเหตุสำคัญและพบบ่อยที่สุด อีริโทรพอยอิตินจะทำหน้าที่กระตุ้นไขกระดูกให้สร้างเม็ดเลือดแดง โดยมี hypoxia inducible factor (HIF) เป็นตัวกระตุ้นการทำงานมักพบร่วมกับการขาดธาตุเหล็ก ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถเจริญเป็นเม็ดเลือดแดงที่สมบูรณ์

ได้ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวจะเริ่มเกิดในผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตลดลงระยะหนึ่งแล้ว เช่น อาจตรวจพบระดับการทำงานของไตด้วยการวัดอัตราการกรองไตเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อร่างกาย ได้แก่ การกำจัดของเสีย รักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ต่าง ๆ ในร่างกาย ภาวะโลหิตจางจะก่อให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเรื้อรัง (Chronic tissue hypoxia) ส่งผลให้เกิด tubule interstitial fibrosis ทำให้โรคไตเรื้อรังมีการดำเนินโรคที่รุนแรงขึ้น มีอัตราการกรองของไตลดลง และเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้เร็วขึ้น 2-5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่มีระดับฮีโมโกลบินอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การให้ EPO เพื่อรักษาภาวะซีดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจึงเป็นการแก้ไขที่สาเหตุโดยตรงและทำให้ภาวะโลหิตจางของผู้ป่วยดีขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วย erythropoietin ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะการขาดธาตุเหล็ก (iron deficiency) (Macdougall IC, 1995) ซึ่งการศึกษาถึงอัตราการเกิดภาวะ iron deficiency ในผู้ป่วยฟอกเลือด โดยการศึกษาของ ESRD National Cooperative Anemia Project ได้ศึกษาถึงสาเหตุของการที่ระดับของ hematocrit น้อยกว่าร้อยละ 25 ในผู้ป่วยฟอกเลือดที่ได้รับ erythropoietin พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมีภาวะการขาดธาตุเหล็ก อรรถพร พิศสุวกุล (2551) การศึกษาถึงอัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยทำการฟอกเลือดในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ทำการฟอกเลือดเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา erythropoietin ผู้ป่วยมีภาวะการขาดธาตุเหล็ก ร้อยละ 47 การรักษาโดย intravenous iron สามารถเพิ่ม Hematocrit จาก $30.9 \pm 0.5\%$ เป็น $32.6 \pm 0.2\%$ และ $35.2 \pm 1.1\%$ หลังการรักษาครบ 1 เดือน และ 4 เดือน

ตามลำดับ โดยไม่มีผู้ป่วยรายใดเลยที่เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไตได้ดำเนินการศึกษาเพื่อประเมินอัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือด และประเมินประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการให้ intravenous iron ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลการรักษาด้วยการให้ intravenous iron ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) จากเวชระเบียนคลินิกโรคไตโรงพยาบาลพล ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และเข้ารับบริการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 34 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับบริการฟอกเลือดที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น 3) เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3-5 และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่เป็น Thalassemia และ Anemia

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยคลินิกโรคไต แล้วรวบรวมข้อมูลในแบบคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน โดยตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ อายุ ปริมาณการให้ยา erythropoietin จำนวนครั้งในการฟอกเลือด Iron studies (serum ferritin, transferrin saturation (TSAT)% และ Hemoglobin (%)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยทำหนังสือขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไต โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น
3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยและคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบคัดลอกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Multiple Linear regression กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน ร้อยละ 55.88 เพศชาย จำนวน 15 คน ร้อยละ 44.12 ปี อายุ

ระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ย 62.35 ปี (S.D.=12.99) อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 81 ปี ทำการฟอกเลือด 2 ครั้ง/สัปดาห์/คน จำนวน 19 คน ร้อยละ 55.88 อัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการฟอกเลือด ร้อยละ 58.82 (ตารางที่ 1) ข้อมูลทางเคมีของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับ

Hemoglobin (%) ($\bar{X}$ =10.25, SD=1.16) ระดับ Ferritin (ng/ml) ($\bar{X}$ =298.05, SD=377.35) มีระดับ TSAT (%) ($\bar{X}$ =25.39, SD=19.87) และ ปริมาณการให้ Erythropoietin dose (unit/week) ($\bar{X}$ =14088, SD=7798.08) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n=34)	ร้อยละ (100)
เพศ		
ชาย	15	44.12
หญิง	19	55.88
อายุ		
< 60 ปี	10	29.41
60-70 ปี	17	50.00
> 70 ปี	7	20.59
(Max= 81 ปี) (Min=14 ปี) ($\bar{X}$ =62.35, SD=12.99)		
การฟอกเลือด		
2 ครั้ง/สัปดาห์/คน	19	55.88
3 ครั้ง/สัปดาห์/คน	15	44.12
ภาวะ Anemia		
Iron deficiency anemia	20	58.82
Non-Iron deficiency anemia	14	41.18

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางเคมีของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทางเคมี	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	$\bar{X}$	S.D.
Hemoglobin (%)	12	7.8	10.25	1.16
Ferritin (ng/ml)	1730	15.90	298.05	377.35
TSAT (%)	114.39	9.52	25.39	19.87
Erythropoietin dose (unit/week)	27000	6000	14088	7798.08

การเปรียบเทียบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดระหว่างกลุ่ม iron deficiency anemia และกลุ่มไม่พบภาวะ iron deficiency anemia เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนให้ intravenous iron พบว่า เพศ

อายุ Hemoglobin (%) ไม่มีความแตกต่างกัน แต่การฟอกเลือด, ยา Erythropoietin dose, TSAT (%) และ Ferritin (ng/ml) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด

ตัวแปร	iron deficiency anemia	Non-Iron deficiency anemia	P-value
เพศ	20 (58.82)	14 (41.18)	0.901 ¹
อายุ	64 ± 14.59	60 ± 10.35	0.385 ²
การฟอกเลือด	20 (58.82)	14 (41.18)	0.026 ^{1*}
TSAT (%)	16.05 ± 2.70	38.73 ± 25.81	0.006 ^{2*}
Hemoglobin (%)	10.14 ± 1.44	10.56 ± 0.92	0.341 ²
Ferritin (ng/ml)	126.50 ± 115.85	543.14 ± 481.54	0.001 ^{2*}
Erythropoietin dose	11400 ± 5834.56	7798.08 ± 8809.64	0.014 ^{1*}

1=Chi-Square 2= t-test *P-value<0.05

การทดสอบผลการรักษาด้วยการให้ intravenous iron ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น ด้วยการวิเคราะห์ Multiple Linear regression พบว่า ภายหลังการให้ intravenous iron ระหว่างกลุ่ม

iron deficiency anemia และกลุ่มไม่พบภาวะ iron deficiency anemia ปริมาณ Hemoglobin (%) TSAT (%) และ Ferritin (ng/ml) ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรพื้นฐานที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ Multiple Linear regression ภายหลังการให้ intravenous iron

ตัวแปร	iron deficiency anemia	Non-Iron deficiency anemia	B	Std. Error	t	P-value
Ferritin (ng/ml)	318.32±202.67	399.56 ±411.44	-211.61	126.28	-1.67	0.105
Hemoglobin (%)	9.96±1.47	10.96±0.94	0.72	0.63	1.13	0.265
TSAT (%)	36.06±17.81	48.59±23.13	-3.91	9.26	-0.42	0.676

Adjust: การฟอกเลือด, TSAT (%), Ferritin (ng/ml), Erythropoietin dose

อภิปรายผล

การศึกษาอัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดพบว่า อัตราการเกิดภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยที่ทำการฟอกเลือดจำนวน 20 คน ร้อยละ 58.82 และการรักษาด้วยการให้ intravenous iron ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด และการให้เหล็กทางหลอดเลือดเพื่อรักษาระดับเฟอร์ริตินที่ 200-400 นาโนกรัมต่อมิลลิกรัม จะได้รับยาเหล็กเฉลี่ยประมาณ 100 มิลลิกรัมต่อเดือน และกลุ่มที่ได้รับยาเหล็กทางหลอดเลือด ซึ่งผลของการให้ intravenous iron ทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดในกลุ่ม iron deficiency anemia มีระดับ serum ferritin เพิ่มขึ้นมากกว่า 200 นาโนกรัม/มล. ($\bar{X}$ = 318.3 S.D.=202.67) และมีระดับ Transferrin saturation (TSAT (%)) มากกว่าร้อยละ 20 ($\bar{X}$ = 36.06 S.D.=17.81) เนื่องจาก การให้ธาตุเหล็กทางหลอดเลือด สามารถกระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นของระดับความเข้มข้นเลือด ซึ่งการรักษาภาวะ iron deficiency anemia ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นสิ่งที่จะต้องอาศัยความสมดุลของการให้เหล็กและปริมาณยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง เนื่องจากปริมาณของยากระตุ้นเม็ดเลือดขนาดสูงสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น⁽⁵⁻⁷⁾ เพื่อลดปริมาณยากระตุ้นเม็ดเลือดแดง Kidney Disease-Improving Global Outcomes (KDIGO) Clinical Practice Guideline ได้แนะนำให้มีการให้เหล็กทางหลอดเลือด เมื่อมีระดับ

transferrin saturation (TSAT) ร้อยละ 30 และ ferritins 500 นาโนกรัมต่อมิลลิกรัม⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับ ปวีณา สุสัณฐิตพงษ์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาแบบสุ่มในคนไข้โรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 200 ราย เพื่อหาระดับ ferritin ในเลือดที่เหมาะสมในคนไทย พบว่าการให้เหล็กในขนาด 200 มิลลิกรัมต่อเดือนสามารถรักษาระดับ ferritin ในเลือดที่ 600-700 นาโนกรัมต่อมิลลิกรัม และลดปริมาณการให้ยากระตุ้น เม็ดเลือดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรได้รับเหล็กแบบต่อเนื่อง เพื่อคงระดับความเข้มข้นของเลือดและระดับเหล็กสะสมในเลือด ผลการวิจัยนี้ พบว่า ผู้ป่วยควรได้รับยาเหล็กทางหลอดเลือดอย่างน้อยเดือนละ 100 มิลลิกรัม
2. การให้เหล็กอาจเกิดผลเสียจากภาวะเหล็กเกิน ควรแนะนำให้มีการตรวจวัดระดับของเหล็กในร่างกายเป็นระยะ และไม่ควรให้เหล็กในขณะที่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดมีการติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาระดับความอิ่มตัวทรานส์เฟอร์รินกับดัชนีการดื้อยาอีริโทรโพอิตินในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือด
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกกับความเพียงพอในการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอก เลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. วารสารกรมการแพทย์ 2558;5:5-18.
2. Hsu CC, Hwang SJ, Wen CP, Chang HY, Chen T, Shiu RS, et al. High prevalence and low awareness of CKD in Taiwan: a study on the relationship between serum creatinine and awareness from a nationally representative survey. Am J Kidney Dis 2006; 48: 727-38.
3. Kim S, Lim CS, Han DC, Kim GS, Chin HJ, Kim SJ, et al. The prevalence of chronic kidney disease (CKD) and the associated factors to CKD in urban Korea: a population-based cross-sectional epidemiologic study. J Korean Med Sci 2009; 24: S11-21
4. Chittinandana A, Chailimpamontree W, Chaloeiphap P. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adult population. J Med Assoc Thai 2006 ; 89 (Suppl 2) : S112-20.
5. Singh AK, Szczech L, Tang KL, Barnhart H, Sapp S, Wolfson M, et al. Correction of anemia with epoetin alfa in chronic kidney disease. N Engl J Med. 2006;355(20):2085-98.
6. Drueke TB, Locatelli F, Clyne N, Eckardt KU, Macdougall IC, Tsakiris D, et al. Normalization of hemoglobin level in patients with chronic kidney disease and anemia. N Engl J Med. 2006;355(20):2071-84.
7. Pfeffer MA, Burdmann EA, Chen CY, Cooper ME, de Zeeuw D, Eckardt KU, et al. A trial of darbepoetin alfa in type 2 diabetes and chronic kidney disease. N Engl J Med. 2009;361(21):2019-32.
8. KDIGO group 2012. Clinical practice guideline for anemia in chronic kidney disease. Kidney Int. 2012;Supplements(2):279-335.
9. ปวีณา สุสันธิ์พิทักษ์ และคณะ. การศึกษาผลของการให้ธาตุเหล็กทางเส้นเลือดต่อภาวะซีด ปริมาณของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดและค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 เมษายน 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4849?locale-attribute=th>

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะอยู่ใน
โรงพยาบาลบ้านผือจังหวัดอุดรธานี

Effects of skill training program for caregivers of dependent stroke patients while
Banphue hospital

(Received: April 30,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

พัชรีย์ ฤทธิศรี¹

Patcharee Rittsorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่มีญาติ/ผู้ดูแลประจำ จำนวน 62 คน ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลบ้านผือ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น ก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผลการติดตามผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 93.5 มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 93.5

คำสำคัญ: โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแล, โรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This study was quasi-experimental research to study the effects of a skill training program for caregivers of dependent stroke patients while in Ban Phue Hospital. The study sample consisted of new stroke patients. There were 62 relatives/caregivers who received treatment at the female in-patient ward and male in-patient ward. Ban Phue Hospital Data was collected using a questionnaire. Data were analyzed using Content Analysis Quantitative data analysis Descriptive statistics were used: frequency distribution, percentage, minimum, maximum, mean and standard deviation. Inferential statistics for analyzing data are Dependent t – test.

The results showed that 1) after using the skill training program for caregivers of dependent stroke patients while in Ban Phue Hospital, Udon Thani Province found that caregivers have knowledge and increased caring skills than before the experiment 2) The follow-up results of the 1-month follow-up of the stroke patient care skill training program,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี เบอร์โทรศัพท์ 042- 281026-8 ต่อ 115 หรือ 081-7-72602 E-mail lotus26465@gmail.com

which was discharged home, showed that 93.5 percent of the patients' symptoms improved. 100% increased sickness and 93.5% without complications

Keywords: caregiver skills training program, cerebrovascular disease

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการจากการสำรวจในปี 2562 ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน(หรือมีผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน ในทุก 3 วินาที) และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน (World Stroke Organization : WSO) จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 34,545 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) แบ่งเป็นเพศชาย 19,949 คน (ร้อยละ 58) มากกว่าเพศหญิง 14,596 คน (ร้อยละ 42) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 23,817 คน (ร้อยละ 69) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในแต่ละปีตั้งแต่ 2560-2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 479 , 534 , 588 และ 645 ตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับ 48 , 47 , 53 และ 53 ตามลำดับ (เว็บไซต์สำนักสารนิเทศ กรมควบคุมโรค:รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก หรือวันอัมพาตโลก 2565)

สำหรับโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาล M2 ขนาด 112 เตียง มีอายุรแพทย์ 3 คน แพทย์ทั่วไป 24 คน พยาบาล 124 คน ได้เปิดเป็นหน่วยบริการให้ยา rt-PA ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2559 รับผิดชอบ 3 อำเภอ(ไชยพุกบาท) ได้แก่ บ้านฝ้อ, น้ำโสมและนาเยีย ซึ่งมีประชากรทั้งหมด 175,993 คน มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม CPG STROKE ของแม่ข่าย โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ซึ่งผ่านการรับรองคุณภาพ PNC Stroke ปี 2561 และดำเนินการ

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง จากผลสรุปการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Node rt-PA ไชยพุกบาท พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ตั้งแต่ปี 2560 -2565 มีแนวโน้มสูงขึ้น ดังนี้ 251 , 345 , 344 , 418 , 364 และ 385 คนตามลำดับ รวม 1,826 คน ซึ่งเป็น Ischemic Stroke ร้อยละ 87 , Hemorrhagic Stroke ร้อยละ 13 ผลลัพธ์และการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าอัตราการเกิดผู้ป่วย Stroke รายใหม่(กลุ่ม DM, HT ที่ลงทะเบียน CVD risk) เป้าหมาย < 2.5% ผลลัพธ์ได้ 2.27 % , อัตราการเข้าถึงระบบ Stroke Fast Track เป้าหมาย > 50% ผลลัพธ์ 45.97% , อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง < 7% ผลลัพธ์ 1.55% , อัตราการได้รับยา rt-PA > 6% ผลลัพธ์ 5.35% , อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล (UTI , Aspirate Pneumonia, Pressure sore , Fall) < 5% ผลลัพธ์ 2.07 , อัตราการได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะเวลา 1 ปี > 90% ผลลัพธ์ 90.38% และอัตราผู้ป่วย Stroke มี MRS ดีขึ้นหรือคงที่ > 80% ผลลัพธ์ 82% (ผลการดำเนินงาน Service Plan Stroke ไชยพุกบาท โดย อัจฉราพรรณ ทองทิพย์ พว.ชำนาญการ CM Stroke , 30 พ.ย. 65)

จากบริบทและการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลบ้านฝ้อ ต้องได้รับการ Admit ตาม CPG Stroke โดยมีระยะเวลา 3 วัน ซึ่งกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองใช้กรอบแนวคิด D-METHOD Stroke เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลา ในการนอนโรงพยาบาล , บุคลากรไม่เพียงพอ , สถานที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยรวม โดยแบ่งการ Admit ตามเพศ

หญิง/ชาย ทำให้การดูแลและการวางแผนจำหน่ายโรคหลอดเลือดสมองไม่ครอบคลุมและไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่Pneumonia, UTI, แผลกดทับ, ข้อติด ,มีภาวะเครียดและต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซึ่งเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย , ครอบครัว, ชุมชน และประเทศชาติ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ได้เล็งเห็นความสำคัญในเรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังอยู่ในระยะฟุ้งฟิงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงได้บูรณาการทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-Management Theory : IFSMT)(Polly Ryan & Kathleen J Sawin,2009) ร่วมกับแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke)(สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 2007) มาสร้างโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิงขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อนำผลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ใน ระยะ ฟุ้งฟิง ขณะอยู่ใน

โรงพยาบาลบ้านฝ้อ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ที่มีญาติ/ผู้ดูแลประจำ จำนวน 56-62 คน ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในหญิงและหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลบ้านฝ้อ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้าน หอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ในปี 2565

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันดังนี้

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

เมื่อ

n คือ ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ คือ ค่าของตัวแปร Z จากการแจก

แจงปกติมาตรฐาน ณ ควอนไทล์ที่ $1 - \frac{\alpha}{2} (= 1.96)$

$z_{1-\beta}$ คือ ค่าของตัวแปร Z จากการแจก

แจงปกติมาตรฐาน ณ ควอนไทล์ที่ $1 - \beta (= 0.84)$

α คือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่

นักวิจัยกำหนดเพื่อใช้ในการทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับ $\alpha = 0.05$

β คือ ความน่าจะเป็นของความ

ผิดพลาดแบบที่ 2 ที่ระดับ $\beta = 0.20$

σ คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความแตกต่างของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรทั้ง 2 กลุ่ม(ได้จากการทบทวนวรรณกรรม; เตือนตา สุขเกษ, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูศรี. (2018) . ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. วารสารพยาบาล, 67(3), 19-27.) เท่ากับ 1.86

Δ คือ ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษาในประชากรทั้ง 2 กลุ่มหรือเท่ากับ $\mu_1 - \mu_2$ (ได้จากการทบทวนวรรณกรรม; เตือนตา สุขเกษ, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนุ่ยศรี. (2018). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. วารสารพยาบาล, 67(3), 19-27.) เท่ากับ 0.7

แทนค่าในสูตร $n=56$

เพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ในกรณีที่มีการออกจากการศึกษา (10 % drop out) เท่ากับ 6 คน ดังนั้นจึงควรใช้ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ $56+6 = 62$ คน

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี โดยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในงานหอผู้ป่วยในชายและหอผู้ป่วยในหญิง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า
2. ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยไปเสนอกับญาติหรือผู้ดูแลเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. หลังจากญาติหรือผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการเป็นลายลักษณ์อักษร
4. ประเมินความรู้ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ก่อนทดลอง เมื่อผู้ป่วยและญาติตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม ได้แก่

4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

4.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิง

4.3 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิง

5. ประมวลผลข้อมูลจากแบบสอบถาม เพื่อประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลก่อนเข้าโปรแกรม

6. นำผู้ป่วย และผู้ดูแลเข้าสู่ขั้นตอนของโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟุ้งฟิงขณะอยู่ในโรงพยาบาล

7. ติดตามผลการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้แบบสังเกตทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิงขณะอยู่ในโรงพยาบาล ประเมินความรู้ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟุ้งฟิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี หลังทดลอง

8. ติดตามผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล และวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.2 อายุเฉลี่ย 44.30 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 69.4 ศาสนาพุทธ ร้อย

ละ 100 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 41.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.9 และ 5,000 – 10,000 ร้อยละ 33.9 รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครัวเรือน ร้อยละ 54.8 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คู่สมรส ร้อยละ 35.5 ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว พี่พากัน ร้อยละ 95.2 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 59.7 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 50.0 ยังไม่เคยดูแลผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 61.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.7 อายุ เฉลี่ย 65.4 ปี (S.D. 13.1 ต่ำสุด 34 ปี สูงสุด 91 ปี)

2. โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะ พึ่งพิงขณะ อยู่ในโรงพยาบาล เป็นกระบวนการฝึกทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วย ใช้ระยะเวลา ประกอบด้วย

2.1 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 การฝึกทักษะและสนับสนุนให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล ประกอบด้วยเนื้อหา 1) การทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย 2) การให้อาหารทางสายยาง 3) การจัดท่าและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย 4) การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ Aspirate Pneumonia , UTI , แผลกดทับ , ข้อติดและพลัดตกหกล้ม และ 5) การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย

2.3 การประสานและการพยาบาลตามแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ

3. ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะ อยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

3.1 ความรู้ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะ อยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ และทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี(Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความรู้	17.47	1.07	19.16	0.85	61	-15.495	.000*	-1.9121	-1.475
ทักษะการดูแล	17.47	1.72	19.02	0.71	61	-7.792	.000*	-1.94576	-1.15102

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น กว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ผลการติดตามผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 93.5 มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 93.5

สรุปและอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะพึ่งพิงขณะอยู่ในโรงพยาบาลเป็นการวิจัยกึ่งทดลองโดยการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและมีทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้แก่ 1) การทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย 2) การให้อาหารทางสายยาง 3) การจัดท่านอนและการพลิก

ตะแคงตัวผู้ป่วย 4) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขณะอยู่ในโรงพยาบาล 5) การสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง^{1,11} จากผลการทดลองพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูฟื้นตัวอยู่ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะการดูแลเพิ่มขึ้น ก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการติดตามผลของโปรแกรมการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายกลับบ้าน 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ร้อยละ 93.5 มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 93.5 สอดคล้องกับการศึกษาของ จอมฤทัย อินทรพานิช (2563)³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 โดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Bandura ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ใช้เวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย การเสนอตัวแบบด้านดี การสาธิตฝึกปฏิบัติ จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายผล

การฝึกปฏิบัติ และติดตามเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่าหลังให้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4.70 เป็น 10.3, และ 1.68 เป็น 2.76 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อเสนอแนะควรนำโปรแกรมไปใช้ในการวางแผนพัฒนาสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนตา สุขเกษ และคณะ (2018) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อาเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร โดยใช้โปรแกรมพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เอกสารอ้างอิง

- 1.กระทรวงสาธารณสุข. (2562) คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสุขภาพ 6 เดือน สำหรับผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลเครือข่ายการดูแล สืบค้นจาก <http://mkho.moph.go.th/frontend/web/uploads/71617516cf87ecf86cb0918f8cf753d8.pdf>. วันที่สืบค้น 12 ธันวาคม 2565
- 2.กรมควบคุมโรค ธรรมนูญโรคหลอดเลือดสมอง หรือวันอัมพาตโลก 2565 สืบค้นจาก <https://www.prd.go.th> วันที่สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2565

- 3.จอมฤทัย อินทรพานิช. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก สืบค้นจาก.<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs/article/view/242643>. วันที่สืบค้น 12 พฤศจิกายน 2565
- 4.เตือนตา สุขเกษ, วารินิ เอี่ยมสวัสดิกุล และมุกดา หนูศรี. (2018). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. วารสารพยาบาล, 67(3), 19-27.
- 5.ัทศมาภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสิยา นารินทร์และวิลาวณย์ เตือนราษฎร์. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล, 35 (4), 70-83.
- 6.นันทกาญจน์ ปักชี และคณะ. 2016. ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. รามาธิบดี, พยาบาลสาร, 22(1), 69-80.
- 7.นิตยา กระจำนงแก้ว. (2565).ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูฟื้นฟูอยู่ในโรงพยาบาล สืบค้นจาก <https://www.cmneuro.go.th>. วันที่สืบค้น 12 พฤศจิกายน 2565
- 8.ภพร สีแสง, นกัสนันท์ ปิยะศิริภักดิ์ และธิดา ศิริ. (2561) ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. สืบค้นจาก <http://www.tako.moph.go.th/librarybook/web/files/4d9336f4c14a0db47045dad2fe776a.pdf>. วันที่สืบค้น12พฤศจิกายน 2565.
- 9.วาสนา มุลธิ. (2016). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจของผู้ป่วย. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/45042>. วันที่สืบค้น 13 พฤศจิกายน 2565
- 10.วีรวัฒน์ จิตจุ, 2561. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. สืบค้นจาก <https://mis.krirk.ac.th/librarytext/SAS/2561/F-Veeravat-%20Jitjung.pdf>. วันที่สืบค้น13พฤศจิกายน 2565.
- 11.สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. [ออนไลน์] สืบค้นจาก. <https://www.dms.go.th/backend//Content/Content-File/Old-Content/dmsweb/publish/publish28062019100655.pdf>. วันที่สืบค้น13 พฤศจิกายน 2565.
- 12.สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย, 2007. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป(Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke). สืบค้นจาก. <http://www.neurthai.org/images/2012/download/stroke-nurse2007.pdf>. วันที่สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2565.
- 13.สุทธิรัตน์ บุชดี, 2562. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสุขภาพ 6 เดือนสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และเครือข่ายการดูแล. สืบค้นจาก. <http://mkho.moph.go.th/mko/frontend/web/uploads/def2add4cc45c2a3e8d0a631701a691b.pdf>.วันที่สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2565.
- 14.Polly Ryan, Kathleen J Sawin. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory : background and perspectives on context, process, and outcomes. Retrive November 13,2022,from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19631064/>.

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Model of Health Behaviors changing in Patients with Diabetes and Hypertension by
participatory, Nong Hin Subdistrict, Nong Kung Sri District, Kalasin Province.

(Received: April 30,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

มยุรี คุโรรัตน์¹
mayuree kororat

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และศึกษา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้าน หนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัด มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 รวม 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง และสมัคร ใจเข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ก่อนการจัดกิจกรรมพบว่า ความเข้าใจ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ หลังการจัดกิจกรรม ความ เข้าใจ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก และความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนอง หิน ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัด กิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

คำสำคัญ : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was participatory action research (PAR) aimed to study understanding and health behaviors in patients with diabetes and high blood pressure and to study a participatory study of health behavior modification in patients with diabetes and hypertension. Ban Nong Hin Subdistrict Nong Kung Si District, Province, with a period of study between October 2021 to September 2022, totaling 12 months. Sample size were 60 people with diabetes and high blood pressure Ban Nong Hin Health Promoting Hospital Nong Kung Si District Kalasin Province by selecting specific and voluntarily participate in the project collect data from questionnaires. Data were analyzed by content analysis. Distribution of frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

The results of the study showed that the understanding and behavior of diabetic patients. Ban Nong Hin Health Promoting Hospital Before organizing the activity, it was found that the overall understanding was at a moderate level. and behavior of diabetic patients overall and side at fair level After the activities, the overall understanding was at the highest level. Behavior of diabetic patients at a very appropriate level. And understanding and behavioral behavior of diabetic patients Ban Nong Hin Health Promoting Hospital before and after the event There was a statistically significant difference at the .05 level. had a higher mean score than before the experiment.

Keywords: health behavior changing, diabetes and high blood pressure patient, participation

บทนำ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นโรคในกลุ่ม NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) ที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรงโดยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยอยู่ในเกณฑ์สูง¹

สถานการณ์โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญตามกรอบ 5 มิติ ทบทวนจากฐานข้อมูลที่สำคัญหลากหลายฐานในประเทศไทยในอดีตถึงปี พ.ศ.2562 พบว่า ความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2557 เท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุก และอุบัติการณ์สูงกว่า

เพศหญิงภายหลังจากปี พ.ศ.2558 ความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงกว่าเพศชาย ภายหลังจากปี พ.ศ. 2558 ในปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 36.5 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 49.8¹

จังหวัดกาฬสินธุ์ จากรายงานการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราป่วยสูงสุด 11,615.81 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 8,525.65 โรคหัวใจขาดเลือด 782.03 โรคหลอดเลือดสมอง 705.36 และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เท่ากับ 571.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในระหว่างปี 2557-2559 ด้านภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 70.41 ได้รับการตรวจ LDL ร้อยละ 62.79 ได้รับการตรวจ CVDrisk ร้อยละ 81.29

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการควบคุมปัจจัยและวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งต้องทำครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยวิธีการที่

ถูกต้องและเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละคน เช่น การออกกำลังกาย โภชนาการ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพการไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเฝ้าระวังสุขภาพ โดยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategies) ซึ่งเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนและความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่เจ็บป่วยและกลุ่มที่พิการ โดยมุ่งพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน¹⁶

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในช่วงที่ผ่านมา พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การกำกับติดตามและประเมินผลยังไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับพอใช้ ทั้งในด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน¹²

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 60 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 80/2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอนองบุรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีพฤติกรรมเหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	มีพฤติกรรมเหมาะสม
2.61 – 3.40	มีพฤติกรรมพอใช้
1.81 – 2.60	มีพฤติกรรมต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้าใจ เท่ากับ .752 และแบบสอบถามพฤติกรรม มีความเที่ยงเท่ากับ .791

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะเตรียมการ

1.1 จัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติสนับสนุนงบประมาณ

1.2 ชี้แจงแนวทางนโยบายเพื่อให้คณะเจ้าหน้าที่ได้รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดการ

1.3 กำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานค้นหาวิธีการทำงานร่วมกัน

1.4 จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันโดยการนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการอย่างละเอียด ว่าทำอะไรมีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีเป้าหมายอย่างไร ใครต้องให้ความร่วมมืองบประมาณค่าใช้จ่าย

2. ระยะดำเนินการ

2.1 จัดกิจกรรมค่ายเบาหวานแบบมีส่วนร่วมจำนวน 60 คน ระยะเวลาเข้าค่าย 3 วันโดยการแบ่งออกเป็นฐานทั้งหมด 5 ฐาน

ฐานที่1 รู้จริง รู้ลึก รู้ปฏิบัติ

ฐานที่2 อยู่กับเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างไรให้มีความสุข

ฐานที่3 กิน-อยู่เพื่อสุขภาพ

ฐานที่4 สุขภาพดีไม่มีขาย หากอยากได้ต้องสร้างเอง

ฐานที่5 เท่านั้นสำคัญไฉน

2.2 จัดตั้งกลุ่ม”เพื่อนช่วยเพื่อน”เพื่อติดตามเยี่ยม ให้กำลังใจ รวมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมโดยการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้

2.3 ตรวจผลระดับน้ำตาลในเลือด ,การปฏิบัติตัว และภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรค ก่อนและหลังเข้าค่ายเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรพัฒนาชุมชน (อสม.)

2.4 จัดกิจกรรมการให้บริการและจัดระบบการดูแลโดยแบ่งกลุ่มผลเลือดออกเป็น 3 กลุ่มโดยใช้สัญลักษณ์ดังนี้

กลุ่มที่มีผลเลือด 70 – 140 mg% ใช้สีเขียวในการติดตามเยี่ยม 3 เดือน / 1 ครั้ง

กลุ่มที่มีผลเลือด 141 –180 mg% ใช้สีเหลืองในการติดตามเยี่ยม 2 เดือน/1 ครั้ง

กลุ่มที่มีผลเลือด < 70 –และ> 180 mg% ใช้สีแดงในการติดตามเยี่ยม 1 เดือน / 1 ครั้ง

ตามข้อบ่งชี้ได้แก่ สีเขียวจัดเป็น Supporting group สีเหลืองและสีแดง จัดเป็น Self help group ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.5 วิเคราะห์ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดภาวะแทรกซ้อนของการเกิดโรคแทรกของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังจัดทำโครงการ

2.6 จัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

2.7 จัดกิจกรรมบายสีสู่ขวัญเสียวหวานसानสุข

2.8 จัดกิจกรรมประชุมร่วมกันอีกครั้งเพื่อประเมินผลของกิจกรรมในระหว่างดำเนินโครงการ

2.9 สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

3. ระยะประเมินผล

3.1 ประเมินผลในกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดียวทดสอบสองครั้ง (The one-group Pre-test post-test Design) ประเมินความรู้ก่อน- หลังเข้าร่วมกิจกรรมค่ายเบาหวาน

3.2 ประเมินผลพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานก่อนการดำเนินโครงการและหลังการดำเนินโครงการโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและมีการทดลองใช้ (Try Out)

3.3 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด(FBS)ทุกครั้งที่มาใช้บริการและCHOLESTEROL,TG ใน 6 เดือนของผู้ป่วยเบาหวาน และระดับความดันเลือดทุกครั้งที่มาใช้บริการและ CHOLESTEROL,TG ใน 6 เดือนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน สถิติอนุมานในการเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ก่อนการจัดกิจกรรมพบว่า ความเข้าใจ โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล

3. ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลของกิจกรรมตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เข้าร่วมกิจกรรมครบ ร้อยละ 100

3.2 ความเข้าใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน หลังการจัดกิจกรรม พบว่า ความเข้าใจ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับเหมาะสมมากและความเข้าใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
เข้าใจ	3.01	0.20	4.68	0.19	59	-46.233	.000*	-1.74576	-1.60091
อาหาร	2.99	0.26	4.69	0.26	59	-35.590	.000*	-1.80407	-1.61200
ออกกำลังกาย	2.96	0.31	4.64	0.27	59	-33.382	.000*	-1.77540	-1.57460
เครียด	3.00	0.29	4.71	0.29	59	-31.811	.000*	-1.82111	-1.60556
แทรกซ้อน	3.00	0.29	4.69	0.24	59	-35.104	.000*	-1.79250	-1.59917
รวม	2.99	0.15	4.68	0.14	59	-67.063	.000*	-1.74872	-1.64738

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและการอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความเข้าใจ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ก่อนการจัดกิจกรรมพบว่า ความเข้าใจ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ทศนีย์ เทอดจิตไพศาล (2557)⁷ ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงจำนวน 160 คน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการความเครียดที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย = 2.29, S.D.=0.21) เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ตามความแตกต่างของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคพบว่า ในกลุ่มเสี่ยงที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน และ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชารีย์ ใจคำวัง (2558)⁵ ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากค่าง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 270 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง พฤติกรรมการออกกำลังกายมีระดับเสี่ยงมากที่สุด ส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ พฤติกรรมเสี่ยงรองลงมาคือ การบริโภคอาหาร ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เนื่องจากบริโภคนิสัยและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ส่วนใหญ่ชอบอาหารรสเค็ม หวาน เผ็ด นิยมปรุงอาหารด้วยการเติมผงปรุงรส น้ำปลา น้ำตาล มีพฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีระดับเสี่ยงปาน ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำหลังรับประทานอาหารเพราะเชื่อว่าทำให้อาหารอร่อยและช่วยคลายความเครียด ดื่มสุราภายหลังการทำงาน เพื่อให้เจริญอาหารและช่วยให้หายจากการปวดเมื่อยตัว

ผู้วิจัยจึงได้จัดทำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ

และระยะประเมนผล ตามแนวคิดของ การดูแล เบาหวานและความดันโลหิตสูง^{14,17,18} การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁸ และแนวทาง ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง¹⁶ ส่งผลให้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน หนองหิน หลังการจัดกิจกรรม พบว่า ความเข้าใจ โดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการ ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน อยู่ในระดับ เหมาะสมมากและความเข้าใจ และพฤติกรรมกา ปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลบ้านหนองหิน ก่อนและหลังการจัด กิจกรรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่า คะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้อง กันกับการศึกษาของ เปรมาทิพย์ คงพันธ์ (2559)¹¹ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรง สนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกาป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของ ภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังใน ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกาดูแล ตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการ ตอบสนองต่อพฤติกรรมกาดูแลตนเอง การปฏิบัติ ตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและแรง สนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง และ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตรา การกรองไตมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับ น้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับไมโครอัลบูมินใน ปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่า

กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาส ชุมทอง วิทยา จันตุ. (2564)³ ผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรง สนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกาป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอเมือง สุรินทร์ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรง สนับสนุนทางสังคม ในการส่งเสริมพฤติกรรมกา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน ผู้สูงอายุ พื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมี ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกาป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมกาป้องกันภาวะแทรกซ้อนจาก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการเสริมสร้างความเข้าใจ และ พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน ควรมี การจัดทำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบ มีส่วนร่วม ตำบลบ้านหนองหิน อำเภอหนองสูงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมนผล ภายใต้ แนวคิด

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่ได้ เน้นเรื่องการให้ยาเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้น กิจกรรมกลุ่มเรื่องการให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสม เพื่อบรรลु เป้าหมายในการดูแลรักษาซึ่งส่งผลถึงการลด ภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดอัตราการนอน โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

2. การทำให้คู่เสี้ยวได้ดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยด้วยกัน ทำให้กลุ่มผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษา การดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เกิดคนต้นแบบด้านสุขภาพ เพื่อนๆในกลุ่มสามารถนำไปปฏิบัติตามได้เพราะเห็นของจริงปฏิบัติตามง่าย เข้ากับวิถีชีวิตชาวบ้านในการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วม ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค.(2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
- 2.กศิมา สง่ารัตนพิมาน, อรพิน ภัทรกรสกุล. (2565) การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565 42-57
- 3.จุฑามาส ชุมทอง วิทยา จันตุ. (2564) ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. ปีที่ 39 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2564 39 – 48.
- 4.จุไรรัตน์ ญาณแก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลอ่าวลึกจังหวัดกระบี่. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบ สุขภาพ.2557; 2007 -2013 .
- 5.ณิชารีย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 2558; 3: 173-184.
- 7.ทัศนีย์ เทอดจิตไพศาล อโนทัย ผลิตนันทเกียรติ ศศิธร เพชรเผือก. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ.มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2557: 260-72.
- 8.นัฐพนธ์ เอกรักษารุ่งเรือง นพพร ศรีผัด อำนาจ เมืองแก้ว.(2562) การศึกษาเชิงประเมินระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับอำเภอในภาคเหนือของประเทศไทย 2562 เชียงรายเวชสาร ปีที่ 13 ฉบับที่ 3/2564 188 – 203
- 9.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: พี แอนด์ พี พลัปปิซซิ่ง, 2542.
- 10.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. การวิจัยการวัดและประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2543.
- 11.เปรมทิพย์ คงพันธ์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2559; 27: 28-42.

- 12.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหิน. (2565) รายงานสถานการณ์สุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลหนองหิน.
- 13.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. ข้อมูลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (fact sheet). กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, Inter Diabetes Federation. Diabetes fact sheet; 2555: 3: [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2560]. จาก: [http:// www.idf.org](http://www.idf.org).
- 14.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทรिक อินค์. 2562
- 15.สาธิต คุระทอง. บทความวิชาการเรื่อง Benefits of intensive glycemic control in diabetic nephropathy. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. Journal of the Nephrology Society of Thailand 2555: 27-29.
- 16.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: บริษัทอิมชัน อาร์ท จำกัด
- 17.สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2560.
- 18.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี , สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด. 2560.

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม วัณโรคใน
ชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

Models of promote knowledge, understanding, awareness and behavior, surveillance,
prevention and control Tuberculosis in the community of community leaders in Nong Hin
Sub-district, Nong Kung Si District Kalasin Province.

(Received: April 30,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

มยุรี กุโรรัตน์¹
mayuree kororat

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม วัณโรคในชุมชนของแกนนำชุมชน และศึกษา รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม วัณโรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2565 รวม 5 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดและเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ และการรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

คำสำคัญ : ความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ พฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม วัณโรค

ABSTRACT

This research is action research with research objectives. To study knowledge, understanding, perception and behavior of surveillance, prevention and control. Tuberculosis in the community of community leaders and to study patterns of promoting knowledge, understanding, perception and behavior, surveillance, prevention and control Tuberculosis in the community of community leaders in Nong Hin Sub-district, Nong Kung Si District Kalasin Province The study period is from May 2022 to September 2022, totaling 5 months. Sample size were 90 community leaders in Nong Hin Sub-district, Nong Kung Si District Kalasin Province. Collect data from questionnaires and analyze the data by

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

content analysis Distribution of frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

The results of the study showed that the understanding of surveillance, prevention, and control of tuberculosis in communities in Nong Hin sub-district, Nong Kung Si district Kalasin Province before proceeding overall and side moderate after operation overall and side at the highest level Awareness of surveillance, prevention, and control of tuberculosis in communities in Nong Hin sub-district, Nong Kung Si district. Kalasin Province before proceeding overall and side moderate after operation overall and side at the highest level. And when comparing the understanding of surveillance, prevention, and control of tuberculosis in communities in Nong Hin sub-district, Nong Kung Si district, Kalasin Province and awareness of surveillance, prevention, and control of tuberculosis in communities in Nong Hin sub-district, Nong Kung Si district. Kalasin Province before and after operation There was a statistically significant difference at the .05 level. had a higher mean score than before the experiment

Keywords: cognition, perception, behavior, surveillance, prevention and control, TB disease

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium tuberculosis จัดอยู่ในกลุ่ม Mycobacterium tuberculosis complex วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย วัณโรคนอกปอดอาจพบได้ในอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อม้ำเหลือง กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น จากรายงานวัณโรคระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2021) คาดประมาณว่าในปี พ.ศ. 2563 อุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 9.9 ล้านคน (127 ต่อแสนประชากร) ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุ 0 - 14 ปี 1.1 ล้านคน มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.3 ล้านคน จากการรายงานพบผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 5.8 ล้านคน (75 ต่อแสนประชากร) และในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 86²

วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่ม

ประเทศ ที่มีภาระวัณโรคสูงของโลก (High Burden Country Lists) ปี ค.ศ. 2016 - 2020 เป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 30 ประเทศ ได้แก่ มีภาระวัณโรค (TB) วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) และวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (MDR-TB) สูง (โดยใช้หลักเกณฑ์ ประเทศที่มีค่าคาดประมาณอุบัติการณ์จำนวนผู้ป่วยของแต่ละประเทศ สูงสุด 20 อันดับแรก และประเทศที่มีค่าคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 10 ประเทศ ซึ่งไม่จัดอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศแรก) โดยจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูงทั้ง 3 กลุ่ม อุตสาหกรรมวัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น²

การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค มีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจึงกำหนดให้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค เพื่อให้การดำเนินงาน ป้องกัน ดูแลรักษา และควบคุมวัณโรคของประเทศเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท

และแผนปฏิบัติการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีแนวทางการควบคุมโรคในประเทศไทย เป็นแนวทางหลักในการขับเคลื่อนแผนงานโรคให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านโรค เป้าหมายยุทธศาสตร์ยุติโรคและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่กำหนดไว้⁴

โรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในหลายๆประเทศทั่วโลกสาเหตุที่ทำให้โรคกลับมามีปัญหาใหม่ทั่วโลกเนื่องจากการแพร่ระบาดของเอชไอวีความยากจนการอพยพย้ายถิ่นและแรงงานเคลื่อนย้ายตลอดจนการละเลยปัญหาโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาการศึกษา ระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึง เดือน กันยายน 2565 รวม 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 3 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน 3 คน รวม 9 คน ต่อหมู่บ้าน รวม 10 หมู่บ้าน จำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถาม ความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย แปลผล

4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความเข้าใจน้อย
1.00 – 1.80	มีความเข้าใจน้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามการรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ กาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีการรับรู้มากที่สุด
3.41 – 4.20	มีการรับรู้มาก
2.61 – 3.40	มีการรับรู้ปานกลาง
1.81 – 2.60	มีการรับรู้เล็กน้อย
1.00 – 1.8	มีการรับรู้ต่ำที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเข้าใจ เท่ากับ .753 และ แบบสอบถามการรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชน เท่ากับ .778

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาแนวทางในการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

2. กำหนดรูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกัน

ควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

4. สรุปถอดบทเรียนรูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ Dependent t – test

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS 81/2564

ผลการวิจัย

1. ความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิด-19 ในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

2. การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรค วัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและราย ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวม และรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด

3. รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การ รับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรควัณโรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนอง หิน อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกิจกรรมใน การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และ

พฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรควัณโรค ในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอ หนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กิจกรรม การเสริมสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

4. การเปรียบเทียบความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ และการรับรู้การ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ตำบล หนองหิน อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ตำบล หนองหิน อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
TB	2.97	0.27	4.88	0.17	89	-50.356	.000	-1.98883	-1.83784
ปฏิบัติตัว	3.06	0.26	4.84	0.16	89	-48.510	.000	-1.85638	-1.71029
รวม	3.01	0.24	4.86	0.14	89	-54.636	.000	-1.91555	-1.78111

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัด กิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
TB	2.95	0.23	4.96	0.10	89	-67.414	.000	-2.06810	-1.94968
ปฏิบัติตัว	2.99	0.22	4.96	0.14	89	-64.258	.000	-2.02519	-1.90370
รวม	2.97	0.2	4.96	0.11	89	-73.052	.000	-2.04070	-1.93263

จากตารางที่ 2 การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอ หนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนการทดลอง

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ตำบลหนองหิน

อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิด โรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิด โรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ และการรับรู้การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคโควิด โรคในชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังจัดกิจกรรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกันกับการศึกษาของ บุญยัง ฉายาทับ (2557)⁹ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรือนจำ พบว่า การทำประชาคม ครั้งที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในเรือนจำ อสด. มีความรู้ และเข้าใจเรื่องวัณโรคปอดดีขึ้น และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย อสด. ได้รับการยกย่องให้เป็น “หมอแดน” ซึ่งเป็นตัวแทนด้านสุขภาพของผู้ต้องขัง การสร้างภาพฝันแสดงวิสัยทัศน์ และแผนปฏิบัติการ ประกอบด้วย การจัดบริการด้านการรักษา ด้านการป้องกัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการจัดกิจกรรม “มุมความรู้” หลังจากได้นำแผนดังกล่าวไปปฏิบัติทำให้การดูแลผู้ต้องขังป่วยวัณโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ผู้เข้าร่วมวิจัยเสนอว่าควรนำแผนเหล่านี้เสนอเป็นนโยบายของเรือนจำ และปฏิบัติตามต่อเนื่องสำหรับผู้ต้องขังทุกคน ผลจากการทำประชาคม ครั้งที่ 2 ได้ข้อสรุปว่า ควรมีระบบคัดกรองและการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการแพร่กระจายของโรค ควรส่งเสริมให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม

การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิด โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ มีกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคโควิด โรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามแนวทางการควบคุมวัณโรค² สอดคล้องกันกับการศึกษาของ สมัญญา มุขอาษา เกษร ลำเภาทอง (2560)⁹ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมอหะบวกรายใหม่ ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยกระบวนการกลุ่ม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย กิจกรรมการบรรยายประกอบสื่อ การชมวีดิทัศน์ การแจกเอกสารคู่มือแผ่นพับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายและสรุปผล นอกจากนี้มีการติดตามผลโดยการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติเท่ากับ 0.05 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของผลเสมอหะเป็นลบในเดือนที่ 2 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจโดยกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดในระยะแพร่กระจายเชื้อ สามารถพัฒนาความรู้ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปฏิบัติตามแผนการรักษาวัณโรคได้อย่างถูกต้องมากขึ้นและลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานควบคุมวัณโรคเพื่อ

ตรวจการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค และลดปัญหาเชื้อวัณโรคดื้อยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรันดร์ ฤทธะคร.(2562)¹ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในอำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการทดสอบความแตกต่างของค่ากลางของสองประชากรไม่อิสระต่อกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และความพึงพอใจการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรค คือ 1) การมีส่วนร่วมในชุมชน 2) ภาศึเครือข่ายในชุมชน 3) การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการ

พัฒนาที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากขึ้น ข้อเสนอแนะ ภาศึเครือข่ายในการควบคุมและป้องกันโรควัณโรคควรมีการทบทวนการปฏิบัติงานด้วยเทคนิค AAR เพื่อทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ในการการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรควัณโรคในชุมชน ควรมีการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรควัณโรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ตำบลหนองหิน อำเภอนองงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กิจกรรมการเสริมสร้างความเข้าใจ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรควัณโรคในชุมชนของแกนนำชุมชน ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อการเฝ้าระวังที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.นิรันดร์ ฤทธะคร.(2562) การพัฒนาารูปแบบในการป้องกันและควบคุมวัณโรคในพื้นที่ อำเภอบำบอง จังหวัดหนองคาย. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2562 38 - 49
- 2.กองวัณโรค กรมควบคุมโรค.(2564). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564 (National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2021). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค-แอนด์ดีไซน์
- 3.กรมควบคุมโรค. แนวทางการประเมินตัวชี้วัดการป้องกันควบคุมโรค ปี 2556. กรุงเทพมหานคร. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- 4.กระทรวงสาธารณสุข. Management of tuberculosis. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค-แอนด์ดีไซน์; 2552.
- 5.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2556). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์
- 6.กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิค-แอนด์ดีไซน์; 2561.

- 7.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
- 8.บุญยัง ฉายาทับ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดด้วยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำพื้นที่สถาน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2557
- 9.สมัญญา มุขอาษา เกษร สำเภาทอง. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2560 ปีที่ 24 ฉบับที่ 1

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอศรีสมเด็จ

The effect of an exercise program by rubber rings for rehabilitation
in Stroke patients on intermediate care Sri Somdet District

(Received: April 28, 2023 ; Revised: April 29, 2023 ; Accepted: April 30, 2023)

ศิริพร เผ่าภูธร¹, สุภาวดี ศิริโอต¹

Siriporn Phuputorn¹, Supawadee Siriod¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ศึกษาแบบกลุ่มเดียวประเมินผลก่อนและหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอาการทางคลินิกพ้นระยะวิกฤต อาการคงที่ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) เริ่มต้นที่ 5-11 จำนวน 22 คนตามเกณฑ์คัดเข้า ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถในการดูแลตนเองของโอเริ่มร่วมกับการประยุกต์ใช้หลัก FITT ใช้เวลาฝึกครั้งละ 30 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์รายละ 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยอาจทำได้โดยใช้แขนและขาข้างที่ตีมาช่วยหรือให้ญาติช่วยทำตามสภาพแต่ละรายตั้งแต่เดือนเมษายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงเริ่มและเฝ้าระวังสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 โปรแกรมการออกกำลังกายประกอบด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำการฝึกทักษะออกกำลังกายจำนวน 10 ท่าเพื่อนำไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง แบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Mortor power) ข้างที่อ่อนแรง แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และแบบประเมินความพึงพอใจเครื่องมือผ่านการตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเท่ากับ .83 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะคล้ายกันและไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 รายแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคโดยรวมได้ .81, .93, .94 และ .83 ตามลำดับ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติ paired Sample t-test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในระยะ 12 สัปดาห์แรกที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกำลังกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงเพิ่มมากขึ้นคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.05$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีผลในการเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงมากขึ้นเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ประโยชน์ที่ได้ควรนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางกลุ่มติดบ้านในระยะ 12 สัปดาห์แรกประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันที่ไม่มีข้อห้ามเพื่อเพิ่มสมรรถภาพซึ่งสามารถฝึกได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านสะดวกประหยัด ปลอดภัย เหมาะสมกับวิถีชีวิต

คำสำคัญ : โปรแกรมการออกกำลังกาย ห่วงยาง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

¹ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

Abstract

This quasi-experimental research A one-group study, before and after assessment. The objective of this study was to study the effects of an exercise program for rehabilitation of Stroke patients on intermediate care. The subjects were purposively selected as ischemic stroke patients who were clinically symptomatic beyond critical stage, stable before discharge from the hospital, with an Activities of Daily Living (ADL) scores ranging from 5-11 (a stuck in the house group) of 22 people according to the selection criteria. The exercise program by rubber rings developed by the researcher was applied from Orem's self-care ability theory framework with the application of FITT principle. It takes 30 minutes of training per time continuously at least 3 times a week. Each 12 weeks. The patient may be able to do this by themselves with the good arms and legs to help or ask the relatives to help follow each individual condition. Since April 2019 until March 2020, this is the beginning and monitoring of the COVID-19 epidemic situation. The exercise program consisted of knowledge and advice on skill training for 10 exercise positions for continuous practice at home. The data were collected using a general information questionnaire, a questionnaire on exercise behavior by rubber rings, Weak lateral motor power assessment form. The activities of Daily Living (ADL) assessment and the satisfaction assessment form. The index of item objective congruence by 3 experts was 0.83. It was used in 10 patients with similar strokes and not a sample. The confidence was analyzed by calculating the overall Cronbach's alpha coefficient of .81, .93, .94 and .83, respectively. The data were distributed by frequency, percentage, mean, standard deviation and Paired t-test.

The results showed that after the stroke patients on Intermediate care in the first 12 weeks who participated in the exercise program by rubber rings for rehabilitation. The mean score of motor power grade of weak side body is higher. The mean score on the activities of Daily Living was higher than before joining the program ($p < 0.05$) and the satisfaction level was at the highest level. It was shown that an exercise program by rubber rings for rehabilitation in stroke patients on Intermediate care has the effect of increasing the ability to move, increasing the ability to perform daily activities living. The patients are satisfied.

It should be used in stroke patients on Intermediate care (a stuck at home group) during the first 12 weeks. Applied to other groups of patients with similar characteristics without contraindications to increase fitness, this can be trained continuously at home, convenient, economical, safe, and suitable for life style.

Keywords: Exercise program, Rubber rings, Stroke patients on Intermediate care

บทนำ

ปัญหาการออกกำลังกายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอศรีสมเด็จพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน มีการใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะดวกและไม่ปลอดภัยในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่มีรูปแบบในการออกกำลังกายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง แม้จะได้รับการสอนวิธีการฟื้นฟูสภาพจากทีมฟื้นฟู

แต่ยังปฏิบัติไม่ต่อเนื่องหรือทำบ้างไม่ทำบ้างตามสภาพและการมีส่วนร่วมของญาติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ยังอ่อนแรงครึ่งซีกแต่ยังพอช่วยเหลือตัวเองในการออกกำลังกายได้บ้างโดยใช้ข้างที่ดีช่วยพยุง พอจะลดภาระญาติที่ต้องดูแลตลอดเวลาได้ บางรายไม่กล้าออกกำลังกายเพื่อบริหารข้อเพราะกลัวความปวดหรือกลัวความไม่ปลอดภัยจากการเกิดข้อหลุด

การขาดรูปแบบในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพขณะอยู่ที่บ้าน เป็นปัญหาแก่ญาติ/ผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจรวมถึงสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว

ผู้ดูแลจำเป็นต้องรู้ว่ากิจกรรมใดที่ควรช่วยเหลือและกิจกรรมใดที่ควรให้ผู้ป่วยทำเองจากการศึกษาเรื่องผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความสามารถด้านการทำกิจวัตรประจำวันของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.5) ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยมาก่อนซึ่งหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำรวมทั้งญาติผู้ดูแลมีความรู้และความมั่นใจว่าผู้ป่วยทำได้และควรทำเองจะช่วยเป็นแรงเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการพยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันตามศักยภาพของตนเองและหากผู้ป่วยสามารถทำเองได้มากขึ้นคะแนนการประเมินด้านกิจวัตรประจำวันจะดีขึ้นผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่ผู้ป่วยไม่ขยับตัว⁸ทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางกายที่ลดลง ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมและพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็น การออกกำลังกายที่ไม่มีแบบแผน⁹ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของ Orem, Taylor, & Repenning (2001)¹²เป็นแนวคิดของการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่เกิดจากจากการตั้งใจ มีเป้าหมาย ขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพทำให้พัฒนาการดำเนินได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคลการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพิจารณาและตัดสินใจไปสู่การกระทำจะนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลตนเองระยะที่ 2 ระยะการ กระทำและการ ประเมินผลการกระทำ จะมีการแสวงหาเป้าหมายการกระทำ เพราะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรม

และเป็นเกณฑ์การติดตามผลการกระทำโดยกิจกรรมการช่วยเหลือตามระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางได้รับการสนับสนุนให้นำความรู้และเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อส่งเสริมความพยายามให้สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองในการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง

การนำห่วงยางมาดัดแปลงเป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการครึ่งซีกมีความ เพราะมีความ สะดวกประหยัด สามารถทำได้ด้วยตนเองมีความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง น่าจะสามารถนำมาปรับใช้ประยุกต์ในการออกกำลังกายได้จริง ซึ่งห่วงยางนั้นมีคุณสมบัติคือมีความยืดหยุ่นคล้ายกับการทำงานของกล้ามเนื้อและแรงปฏิกิริยาสะท้อนกลับหรือมีแรงดึงกลับจากการถูกดึงให้ยืดออก (Stretch reflex) เช่นเดียวกับยางยืดทุกครั้งที่ยางถูกกระตุ้นให้ดึงหรือยืดออกจะส่งผลต่อการช่วยกระตุ้นระบบประสาทส่วนที่รับรู้ ความรู้สึ ก ของ กล้าม เนื อ และ ข้อ ต่ อ (Proprioception) ให้มีปฏิกิริยาการรับรู้และตอบสนองต่อแรงดึงของยางที่กำลังถูกยืดทำให้มีผลต่อการทำงานของระบบประสาททำให้มีการรับรู้การทำงานของกล้ามเนื้อข้อต่อเกิดการกระตุ้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและยังสามารถช่วยป้องกันการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อ¹⁰ อีกทั้งห่วงยางแข็งแรง มีความทนทานและยืดหยุ่นสูง น่าจะนำมาประยุกต์ใช้ฝึกใส่รอกให้ดึงข้างที่อ่อนแรงช่วยจะเพิ่มพลังกล้ามเนื้อข้อที่อ่อนแรง เป็นการเพิ่มคุณภาพกล้ามเนื้อ

องค์ความรู้ใหม่จากการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองเขตสุขภาพที่ 7 พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การสร้างเครือข่ายทั้งเครือข่ายสาธารณสุขและไม่ใช่สาธารณสุข ทุกคน ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการให้ดียิ่งขึ้น การสร้างความรู้ ความตระหนักต่อโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชน สังคมนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง และการพัฒนาระบบบริการ

ให้มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดียิ่งขึ้น การทำงานตาม service plan และมีการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ¹¹

การออกกำลังกายโดยใช้แนวคิดตามหลัก FITT¹³ ประกอบด้วย ความถี่ ความหนัก ความนาน และชนิดของการออกกำลังกาย แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ แบบต่อเนื่อง หรือ คาร์ดิโอ เช่น การเดิน การวิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ แบบแรงต้าน เช่น ยกน้ำหนัก บอดี้เวท และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็นส่วนต่าง ๆ เพื่อความยืดหยุ่น ผู้วิจัยได้นำวิธีการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านมาประยุกต์ใช้กับท่าต่างๆในการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง เป็นท่าบริหาร 10 ท่า แล้วประเมินผลโดยการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความสามารถของกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 19 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่สามารถไปทำกายภาพบำบัดตามนัด ระหว่างที่มีการระบาดควรงดให้ผู้ป่วยออกนอกบ้านและควรทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้านหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เนื่องจากจะเร่งให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญโดยมีอาการแสดงของระบบประสาทตั้งแต่ระดับน้อยคือ ปวดศีรษะ สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่น และรับรสสูญเสียความสามารถในการพูด เคลื่อนไหว จนถึงอาการรุนแรง เช่น การรับรู้สติสัมปชัญญะที่ลดลง อาการชัก ส่งผลให้มีอัตราการพิการรุนแรงและอัตราการตายสูงกว่า¹⁴

ดังนั้นจึงควรศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมบ้านที่ผ่านมาเพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมและเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 สามารถควบคุมได้ ควรมีการวิจัยศึกษาแนวทางการวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมบ้านที่เข้ากับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกำลังของกล้ามเนื้อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนและหลังใช้โปรแกรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และมีผลการประเมิน Barthel Index ได้ค่า < 15 คะแนน หรือ ≥ 15 คะแนนร่วมกับ multiple impairments และใช้ระยะเวลา 6 เดือนนับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การช่วยฟื้นฟู/พัฒนาสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ตามความสามารถที่เหลืออยู่ ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกลับคืนสู่สภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การออกกำลังกาย หมายถึง กิจกรรมทางกายใดๆ ก็ได้ที่เสริมหรือคงสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงและสุขภาพทั่วไปของร่างกาย รวมทั้งเพื่อเสริมการเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยสร้างเสริมระบบภูมิคุ้มกันและช่วยป้องกันโรคต่าง ๆ การออกกำลังกายยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้

โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง
หมายถึงโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเป็นอุปกรณ์ออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางในการออกแรง/ออกกำลังกายซ้ำๆเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้เกิดการใช้พลังงาน เสริมสร้างสมรรถภาพทางกายและช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้วย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบกลุ่มเดียว ประเมินผลก่อนและหลัง(one group pretest-posttest design) ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ในระยะฟื้นภาวะวิกฤต อาการคงที่ ADL คะแนน 5-11ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 22 รายตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ในระยะฟื้นภาวะวิกฤต อาการคงที่ ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ตั้งแต่ระยะวางแผนจำหน่ายจนถึงจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้าน ระยะเวลากการดำเนินโรค 12 สัปดาห์แรกมี ADL จากการประเมินโดยแบบประเมิน Barthel index ได้ 5-11 (กลุ่มติดบ้าน) ไม่มีภาวะบกพร่องทางจิตใจ หรือ ความจำเสื่อมไม่มีโรคหลักซึ่งจำกัดความสามารถในการทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยไม่เคยมีโรคที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สีกหรือโรคทางกระดูกที่มีผลกระทบต่อการทรงไม่มีอาการกำเริบของโรคที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ สามารถรับฟังและมองเห็นยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนเสร็จสิ้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Krejcie & Morgan 1970 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสอบถามความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลในระยะกลางระหว่างเข้าร่วมวิจัยที่มีอาการผิดปกติทางร่างกาย ที่ให้งดการฝึกโปรแกรมออกกำลังกายอย่างถาวรหรือมีโรคประจำตัวที่มีอาการกำเริบจนไม่สามารถออกกำลังกายได้และเข้าร่วมวิจัยตามเวลาที่กำหนดติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป ระยะเวลาวิจัย 1 เมษายน 2562 ถึง 31 มีนาคม 2563

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยห่วงยาง

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการกำลักล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง

ภาวะที่ควรพิจารณางดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ

หากผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพมีอาการหรืออาการแสดงดังต่อไปนี้ ควรพิจารณางดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเต็มรูปแบบ ได้แก่ ใช้ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ชีพจร > 100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต SBP > 180 หรือ < 90 และ DBP > 110 หรือ < 60 มิลลิเมตรปรอท เจ็บแน่นหน้าอกหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน หอบเหนื่อยซึมลง สับสน หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้

ขั้นตอนการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง

1. ขั้นตอนเตรียมการ (45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง)
1.1 สร้างสัมพันธภาพ 1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ 1.3 ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองที่เกิดจากการออกกำลังกาย 1.4 ฝึกทักษะตามโปรแกรมหลัก แก่ผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ได้ ออกแบบท่าทางเพิ่มเติมตามความถนัด และระวังข้อจำกัดในแต่ละราย 1.5 ให้การปรึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพบุคคล 1.6 นัด

หมายผู้ป่วย และดูแลเพื่อฝึกการใช้ห้วยยางต่อตามขั้นตอนดำเนิน กิจกรรมและสามารถเริ่มทำได้เลย และทำทุกวันถ้ามีความพร้อมแล้ว

2. ขึ้นดำเนินกิจกรรม ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลสุขภาพและดูความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ให้คำแนะนำหากผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ห้วยยาง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ได้แก่

สัปดาห์แรกไปเยี่ยม 1 ครั้ง สัปดาห์ที่ 5 ไปเยี่ยม 1 ครั้งและสัปดาห์ที่ 12 ดำเนินการฝึกจนครบแล้ว ไปเยี่ยมอีก 1 ครั้ง รวมติดตามเยี่ยมรายละ 3 ครั้ง ใช้แบบบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย บันทึกการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ทำทางในการฝึกออกกำลังกายโดยใช้ห้วยยาง 10 ท่า

ห้วยยางจะถูกผูกมัดไว้กับเชือกของรอกและใช้หลักการชดเชยโดยให้ห้วยยางรองแขนขาทั้งสองข้าง โดยทำบริหารร่างกายส่วนบนสามารถนั่งหรือนอนฝึกได้ ส่วนการบริหารร่างกายส่วนล่างขึ้นกับระดับความสามารถของผู้ฝึก ถ้าข้างที่อ่อนแวยังมีกำลังน้อยต้องฝึกในท่านอนเท่านั้น แต่ถ้ามีกำลังมากขึ้น สามารถนั่งหรือนอนฝึกได้ โดยให้ใช้ข้างที่มีกำลังมากกว่าช่วยข้างที่มีกำลังน้อยกว่าหรือญาติช่วยฝึกตามสภาพของแต่ละราย โดยมีท่าหลัก 10 ท่า ท่าละ 10 ครั้งต่อวันดังนี้

1. ท่าที่ 1 ท่านั่งสอดข้อมือสองข้างเข้าไปในห้วยยางที่ติดตั้งด้วยเชือก รอกแล้วยกแขนขึ้นลง เพื่อบริหารข้อไหล่และกล้ามเนื้อแขน
2. ท่าที่ 2 ท่านั่งสอดข้อศอกสองข้างเข้าไปในห้วยยางที่ติดตั้งด้วยเชือก รอกแล้วงอแขนเข้าหาลำตัวและกางแขนออกจากลำตัวเพื่อบริหารข้อศอกและแขน
3. ท่าที่ 3 ท่านั่งสอดข้อมือสองข้างเข้าไปในห้วยยางที่ติดตั้งด้วยเชือก รอกแล้วกางแขนทั้ง 2 ข้างเพื่อบริหารกล้ามเนื้อไหล่และแขนทั้งส่วนบนและส่วนล่าง
4. ท่าที่ 4 ท่านั่งหรือนอนใช้มือดึงและดันห้วยยางเข้าออก เพื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและแขนโดยทำที่ละห้วย

5. ท่าที่ 5 ท่านั่งใช้มือบีบนิ้วห้วยยางจนครบวงรอบวนกลับไปกลับมาเพื่อความแข็งแรงของข้อมือและข้อนิ้วมือ
6. ท่าที่ 6 ท่านั่งใช้มือบิดห้วยยางไปมาเพื่อความแข็งแรงของข้อมือและข้อนิ้วมือ
7. ท่าที่ 7 ท่านอนใช้เท้าสอดเข้าไปในห้วยยางที่ติดรอกแล้วยกขาขึ้นลงสลับกันเพื่อบริหารข้อสะโพกและกล้ามเนื้อขา
8. ท่าที่ 8 ท่านอนใช้ข้อเท้าวางบนห้วยยางที่ติดรอก กาง หุบขาทั้ง 2 ข้างเข้าออกเพื่อบริหารกล้ามเนื้อข้อสะโพกที่ใช้ในการกางขา
9. ท่าที่ 9 ท่านอนใช้มือจับห้วยยางที่ ใช้เชือกธรรมดาติดตั้งห้วยยางให้ตึงจากเท้าเพื่อบริหารฝ่าเท้า แขนและขา
10. ท่านั่งหรือยืนใช้เท้าเหยียบขอบของห้วยยางที่มีเชือกผูกติดไว้ ออกแรงที่ขาสลับกันขึ้นลงเพื่อบริหารกล้ามเนื้อบริเวณขาและเท้า

กรณีรายที่อ่อนแรงซึ่งชักเคลื่อนไหวลำบาก ให้ญาติดูแลช่วยเหลือในการจัดทำทางออกกำลังกาย ให้เมื่อสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นให้พยายามฝึกด้วยตนเองตามสภาพแต่ละราย

ให้หลีกเลี่ยงท่าทาง งอศอก งอแขน ท่าบิดงอต่างๆ ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีกที่มี

การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เพราะจะกระตุ้นให้เกิดอาการเกร็งมากขึ้นแต่ให้ใช้ท่าที่มีการเหยียดข้อศอกเหยียดแขนตรงๆ เพื่อ ยืดกล้ามเนื้อถ้ายังมีอาการเกร็งมากขึ้นให้หยุดพักก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการ

ทดลองประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

1. โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมองโดยใช้ห้วยยาง ผู้วิจัยประยุกต์จากกรอบแนวคิดทฤษฎีความสามารถในการดูแล

ตนเองของโอเร็ม 1991 ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลัก FITT ของวิทยาลัยเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (ACSM, 2018) ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ คู่มือการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางเป็นคู่มือที่เริ่มใช้ที่โรงพยาบาลก่อนจำหน่ายสู่บ้านและนำไปฝึกปฏิบัติต่อบ้านภายหลังให้ความรู้และคำแนะนำพร้อมทำการออกกำลังกายจำนวน 10 ท่า

2.เครื่องมือสำหรับผู้วิจัย

ประกอบด้วยแนวทางการใช้โปรแกรมและการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมดังนี้

1) แนวทางการใช้โปรแกรม

เป็นเอกสารเพื่อทำความเข้าใจของโปรแกรมและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ระยะเวลาการดำเนินการตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 สัปดาห์แรกของการฝึก ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 5 และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 12

2) การจัดกิจกรรมตาม

โปรแกรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง ดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะส่งเสริมทักษะในการพิจารณาและตัดสินใจไปสู่การกระทำ และระยะที่ 2 ระยะส่งเสริมทักษะในการลงมือทำและประเมินผล

กระทำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ

รวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่1 ได้แก่ข้อมูลทั่วไป

ของผู้ป่วยและผู้ดูแล สภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ของครอบครัว แบบแผนสุขภาพและการดูแลตนเอง แหล่งประโยชน์และการรักษาที่ได้รับ

ส่วนที่2 แบบบันทึกการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางโดยบันทึกวันที่ออกกำลังกาย ระยะเวลา ความถี่ในการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง

ส่วนที่3 แบบประเมิน

กำลังกล้ามเนื้อ (Motor power)โดยประเมินข้างที่อ่อนแรงประเมินก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง โดยให้ผู้ป่วยยกแขน ยกขา กำมือ งอแขน จัดข้อผลการตรวจมี 6 ระดับ ดังนี้The MRC Muscle scale by the Medical Research Council.1976

Glade 5 กำลังของกล้ามเนื้อปกติ เคลื่อนไหวแขนขาได้เต็มที่ ด้านแรงโน้มถ่วงได้และด้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่

Glade 4 เคลื่อนไหวแขนขาได้เต็มที่ ด้านแรงโน้มถ่วงได้ และด้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง

Glade 3 เคลื่อนไหวแขนขาได้เต็มที่ สามารถต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงของผู้ตรวจได้

Glade 2 เคลื่อนไหวแขนขาได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วง

Glade 1 สามารถมองเห็นการหดตัวของกล้ามเนื้อแต่ไม่มีการเคลื่อนไหว

Glade 0 ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมิน

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะจาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barthel1965.ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อ่อนแรงครึ่งซีกต้องเรียนรู้การทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เหล่านี้ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือดัชนีกิจกรรมประจำวัน บาร์เธล (Barthel activities of daily living) 10 ด้าน ได้แก่ 1) Feeding (ความสามารถในการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสารไว้ให้ต่อหน้า) 2) Grooming (การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) 3) Transfer (การลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปเก้าอี้) 4) Toilet (การใช้ห้องน้ำ) 5) Mobility (การเคลื่อนที่ภายใน

ห้องหรือบ้าน) 6) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) 7) Stairs (การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น) 8) Bathing (การอาบน้ำ) 9) Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระ ในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา) 10) Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) คะแนน ในการประเมิน ADL รวม 20 คะแนน ใน 10 ข้อ โดยคะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย (ติดเตียง) คะแนน 5-11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง (ติดบ้าน) และ คะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (ติดสังคม)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบแบบตรวจสอบรายการ (Check list) มีเกณฑ์ในการกำหนดน้ำหนักการให้คะแนนของ ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2543) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่ได้รับการดูแลระยะกลางจำนวน 22 คน แบ่งเป็นเพศชาย 13คน ร้อยละ 59.09 เพศหญิง 9คน ร้อยละ 40.91 ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 คน ร้อยละ 59.09 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันไขมัน ในเลือดสูงและไขมันในเลือดสูงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 86.36 คะแนนความสามารถในการทำ

กิจกรรมแรกมากที่สุดที่ระดับ 6 คะแนนจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 54.54 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 72.72 อาชีพทำนามากที่สุด จำนวน 15 คน ร้อยละ 68.18 รายได้ส่วนใหญ่ ระหว่าง 3,000 - 5,000 บาทต่อเดือน ฐานะยากจนมากที่สุด จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 63.63 มีผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบุตร มากที่สุดจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 59.09 ดัชนีมวลกายมากที่สุดเท่ากับโรคอ้วนระดับที่ 1 จำนวน 14 คน ร้อยละ 63.63 โดยมีการดำเนินโรคอยู่ในระยะคงที่ร้อยละ 100 หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองซีกของร่างกายอ่อนแรง สัดส่วน ชาย:ชาย 12 : 10 คน ร้อยละ 54.55 : 45.45 การทรงตัวในท่ายืนขณะอยู่นิ่งและเคลื่อนไหว ระดับ ดี : ไม่ดี 2: 20 คน ร้อยละ 9.09 : 90.90 กำลังกล้ามเนื้อ (Muscle power) เกรด 3 จำนวน 19 คน ร้อยละ 86.36 เกรด 4 จำนวน 3 คน ร้อยละ 13.64 รักษาและฟื้นฟูสภาพโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือดและยาโรคประจำตัวเดิม ร่วมกับกายภาพบำบัดที่บ้าน แต่ส่วนใหญ่ยังปฏิบัติไม่สม่ำเสมอและยังไม่ได้ปฏิบัติตามการออกกำลังกายเสริมการรักษาด้วยวิธีอื่นจำนวน 20 คน ร้อยละ 90.90 มีเพียง 2 รายที่ออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขนและเดิน ร้อยละ 9.09 การเริ่มต้นฝึกพบว่า มีรายที่ญาติต้องช่วยเหลือจัดทำทางในการออกกำลังกายให้อย่างมากมีจำนวน 2 คน ร้อยละ 9.09 ช่วยตนเองได้บ้างให้ญาติช่วยบ้างจำนวน 2 คน ร้อยละ 9.09 ออกกำลังกายได้เองทั้งหมดจำนวน 18 คน ร้อยละ 81.82 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาด้วยแบบประเมินกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ข้างที่อ่อนแรง คะแนนเต็ม 6 เปรียบเทียบก่อนและหลังจากการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีกำลังกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ช่วงที่อ่อนแรงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง (n=22)

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ (Motor power) ช่วงที่อ่อนแรง	n	Mean	SD.	Mean difference	95% C.I. lower Upper	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรม (ครั้งแรก)	22	3.16.35		2.59091	-2.94400 -2.23782	0.001
หลังการใช้โปรแกรม (เมื่อครบ 12 สัปดาห์)	22	5.72.76				

3. ผลการศึกษาด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) คะแนนเต็ม 20 เปรียบเทียบก่อนและหลังจากการฝึกโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้

ห่วงยางพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางก่อนและหลังการใช้โปรแกรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง (n=22)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย	n	Mean	SD.	Mean difference	95% C.I. lower Upper	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรม (ครั้งแรก)	22	6.821.56		.90908	-11.4746 -8.34356	0.001
หลังการใช้โปรแกรม (เมื่อครบ 12 สัปดาห์)	22	16.72	4.22			

4. ผลการศึกษาด้วยแบบประเมินความพึงพอใจหลังจากการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด โดยด้านการได้รับสื่อ เอกสารการฝึกใช้โปรแกรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพียงพอกับความต้องการมี

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆพึงพอใจระดับมากที่สุดโดยพบความพึงพอใจด้านการได้รับการส่งเสริมการออกกำลังกายที่มีความเป็นส่วนตัวเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมช่วยห่างโรค ในช่วงที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางหลังการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง (n=22)

ด้านความพึงพอใจ	Mean (SD)ระดับความพึงพอใจ	
1 ได้รับสื่อ เอกสารการฝึกใช้โปรแกรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพียงพอกับความต้องการ	4.25(0.51)	มาก
2.ผู้ให้บริการมีความรู้ความสามารถในการถ่ายทอด ให้คำแนะนำได้อย่างชัดเจน	4.53 (0.52)	มากที่สุด
3.ได้รับการส่งเสริมการออกกำลังกายที่มีความเป็นส่วนตัว เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสม ช่วยห่างโรค ในช่วงเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบาด	4.61 (0.54)	มากที่สุด
4.การใช้โปรแกรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางสามารถออกแบบท่าทางออกกำลังกายได้อีกหลายรูปแบบตามความสามารถของผู้ฝึกแต่ละราย	4.52 (0.46)	มากที่สุด
5.การใช้โปรแกรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางมีความประหยัด สะดวกปลอดภัยปฏิบัติได้ง่ายสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม	4.51 (0.52)	มากที่สุด
ความพึงพอใจเฉลี่ยโดยรวม	4.48(0.51)	มากที่สุด

อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง คะแนนเฉลี่ยความสามารถกำลังกล้ามเนื้อข้างที่อ่อนแรง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากผลของโปรแกรมที่พัฒนาโดยใช้แนวคิดของทฤษฎีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเป็นทฤษฎีหนึ่งในทฤษฎีการพยาบาล โดยทั่วไปของโอเร็มมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการจัดโปรแกรมการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพจากการดำเนินกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยกระบวนการตามวิธีการให้ความช่วยเหลือ เพื่อบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้มีความรู้

และสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อมีความจำกัดในการดูแลตนเองจึงเกิดความรู้ การพิจารณาตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติ

ประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยห่วงยางได้แก่ห่วงยางมีปฏิกิริยาสะท้อนกลับ หรือมีแรงดึงกลับจากการถูกดึงให้ยืดออก (Stretch Reflex) ส่งผล ต่อการช่วยกระตุ้นระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกลึกของกล้ามเนื้อ ช่วยป้องกันการเสื่อมสภาพของระบบประสาทกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อและกระดูก เป็นอุปกรณ์ในการออกกำลังกายประเภทความต้านทาน (Resistance) ช่วยพัฒนาเสริมสร้างความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ¹⁵

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับฉัตรกมลสิงห์น้อย,พรชัย จุลเมตต์และอวยพร ตั้งธงชัย¹⁶ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการออกกำลังกายด้วย

ยางยืดประยุกต์สำหรับ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการออกกำลังกาย ยืดประยุกต์ที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังกระบวนการวิจัยใช้การทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดจำนวน 11 ท่า ทำการทดสอบสมรรถภาพกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังซึ่งผลการศึกษาพบว่า ด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีค่าสูงขึ้น ด้านความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อมากขึ้น และมีค่าการสมรรถภาพด้านการทรงตัวและความว่องไวได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของฉัตรทิพย์ เพ็ชรชลาสัย , สุวิทย์ อุดมพาณิชย์¹⁷ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย พร้อมทั้งแจกคู่มือการออกกำลังกาย ผลการศึกษาหลังการทดลอง 33 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรง ความอ่อนตัว ของกล้ามเนื้อ และความอดทนของระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิตมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล,ลาวัลย์ พานิชเจริญ¹⁸ที่ได้ศึกษาการปฏิบัติจริง ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาของสถาบันประสาทวิทยาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครึ่งซีกจำนวน 50 รายที่ได้รับการสอนออกกำลังกายและกายภาพบำบัดที่บ้านมีการปฏิบัติจริงได้ค่อนข้างสม่ำเสมอหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1เดือนซึ่งในการศึกษครั้งนี้ได้ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้มีความสามารถในการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยการใช้โปรแกรมออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง ติดตามเยี่ยมจำนวน 3 ครั้งในสัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 5และ

สัปดาห์ที่ 12 ตามแผนของโปรแกรมที่ตั้งไว้ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยปฏิบัติได้สม่ำเสมอและสอดคล้องกับการศึกษาของเมธิตา วิจิตรกุลและคณะ¹⁹ที่ได้ศึกษาการออกกำลังกายอย่างบังคับด้วยตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บทความนี้ช่วยทำให้ทราบถึงการออกกำลังกาย ด้วยตนเองอย่างถูกวิธีเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนบนในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เป็นการช่วยลดอาการบวม ป้องกันภาวะหดรั้งของกล้ามเนื้อ และลดการเกิดภาวะข้อติด เป็นการลดภาระและการพึ่งพิง บุคคลอื่นโดยเฉพาะผู้ดูแล ทั้งยังสามารถส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้นได้

การศึกษานี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางจึงเอื้อและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายได้ง่ายอย่างต่อเนื่อง การติดตามผู้ป่วยช่วยแก้ไขปัญหาระบบที่ฝึกไม่ได้ อีกทั้งการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางมีความสะดวกในทุกสถานที่ ทุกเวลาที่มีโอกาส พกพาง่าย ประยุกต์ใช้ร่วมกับอุปกรณ์อื่นได้ง่ายอย่างกลมกลืน สอดคล้อง ประหยัด ไม่เป็นภาระเศรษฐกิจของครอบครัว ใช้ได้นาน 3 เดือน คนพิการผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อายุ 50 ปีขึ้นไปรู้จักห่วงยางและมีประสบการณ์การเล่นกีฬาห่วงยางมาตั้งแต่วัยเรียน เหมาะสำหรับผู้ที่ยังมีปัญหาระบบประสาทรับรู้สั่งงาน การเคลื่อนไหวเสื่อมเป็นการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันตามแผนการรักษาของแพทย์ที่กำลังรักษาอยู่เน้นการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมินความสามารถเดิม และส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว ให้เร็วและบ่อยหลังอาการคงที่ ทั้งให้ผู้ป่วยทำเองหรือญาติช่วยทำ เพิ่มการรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและผู้ช่วยเหลืออื่นๆให้มากขึ้น ผู้ป่วยที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกลหรือยากลำบากในการเดินทาง ได้รับการบริการด้านสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง เพื่อเป็นการให้บริการที่

สะดวกปลอดภัย ประหยัดเนื่องจากสามารถปฏิบัติได้ทุกที่เพื่อลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งนี้

หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสามารถนำโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองติดบ้าน โดยให้ความรู้ สนับสนุนความสามารถในการปฏิบัติตลอดจนสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ รวมทั้ง กลุ่มอสม.และองค์กรต่างๆที่มีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนสามารถนำโปรแกรมและคู่มือการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยาง

ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษา พัฒนาการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายโดยใช้ห่วงยางในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆที่มีลักษณะคล้ายกัน โดยการพัฒนา นำไปใช้เพื่อนำผลการทดสอบที่ได้มาบูรณาการเพื่อการสรุปประโยชน์ของรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมและเป็นไปได้จริงและควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกด้วยวิธีการต่างๆภายหลัง เช่น การคำนวณค่าพลังงาน แรงต้านรวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนที่จำเป็นและเหมาะสมเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557 : Public Health statistic A.D. 2014. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
2. พรพิมล มาศสกุลพรรณ, ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล, กาญจนารัตน์ทอง, พรทิพย์พา ธิมาธอม, พรพิมล วิเชียรไพศาล, บรรณาธิการ. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง [Clinical practice guidelines for stroke rehabilitation]. พิมพ์ครั้งที่ 1ฉบับปรับปรุงครั้งที่3 .กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพรส จำกัด; 2559.
3. กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์.รายงานบริการผู้ป่วยแยกตามโรค/รายโรค.; 2561.
4. กองการพยาบาล. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง. พิมพ์ครั้งที่1สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; สิงหาคม 2562.
5. คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for Intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan). สมุทรสาคร: บริษัท บอร์น ทุ ปี พับลิชชิง จำกัด; 2562.
6. จเร วิชาไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์ และวัชรารัฐ วัชรไพบูลย์. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2552.
7. PisakCh, Nathee J, Teerapat P. Effect of rehabilitation education to volunteers toward activities of daily living performance of people with disabilities resulting from stroke. Bulletin of Chiang Mai Associated Medical Sciences 2015; 48(3): 241-50. (in Thai)
8. ภิญญา จำปาศรี,สมสมัย รัตนกริธากุลและวรรณรัตน์ ลาวัณ.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครปฐม.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาปีที่ 25 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน ; 2560.

9. ฉัตรทิพย์ เพ็ชรชลาสัย , สุวิทย์ อุดมพาณิชย์.ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุไทย.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ที่ 12 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน – มิถุนายน ; 2562.
10. เจริญ กระบวนรัตน์. ยางยืดพิชิตโรค. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี ;2557.
11. สมศักดิ์ เทียมเก่า.ความเป็นมาของการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 7 (ร้อยเอ็ดขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์)J Thai Stroke Soc. Volume 18 (1); 2019.
12. Orem DE., Taylor SG, Repenning, KM. Nursing: Concepts of practice. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 2001.
13. American College of Sports Medicine [ACSM]. ACSM guidelines for exercise testing and prescription (10th ed.). New York: Lippincott Williams and Wilkins.;2018
14. จารุวรรณ ปิยศิริ.บทความวิชาการ ความรู้และทักษะที่จำเป็นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในสถานการณ์การแพร่ระบาดทั่วโลกของเชื้อไวรัสโคโรนา 19.วารสารพยาบาลสาธารณสุข .กันยายน - ธันวาคม ปีที่ 34 ฉบับที่ 3; 2563.
15. เจริญ กระบวนรัตน์.ยางยืดพิชิตโรค. กรุงเทพ : บริษัทแกรนสปอร์ตกรุ๊ป;2550
16. ฉัตรกมล สิงห์น้อย,พรชัย จุลเมตต์และอวยพร ตั้งธงชัย.รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยยางยืดประยุกต์สำหรับ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง.โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้ จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558
17. ฉัตรทิพย์ เพ็ชรชลาสัย , สุวิทย์ อุดมพาณิชย์.ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุไทย.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 เดือน เมษายน – มิถุนายน ; 2562
18. ทิพย์รัตน์ ศฤงคารินกุล,ลาวัลย์ พานิชเจริญ.วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน ; 2553
19. เมธิตา วิจิตรกุลและคณะ. บทความวิชาการเรื่องการออกกำลังกายร่างกายกับด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .เวชบันทึกศิริราช.ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 ต.ค. — ธ.ค. ; 2563

ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม
Factors Affecting Unwanted Pregnancy in Adolescent Girls
Nakhon Phanom Province

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 30,2023 ; Accepted: April 30,2023)

พัชราพร ควรรณสุ¹

Phatcharaporn Kawansu¹

พิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์¹

Pisit Sereethammaphithak¹

นันทนา ควรรณสุ¹

Nuntana Khavansu¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นหญิงในเขตจังหวัดนครพนม จำนวน 3,698 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มที่เคยตั้งครรภ์ จำนวน 1,432 คน และไม่ได้ตั้งครรภ์ จำนวน 2,266 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยศึกษาในระหว่างเดือน เมษายน ถึง สิงหาคม 2561 ใช้ระยะเวลารวม 5 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์และขนาดระหว่างตัวแปรด้านประชากรทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ คำนวณค่าอัตราส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจ (Prevalence ratios) ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence intervals) ใช้ log binomial regression นอกจากนั้น คัดเลือกปัจจัยที่มีนัยสำคัญสถิติจากการทดสอบหาความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์ (bivariate analysis) เข้าไปในสมการสุดท้ายสำหรับการคำนวณแบบพหุคูณ (adjusted multivariate model)

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง เมื่อทำการเปรียบเทียบปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้าน ความรู้และทัศนคติ ควบคุมลักษณะต่างๆ ให้เท่ากัน พบว่า ตัวแปรที่มีผลทำนายต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ มีอยู่ สามตัวแปร คือ หญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์มากกว่า 1.53 เท่า (95% CI 1.12-2.08) วัยรุ่นหญิงที่มีทัศนคติเชิงบวกในประเด็นการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในระดับน้อย จะมีโอกาสในการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1.33 เท่า (95% CI 1.08-1.64) และหญิงวัยรุ่นที่คิดว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความรุนแรงในระดับน้อย มีโอกาสตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1.62 เท่า (95% CI 1.29-2.03)

คำสำคัญ : วัยรุ่นหญิง, การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

Abstract

This research was a descriptive research to study factors affecting unintended pregnancy among adolescent girls. Nakhon Phanom Province The sample is Adolescent girls in Nakhon Phanom Province were 3,698 people divided into 1,432 formerly pregnant and 2,266 non-pregnant groups. The research tools were general information questionnaires. A questionnaire on factors affecting pregnancy in adolescent girls and willing to participate in

¹ โรงพยาบาลนครพนม

the research. The study was conducted between April and August 2018 for a total period of 5 months. Data were analyzed using descriptive statistics, namely frequency, percentage, mean, comparison and size between population variables. Tests for differences in proportions were tested with Chi-square statistics. Significance was set at $P < 0.05$. Prevalence ratios were calculated. Confidence intervals were 95% (95% confidence intervals).) using log binomial regression. In addition, statistically significant factors from the bivariate analysis were selected into the final equation for the adjusted multivariate model.

The study found that Factors Affecting Pregnancy in Adolescent Girls when comparing personal factors, knowledge factors and attitudes Controlling for characteristics equally, it was found that there were three variables that predicted unwanted pregnancy: adolescent girls who did not live with their parents were 1.53 times more likely to become pregnant (95% CI, 1.12-2.08) Female adolescents with a positive attitude on sexual intercourse and pregnancy prevention at a low level had a 1.33-fold chance of having an unintended pregnancy (95% CI 1.08-1.64). The severity of teenage pregnancies is low. 1.62 times more likely to have an unintended pregnancy (95% CI 1.29-2.03)

Keywords : adolescent girls, unintended pregnancy, factors affecting unintended pregnancy

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยอยู่ในยุคสมัยใหม่เป็นยุคของการแข่งขันเสรี การสื่อสารและเดินทางอย่างไร้พรมแดน ความทันสมัยได้เปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้นคนในสังคมไทยไปจากเดิม ครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวสังคมเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม สังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ส่งผลให้ผู้คนต้องออกไปเรียน ทำงานเป็นแรงงาน ทั้งเด็ก ผู้หญิง ครอบครัวให้อยู่กับผู้สูงอายุ ทำให้เด็กวัยรุ่นให้ห่างไกลจากครอบครัวนำไปสู่การใช้ชีวิตกับเทคโนโลยี วัตถุนิยม ดื่มสุรา สารเสพติด และมีเพศสัมพันธ์ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นภาพสะท้อนของปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคมสื่อถึงความล้มเหลวระบบครอบครัวและชุมชน ประเทศไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 เป็นต้นมาพบว่า การคลอดที่เกิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ.2555 มีจำนวนการคลอดทั้งหมด 801,737 ราย เป็นการคลอดที่เกิดจากวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 129,451 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 หรือร้อยละ 5 เมื่อคำนวณจากหญิงที่อายุระหว่าง 15-19 ปี ซึ่งมีอยู่ 2.4 ล้านคน หรือ

คิดเป็นอัตราการคลอด 53.8 รายต่อพันประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอัตรา 31.1 รายต่อพันประชากร ในปี พ.ศ. 2543 และล่าสุดในปี พ.ศ. 2558 พบในอัตรา 44.8 รายต่อพันประชากรวัยเดียวกัน¹ ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอยู่ในระดับสูงและเป็นอัตราการคลอดที่สูงกว่าประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกที่มีค่าเฉลี่ย 35 ราย ต่อ 1,000 คน² แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของสถานการณ์ได้ชัดเจน³ สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจและให้ความสำคัญในการช่วยกันแก้ไขปัญหาเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวข้างต้นที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นเรื่องที่สังคมไม่ยอมรับ ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงปกปิดการตั้งครรภ์และการคลอดของตนและเลือกคลอดที่ต่างจังหวัด³ เป็นผลมาจากสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม รวมทั้งการที่ไม่สามารถเข้าถึงเพศวิถีและการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ แม้จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากความยากจน การแต่งงานหรือใช้ชีวิตคู่ตั้งแต่

วัยเด็ก ประเพณีและความเชื่อของท้องถิ่น ความกดดันทางสังคม ความเข้มแข็งและการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ให้บริการในพื้นที่ ตลอดจนความล้มเหลวของการบังคับใช้กฎหมาย และนโยบายต่าง ๆ⁴ การมีเพศสัมพันธ์จากอิทธิพลของการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ การขาดความรู้และเข้าใจถึงวิธีการคุมกำเนิด การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้อง แรงกดดันจากเพื่อนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน การถูกล่วงละเมิดทางเพศรวมถึงการถูกข่มขืนและถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ ความรุนแรงในครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน⁵ อาจกล่าวได้ว่าความรู้เรื่องเพศศึกษาเป็นสาเหตุสำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลการสำรวจกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทย จำนวน 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2556 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แม้ว่าเด็กวัยรุ่นจำนวนมากจะได้รับการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนแต่เด็กนักเรียนจำนวนมากยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องเพศสัมพันธ์ การเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษายังมีข้อจำกัด ยังไม่เป็นการให้ความรู้รอบด้าน⁶ ซึ่งให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์บางรายขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด สำหรับรายที่มีความรู้ก็ไม่สามารถโน้มน้าวหรือต่อรองให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยได้ และมีบางรายที่ตั้งใจไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเพราะต้องการตั้งครรภ์^{7,8} ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และประสบการณ์ การตั้งครรภ์ จึงเป็นข้อมูลที่จะนำไปสู่ความเข้าใจในประเด็นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นสามารถป้องกันได้ทั้งจากตัวของวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน รวมทั้งชุมชนและสังคม

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราคลอด

ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ซึ่งเป็นตัวชี้วัด สำหรับประเทศไทยกำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นที่มีอายุ 10-14 ปี และอายุ 15-19 ปี เป็นนโยบายว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศ ทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573⁹ สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดนครพนม พบมีลักษณะที่คล้ายกับภาพรวมของประเทศไทย คือ การคลอดจากวัยรุ่นหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้น³ ในปี พ.ศ. 2559 อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี คือ 1.3 ราย ต่อ 1,000 คน และอัตรา 41.1 ราย ต่อ 1,000 คน ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี¹ และในปี พ.ศ. 2560 จังหวัดนครพนมมีวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-14 ปี จำนวน 22,227 ราย ตั้งท้องก่อนวัยอันควรจำนวนมากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ค่าเฉลี่ยในจำนวนวัยรุ่นสองหมื่นกว่าคนนี้มีวัยรุ่นคลอดบุตร จำนวน 17 คน โดยเป็นมารดาที่อายุ 10-14 ปี อันดับหนึ่งของอำเภอที่มีมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์และคลอดบุตรสูงสุด คือ อำเภอบ้านแพง รองลงมาคือ เรณูนครและท่าอุเทน และนอกจากนั้นวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 23,610 คน คลอดบุตร จำนวน 634 คน มากที่สุดคือ อำเภอศรีสงคราม รองลงมาคือ นาทมและเรณูนคร¹⁰ การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาอายุ 15-19 ปี จำนวน 634 คน พบมีมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำหรือมีบุตรคนที่สองตามมา จำนวน 106 คน มากที่สุดคือ อำเภอนาทม รองลงมาคือ ปลาปากและเมืองนครพนม โดยวัยรุ่นเหล่านี้ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดทักษะชีวิต มีค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งสื่อออนไลน์ที่เอื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบกับความคิด ความเชื่อ ตามบริบทของพื้นที่ที่เอื้อต่อการมีคูครองในวัยรุ่นและความต้องการมีบุตรเร็วเพื่อให้ครอบครัวสมบูรณ์ การเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง จะช่วยให้ทราบถึงชุดข้อมูลพื้นฐานนำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิง ตามบริบทพื้นที่จังหวัดนครพนมต่อไป

จากสภาพปัญหาต้นทางดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงและการทำนายนัยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงจังหวัดนครพนม ซึ่งจะทำให้เข้าใจพฤติกรรมทางเพศ และเป็นภาพสะท้อนการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นว่าเป็นปัญหาของสังคม ทั้งนี้เพื่อนำสู่การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพและจะได้มีแนวทางในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง จังหวัดนครพนม เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิงจังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 10-19 ปี ในจังหวัดนครพนม จำนวน 44,999 คน และกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิงอายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 3,698 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มที่เคยตั้งครรภ์จำนวน 1,432 คน และไม่ได้ตั้งครรภ์ จำนวน 2,266 คน ในจังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิงจังหวัดนครพนม

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนครถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนมเพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อได้รับ การอนุญาตแล้วเท่านั้น

2. ผู้วิจัยเดินทางไปยังพื้นที่วิจัยในตำบลและหมู่บ้านตามรายชื่อกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นหญิงที่สุ่มได้ในทุกๆ วัน โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล หรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อนัดหมายที่บ้านหรือสถานศึกษาหรือสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นกับความสะดวกของผู้ที่จะเข้าร่วมการชี้แจงโครงการวิจัยและผู้ปกครองโดยไม่ให้เกิดผลกระทบหรือกลุ่มเสี่ยงต่ออาสาสมัคร หากพบว่าวัยรุ่นหญิงตามรายชื่อที่สุ่มได้ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่หรือเดินทางออกไปนอกพื้นที่จังหวัดนครพนมและมีแนวโน้มไม่เดินทางกลับมาภายใน 1 เดือน ผู้วิจัยจะถือว่าไม่พบอาสาสมัครและจะไม่ได้เชิญเข้าร่วมการวิจัย กรณีที่ยังอาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนมแต่เนื่องจากการกิจทำให้ไม่อยู่บ้าน ผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มเป้าหมายกับผู้ปกครองและเดินทางไปพื้นที่อีกครั้งตามการนัดหมายใหม่ หากนัดหมายและเดินทางไปพบแล้ว 3 ครั้ง แต่ยังไม่ได้พบกับวัยรุ่นหญิงตามรายชื่อนั้น ผู้วิจัยจะถือว่าไม่พบอาสาสมัครและจะไม่ได้เชิญเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยให้คำชี้แจงตามเอกสาร ขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยภายหลังอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถามและให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถอ่านได้ดีหรือประสงค์ให้สอบถามด้วยวาจา ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อความตามเนื้อหาและข้อคำถามตามเอกสารเพื่อให้อาสาสมัครเลือกคำตอบและลงบันทึก

คำตอบตามที่อาสาสมัครเลือกลงในแบบสอบถาม หลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืนแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ จัดหมวดหมู่ข้อมูล และเก็บรวบรวมเพื่อเตรียมการวิเคราะห์

4. ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมหากอาสาสมัครหรือผู้ปกครอง มีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับเนื้อหาในแบบสอบถามหรือต้องการความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ วิธีการคุมกำเนิดและการป้องกันการตั้งครรภ์ ในการขอความยินยอมและเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้สร้างแบบทดสอบ แบบสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นที่จะศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือได้เท่ากับ 0.67 หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิงโดยใช้สูตร KR-20 ได้เท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับตัวแปรทั่วไปและนำเสนอสัดส่วน n (%) ในการเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์และขนาดระหว่างตัวแปรด้านประชากร ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ คำนวณค่าอัตราส่วนของเหตุการณ์ที่สนใจ (Prevalence ratios) ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence intervals) ใช้ log binomial regression นอกจากนั้นคัดเลือกปัจจัยที่มีนัยสำคัญสถิติจากการทดสอบหาความสัมพันธ์กับการป้องกันการตั้งครรภ์ (bivariate analysis)

เข้าไปในสมการสุดท้ายสำหรับการคำนวณแบบพหุคูณ (adjusted multivariate model)

การขอจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักเกณฑ์ คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านขอพิจารณาความเห็นชอบจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC HE 600011 จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัย

ผลการวิจัย

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิง ในระหว่างวันที่ 15 เมษายน ถึง 31 สิงหาคม 2561 ใช้ระยะเวลารวม 5 เดือน พบว่า จากจำนวนหญิงวัยรุ่นทั้งหมดได้รับการเชิญเข้าร่วมการวิจัย 3,698 คน ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 3,443 คน (93%) ตอบแบบสอบถามครบ 3,253 คน (94%) พบว่าเป็นวัยรุ่นหญิง ไม่มีเพศสัมพันธ์ 1,470 คน (45%) มีเพศสัมพันธ์ 1,783 คน (55%) ในจำนวนนี้ตั้งครรภ์ 1,233 คน (69%) เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 454 คน (37%) ส่วนหญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ 550 คน (31%) คุมกำเนิดเพราะยังไม่ต้องการมีบุตร 522 คน (95%) ในการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในครั้งนี้ คือ เปรียบเทียบระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 454 คน และไม่ตั้งครรภ์ 522 คน

1. ลักษณะพื้นฐานของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี : ลักษณะพื้นฐานของหญิงวัยรุ่นจะแบ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ ลักษณะทั่วไปของหญิงวัยรุ่น อายุของหญิงวัยรุ่นเฉลี่ย 17 ปี ทั้งกลุ่มตั้งครรภ์และไม่ตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-19 ปี คือ ร้อยละ 95 ทั้งสองกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 5 ซึ่งมีลักษณะคล้ายๆกับการไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรแต่อย่างใด ค่าใช้จ่ายโดยส่วนใหญ่ได้จากพ่อแม่ของตน ถึงแม้ว่าหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ประมาณครึ่งหนึ่ง

จะบอกว่าตนประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งสองกลุ่มมีรายได้ น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เกือบร้อยละ 20 ที่มีเงินไม่พอใช้ ในขณะที่หญิงวัยรุ่น ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ มีร้อยละ 13 ทั้งสองกลุ่มของหญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้มีพ่อแม่อยู่ด้วยกัน ประมาณร้อยละ 20 มีบ้าน

เป็นของตนเอง ประมาณร้อยละ 90 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านร่วมกัน ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป มีมากกว่าครึ่งหนึ่ง ครอบครัวของหญิงวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่มีรายได้ 5,001-15,000 บาท อย่างไรก็ตาม ประมาณร้อยละ 10 บอกว่ารายได้ของครอบครัวไม่พอใช้ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะพื้นฐานของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี (n = 3,253)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ n=1,233 n (%)	ไม่ตั้งครรภ์ n=2,020 n (%)	p-value
อายุ (ปี), mean± S.D	17 (2)	17 (2)	0.087
10 - 14 ปี	63 (5)	96 (5)	0.675
15 - 19 ปี	1,170 (95)	1,924 (95)	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	59 (5)	93 (5)	<0.001
ประถมศึกษา	101(8)	199 (10)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	563 (46)	678 (33)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	436 (35)	933 (46)	
อนุปริญญา/ ปวส.	71 (6)	117 (6)	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	74 (6)	91 (5)	< 0.001
นักเรียนนักศึกษา	511 (41)	1,367 (67)	
ประกอบอาชีพอย่างใดอย่างหนึ่ง	648 (53)	572 (28)	
แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
พ่อและแม่ของตนเอง	931 (76)	1,460 (72)	0.045
แฟน	157 (13)	20 (1)	< 0.001
พ่อและแม่ของแฟน	1,136 (92)	0 (0)	< 0.001
ปู่ ย่า ตายาย	64 (5)	112 (6)	0.690
ญาติ	2 (0.1)	165 (8)	< 0.001
ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอ	1,005 (81)	1,759 (87)	< 0.001
ค่าใช้จ่ายต่อเดือน			
น้อยกว่า 3,000 บาท	768 (62)	950 (47)	< 0.001
3,001 – 5,000 บาท	119 (10)	411 (20)	
5,001 บาท ขึ้นไป	346 (28)	659 (33)	

ตาราง 1 ลักษณะพื้นฐานของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี (ต่อ) (n = 3,253)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ n=1,233	ไม่ตั้งครรภ์ n=2,020	p-value
--------	----------------------	-------------------------	---------

	n (%)	n (%)	
สถานภาพของครอบครัว			
พ่อ-แม่ อยู่ด้วยกัน หรือแยกกันอยู่เนื่องจากภารกิจ	1,017 (82)	1,600 (79)	0.047
พ่อหรือแม่ เสียชีวิต หรือเสียชีวิตทั้งคู่	133 (11)	242 (2)	
พ่อ-แม่ หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	83 (7)	178 (9)	
อาศัยอยู่กับพ่อและแม่	1,093 (88)	1,612 (80)	< 0.001
ลักษณะที่อยู่อาศัย			
บ้าน/อพาร์ทเมนต์	1,113 (90)	1,794 (89)	0.281
บ้านญาติ	69 (6)	143 (7)	
ห้องเช่า/ บ้านเช่า	28 (2)	38 (2)	
หอพัก	23 (2)	45 (2)	
จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน			
1 คน	55 (5)	52 (2)	< 0.001
2 - 3 คน	310 (25)	589 (29)	
4 - 5 คน	813 (66)	1,102 (55)	
มากกว่า 5 คน ขึ้นไป	55 (4)	277 (14)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว			
< 5,000 บาท	232 (19)	400 (20)	< 0.001
5,001 -15,000 บาท	667 (54)	953 (47)	
15,001 -25,000 บาท	318 (26)	651 (32)	
≥ 25,001 บาท	16 (1)	16 (1)	
สถานะรายได้ของครอบครัวแต่ละเดือน			
มีเงินออม	21 (2)	87 (4)	< 0.001
มีรายได้พอดีกับรายจ่าย	1,075 (87)	1,803 (89)	
เงินไม่พอใช้	137 (11)	130 (6)	

2. ลักษณะความสนใจและกิจกรรมในชีวิตประจำวันของหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และไม่ได้ตั้งครรภ์ : ลักษณะความสนใจและกิจกรรมในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นหญิง พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ ดูหนัง/ฟังเพลง อ่านหนังสือ เล่นเกมส์ และเมื่อมีความเครียดหรือเหนื่อยล้าเลือกที่จะเล่นอินเทอร์เน็ต มากกว่าร้อยละ 80 หญิงวัยรุ่นมีโทรศัพท์มือถือใช้ ในจำนวนนี้ ร้อยละ 70 ใช้ดู

คลิปวิดีโอ หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ ร้อยละ 15 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่วัยรุ่นไม่ได้ตั้งครรภ์พบร้อยละ 11 ซึ่งในจำนวนนี้ ประมาณร้อยละ 10 ดื่มตั้งแต่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นทั้งสองกลุ่มพบมีเพียงร้อยละ 1 ที่เคยใช้ยาเสพติด น้อยกว่าร้อยละ 5 ที่บอกว่าตนเคยสูบบุหรี่ และน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่บอกว่าออกเที่ยวกลางคืน หรือร่วมงานปาร์ตี้ในหมู่เพื่อน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ลักษณะความสนใจและกิจกรรมในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี (n = 3,253)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ n=1,233 n (%)	ไม่ตั้งครรภ์ n=2,020 n (%)	p-value
งานอดิเรก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ดูหนัง/ฟังเพลง	276 (22)	327 (16)	< 0.001
อ่านหนังสือ	241 (20)	375 (19)	0.489
เล่นเกมส์	239 (19)	373 (18)	0.518
เล่นอินเทอร์เน็ต	128 (10)	121 (6)	< 0.001
ช้อปปิ้งตามห้างสรรพสินค้า	24 (2)	15 (1)	0.004
เล่นกีฬา	58 (5)	61 (3)	0.016
กิจกรรมเมื่อมีความเครียดหรือเหนื่อยล้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
นอนหลับ	505 (41)	736 (36)	0.010
ดูทีวีอยู่บ้าน	466 (38)	653 (32)	0.002
เล่นอินเทอร์เน็ต	754 (61)	1,178 (58)	0.114
ดื่มสุราของมึนเมา	8 (0.7)	5 (0.2)	0.090
ช้อปปิ้ง	374 (30)	528 (26)	0.010
อ่านหนังสือ	427 (34)	856 (42)	< 0.001
ออกกำลังกาย	72 (6)	422 (21)	< 0.001
ดูหนังตามโรงหนัง	43 (3)	50 (2)	0.104
ไปเที่ยวกลางคืน	62 (5)	25 (1)	<0.001
ประเภทสินค้าหรือบริการที่มีค่าใช้จ่ายมากที่สุด			
อาหารและเครื่องดื่ม ของใช้ ยา และความจำเป็นพื้นฐาน	1,180 (96)	1,970 (97)	<0.001
ใช้จ่ายในการศึกษา	36 (3)	41 (2)	
ความบันเทิง เสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย เครื่องสำอาง	17 (1.4)	9 (1)	
มีและใช้โทรศัพท์มือถือ			
	998 (81)	1,784 (88)	<0.001
รูปแบบการใช้งานมือถือเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
โทรเข้า-ออก	466 (38)	695 (34)	0.054
พูดคุยผ่านไลน์	557 (45)	790 (39)	0.001
เฟสบุ๊ก	544 (44)	556 (28)	<0.001
ดูการ์ตูน	385 (31)	907 (45)	<0.001
ถ่ายภาพ	97 (8)	110 (6)	<0.001
ดูคลิปวิดีโอ	852 (69)	1,441 (71)	0.178
ดูหนัง/ฟังเพลง	195 (16)	337 (17)	0.526
เล่นเกมส์	257 (21)	303 (15)	<0.001
ค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต	270 (21)	562 (28)	<0.001

ตาราง 2 ลักษณะความสนใจและกิจกรรมในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นหญิงอายุ 10-19 ปี(ต่อ)(n = 3,253)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ n=1,233 n (%)	ไม่ตั้งครรภ์ n=2,020 n (%)	p-value
รูปแบบของยานพาหนะเดินทาง			
ไม่มียานพาหนะ	17 (8)	20 (8)	0.245
รถโดยสาร มอเตอร์ไซด์รับจ้าง	132 (61)	149 (58)	
รถจักรยาน มอเตอร์ไซด์	43 (20)	45 (17)	
รถยนต์	24 (11)	43 (17)	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
ดื่ม	191 (15)	86 (11)	0.001
ความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์			
1 – 2 ครั้ง	101 (91)	77 (90)	0.608
3 – 4 ครั้ง	8 (7)	9 (10)	
มากกว่า 4 ครั้ง	1 (2)	0 (0)	
การเคยใช้เสพติด			
เคย	13 (1)	16 (1)	0.447
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบ	1,166 (95)	1,994 (98.7)	< 0.001
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	23 (2)	16 (0.8)	
สูบ	44 (3)	10 (0.5)	
การเที่ยวกลางคืนหรือร่วมงานปาร์ตี้หมูในกลุ่มเพื่อน			
เที่ยว	94 (7.6)	95 (4.7)	0.001
ความถี่การเที่ยวกลางคืนหรือร่วมงานปาร์ตี้หมูต่อสัปดาห์			
1 – 2 ครั้ง	72 (76)	81 (85)	0.001
3 – 4 ครั้ง	11 (12)	14 (15)	
มากกว่า 4 ครั้ง	11 (12)	0 (0)	

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ โดยไม่พึงประสงค์ โดยการเปรียบเทียบระหว่าง หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์กับหญิงไม่ได้ตั้งครรภ์ : เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ พบว่า หญิงวัยรุ่นที่อายุ 10-14 ปี มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์น้อยกว่าหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี 0.61 เท่า (95% CI 0.36-0.94) หญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่มีโอกาสที่จะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ 1.69 เท่า (95% CI 1.31-2.16) หญิงวัยรุ่นที่สถานะการเงินทางครอบครัวไม่พอใช้มีโอกาส ที่จะ

ตั้งครรภ์น้อยกว่าหญิงที่ครอบครัวมีรายได้พอใช้ 0.47 เท่า (95% CI 0.25-0.87) หญิงวัยรุ่นที่เที่ยวกลางคืนมีโอกาสตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์มากกว่าหญิงที่ไม่เที่ยวกลางคืน 1.74 เท่า (95% CI 1.43-2.10) การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 1.69 เท่า (95% CI 1.33-2.14) หญิงวัยรุ่นที่ไม่เคยได้รับข้อมูลหรือข่าวสารคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และ การคุมกำเนิดมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์มากกว่าหญิง ที่ได้รับข้อมูลหรือข่าวสารคำแนะนำ 1.52 เท่า (95% CI 1.22-1.88) ส่วนปัจจัยด้านความรู้และ

ทัศนคติ พบว่า หญิงวัยรุ่นที่คิดว่า การตั้งครรภ์
ในวัยรุ่นมีความรุนแรงระดับน้อย มีโอกาสตั้งครรภ์
ที่ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1.81 เท่า (95% CI 1.59-
2.05) และผู้ที่มีอุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์
ในระดับมาก จะมีโอกาสในการตั้งครรภ์มากกว่า
1.39 เท่า (95% CI 1.04-1.83) วัยรุ่นหญิงที่มี
ทัศนคติเชิงบวกการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกัน
การตั้งครรภ์ในระดับน้อย จะมีโอกาสในการ
ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ มากกว่า 3.65 เท่า
(95% CI 2.83-4.71)

เมื่อทำการเปรียบเทียบปัจจัยและควบคุม
ลักษณะต่างๆ ให้เท่ากัน (adjusted) ด้วยการ

วิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุคูณ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ
การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ มี 3 ตัวแปร คือ หญิง
วัยรุ่นที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่มีโอกาสที่จะ
ตั้งครรภ์มากกว่า 1.53 เท่า (95% CI 1.12 –
2.09) วัยรุ่นหญิงที่มีทัศนคติเชิงบวกในประเด็น
การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์
ในระดับน้อย จะมีโอกาสในการตั้งครรภ์ที่ไม่พึง
ประสงค์มากกว่า 3.3 เท่า (95% CI 2.46-4.42)
และหญิงวัยรุ่นที่คิดว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
มีความรุนแรงในระดับน้อย มีโอกาสตั้งครรภ์
ที่ไม่พึงประสงค์มากกว่า 1.64 เท่า (95% CI
1.31-2.06) ดังแสดงในตาราง 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (N = 976)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ที่ ไม่พึง ประสงค์ (N=454) n (%)	ไม่ได้ ตั้งครรภ์ (N=522) n (%)	Crude PR	95% CI	Adjusted PR	95% CI
อายุ (ปี)						
10-14	15 (3)	37 (7)	1		1	
15-19	439 (97)	485 (93)	0.61	0.39- 0.94*	0.73	0.43-1.23
อาชีพ						
ประกอบอาชีพอย่าง ใดอย่างหนึ่ง	424 (93)	490 (94)	1			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	30 (7)	32 (6)	1.04	0.80-1.36		
รายได้ที่ได้รับเพียงพอกับรายจ่าย						
เพียงพอ	379 (83)	449 (86)	1			
ไม่เพียงพอ	75 (17)	73 (14)	1.11	0.93-1.32		
มีและใช้โทรศัพท์มือถือ						
ไม่มี	81 (18)	78 (15)	1			
มี	373 (82)	444 (85)	0.90	0.76-1.06		
พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา						
อยู่	47 (10)	112 (21)	1		1	
ไม่อยู่	407 (90)	410 (79)	1.69	1.31- 2.16*	1.53	1.12-2.09*
ลักษณะที่พักเป็นหอพัก						
ไม่ใช่	446 (98)	511 (98)	1			
ใช่	8 (2)	11 (2)	0.90	0.53-1.54		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์(ต่อ) (N = 976)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ที่ ไม่พึง ประสงค์ (N=454) n (%)	ไม่ได้ ตั้งครรภ์ (N=522) n (%)	Crude PR	95% CI	Adjusted PR	95% CI
สถานะทางการเงินของครอบครัว						
พอใช้	446 (98)	494 (95)	1		1	
ไม่พอใช้	8 (2)	28 (5)	0.47	0.25-0.87*	0.66	0.33-1.34
ไปเที่ยวกลางคืนเมื่อมีความเครียดหรือเหนื่อยล้า						
ไม่ใช้	428 (94)	515 (99)	1		1	
ใช้	26 (6)	7 (1)	1.74	1.43-2.10*	1.30	0.88-1.94
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	413 (91)	489 (94)	1			
ดื่ม	41 (9)	33 (6)	1.21	0.97-1.50		
สูบบุหรี่						
ไม่สูบ	437 (96)	517 (99)	1		1	
สูบ	17 (4)	5 (1)	1.69	1.33-2.14*	1.21	0.74-1.98
ใช้สารเสพติด						
ไม่ใช้	451 (99)	517 (99)	1			
ใช้	3 (1)	5 (1)	0.80	0.33-1.97		
เที่ยวกลางคืนหรือร่วมงานปาร์ตี้กับกลุ่มเพื่อน						
ไม่ใช้	423 (93)	484 (93)	1			
ใช้	31 (7)	38 (7)	0.96	0.74-1.26		
เคยได้รับข้อมูลหรือข่าวสารคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด						
เคย	392 (86)	395 (76)	1			
ไม่เคย	62 (14)	127 (24)	1.52	1.22-1.88*	1.33	1.03-1.77*
โอกาสที่จะเกิดการตั้งครรภ์						
มาก	327 (72)	427 (82)	1		1	
น้อย	127 (28)	95 (18)	1.32	1.15-1.52*	1.36	1.1-1.68*
ความรุนแรงของการตั้งครรภ์						
มาก	354 (78)	490 (94)	1		1	
น้อย	100 (22)	32 (6)	1.81	1.59-2.05*	1.64	1.31-2.06*
ประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์						
มาก	424 (93)	469 (90)	1			
น้อย	30 (7)	53 (10)	0.76	0.57-1.02		
มาก	422 (93)	461 (88)	1.39	1.04-1.85*	1.33	0.92-1.91

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์(ต่อ)

(N = 976)

ปัจจัย	ตั้งครรภ์ที่ ไม่พึง ประสงค์ (N=454) n (%)	ไม่ได้ ตั้งครรภ์ (N=522) n (%)	Crude PR	95% CI	Adjusted PR	95% CI
อุปสรรคในการป้องกัน การตั้งครรภ์						
น้อย	32 (7)	61 (12)	1		1	
มาก	422 (93)	461 (88)	1.39	1.04-1.85*	1.33	0.92-1.91
ทัศนคติเชิงบวกต่อการ มีเพศสัมพันธ์และการ ป้องกันการตั้งครรภ์						
มาก	52 (11)	261 (50)	1		1	
น้อย	402 (89)	261 (50)	3.65	2.83-4.71*	3.3	2.46-4.42*

*กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 คำนวณโดย log-binomial regression

สรุป

การส่งเสริมให้วัยรุ่นหญิงได้อยู่กับครอบครัว การเพิ่มทัศนคติเชิงบวกในการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์และการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำข้อมูลไปเผยแพร่ ขอความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในจังหวัดนครพนมเพื่อทราบสภาพปัญหาและหาแนวทางแก้ไขตามบริบทให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวัยรุ่นหญิง ทีมเจ้าหน้าที่ ภาควิชาเครือข่ายทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2558). สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- UNFPA State of World Population. (2013). Motherhood in Childhood Facing the challenge of adolescent pregnancy. New York.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ. ฉบับที่ 1. หน้า 257.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ. (2556). สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556, นนทบุรี.

5. UNFPA State of Thailand Population report. (2013). แม่วัยใส ความท้าทายการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. เข้าถึงได้จาก http://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/State%20of%20Thailand%20Population%20report%202013-MotherhoodinChildhood_th.pdf
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ.
7. สมรัฐ ศรีตระกูล (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์และการมีบุตรของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี อำเภอวังโป่ง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2(3), หน้า 1425-1431.
8. ศิริพร จิรวัดน์กุล, กฤตยา แสงเจริญ, และคณะ. (2555). สถานการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่น: การรับรู้ของวัยรุ่นใน 7 จังหวัดของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 21, หน้า 865-877.
9. กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับชาติ พ.ศ./2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. ๒๕๕๙. ใน *การประชุมครั้งที่ 1/2559, 22 สิงหาคม 2559 ณ ห้องประชุมสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี*. กรุงเทพฯ.
10. คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. (2554). รายงานการพิจารณาศึกษาเรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. กรุงเทพฯ.

การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
Development of health literacy skills and health behaviors in the community of
community leaders Ban Khue Health Promoting Hospital Kuchinarai District Kalasin
Province.

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

ชนม์ ฉายแมน¹
Chon Chayman¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชนและศึกษาการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มีนาคม 2565 ถึง เดือน กรกฎาคม 2565 รวม 5 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 80 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการศึกษา พบว่า ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น กระบวนการค้นหา เลือกใช้ข้อมูล ความรู้ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แนวทางการจัดการการดูแลสุขภาพ ที่อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value < .000) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในชุมชน แกนนำชุมชน

ABSTRACT

This research was action research aimed to study the skills for enhancing health literacy and health behaviors in the community of community leaders and to study the skills development for enhancing health literacy and health behaviors in the community of community leaders. Ban Khue Health Promoting Hospital Kuchinarai District Kalasin Province There is a study period between March 2022 to July 2022, totaling 5 months. Sample size were 80 community Leader, Ban Kui Health Promoting Hospital Kuchinarai District Kalasin Province, collect data from questionnaires. Data analysis by Content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation and Dependent t – test.

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

The results of the study showed that the skills for enhancing health literacy and health behaviors in the community of community leaders Ban Khue Health Promoting Hospital Kuchinarai District Kalasin Province Before the overall and individual aspects were at a high level, except for the search process. Choose to use information, knowledge about health problems guidelines for Health Care Management was moderate level. After operation Overall and each aspect was at the highest level. and when comparing skills for enhancing health literacy and community health behaviors of community leaders Ban Khue Health Promoting Hospital Kuchinarai District Kalasin Province Before and after overall and individual operations There was a statistically significant difference at the .05 level (p – value < .000), where the mean score was higher after the operation.

Keywords: health literacy , Health behaviors in the community , Community leaders

บทนำ

สถานการณ์สุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของประเทศไทย อันเนื่องมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรืออัตราการเกิดลดน้อยลง และภาวะการตายลดลง คนไทยมีอายุเฉลี่ยยืนยาวมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย และภัยสุขภาพรวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงขึ้น ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพ ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy :HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก เป้าประสงค์ (goal) ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง” สภาพปัญหาปัจจุบันโดยการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health

Literacy) หมายถึง ความสามารถในการค้นหาหรือเข้าถึง สร้างความเข้าใจ และใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพ ในประเทศไทยมีการแปลคำนี้ไว้ต่างกันไป เช่น “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” ดังนั้น ในความหมายที่ครอบคลุม Health Literacy จึงหมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจในเนื้อหาต่างๆ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหากับตนเอง ใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้นั้นๆ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลงปฏิบัติและประเมินผลการทดลองจนสามารถเกิดการใช้ในชีวิตประจำวันได้ (วัชรพร เชยสุวรรณ, 2560)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม การควบคุมเบาหวาน การควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี หรือบริการสุขภาพ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันใช้หัวใจใหญ่ การตรวจคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ยาเสพติด การสูบบุหรี่ การให้นมลูก การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และรายงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย (BMI) ของเด็กที่มีน้ำหนักเกิน โดยมีความสามารถทำ นาค่า BMI ได้ถึงร้อยละ 38 บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อินเทอร์เน็ตและการเข้ารับบริการสุขภาพ อาทิ ในเรื่องการดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง การป้องกันโรค และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจมากกว่าโรคเมรั้ง ทั้งนี้เนื่องจาก การขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง^{4,8}

สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของของประชากรไทย ปัญหาสุขภาพอันดับต้นของสังคม คือ โรคจากพฤติกรรมทางสุขภาพ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การสำรวจภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายครั้งนี้ ทำให้เห็นภาพปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยที่แนวโน้มยังคงต้องได้รับการแก้ไข เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีกิจกรรมทางกายและการกินผักผลไม้ไม่เพียงพอ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่ออุบัติการณ์โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อันเป็นภาระของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบบริการสุขภาพ ดังนั้นมาตรการป้องกันและลดภาระโรคเหล่านี้จึงเป็นประเด็นสำคัญ (วิชัย เอกพลกร, หทัยชนก พรหมเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษา การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2565 ถึง เดือน กรกฎาคม 2565 รวม 5 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน และตัวแทนชุมชนจำนวน 4 คน รวม 10 คน ต่อหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีทั้งสิ้น 8 หมู่บ้าน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยกิจกรรมในการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการในการวิเคราะห์ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน การฝึกปฏิบัติทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน การถอดบทเรียนทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน และการติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างต่อเนื่อง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ทักษะอยู่ระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ทักษะอยู่ระดับมาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ทักษะอยู่ระดับปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ทักษะอยู่ระดับน้อย เท่ากับ

2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ทักษะ อยู่ระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีทักษะมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีทักษะมาก
2.61 – 3.40	มีทักษะปานกลาง
1.81 – 2.60	มีทักษะน้อย
1.00 – 1.80	มีทักษะน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดย นำ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาร่างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) ไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ ค่าความเที่ยง เท่ากับ .905 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

กิจกรรมในการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่

1. การวิเคราะห์ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3. การฝึกปฏิบัติทักษะการเสริมสร้างความ
รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การถอดบทเรียนทักษะการเสริมสร้าง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพใน
ชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์

5. การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการ
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์
จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรม
สำเร็จรูป ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงพรรณนา ใน
การวิเคราะห์ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำ
ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด
อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ
อนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบ ทักษะ
การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุ
ฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลัง
ดำเนินงาน ได้แก่ Dependent t – test วิเคราะห์
ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำ
ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด
อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อน
ดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก
ยกเว้น กระบวนการค้นหา เลือกใช้ข้อมูล ความรู้
ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แนวทางการจัดการการ
ดูแลสุขภาพ ที่อยู่ในระดับปานกลาง หลัง
ดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก
ที่สุด

2. การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความ
รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
ประกอบด้วย กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคม
ในการสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรและภาคีกลุ่ม
คนที่เกี่ยวข้องและจากหน่วยบริการสุขภาพ ใน
ชุมชน กระบวนการค้นหา เลือกใช้ข้อมูล ความรู้ ที่
เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แนวทางการจัดการการ
ดูแลสุขภาพ กระบวนการออกแบบวิธีการกิจกรรม
การทำงานที่เป็นรูปธรรมและการให้บริการสุขภาพ
และกระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลงหรือน
โยบายในระดับพื้นที่เพื่อโดยองค์กร หน่วยงาน
ภาคีที่เกี่ยวข้อง

3. การเปรียบเทียบทักษะการเสริมสร้าง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพใน
ชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการโดยรวมและราย
ด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 ($p - value < .000$) โดยที่หลังการ
ดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็น
ลบ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัด
กาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t – test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
1	3.52	0.24	4.39	0.10	79	-24.548	.000	-.94595	-.80405
2	3.35	0.29	4.52	0.13	79	-37.319	.000	-1.23328	-1.10839
3	3.40	0.31	4.48	0.14	79	-29.793	.000	-1.15749	-1.01251
4	3.42	0.24	4.53	0.10	79	-54.086	.000	-1.14567	-1.06433
รวม	3.42	0.16	4.48	0.06	79	-74.363	.000	-1.08730	-1.03061

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้น กระบวนการค้นหา เลือกใช้ข้อมูล ความรู้ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แนวทางการจัดการการดูแลสุขภาพ ที่อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการ โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการโดยรวมและรายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p - \text{value} < .000$) โดยที่หลังการดำเนินงานมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า (t มีค่าเป็นลบ) ยุทธการ ประพากรณ์. (2562)². ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกษียณ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเกษียณมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r =$

0.60) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคมใน การสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรและภาคีกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องและจากหน่วยบริการสุขภาพ ในชุมชน กระบวนการค้นหาเลือกใช้ข้อมูล ความรู้ ที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ แนวทางการจัดการการดูแลสุขภาพ กระบวนการออกแบบวิธีการกิจกรรมการทำงานที่เป็นรูปธรรมและการให้บริการสุขภาพและกระบวนการพัฒนากติกาข้อตกลงหรือนโยบายในระดับพื้นที่เพื่อโดยองค์กร หน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดของตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2565) และแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ³ สอดคล้องกันกับการศึกษาของสอดคล้องกันกับการศึกษาของ ศิริเนตร สุขดี และคณะ (2560)¹⁰ ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ ของชุมชนในตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีมาจากปัจจัยที่สำคัญคือ การดำรงชีวิตประจำวันตามแบบดั้งเดิมและเรียนรู้ที่จะพัฒนา

สุขภาพตนเองเสมอ 2) ผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพตนเองและชุมชน และร่วมวิเคราะห์แนวทางจัดทำร่างรูปแบบฯและเข้าร่วมกิจกรรมทดลองใช้รูปแบบฯพร้อมปรับปรุงรูปแบบฯเพื่อใช้ได้จริงในกลุ่มเสี่ยง 3) ผลการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการเรียนรู้กับปฏิบัติจริง ร่วมกับการสนับสนุนของผู้นำ พบว่า กลุ่มเสี่ยงภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถ การควบคุมตนเองและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และมีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอวและผลน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตลดลง และ 4) ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางเกล็ดด้วยการจัดการความรู้เริ่มตั้งแต่ศึกษาบริบทของชุมชน กระตุ้นบุคคลในชุมชนให้ตระหนักและมีศักยภาพ ในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกัน ร่วมกันวิเคราะห์แนวทางการดูแลสุขภาพตนเองจากผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนา รูปแบบฯของชุมชน จัดกิจกรรมการเรียนรู้เน้นการปฏิบัติจริง และประเมินพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สันธูชัย และคณะ (2564)¹ ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี จำนวน 150 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 75 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ 1) รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและเอกสารประกอบรูปแบบ และ 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบค่าที ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า 1. รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอนของรูปแบบ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) มั่นใจที่จะเปลี่ยนแปลง 2) เข้าถึงเข้าใจโรคของเรา 3) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ 4) กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง และ 5) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี 2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง พบว่า 2.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และ ($p < 0.001$) ตามลำดับ ส่วนค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของกลุ่มทดลองหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมและความ

ต้นโลหิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้
การพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของ
แกนนำชุมชน ควรมีการจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้

1. การวิเคราะห์ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
2. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
3. การฝึกปฏิบัติทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

ของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

4. การถอดบทเรียนทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

5. การติดตามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนของแกนนำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุด อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ในภาคส่วนอื่นๆ เพื่อเป็นภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1.สมจิตต์ สันธชัย นุสราน นามเดช ประไพ กิตติบุญถวัลย์ สุตา เดชพิทักษ์ศิริกุล จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ กันยารัตน์ อุบลวรรณ ปัญญาวัชร ปรากฏผล (2564). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง ในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- 2.ยุทธการ ประพากรณ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกษียณ. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- 3.วัชรพร เขยสุวรรณ.(2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล วารสารแพทยธานี ปีที่ 44 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2560 183-97
- 4.Baker, D.W., et al. (2007). Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. **ARCH INTERN MED.** 167(14).
- 5.Boydle,T.H. (1979). **A Guide to Identification of Training need.** London : Bitish Assoation for Commercial and Industrial Education,

6. Bury, M. (2001), 'Illness Narratives - Fact or Fiction', *Sociology of Health and Illness*, 23 (3), 263-85.
7. DeWalt, et al. (2004). Literacy and Health outcomes. *Journal of General Internal Medicine*. 19: 1228-1239.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก, 2545.
9. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
10. ศิริเนตร สุขดี อังคินันท์ อินทรคำแหง พิชรี ดวงจันทร์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ ของชุมชนในตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสุขศึกษา. ปีที่ 40 เล่มที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2560

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล
อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of care processes for psychiatric drug abuse patients and their relatives

Namon District, Kalasin Province.

(Received: April 28,2023 ; Revised: April 29,2023 ; Accepted: April 30,2023)

วชิราภรณ์ สอระสัน¹

Wachiraporn Sorrasun¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล และผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มีนาคม 2565 – มิถุนายน 2565 รวม 4 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และ กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 47 คน รวม 94 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระบวนการกลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Dependent t – test และ Independent t – test

ผลการศึกษา พบว่า 1) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565) หลังพัฒนารูปแบบการดูแล ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ลดลง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 8.9 คะแนน เป็น 4.1 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.0$) 2) ความแตกต่างของระดับภาวะฆ่าตัวตายก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565) หลังดำเนินการมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากระดับน้อยเป็นไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.8 คะแนน เป็น 0.04 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย มีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.2$) 3) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายภายหลังการพัฒนารูปแบบ (มิถุนายน 2565) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระดับภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 2.9$) ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ญาติผู้ดูแล

ABSTRACT

This research was Research and Development The objective is to study the situation. Psychiatric patients use drugs. and relatives who take care of Namon District, Kalasin Province and the results of the development of the care process for psychiatric patients who use drugs and their relatives in Namon District, Kalasin Province. It is a research and development (Research and Development) period of study between March 2022 - June 2022, totaling 4 months. Sample size were Psychiatric drug

¹ โรงพยาบาลนามน

abusers and their relatives were 47 people in each group, totaling 94 people by purposive random sampling. Data were collected from the exchange of knowledge, Group process and questionnaire. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean and standard deviation, Dependent t – test and Independent t – test.

The results of the study found that 1) Differences in depression levels before model development (March 2022) and after continuous model development (June 2022) after care model development. Mild depression decreased to no depression. The mean score decreased from 8.9 points to 4.1 points, respectively, when testing the difference in mean scores. It was found that there was a statistically significant difference before and after the measures ($p < 0.05$, $t = 4.0$). 2) The difference in suicidality levels before the model development (March 2022) and after the continuous model development (June 2022) after the suicidality measures were reduced. From low to no suicidality The mean score decreased from 1.8 points to 0.04 points, respectively, when testing the difference in mean scores. There was a statistically significant difference before and after the measures ($p < 0.05$, $t = 4.2$). 3) Differences in degree of depression and suicide after model development (June 2022) between psychiatric substance abusers and their caregivers. depression level There was a statistically significant difference ($p < 0.05$, $t = 2.9$), while the level of suicidality was not different.

Keywords: process of caring for psychiatric drug abuse patients, relatives, caregivers

บทนำ

ปัญหาจิตเวชใช้สารเสพติดนั้นเป็นปัญหาสำคัญทั้งในเรื่องของสุขภาพ อาชญากรรม สิทธิมนุษยชน ความยากจน ในปัจจุบันไม่ได้มีเพียงการป้องกัน การปราบปราม และการบำบัดรักษาแต่ยังมีการลดทอนความเป็นอาชญากรรม ยังมีการใช้ประโยชน์จากยาเสพติดอย่างถูกต้อง จากรายงาน World Drug Report พบว่า ในปี 2560 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลก ประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก ยาเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 188 ล้านคน รองลงมาคือ ผิ่นและอนุพันธ์ของผิ่น 53 ล้านคน กลุ่มแอมเฟตามีน 29 ล้านคน ยาเสพติดประเภทสารสังเคราะห์ในกลุ่มแอมเฟตามีน มีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบมากที่สุด ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาเหนือ ตามลำดับ ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นตลาดเมทแอมเฟตามีนที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีการจับกุมและตรวจยึดเมทแอมเฟตามีนได้สูงถึง 120 ตัน¹

การใช้สารเสพติดมักจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต มีภาวะหวาดระแวง ได้แก่ อาการ

หลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิดในระดับประเทศพบว่า ผู้ใช้สารเสพติดภายใน ปี 2564 ปีเดียว มีจำนวน 1.4 ล้านคน แบ่งเป็นผู้ใช้สารเสพติดจำนวน 1.1 ล้านคน และเป็นผู้ติดสารเสพติด จำนวน 3.2 แสนคน ในจำนวนนี้เข้าสู่ระบบการบำบัดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 24,196 คน เป็นผู้ป่วยจิตเวชติดสารเสพติดรุนแรง จำนวน 5,757 คน และเป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน 577 คน นอกจากนี้ ยังพบสถิติผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรงในสังคมเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น 3.92 เท่า ในปี 2561 โดยผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชก่อเหตุรุนแรง จำนวน 267 ราย แบ่งเป็นชายจำนวน 259 ราย และเป็นหญิงจำนวน 7 ราย สำหรับลักษณะของการก่อความรุนแรงในสังคมพบมีการทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่นมากที่สุด จำนวน 90 คน รองลงมาเป็นการทำร้ายผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย จำนวน 58 คน ลักทรัพย์ จำนวน 47 คน และทำลายข้าวของ จำนวน 44 คน ตามลำดับ ทั้งนี้จากรายงานพบว่า ผู้ที่ก่อเหตุรุนแรงในข่าวเป็นผู้ป่วย

จิตเวชที่เคยเข้ารับการบำบัด จำนวน 104 คน จากรายงานของระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ที่มีอาการทางจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2563-2564 มีผู้เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลรัฐ ประมาณ 4 พันรายต่อปี พบผู้ป่วยปี 2562-2564 จำนวน 3,956 ราย 3984 ราย และ 4,100 ราย ตามลำดับ โรคจิตเวชใช้สารเสพติดนั้น เกิดจากผู้เสพมีการใช้สารเสพติดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง รวมถึงชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แอมเฟตามีน และสารระเหย ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการจิตประสาทหลอนได้ง่าย โดยผู้เสพจะมีอาการ หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งจะเป็นอยู่ครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติดนั้น และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวรได้ ซึ่งอาการจะคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีอาการ หวาดระแวง มีหูแว่ว หลงผิด แล้วยังไม่สามารถรับรู้โลกความเป็นจริง มีความบกพร่อง ขาดการดูแลตนเอง การดำรงชีวิตประจำวันอีกด้วย²

ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นปัญหาในระดับประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี ส่งผลกระทบทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ในทุกๆ ด้าน ในปี 2564 จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในระดับโลก พบว่า มีการฆ่าตัวตายอัตรา 10.5 ต่อประชากรแสนคน ประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายในอัตรา 14.4 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าในระดับโลก เมื่อพิจารณาจากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2561-2563 พบว่ามีอัตรา 6.3, 6.6 และ 7.3 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากการสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตระดับชาติ พบว่า ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป พบความทุกข์ชีวิตและความทุกข์ 12 เดือนของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สุรา และสารเสพติดสูงถึงร้อยละ 30.8 (15.9 ล้านคน) และร้อยละ 13.4 (6.9 ล้านคน) ตามลำดับ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ที่มักจะเห็นในข่าวปัจจุบันอยู่เป็นประจำซึ่งเกิดจากขาดการรักษาและขาดการ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยหรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เสพยาเสพติดซ้ำ และส่งผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำ และบางรายอาจจะก่ออันตรายรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ³

อำเภอนามน พบปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ส่วนมากใช้สารเสพติดและอยู่ในกลุ่มวัยทำงานที่เป็นกำลังหลักของครอบครัว ในปี 2564 อำเภอนามน มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10 ราย คิดเป็นอัตราตายที่ 27.28 ต่อประชากรแสนคน ร้อยละ 90 มาจากจิตเวชยาเสพติด รองลงมาร้อยละ 6 คือภาวะทางเศรษฐกิจ และ ร้อยละ 4 มาจากปัญหาผู้พิการ ตามลำดับ ร้อยละ 90 ฆ่าตัวตายโดยใช้เชือกและสำเร็จร้อยละ 90 ในช่วงเวลากลางวัน การใช้สารเสพติดก็เป็นปัญหาสำคัญเช่นกันโดยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 41 มีอาการทางจิตและมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย⁴

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อค้นหาปัจจัยและแก้ไขปัญหา และ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล เป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ โดยใช้ภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุข มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Develop)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 416 คน และญาติผู้ดูแล 626 คน รวม 1,042 คน ในปีงบประมาณ 2561-2565 ในพื้นที่อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ 5 ตำบล 67 หมู่บ้าน และติดตามพัฒนารูปแบบ มาตรการ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนามนที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวช จำนวน 12 คน ผู้รับผิดชอบในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 14 คน ผู้นำชุมชน 67 คน ตัวแทน อสม. ในพื้นที่ 67 คน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ท้องถิ่น จำนวน 6 คน ดำรงจที่รับผิดชอบงาน 2 คน รวม 168 คน ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน มีนาคม 2565 – มิถุนายน 2563 ดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการเป็นระยะ 4 เดือน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด 416 คน 2) กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 626 คน 3) บุคลากรภาครัฐและภาคีเครือข่าย 168 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงวิจัยและพัฒนา ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรบุคลากรภาครัฐและภาคีเครือข่าย 168 คน และกลุ่มผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และ กลุ่มญาติผู้ดูแล กลุ่มละ 47 คน รวม 94 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย

1.1 การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม และการจัดกระบวนการกลุ่มในการ รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับในภาครัฐภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน

1.2 กระบวนการกลุ่มในการ กำหนดมาตรการกิจกรรมในการแก้ไขการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับภาครัฐภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน

1.3 การประชุมและกระบวนการกลุ่มในการ กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไขการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับภาครัฐ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน

1.4 กระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ร่วมกับภาครัฐ ภาคีเครือข่าย และภาคประชาชน และสรุปถอดบทเรียนปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข

1.5 การประชุม และกระบวนการกลุ่มในการ ปรับปรุงมาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่าย ให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บข้อมูล และ แบบสัมภาษณ์

2.1 แบบเก็บข้อมูลจากผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ความพึงพอใจผู้รับบริการคลินิกจิตเวช จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ Hos-xp โรงพยาบาล นามน

2.2 แบบสัมภาษณ์ทางสุขภาพจิต ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) และ แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8 Q) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น การวิจัยและพัฒนา (Research and develops) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ภาวะทางจิต การใช้สารเสพติด จำนวนการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ความพึงพอใจในการรักษา บริการ ภาวะสุขภาพจิต ของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยบำบัดในปี 2561-2565 (เริ่มวิเคราะห์ข้อมูล มีนาคม 2565)

2. กำหนดมาตรการ กิจกรรมในการแก้ไข ปัญหา สถานการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ (มีนาคม 2565)

3. กำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายในการแก้ไข ปัญหา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลในพื้นที่ (มีนาคม 2565)

4. ดำเนินการตาม รูปแบบ มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่าย (มีนาคม-มิถุนายน 2565)

5. สรุปถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข (พฤษภาคม 2565)

6. ปรับปรุงรูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายให้สอดคล้องกับแนวทางแก้ไขที่ได้จากการถอดบทเรียน (พฤษภาคม 2565)

7. ดำเนินการตาม รูปแบบการดูแล มาตรการ กิจกรรม และบทบาทภาคีเครือข่ายที่ปรับปรุง (พฤษภาคม - มิถุนายน 2565)

8. สรุปถอดบทเรียน (มิถุนายน 2565)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ และแบบเก็บข้อมูลมาแจกแจงและนำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับสุขภาพจิต ความพึงพอใจ โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้ Independent T-Test เพื่อเปรียบเทียบประชากรสองกลุ่มก่อนพัฒนาแนวทางการแก้ไข ปัญหา และหลังพัฒนาแนวทางตามมาตรการอย่างต่อเนื่อง และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิต ความพึงพอใจการรับ บริการเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาแนวทาง และ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด กับ ญาติผู้ดูแล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ REC.KLS.83/2564

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอ นามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบผู้ป่วยสะสม 5 ปี ย้อนหลัง 2561-2565 รวม 2,921 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมากที่สุด จำนวน 697 ราย คิดเป็น ร้อยละ 23.9 รองลงมาคือปี 2564 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด จำนวน 658 ร้อยละ 22.5 และ ปี 2563 จำนวน 588 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ ปี 2561-2565 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่รวม 264 ราย พบว่า ในปี 2563 มีผู้ป่วยรายใหม่มากที่สุดจำนวน 74 รายคิดเป็นร้อยละ 28.0 รองลงมาคือปี 2564 จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.5 และ ปี 2562 จำนวน 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.9 ตามลำดับ

การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 74.4 รองลงมา รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความ

เสียง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4 ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความเสี่ยง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 74.4

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (9Q) ในผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร เป็นบางวัน ใน 1-7 วัน จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมา มีอาการ ไม่สนใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2 และ หลับยาก หลับๆตื่นๆ หรือหลับมากไป เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 63.8 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากมีอาการ เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 83.0 รองลงมา มีอาการ พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนเคย เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 72.3 และ เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง เป็นบางวัน 1-7 วัน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 68.1 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 31.9 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.3 รองลงมา ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 21.3 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (8Q) ในภาพรวมของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ก่อนพัฒนารูปแบบ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.8 รองลงมา อยากทำร้ายตัวเอง ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และ ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้

เสียชีวิต จำนวน 3 รายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 รองลงมา คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 และ คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จำนวน 3 คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ การวิเคราะห์ภาพรวมภาวะการฆ่าตัวตาย (8Q) พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 รองลงมา มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.8 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 รองลงมา มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 34.1 และมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ตามลำดับ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแลในพื้นที่ อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

ผลของการพัฒนารูปแบบได้ปรับปรุงจากกิจกรรมเดิมจาก 6 มาตรการ เป็นกิจกรรมที่ดีขึ้นครอบคลุมขึ้น และอยู่ในรูปแบบใหม่ ที่เหมาะสมกับอำเภอนามน ขึ้นสุดท้ายในเดือน มิถุนายน 2565 มีรูปแบบ ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงาน 2) บูรณาการงบประมาณ แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด ระบบส่งต่อ คั่นคนใช้ชุมชน 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล 5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาร่วมกันในภาพอำเภอนามน 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชน

3. ผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง

1) ผลของการพัฒนาตามกิจกรรมและผลการดำเนินงานหลังพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล มีผลการดำเนินงาน ดังนี้

1.1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูลการดำเนินงานในแต่ละเดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย และชุมชน โดยมีการประชุมทีมระบบสุขภาพอำเภอในการแก้ไขปัญหาจิตเวชใช้สารเสพติดเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 (3 ครั้ง)

1.2) บูรณาการงบร่วมกัน แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยกู้ยืมจากชุมชนโดยกู้ยืม ทุกครั้งคิดเป็น ร้อยละ 100 (8 ครั้ง) ดำรวจเข้าร่องรับเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับกู้ยืมมาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ร้อยละ 100 (4 ครั้ง) มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลนามนไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หรือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ทุกครั้งที่เกิดขึ้น มีความสามารถ ร้อยละ 100

1.3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัดระบบส่งต่อ ค้นคนใช้สุ่มชุมชน มีการค้นหารายใหม่ผ่านชุมชนร่วมกับตำรวจทุกครั้ง ร้อยละ 100 มีการค้นคนใช้สุ่มชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพพร้อมกับผู้นำชุมชนและอสม.ทุกครั้ง ร้อยละ 100

1.4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพจิต มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q ทุกครั้ง ร้อยละ 100

1.5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาาร่วมกันในภาพอำเภอมีการสอบสวนการฆ่าตัวตายและเขียนรายงานสอบทุกครั้ง ร้อยละ 100 (2 ครั้ง)

1.6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชนมีการอบรมวิชาชีพทางนอติเรกให้กับกลุ่มผู้ป่วย

จิตเวชใช้สารเสพติด โดยกลุ่มคนในชุมชนเอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100

3.2 ผลของการพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง

1) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565)

ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องใน เดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินมาตรการภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับปานกลาง เป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 13.4 คะแนน เป็น 9.9 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 14.2$) ในขณะที่ ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องใน เดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยลดลง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 8.9 คะแนน เป็น 4.1 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.0$)

2) ความแตกต่างของระดับภาวะฆ่าตัวตายก่อนพัฒนารูปแบบ (มีนาคม 2565) และภายหลังการพัฒนาแบบอย่างต่อเนื่อง (มิถุนายน 2565) ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องใน เดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากมีภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย เป็น ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.3 คะแนน เป็น 1.0 คะแนน ตามลำดับ

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 2.0$) ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบมาตรการในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากระดับน้อยเป็นไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 1.8 คะแนน เป็น 0.04 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 4.2$)

3) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายภายหลังการพัฒนารูปแบบ (มิถุนายน 2565) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยน้อยกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแลเป็น 3.1 คะแนน กับ 5.6 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $t = 2.9$) ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อยเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแล เป็น 0.2 คะแนน กับ 0.04 คะแนน ตามลำดับ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

สถานการณ์ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด พบว่ามีผู้ป่วยสะสม 5 ปี ย้อนหลัง 2561-2565 มีผู้ป่วยสะสมรวมเกือบ 3,000 ราย ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมากที่สุดเมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ พบว่า

มีผู้ป่วยรวม 264 ราย พบมากที่สุดในปี 2563 ในช่วงพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ และ หลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง ในเดือนมีนาคม - มิถุนายน 2565 พบผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ มากที่สุดในเดือน เมษายน 2565 ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มากที่สุดในเดือน เมษายน 2565 ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายพบมากที่สุดในเดือน พฤษภาคม 2565 จำ ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ พบในเดือน เมษายน 2565 จะเห็นว่าถ้ามีผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรายใหม่ในช่วงปี หรือ ช่วงเดือนที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า หรือผู้ป่วยที่มีภาวะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามมาด้วย อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายสูง หรือกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า โดยส่วนมากจะอยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีอาการทางจิตร่วมด้วย สอดคล้องกับ ธีรรัตน์ ห้วยทราย และคณะ พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท โรคจิตและจิตเภท และ โรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และระดับสูง ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627$, $p < 0.01$)⁵

ลักษณะทางประชากร พบผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดส่วนมากจะเป็นเพศชาย และ อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น-ตอนปลาย ซึ่งเป็นเพศและ วัยที่อยากรู้ อยากลอง และคึกคะนอง การศึกษาพบว่า ส่วนมากผู้ป่วยมีการศึกษาทุกระดับในระดับประถมและมีมัธยมศึกษา อาจเพราะ ขาดโอกาสทางการศึกษา ไม่มีเงินศึกษาต่อ หรือ ไม่สนใจเรียนต่อในระดับปริญญาตรี สืบเนื่องทำให้ประกอบอาชีพได้จำกัด และมีรายได้น้อย อาชีพที่นิยมส่วนมากจะเป็นอาชีพรับจ้าง อาจเพราะ เป็นอาชีพที่ไม่ต้องรับผิดชอบเป็นประจำ เลือกรับได้ตามโอกาส จบเป็นเป็นคราวๆไป ส่วนมากผู้ดูแลโดยตรงจะเป็น แม่ หรือ ป้า น้า เป็นหลัก สถานะโดยส่วนมากที่พบคือ โสด ทำให้ไม่พบผู้ดูแลที่เป็นคู่สามีภรรยา ในขณะที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุ 41-45 ปี เนื่องจาก เพศหญิง เป็นเพศ

อ่อนโยน ใส่ใจ ดูแลได้ดี และอยู่ในวัยทำงาน และมีกำลังที่พอจะดูแลได้ สอดคล้องกับ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ พบว่า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการบูรณาการมโนทัศน์ เพศภาวะกับงานสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตควรมีความรู้ ในประเด็นเพศภาวะและได้รับการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ⁶ การศึกษาพบส่วนมากเป็นประถมศึกษา และปริญญาตรี มีงานที่สร้างรายได้ เช่น ทำนา หรือค้าขาย เป็นหลัก รายได้เฉลี่ยเกือบ 20,000 บาท/เดือน จึงพอมีทั้งกำลังและทุนทรัพย์ ที่จะดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนมากคิดว่าไม่เพียงพอและมีภาระหนี้สินอยู่บ้าง ผู้ดูแลส่วนมากจะเป็น พ่อแม่ หรือ ลูกพี่ เป็นหลัก สอดคล้องกับ อิตารัตน์ ห้วยทราย และคณะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 37–65 ปี (S.D. = 7.94) สถานภาพ โสด ร้อยละ 53.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0¹ และ สอดคล้องกับ ธัญญาพร สายโน และคณะ พบว่า ผลการรักษาใน 1 ปีหลังการบำบัด มีผู้ป่วยร้อยละ 44.2 กลับไปเสพยา ในกลุ่มที่มีการอยู่อาศัยกับภรรยา หรือญาติ ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา และเสพยาน้อยกว่า 5 ปีมีแนวโน้มที่จะไม่กลับไปเสพยา ในการแก้ไขปัญหามหาภัยไประหว่างการบำบัด และการติดตามหลังการบำบัด ควรเพิ่มการติดตามเชิงรุก โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด และเฝ้าระวังดูแลหลังการบำบัดด้วย⁵

การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความเสี่ยง ประมาณร้อยละ 75 กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน การแปลผลภาวะซึมเศร้า (2Q) ในภาพรวมพบว่า มีความเสี่ยง ประมาณร้อยละ 65 จะเห็นว่า ทั้งสองกลุ่มมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

เหมือนกัน และเป็นปัญหาที่ควรแก้ไขไปพร้อมกัน เนื่องมาจากรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตยังดูแลแค่ผู้ป่วย การดูแลยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มญาติผู้ดูแล จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มญาติได้ สอดคล้องกับ วิภาวี เผ่ากันทรากกร และ นภา จิรัฐจินตนา พบว่า กลุ่มบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = 10.71, p < .01$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.80, p < .01$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.92, p < .01$) การติดตามในเดือนที่ 6 พบว่า ในกลุ่มบำบัดมี 2 คนที่มีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมมี 10 คนที่มีอาการกำเริบ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสติบำบัดช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ดีขึ้น⁷

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (9Q) ก่อนพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด มีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ในขณะที่ กลุ่มญาติผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากมีอาการ เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย จะเห็นว่าเมื่อพิจารณาแยกเฉพาะความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า พบว่า กลุ่มญาติมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วย แต่มีอาการมีอาการเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร มากที่สุดเหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจาก กลุ่มผู้ดูแลอาจต้องแบกรับภาระการดูแล และอยู่กับกลุ่มที่มีอาการทางจิตเวช จึงทำให้มีภาวะซึมเศร้า แต่ด้วยการบริหารจัดการตัวได้ อยู่ในวัยที่สูงกว่า มีการศึกษา และรายได้ ที่ดีกว่า จึงมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยกว่า สอดคล้องกับ สมจิตร มณีกันนท และ คณะ พบว่า การใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบร้อยละ 86.2 และ 47.9 เป็นการใช้แบบเสี่ยงปานกลางและสูง พบร้อยละ 32.7 และ 12.5 ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายควรได้รับการคัดกรองการใช้สารเสพติด และให้รักษาควบคู่ กับโรคจิตเวชแบบบูรณาการ⁸

สถานการณ์ความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย (8Q) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมาก คิดว่า ตลอด

ชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อมองในภาพรวม มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ส่วนมากคิดว่า ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อมองในภาพรวม มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย จะเห็นว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีอาการ แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และระดับความเสี่ยงเดียวกัน อาจเนื่องมาจากการอยู่ในครอบครัวเดียวกัน การอยู่ใกล้ชิดและช่วยดูแลกัน ชัดแย้งกับ อรรถพล ยิ้มยรรยง และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ พบว่า ผู้ป่วยใช้สารเสพติดในวัยรุ่นระยะฟื้นฟู ภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การใช้สารเสพติดในระยะฟื้นฟูที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹

แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลในช่วงเริ่มพัฒนาโดยได้ทบทวนจากรูปแบบเดิมของงานประจำที่มีอยู่ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ได้ออกมาเป็นแนวทางการพัฒนา 6 มาตรการ ในเดือน มีนาคม 2565 ดังนี้ 1) ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด ใน คปสอ.นวม 2) วิเคราะห์หน้าที่ของแต่ละงานที่เกี่ยวข้อง แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล 5) การถอดบทเรียนทุกรายกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ 6) การดูแลผ่านชุมชน สอดคล้องกับ สยาภรณ์ เดชดี และ อรรวรรณ หนูแก้ว ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมลดตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาล ระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมลดตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับ การดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁰

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติด และญาติผู้ดูแล อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ในช่วงพัฒนา (31 มีนาคม 2565) ได้แก่ 1) ปัญหาการประชุม แลกเปลี่ยนข้อมูล 2) งานมีความซับซ้อน บางงานมีงบประมาณจำกัด 3) การใช้เครื่องมือ และการค้นหา ยังใช้ระบบในการค้นหาที่มาจากระบบสาธารณสุข ยังขาดความร่วมมือจากชุมชน 4) การประเมินผู้ป่วยยังมีการใช้เครื่องมือประเมินไม่สม่ำเสมอ การปรับปรุงแก้ไข การประเมินผู้ป่วย แกร็บให้ใช้ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q, 9Q), แบบคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q), ทูกราย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย ใช้แพทย์ พยาบาล ภาควิชาเครือข่ายมากขึ้น และ การดูแลสุขภาพจิตปรับให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ร่วมกับผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล 5) ไม่มีกระบวนการเขียนรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังขาดความร่วมมือกับชุมชน และยังไม่ดึงชุมชนมามีส่วนร่วมยังเต็มศักยภาพ สอดคล้องกับ ณัฐพร ผลงาม พบว่า ปัญหาในการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดระยอง ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการทำงานแบบเชิงอำนาจ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนดแนวทางและสั่งการ ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชน และประชาชนทั่วไป²² การพัฒนารูปแบบได้มีการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่อง ทบทวนปัญหา แก้ไข ปัญหาโดยได้มีการปรับรูปแบบการพัฒนาในช่วงเดือน (เริ่มปรับปรุง เมษายน 2565) ทั้ง 6 มาตรการ ดังนี้ 1) เพิ่มเติม ให้มีการประชุมนำเสนอในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ โดยมีบทบาทให้ นายอำเภอสามโก้เป็น

ประธาน 2) เพิ่มเติม แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน เช่น กู้ภัย อปท.จะดูแลส่งผู้ป่วย รพ.นามน ดูแลงานด้านการรักษา ดำรวจดูแลด้านการระงับเหตุ 3) เพิ่มระบบขอคำแนะนำจากแม่ข่าย ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพิ่มระบบการส่งต่อไปโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รพ.จิตเวชขอนแก่น รพ.ธัญญรัตน์ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น 4) เพิ่มเติม ให้ใช้แบบประเมินความเครียด และแบบประเมินภาวะการฆ่าตัวตายรายใหม่ทุกราย 5) เพิ่มการทำรายงานและสอบสวนการฆ่าตัวตายทุกราย 6) เพิ่มการอบรมสร้างอาชีพงานอดิเรก โดยมีบทบาทเพิ่มเติมดังนี้ กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เช่น กระบองเพชร กัญชง สมุนไพร รพ.สต. ชุมชน ผู้นำชุมชน อสม. ญาติผู้ดูแล มีหน้าที่ดูแล ติดตาม แจ้งข่าว ค้นหารายใหม่ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในชุมชนได้

ผลของการพัฒนารูปแบบได้ปรับปรุงจากกิจกรรมเดิมจาก 6 มาตรการ เป็นกิจกรรมที่ดีขึ้น ครอบคลุมขึ้น และอยู่ในรูปแบบใหม่ ที่เหมาะสมกับอำเภอนามน ขึ้นสุดท้ายในเดือน มิถุนายน 2565 มีรูปแบบ ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงาน ค้นข้อมูลการดำเนินงานในแต่ละเดือน ร่วมกับภาคีเครือข่าย และชุมชน 2) บูรณาการงบร่วมกัน แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด ระบบส่งต่อ ค้นคนใช้สุ่มชุมชน 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพจิต มีการประเมินผู้ป่วยผ่านคลินิกจิตเวช และคลินิกบำบัดการใช้สารเสพติด โดยใช้แบบฟอร์มแบบคัดกรองตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต 5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาร่วมกันในภาพอำเภอ มีการสอบสวนการฆ่าตัวตายทุกรายเพื่อหาสาเหตุ 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชน อบรมสร้างอาชีพในกลุ่มที่มีภาวะความเครียด หรือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในอนาคตโดยกลุ่มอาชีพในชุมชน โดย มีผลการดำเนินงาน ดังนี้ 1) ประชุมทบทวนสถานการณ์ผลการดำเนินงานร่วมกับทีมระบบสุขภาพอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 100 2) บูรณาการงบร่วมกัน

แบ่งงานไม่ให้เกิดกิจกรรมซ้ำซ้อน ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดให้มากที่สุด มีการส่งต่อผู้ป่วยโดยกู้ภัยจากชุมชนโดยกู้ภัย ทุกครั้งคิดเป็น ร้อยละ 100 ดำรวจเข้าระงับเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับกู้ภัยมาที่โรงพยาบาลทุกครั้ง ร้อยละ 100 มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลนามนไปยังโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ หรือ โรงพยาบาลธัญญรัตน์ทุกครั้งที่เกิดขีดความสามารถ ร้อยละ 100 3) การค้นหา วินิจฉัย รักษาพยาบาล บำบัด ระบบส่งต่อ ค้นคนใช้สุ่มชุมชน มีการค้นหารายใหม่ผ่านชุมชนร่วมกับตำรวจทุกครั้ง ร้อยละ 100 มีการค้นคนใช้สุ่มชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับผู้นำชุมชนและ อสม.ทุกครั้ง ร้อยละ 100 4) การประเมินผู้ป่วย การพยาบาล ติดตามประเมินผล การประเมินญาติผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพจิต มีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q ทุกครั้ง ร้อยละ 100, 5) การสอบสวนการฆ่าตัวตายการถอดบทเรียนเป็นกรณีศึกษาร่วมกันในภาพอำเภอ มีการสอบสวนการฆ่าตัวตายและเขียนรายงานสอบทุกครั้ง ร้อยละ 100 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดร่วมกับชุมชนมีการอบรมวิชาชีพงานอดิเรกให้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด โดยกลุ่มคนในชุมชนเอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 100 จะเห็นว่าทุกตัวชี้วัดในกิจกรรม จะอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและชุมชนเป็นหลักจึงสำเร็จได้ สอดคล้องกับ ธรรมนูญ ผลงาม พบว่า รูปแบบใหม่ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดในการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ควรใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานทุกขั้นตอน เป็นหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เปิดโอกาสให้คนในชุมชนคิดและออกแบบวิธีการโดยชุมชนเอง โดยเริ่มต้นจากการร่วมกันคิด ตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร เน้นความสนใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเสียสละที่จะให้ความร่วมมือปฏิบัติ รวมทั้งติดตามประเมินผลที่การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยแบ่งเป็น การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อกระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัดและหลังการบำบัด ตามบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ชุมชนและประชาชนทั่วไป ส่วนสถาน

บริการสาธารณสุข ควรดำเนินงาน 3 ส่วนคือ การจัดการดูแลผู้ป่วย (Case Management) การดูแลแบบองค์รวมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Holistic Rehabilitation) และภาคีเครือข่าย (Network) เพื่อให้เกิดกระบวนการความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด และลดปัญหาการกลับไปเสพซ้ำ รวมทั้งทำให้การดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดในจังหวัดระยองมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น¹¹

ผลของการพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องจากการทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในเดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินการมาตรการภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับปานกลาง เป็น ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังพัฒนารูปแบบการดูแล พบว่า ภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย ลดลง เป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลที่เข้มข้นและจริงจังในภาพอย่างต่อเนื่องระยะเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา จึงทำให้เกิดความต่างของคะแนนเฉลี่ยลดลงเพียงเล็กน้อยของทั้ง 2 กลุ่ม และหากมีระยะเวลามากกว่านี้ จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้สอดคล้องกับ วิภาวี เผ่ากันทรกร และ นภา จิรัฐจินตนา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($t = 10.71, p < .01$) และต่ำกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.80, p < .01$)⁷

2) ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนารูปแบบอย่างต่อเนื่องในเดือน มิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินการมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากมีภาวะฆ่าตัวตายระดับน้อย เป็น ไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบมาตรการในเดือนมีนาคม 2565 เทียบกับหลังพัฒนามาตรการอย่างต่อเนื่องในเดือนมิถุนายน 2565 พบว่า หลังดำเนินการมาตรการภาวะฆ่าตัวตายลดลง จากระดับน้อยเป็นไม่มีภาวะฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยมีแนวโน้มลดลง เมื่อทดสอบความแตกต่างพบว่ามีความแตกต่างก่อนและหลังดำเนินการมาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลที่เข้มข้นและจริงจังในภาพอย่างต่อเนื่องระยะเวลา 4 เดือนที่ผ่านมา จึงทำให้ประเมินแล้วไม่มีภาวะการฆ่าตัวตายในทั้ง 2 กลุ่ม สอดคล้องกับ อติรัตน์ ห้วยทราย และคณะ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท หรือ โรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับสูง ร้อยละ 66.7 ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627, p < 0.01$)⁵

3) ความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายภายหลังการพัฒนารูปแบบ (มิถุนายน 2565) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยน้อยกว่า

กลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ระดับภาวะฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดเทียบกับญาติผู้ดูแลหลังพัฒนารูปแบบ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อยเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คะแนนเฉลี่ยกลุ่มผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มญาติผู้ดูแล เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พบว่าไม่แตกต่างกัน จะเห็นว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามีการลดลงในทางที่ดีในกลุ่มผู้ป่วย แต่หากปรับรูปแบบเพิ่มเติมให้ดูแลสุขภาพจิตญาติผู้ดูแลควบคู่กันไปด้วย อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ อิตารัตน์ ห้วยทราย และคณะ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท หรือ โรคซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และระดับสูง ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.627, p < 0.01$) และสอดคล้องกับ ธัญญาพร สายโน และคณะ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ที่มีการอยู่อาศัยกับภรรยาหรือญาติ มีแนวโน้มในทางที่ดี ในการแก้ไขปัญหาการหายไประหว่างการบำบัด และการติดตามหลังการบำบัด ควรเพิ่มการติดตามเชิงรุก โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด และเฝ้าระวังดูแลหลังการบำบัดด้วย⁵

ข้อจำกัดทางการศึกษา

- 1). การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาต้องศึกษาเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องเพิ่มเติมอีก
- 2). ผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติด มีความอ่อนไหวต่อข้อคำถาม อาจมีปัญหาด้านเก็บข้อมูลที่คลาดเคลื่อน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมและแก้ไขภาวะซึมเศร้านั้นทำได้ดี แต่ต้องใช้เวลาทั้งสองกลุ่มในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและญาติผู้ดูแล ผ่านทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพ หัวหน้าส่วนราชการ และชุมชน ในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอเป็นกลไกขับเคลื่อน
2. การส่งเสริมสุขภาพจิตควรมีการดูแลในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดควบคู่กันไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับอำเภอข้างเคียง เพื่อให้ทราบความแตกต่างของการดำเนินงานที่ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรทำการทดลองรูปแบบและมาตรการในพื้นที่อื่นว่าได้ผลแตกต่างกันอย่างไร
3. ควรศึกษาและพัฒนา รูปแบบต่อไปในระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พ.ศ.2561 เอกสารรายงานการไต่สวนยาเสพติดโลก (world drug report) ปี พ.ศ.2561 [อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://wdr.unodc.org/wdr2019>
2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ; 2564.
3. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชสุรา ยา สารเสพติด โรงพิมพ์บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด กรุงเทพมหานคร; 2563.
4. งานจิตเวชโรงพยาบาลนวมิน. เอกสารรายงานประจำเดือน เมษายน 2565 หัวข้อรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชใช้สารเสพติดและการฆ่าตัวตาย. คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนวมิน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ; 2565.

5. ธิติรัตน์ ห้วยทราย และคณะ. ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร ปีที่ 24 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-58.
6. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ พันธัญญา กิตติรัตน์ไพบูลย์. ผลกระทบของเพศภาวะต่อสุขภาพจิตและแนวคิดเพศภาวะกำหนดนโยบายสุขภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2564 หน้า 259-273.
7. วิภาวี เผ่ากันทรากกร และ นภา จิรัฐจินตนา. ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 4 พ.ศ.2564 เดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2564 หน้า 286-297.
8. สมจิตร มณีกันนัท และ คณะ. ความสุขของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 29 ฉบับที่ 6 กรกฎาคม-กันยายน 2561 หน้า 371-380.
9. อรรถพล ยิ้มยรรยง และ เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอย่างย่อโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการเสพติดของวัยรุ่น.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2564 หน้า 71-83.
10. สยาภรณ์ เดชดี และ อรรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 (2021): มกราคม - เมษายน 2564 หน้า 91-111.
11. ณัฐพร ผลงาม. การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจังหวัดระยอง. วารสารศาสตรสาธาณสุขนวัตกรรม ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2564 เดือน พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 หน้า 49-72.